

LE FLYER

Bulletin de liaison des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes et
médecins relais, réseaux de soins, pharmaciens d'officine, ECIMUD et
structures de soins auprès des usagers de drogue

Novembre 2003

N° 14

- **Editorial** page 2
Comité de rédaction
- **La motivation au changement dans le traitement des patients dépendants
aux opiacés : Mythes et réalité** page 4
Vincent ROSSISGNOL, Montréal, Canada
- **La méthadone en officine : De la réticence au souhait de bonnes pratiques** page 8
Dany NGUYEN-BONNET, Paris
- **Enquête et perspectives à propos des traitements de substitution opiacée
en milieu carcéral** page 11
Olivier MAGUET, Paris et Dr Laurent MICHEL, Bois d'Arcy
- **Prévalence des troubles sexuels chez des patients héroïnomanes traités par
la méthadone. Intérêt du citrate de sildénafil (Viagra®)** page 15
*Dr Jean-Christophe PAGIN, Bruno RESSUCHE, Charleville
et commentaires du Dr Jean-Jacques DEGLON, Genève*
- **Analyse bibliographique :
Evaluation des fonctions cognitives chez des patients recevant un
traitement de maintenance à la méthadone** page 18
Dr Christine RIVIERRE, Marseille

COMITÉ SCIENTIFIQUE DU FLYER

Rédacteur en chef :

Mustapha BENSLIMANE

NOVA DONA

PARIS

Comité de rédaction :

Dr Laurent MICHEL
Dr Béatrice CHERRIH
Stéphane ROBINET
Dr Pierre BODENEZ
Christine CALDERON
Dr Yves CAER

Maison d'arrêt
E.L.T.
Pharmacien
C.H.U.
AIDES
Hôpital CAREMEAU

BOIS D'ARCY
CHARLEVILLE MEZIERES
STRASBOURG
BREST
PANTIN
NIMES

Comité de lecture :

Dr Richard LOPEZ
Dr Pierre LAUZON
Dr Didier BRY
François LAFRAGETTE
Dr Béatrice GOSPODINOV
Dr Nelson FELDMAN
Dr Karine BARTOLO
Dr Xavier AKNINE
Fabrice OLIVET
Dr Antoine GERARD
Dr Brigitte REILLER
Dr Jean-Pierre JACQUES
Dr Olivier POUCKET
Dr Thierry LEDENT
Dr Catherine PEQUART
Dr Colette GERBAUD

Réseau VISA
C.R.A.N.
E.L.S.A.
Pharmacien
D.A.S.
Protox
CSST Gainville
A.S.U.D.
Service d'addictologie
C.E.I.D.
Projet Lama
Centre Baudelaire
Service d'addictologie
La Boutique
C.H.U. St-Roch

CHAMPIGNY-S/MARNE
MONTREAL CANADA
AVIGNON
PARIS
SARREBRUCK ALLEMAGNE
GENEVE SUISSE
MARSEILLE
AULNAY-S/BOIS
PARIS
LE PUY-EN-VELAY
BORDEAUX
BRUXELLES BELGIQUE
METZ
LE CATTEAU EN CAMBRESIS
PARIS
NICE

Pour écrire à la rédaction du Flyer :

Mustapha BENSLIMANE
Centre Nova Dona
104, rue DIDOT
75674 PARIS CEDEX 14
E-mail : novamb@club-internet.fr

Editorial

Le postulat d'une motivation au changement indispensable pour toute prise en charge chez le toxicomane a la vie dure. Réelle pertinence clinique ? Reflet d'attentes sociales volontaristes ? Ou au contraire théorisation a posteriori du sentiment d'échec et stigmatisme de l'inadaptation du dispositif sanitaire ?

Nos confrères d'outre-Atlantique décortiquent avec pragmatisme la rhétorique fondatrice de cet axiome. Convaincre, éduquer, agir en expert, tabler sur l'espoir universel de la pleine santé, déterminer à la place du patient, le bon moment pour changer, assimiler motivation au changement et motivation au traitement, etc... sont autant de préceptes limitants et peu opérants pour l'univers hésitant et frileux du patient. C'est notre abord du patient, soumis à ces multiples « mythes », qui nous empêche d'être aidant dans la révélation de la motivation au changement.

