

Traitements Méthadone: les généralistes d'ALTO évaluent leur pratique

par les Drs Baudouin Denis, Jean-Baptiste Lafontaine, Gérald Van Woensel et Daniel Lejeune*

* ALTO-SSMG
http://www.alto.ssmg.be

ABSTRACT

Method: Observational study, 559 DUs (Drug Users) cared by 42 GPs (General Practitioners) during 1999. **Objectives:** To describe the practical conditions of MMT (Methadone Maintenance Therapy) and the profile of the DUs. To estimate efficiency of MMT on drug use. **Conclusions:** GP are prudent and effective. Patients become stable and reinserted. Pay attention to the start dose, to the controlled delivery in pharmacy and to the multi-disciplinary work.

Key Words: General Practitioners, Drug Users, Methadone, Self evaluation.

RÉSUMÉ

Méthode : Étude d'observation, 559 UD (Usagers de Drogues) suivis par 42 MG (Médecins Généralistes) en 1999.

Objectifs : Décrire les modalités pratiques des Traitements Substitutifs à la Méthadone et le profil des UD en traitement. Mesurer l'efficacité des traitements sur la consommation des différents produits.

Conclusions : Les MG sont prudents et efficaces. Les patients sont stabilisés et réinsérés. Attention aux doses de départ, à la délivrance contrôlée en pharmacie et au travail pluridisciplinaire.

Mots clefs : Médecine générale, Usagers de Drogues, méthadone, auto-évaluation.

Les généralistes du Projet ALTO (pour ALternatives aux TOxicomanies) présentent les résultats de leur évaluation de pratique de substitution par la méthadone. Moyennant le respect de certaines recommandations, il s'avère que le traitement est efficace dans la stabilisation et la réinsertion des patients.

PRÉTEST

1. En début de traitement par la méthadone, il est recommandé de ne pas dépasser la dose de départ de 65 mg.
2. L'initiation d'un traitement substitutif à la méthadone est déclarée dans la majorité des cas à la Commission Médicale Provinciale.
3. La prescription de psychotropes en association avec la méthadone est moins importante que celle attendue.

Vrai Faux

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponses en page 287.

Il y a dix ans, a eu lieu la conférence de consensus de Gand qui rendit la prescription de méthadone plus accessible aux médecins généralistes de notre pays. Depuis, quelques milliers d'usagers de drogues ont été pris en charge par les médecins généralistes du réseau ALTO.

À l'heure où les autorités politiques tentent de repenser et de restructurer la prise en charge des patients toxicomanes et nous préparent un cadre réglementaire pour la prescription de méthadone, nous avons trouvé utile de vous présenter les résultats de l'étude « EVALUMET », menée par des généralistes et évaluant la prise en charge de patients usagers d'héroïne suivis en médecine générale.

OBJECTIFS ET MÉTHODE

Fin 1999, un questionnaire standardisé et anonyme a été adressé à 50 médecins choisis de façon aléatoire parmi les 517 MG (Médecins Généralistes) répertoriés dans le réseau ALTO. 42 médecins ont participé à l'étude et ont tous leurs patients en traitement de substitution à la méthadone (soit 559 patients). Le questionnaire portait sur 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).

L'étude avait deux objectifs:

- 1) décrire les modalités pratiques des MMT (Methadone Maintenance Therapy) par les MG, le profil des UD (Usagers de Drogue) en traitement et leur niveau de stabilisation et de réinsertion sous traitement;
- 2) mesurer l'efficacité des MMT sur l'injec-

tion de drogues et sur la consommation des différents produits.

PROFIL DES USAGERS DE DROGUES EN TRAITEMENT

76 % des UD sont des hommes et 24 % sont des femmes, sex-ratio habituel et constant dans le temps dans toutes les études similaires.