En fait, pour les auteurs, cette dernière n'est pas absente, elle est plutôt ambivalente. Sinon, pourquoi ces patients continueraient-ils finalement à venir nous voir malgré tout ?

Heureux rappel sur la modestie de notre science et sur la nécessité d'évaluer et accompagner plutôt que décider à la place de l'autre, le patient.

L'abord comportementaliste, cognitiviste, permet ainsi en peu de lignes de régler le compte du terrorisme motivationnel des années passées : point de salut sans demande clairement formulée !

Reste que nos esprits, imprégnés des paroles de nos maîtres, cherchent derrière le processus cognitif (la motivation au changement), quelque part dans la boîte noire, le processus psychopathologique donnant sens à l'hésitation : est-il plus économique de se retrancher sur des valeurs sûres bien que douloureuses ou de tout remettre en cause au risque de vertige et de l'effondrement ? De quelle nature est la motivation au changement ? Qu'est-ce qui peut être aidant ?

Et là, miracle, la science rejoint la psychodynamie: les recherches scientifiques établissent que ce qui influe sur la motivation est avant tout d'ordre relationnel ; qualités des relations interpersonnelles, importance des premières rencontres, influence directe du clinicien donnant le traitement sur la motivation, importance d'un counselling empathique, facilitation lorsque la conviction du patient est soutenue...

Finalement, la qualité de la relation thérapeutique serait déterminante dans l'évolution du patient. Qu'on se le dise !

Dr Laurent MICHEL pour le Comité de Rédaction

Les articles du FLYER reflètent l'opinion et l'expérience de leurs auteurs qui ont souhaité faire partager leurs connaissances dans un souci d'échange des pratiques en matière de prise en charge des patients pharmaco-dépendants aux opiacés, et n'engagent que leurs auteurs.

La motivation au changement dans le traitement des patients dépendants aux opiacés : MYTHES ET REALITES !

Vincent ROSSIGNOL, Montréal, Canada *

La motivation, ou plutôt le manque de motivation au changement dans le traitement de la toxicomanie est un sujet qui passionne, mais surtout désarçonne bien des intervenants. Pourquoi une personne ayant subi d'importantes conséquences négatives (emploi, famille, santé, etc...) liées à sa consommation ou à son comportement, qui a toutes les bonnes raisons pour modifier son comportement, s'obstine à entretenir un comportement qui, de l'extérieur tout au moins, aurait tout avantage à être mis aux oubliettes ? Pourquoi une personne, ayant devant elle des éléments de preuves irréfutables des dangers pour sa santé à court, moyen ou à long terme, choisit-elle de continuer à consommer ? Pourquoi un 'client', à qui l'on nomme toutes les conséquences négatives, à qui l'on tente d'insuffler une dose raisonnable de crainte, qui vient à ses rendez-vous, ou reste en traitement, rechute-t-il aussitôt la thérapie terminée ? Pourquoi tant d'hésitation ? Pourquoi tant d'ambivalence ?

Bien des intervenants viennent à mes ateliers dans l'espoir que je leur donne la recette magique, l'**outil miracle** leur permettant de **guérir** leurs clients non-motivés. La motivation est souvent perçue comme une substance que l'on peut injecter ou insuffler aux clients. Parfois, certains intervenants sont si découragés qu'ils en viennent à dire que : « *Si le client n'est pas motivé, il n'y a rien que l'on puisse faire* ». Cette dernière affirmation est en fait des plus répandue, et ce, non seulement comme l'expression d'un découragement, mais bien souvent comme leitmotiv clinique. Logique a priori, cette affirmation est l'expression d'une profonde incompréhension des mécanismes du processus de changement et de la motivation comme telle. Il existe toute une série d'affirmations et de mythes qui brouillent la capacité des aidants à faire ressortir la motivation de nos clients.

Dans l'espace qui m'est offert dans ce bulletin, j'aimerais partager avec vous ma réflexion sur la motivation au changement en faisant un survol de ces mythes ou prémisses dangereuses face à la motivation.

Mythes traditionnels face à la motivation

Mythe 1 :

Les clients sont « *motivés* » à changer ou non ! S'ils ne sont pas motivés à changer, il n'y a rien que l'on puisse faire !

Comme nous le mentionnions plus haut, cette affirmation tristement fréquente, en plus de dénoter un pessimisme et d'exprimer un constat d'impuissance, se révèle trompeuse. En fait, les gens perçus comme non-motivés, sont plutôt *ambivalents* face au changement. La motivation n'est pas un bagage que le client transporte avec lui et oublie avant de franchir la porte de votre bureau. On a souvent décrit les « *toxicomanes* » et les « *alcooliques* » comme des individus, de par la nature de leur problématique, non motivés et résistants. Il est beaucoup plus aidant de les voir comme *ambivalents*, incertains, indécis face au changement.

En fait, les clients viennent rarement rencontrer un intervenant s'ils ne sont pas motivés ! Il y a une motivation sous-jacente. Il serait donc plus juste de dire « *Je n'ai pas découvert la motivation de ce client-ci mais si je l'écoute, je saurai trouver sa motivation et travailler à la*

modifier, l'amplifier » ou mieux encore « Ce client est ambivalent face aux choix qui s'offrent à lui. Prenons le temps d'explorer avec lui son ambivalence et tentons de l'aider à la résoudre ».

Affirmer que les clients sont soit motivés, soit non-motivés, relève d'une vision simpliste, bipolaire, réductionniste. Cela va à contre-courant des recherches de Prochaska et Di Clemente qui, depuis quelques années, font école dans le domaine de la motivation. Aussi bien plier bagage et rentrer dans ses terres ! La notion d'ambivalence est de loin plus aidante.

Mythe 2 :

Motiver = convaincre ou éduquer !

Bien souvent, les participants à mes ateliers désirent ressortir de mes formations avec des arguments, des outils, des énoncés motivationnels pour les aider à convaincre leurs clients de changer. Il est important de préciser que les tentatives pour « convaincre » un client provoquent souvent l'effet contraire à celui recherché. Si *convaincre* équivaut pour vous à *confronter*, il est fort possible que vous observiez une augmentation dans la verbalisation des résistances. Loin d'être une pathologie, cette résistance est saine. De plus, elle indique qu'il est temps pour l'intervenant de changer de stratégie. La résistance se produit dans un contexte de relation interpersonnelle, elle est un problème de thérapeute, de stratégie. Il ne faut surtout pas tenter de convaincre un individu de changer en utilisant des techniques directives et confrontantes. Les arguments favorables au changement doivent émaner du client et non du thérapeute. Il y a bien plus de chance qu'une personne modifie un comportement si elle a conclu que « le prix n'en vaut pas la chandelle ». L'art thérapeutique consiste à accélérer cette réflexion de façon aidante. La confrontation est rarement aidante.

Dans un même ordre d'idée, si vous croyez que le client a besoin d'être « éduqué » face aux conséquences négatives de son comportement, si vous croyez qu'il ne saisit pas la gravité de la situation et que vous devez l'éduquer (ce qui revient souvent à faire peur) ; il se peut fort bien que le client, par souci d'équilibre, verbalise les raisons positives de sa consommation. Le réflexe-correcteur de l'intervenant étant alors d'augmenter la dose d'éducation, le client, en plus de se sentir incompris, risque de « décrocher » devant tant d'insistance. Eduquer, comme confronter, risque d'augmenter la résistance du client qui est alors jugé, à tort, comme non-motivé.

Mythe 3 :

Je suis l'expert, le client doit suivre mes conseils !