Leur âge moyen au moment de l'étude est de 31.4 (17 - 58 ans) (25 % < 27 ans, 25 % > 35 ans). L'âge des patients au moment du début de leur traitement était en moyenne de 29 ans. 1 % d'entre eux (n = 7) avaient moins de 18 ans au début de leur traitement substitutif. Au moment de leur prise en charge par le MG, les patients consommaient de l'héroïne depuis 8.5 ans en moyenne, soit un âge moyen de début de consommation de l'héroïne de 20.5 ans. 4 % des patients (n = 20) avaient un parcours de moins de 1 an d'héroïnomanie lors du début de leur 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".

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 %).

Le profil des usagers de drogues inclus fait donc apparaître deux grands changements par rapport à l'étude réalisée en 1994 dans le même réseau ALTO⁽¹⁾ : les patients ont considérablement vieilli et les injecteurs d'héroïne en début de traitement sont devenus minoritaires.

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.**

MODALITÉS DU DÉBUT DU TRAITEMENT

La start-dose de méthadone était en moyenne de 43,8 mg/j (6 – 200 mg). 55 % des patients ont reçu une start-dose supérieure à **35 mg (dose de départ qu'il est recommandé de ne pas dépasser)**.

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 psychosociaux 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. 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 constate donc 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. En particulier, il est clair que les MG estiment le plus souvent pouvoir initier le traitement immédiatement et sans références externes.

MODALITÉS DU TRAITEMENT EN COURS AU MOMENT DE L'ÉTUDE

La dose d'entretien de méthadone est en moyenne de 56,5 mg/j (5 – 300 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, seuil habituellement cité comme problématique en ambulatoire. **La dose moyenne recommandée dans la littérature est de 60 à 80 mg^(2,3,4)** et, à cet égard, la pratique des MG semble donc globalement très raisonnable et prudente. **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 : plus le patient était stabilisé et réinséré, moins sa dose de méthadone était élevée.

25 % des patients sont vus par le médecin généraliste tous les dix jours (ou plus souvent), 50 % tous les dix à trente jours et 25 % tous les mois (ou plus rarement).

Au moment de l'étude, le médecin ne demande plus la délivrance quotidienne en pharmacie que dans 11 % des cas. En cas de délivrance quotidienne, la méthadone reste consommée sur place en officine dans 83 % des cas. Passé le début du traitement, la délivrance quotidienne en pharmacie devient donc plutôt rare mais reste assortie le plus souvent de la consommation sur place. 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 73 % 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 % (> 2 ans).

La forme sirop ne représente plus qu'une minorité des traitements (35 %), la méthadone étant prescrite en gélules dans la majorité des cas (65 %). En cas de prescription de gélules, un excipient non hydrosoluble (carboxyméthylcellulose) n'est spécifié par le médecin que dans 36 % des cas. En ce qui concerne la forme prescrite, **les MG utilisent donc 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.**

La recherche de drogue(s) dans les urines reste aussi peu pratiquée en cours de traite-

ment (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 ou du patient lui-même.

SUIVI GLOBAL « GÉNÉRALISTE » DES PATIENTS

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.

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 %).

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 %). Chez les 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.

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 et exceptionnellement de barbituriques. En cas de coprescription de benzodiazépines, la délivrance contrôlée en pharmacie est demandée par le médecin dans la majorité des cas (67 %). Les benzodiazépines prescrites sont essentiellement le bromazepam, le diazepam et le flunitrazepam. **Contrairement à une idée fort répandue, les MG ne semblent donc pas inonder leurs patients de psychotropes associés à la méthadone.** Par ailleurs, la prescription de psychotropes chez les usagers de drogues apparaît clairement liée à l'intensité de leurs troubles psychiques et ne semble donc pas répondre uniquement à une demande pressante des patients : 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 ($p < .001$). On est néanmoins interpellé par la proportion non négligeable de patients sans troubles psychologiques qui se voient prescrire des benzodiazépines et par la place encore réservée au flunitrazepam (14 % des prescriptions de benzodiazépines).