Bien qu'apparenté au risque « éducatif » ce mythe recèle un autre danger particulier. Très souvent, la motivation est jugée selon la capacité du client à faire ce que le thérapeute-intervenant lui dit de faire et selon son degré d'accord avec le thérapeute. Ainsi, un client d'accord avec l'expert est perçu comme ayant de bons « *insights* ». Dans le cas contraire, il est catalogué comme étant « *résistant* ». Plutôt que de voir la relation thérapeutique comme une session de consultation entre un expert et un client, il serait juste de voir cette même relation comme une rencontre entre deux experts : le client étant expert sur ce qui fonctionne pour lui et l'intervenant, expert sur ce qui a fonctionné pour d'autres. Cette relation devient alors une rencontre respectueuse entre deux individus, deux experts, à la recherche de la meilleure solution, la plus réaliste, la plus motivante. Les raisons du changement doivent venir de l'aidé et non de l'aidant.

Mythe 4 :

La santé est une motivation très importante pour tous !

La santé est souvent perçue comme étant la suprême motivation, une valeur fondamentale partagée par tous. En fait, ce n'est pas le cas. Certaines personnes favorisent beaucoup plus la recherche du plaisir, l'intensité ou la liberté plutôt que la santé. Il est donc parfois piégeant de vouloir trop insister sur cette valeur soi-disant commune. Il est plutôt utile de tenter de comprendre les valeurs fondamentales de l'autre, de comprendre sa motivation et son ambivalence. L'exploration de l'ambivalence entre le changement et le statu quo est au cœur du dilemme auquel est confronté l'individu. Moins d'ambivalence, plus de motivation !

Mythe 5 :

Maintenant est le bon moment pour modifier un comportement !

Ceux qui ont déjà tenté de cesser de fumer dans le temps des fêtes en savent quelque chose : choisir le moment approprié pour effectuer un changement est important. Il se peut que quelqu'un soit motivé à changer, mais pas maintenant. Il se peut que cette personne ait d'autres priorités dans sa vie à ce moment-ci, plutôt que la cessation de fumer.

Mythe 6 :

Motivation au changement = Motivation au traitement

On confond parfois la motivation au changement et la motivation au traitement. Le traitement est vu comme un passage obligatoire vers le changement : le changement passe par le traitement. La réalité n'est pas si simple. En fait, la majorité des changements de comportement se produit sans traitement ni intervention. Les travaux de Prochaska et Di Clemente, sur les stades du changement, en sont une excellente illustration. Donc, en plus d'être le signe d'une prétention incroyable, cette prémisse est fautive. Dire aux gens qu'ils doivent nous attendre, qu'ils doivent être en thérapie pour changer est faux, mais c'est une bonne recette pour maintenir de longues listes d'attente. Certaines études suggèrent que la capacité du client à rester en thérapie est un bon indicateur de la probabilité du changement. Il se peut fort bien que le fait de rester en traitement soit le signe d'une solide motivation plutôt qu'un indice d'efficacité du traitement. Dans la croyance populaire, le changement passe par le traitement, pourtant certaines personnes qui vont en traitement auraient aussi bien fait *sans*, et dans certains cas, *mieux*. Un bon livre d'auto-changement est parfois plus utile qu'une intervention bâclée. D'ailleurs, posons-nous la question, si une personne est motivée à changer, pourquoi aurait-elle besoin d'un traitement ? Qu'ajoute donc le traitement ? La question vaut d'être débattue !

Mythe 7 :

Cet individu doit changer ! Cet individu est prêt à changer !

Si un individu se présente en thérapie, il doit être prêt à l'action. La réalité est que bien des gens se présentent en thérapie avec un profond sentiment d'ambivalence. Tel que mentionné plus haut, loin d'être pathologique, cette ambivalence est saine et se doit d'être explorée.

Mythe 8 :

Une approche dure et confrontante donne de meilleurs résultats.

En fait, les recherches ont démontré le contraire. Plus un intervenant confronte, plus le client résiste. Une recherche a même démontré que plus les clients résistent en thérapie, plus ils consomment 12 mois plus tard.

Mythe 9 :

Plus j'accumule de l'information donc, plus je pose de questions, plus je suis en mesure d'aider l'individu à modifier son comportement !

C'est la version raffinée du piège de l'expert. Poser beaucoup de questions, et surtout des questions fermées, fait taire le client et le rend passif. Le modèle prescriptif donne de pauvres résultats. Démarrer une intervention en posant beaucoup de questions a tendance à fermer le client, à le rendre passif.

Pour conclure, un résumé de ce que l'on sait !

Maintenant que nous avons fait le point sur les divers mythes relatifs à la motivation, voici une brève liste de ce que les recherches scientifiques sur la modification de comportement et sur la motivation au changement ont établi.

Le changement est un processus naturel ;

- ❖ Ce qui se produit suite à une intervention ressemble grandement au processus naturel ;
- ❖ La probabilité d'un changement semble fortement influencée par les relations interpersonnelles ;
- ❖ Lorsqu'un changement intervient en traitement, le gros du changement se produit lors des premières rencontres. Certaines études disent que la dose de traitement prédit peu l'effet du traitement sur le résultat final. Cependant, d'autres études affirment le contraire.
- ❖ Le ou la clinicienne qui donne le traitement est un élément déterminant dans le taux d'abandon, de rétention, d'adhésion au traitement et de résultats, car cette personne a une influence directe sur la motivation des clients.
- ❖ Un counselling empathique semble faciliter le changement ; son absence le décourage.
- ❖ Les personnes qui se croient capables d'effectuer un changement le font. Les personnes qui ont un conseiller qui les croit sont aussi plus portées à changer. Celles à qui l'on dit qu'il y a peu de chance de réussite réussissent moins.
- ❖ Ce que les gens verbalisent face au changement est important. Des énoncés qui reflètent la motivation (le discours-changement) prédisent le changement alors que la verbalisation d'arguments contraires (résistance) prédit le non-changement. Ces deux comportements sont fortement influencés par le style de counselling.

* : Mr Vincent ROSSIGNOL présente dans ce texte la synthèse de la pensée de MILLER dans « Motivational Interviewing : Preparing people for change, Guilford Press. New York ». Cet article déjà publié dans la revue L'Echo-TOXICO, de l'Université de SHERBROOKE, est reproduit ici avec l'autorisation de Mme Lise ROY, responsable de cette publication.

La méthadone en officine : **De la réticence au souhait de bonnes pratiques de délivrance** *Dany NGUYEN-BONNET, PARIS*

Depuis les années 1985-1995 le pharmacien est placé au devant de la scène de la stratégie de réduction des risques, notamment par la vente libre de seringues et la délivrance des traitements de substitution. Le rôle du pharmacien est, en pratique, l'information et le conseil sur l'usage du matériel d'injection, la délivrance de matériel d'injection et de traitement de substitution et l'orientation vers d'autres services sociaux⁽¹⁾. Le fameux dernier maillon de la chaîne du circuit thérapeutique, de part sa position stratégique et ubiquiste, peut atteindre les populations les plus marginalisées pour les intégrer dans le système de soins « tout public ». Pour le patient, la délivrance de la méthadone en officine a pour intérêt la proximité du service, un large accès au traitement et permet d'éviter la stigmatisation associée à la fréquentation des centres spécialisés.

La valeur thérapeutique de la méthadone est globalement reconnue par les pharmaciens, puisque 84 % de ceux interrogés en Ile-de-France considèrent la méthadone comme un médicament, avec une augmentation de 12 % de 1996 à 2000⁽²⁾. Malgré tout, la disponibilité de ce médicament dans le circuit médical est toujours matière à controverse⁽³⁾. Pourtant, le risque d'abus de méthadone est bien moindre que pour les autres opiacés. Non seulement la méthadone ne produit pas d'effet euphorisant significatif, mais encore bloque les effets euphorisants des autres opiacés injectés. En outre, la forme galénique en sirop présente en France, empêche toute possibilité d'injection et limite ainsi le détournement de son indication thérapeutique.