ABORD MULTIDISCIPLINAIRE ET TRAVAIL EN RÉSEAU

À 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** : un assistant social (29 %), un psychologue, un assistant de probation ou un autre médecin généraliste (18 %), un éducateur de rue (12 %) ou un neuropsychiatre (11 %). En cas de suivi par un autre intervenant, le MG 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 %).

Une fois sur deux, le MG accompagne donc seul son patient. Quand on sait que tous les patients ne nécessitent pas un abord multidisciplinaire et que l'on connaît les difficultés souvent rencontrées pour référer quand c'est indiqué, ce résultat ne paraît pas si médiocre. De plus, lorsqu'il y a un autre intervenant, il y a une concertation entre le MG et lui dans globalement la moitié des cas.

STABILISATION ET RÉINSERTION DES PATIENTS

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). 11 % sont suivis par un neuropsychiatre.

Sur le plan de la réinsertion sociale : 47 % des patients ont une activité temps-plein (emploi, formation ou études), 23 % ont des activités épi-sodiques et irrégulières (petits boulots, jobs d'intérim) et 34 % sont totalement inoccupés. 73 % des patients vivent de leur salaire (déclaré ou non) ou d'allocations de chômage, 28 % émarginent 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 prostitution. 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 plus souvent de consommation occasionnelle (34%) que quotidienne (3%). 8% des patients s'injectent de l'héroïne sous traitement (si l'on ne considère que les patients consommant encore de l'héroïne, 30% d'entre eux le font en injection). 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%).

Les patients apparaissent dans l'ensemble bien stabilisés et réinsérés sous traitement, surtout en ce qui concerne la compliance au traitement et la réinsertion sociale, et moins nettement en ce qui concerne leur équilibre intra-psychique et la consommation de produits.

EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS SUBSTITUTIFS

On se limite ici à la consommation de produits, seuls indicateurs mesurés pour chaque patient à l'entrée en traitement et au moment de l'étude. On constate une **réduction relative très importante pour l'injection de drogues et la consommation de drogues psychostimulantes (cocaïne, amphétamines, ecstasy) et de benzodiazépines**. L'efficacité est moins spectaculaire pour la consommation d'héroïne, de cannabis et d'alcool. Pour tous les produits on constate de **faibles taux d'induction de toxicomanie de relais**, avec un maximum de 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.

LIMITES DE L'ÉTUDE

- 1) Il s'agit d'une **auto-évaluation** : les questionnaires sont complétés par le médecin lui-même et non par un observateur externe.
- 2) L'étude donne une image de la pratique des **MG du réseau ALTO-SSMG** et ces résultats ne sont pas nécessairement extrapolables à l'ensemble des MG francophones s'occupant d'usagers de drogues.
- 3) Le recueil partiellement rétrospectif des données 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. Cela implique aussi un **biais de mémoire** : la fiabilité des résultats dépend des souvenirs du médecin et de la rigueur de la tenue de son dossier.
- 4) À 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.

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.

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.

EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS SUBSTITUTIFS MENÉS PAR LES MG

	Avant Traitement	Sous Traitement	Réduction Relative	Réduction chez Usagers initiaux	Induction 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 %

* Injection de drogues : au début du MMT, 229 UD s'injectaient de l'héroïne ou d'autres drogues (229/559 = 41%) ; sous MMT, au moment de l'étude, ils n'étaient plus que 47 à le faire (47/559 = 8%). Soit un risque relatif d'injection sous MMT de $8/41 = 0.2 = 20\%$. Soit une réduction relative du risque d'injection de $1 - 0.2 = 0.8 = 80\%$, qu'on pourrait formuler ainsi : **"Sous MMT, on constate une réduction de 80% du nombre d'injecteurs"**.

Mais les 46 injecteurs au moment de l'étude cumulent

- parmi les 229 qui s'injectaient au début, 35 qui continuaient à s'injecter sous traitement (risque relatif = $35/229 = 0.15 = 15\%$) (réduction relative = $1 - 0.15 = 0.85 = 85\%$)
- parmi les 330 qui ne s'injectaient pas en début de traitement, 12 qui sont devenus injecteurs sous traitement (risque relatif = $12/330 = 0.04 = 4\%$)

Même explication pour tous les autres items

La **pratique** des MMT par les MG francophones en Belgique paraît globalement être de **qualité** et cela en l'absence de tout cadre réglementaire. Elle semble effectivement apporter chez les UD les résultats que l'on peut généralement attendre de ce type de traitement, en termes de stabilisation des patients, de réinsertion sociale, de réduction de l'injection et de la consommation de drogues. La file active d'usagers de drogues est en moyenne de 15 patients par médecin (1-83). Ce nombre d'usagers suivis de front par les médecins est donc globalement rassurant, mais le phénomène des grosses patientèles de toxicomanes n'est pas négligeable (7% des MG suivent plus de 50 UD).

L'étude met néanmoins en évidence certaines lacunes :

1/ **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 survient classiquement en début de traitement ⁽⁵⁾.

2/ **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 ⁽⁶⁾.

3/ **L'abord pluridisciplinaire des UD et le travail en réseau avec les intervenants psychosociaux 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 quant à 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 psychosociaux).

QUELQUES RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Soyons prudents lors de l'initiation d'un traitement méthadone. Une dose de départ trop basse risque de décourager le patient, une dose trop élevée expose à des accidents: vu la longue durée de demi-vie de la méthadone, il faut plusieurs jours pour atteindre un taux plasmatique stable, et l'on sait que la majorité des décès surviennent en début de traitement.

- Dose de départ maximum 35 mg.
- Évaluation quotidienne du patient les premiers jours, par le médecin ou le pharmacien.
- Pas d'augmentation trop rapide de la dose: de l'ordre de 10 mg/semaine, avec chaque fois réévaluation du patient.
- Délivrance quotidienne à la pharmacie en début de traitement.
- En cas de prescription en gélules, spécifier systématiquement un excipient non hydrosoluble (carboxyméthylcellulose ou autre).
- Éviter d'instaurer un traitement substitutif un vendredi soir!

Il existe dans chaque région un responsable ALTO prêt à vous informer et vous aider. Ses coordonnées sont disponibles à la SSMG, ainsi qu'à l'adresse <http://www.alto.ssmg.be>. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Évaluation 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'Épidémiologie, janvier 1995.
2. Traitement à la Méthadone, Manuel Américain. Éditions Médecine et Hygiène, Genève, 1994.
3. Pratique des Traitements à la Méthadone. BERTSCHY G. Éditions Masson, Paris, 1995.
4. La Méthadone. GEISMAR-WIEWIORKA S. Presses Universitaires de France, Vendôme, 1997.
5. 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.
6. 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.

*Texte reçu en avril 2003.
Accepté moyennant corrections.
Corrections reçues en mai 2003.*

DANS LA PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

- **La pratique du traitement à la méthadone paraît être globalement de qualité en Belgique.** Même si l'étude d'évaluation réalisée par les médecins généralistes du Projet ALTO révèle certaines limites, elle semble montrer des résultats positifs en terme de stabilisation des patients, de réinsertion sociale, de réduction de l'injection et de la consommation de drogues.
- **L'étude met néanmoins en évidence certaines lacunes.** Les doses de départ utilisées sont en général trop élevées. L'arrêt de la délivrance contrôlée en pharmacie et le passage à la méthadone à emporter surviennent trop tôt. L'abord pluridisciplinaire des UD peut poser problème aux médecins généralistes en pratique privée.
- **Certaines recommandations habituelles ne rencontrent manifestement pas l'adhésion de la majorité des MG prenant en charge des UD** (recours systématique aux analyses d'urine, contrat écrit avec le patient, enregistrement nominal des traitements substitutifs auprès de la Commission Médicale Provinciale).

La Rédaction

RÉPONSES AU PRÉTEST

1. Faux – 2. Faux – 3. Vrai