De nombreuses données scientifiques ont montré que le traitement à la méthadone, s'il est délivré dans un cadre adéquat, représente une médication de substitution sûre pour la pharmacodépendance majeure aux opiacés. La méthadone s'est révélée efficace pour le maintien des patients en traitement, pour réduire la consommation d'héroïne en cours de traitement, pour réduire le risque de contamination VIH, pour améliorer la santé physique et mentale, la qualité de vie des patients et celle des familles et réduire les activités délictueuses^(4,5,6). Aux Etats-Unis, où le traitement de substitution par la méthadone par voie orale existe depuis les années 1960, les bénéfices en matière de santé publique apportés par cette solution ont été largement appréciés : les patients bien stabilisés sont en meilleure santé générale, mieux insérés et moins enclins à commettre des crimes liés à l'usage de drogue.

Les relations sont améliorées entre pharmaciens et patients usagers^(7,2). Selon les pharmaciens interrogés en banlieue parisienne, la substitution médicalisée est l'acte qui favorise au mieux le dialogue avec les usagers⁽²⁾. Dans l'ensemble, les pharmaciens se sentent mobilisés et déclarent lors d'une enquête menée en Moselle : « cela fait partie de mon devoir de santé ». Malgré ces résultats plutôt positifs, entre 45 % et 55 % des pharmaciens seulement sont prêts à délivrer la méthadone, même si ce chiffre est plus élevé en 2000 qu'en 1996^(2,8). La réticence vient de plusieurs obstacles. D'une part, la difficulté pragmatique relative à la gestion des stupéfiants et la responsabilité engagée. Notamment, la commande nécessite un système de bon à trois volets, le produit ne peut être stocké que dans un coffre fermé à clé, la délivrance se fait avec inscription sur un ordonnancier accompagnée d'un numéro d'ordre, le double de chaque ordonnance est conservé trois ans et la variabilité de prescription (délivrance fractionnée ou intégrale sur 14 jours) demande une attention particulière. D'autre part, les pharmaciens évoquent une certaine frustration face à la durée du traitement de substitution : « Nous avons des patients depuis le début [de la mise sur le marché du

traitement de substitution], quelle est l'évolution ? ». Ils voudraient voir leurs patients « s'en sortir » et là réside un malentendu : la réalité du traitement de substitution, c'est aujourd'hui une perspective au long cours, avec pour objectif la réinsertion socio-professionnelle et l'arrêt des pratiques à risque liés à l'usage de drogues⁽⁸⁾. Enfin, l'attention et le temps passé pour la délivrance de la méthadone, par rapport à un médicament classique, la marge faible du produit font regretter l'absence de rémunération pour l'acte. En Ecosse, dans le Grand-Glasgow, d'importants moyens ont été investis pour encourager la prise en charge de l'usager de drogues. Les pharmaciens, comme les médecins généralistes, sont rémunérés pour les actes relatifs à cette prise en charge et le résultat est largement positif⁽⁹⁾.

La détention de méthadone fait craindre un risque supplémentaire de vols à main armée et cambriolage. Il n'est pas rare que les pharmaciens aient une attitude négative vis-à-vis de l'usager de drogue en général. Les pharmaciens se sentent vulnérables, et plus fréquemment encore pour les femmes de la profession⁽⁹⁾. S'ils peuvent envisager de délivrer la méthadone, ils croient à une absence de soutien en cas de besoin. D'après une enquête menée dans les pharmacies de ville en Angleterre, les pharmaciens affirment leur rôle de prévention face à l'épidémie de SIDA mais relèvent les difficultés de la prise en charge de l'usager de drogue : mauvais impact sur leur commerce, nécessité de formation⁽¹⁰⁾.

S'il existe un risque de détournement des produits de substitution opiacée vers un marché illicite, la réponse pourrait être la surveillance quotidienne de la prise du traitement en officine. D'ailleurs en théorie, cela fait partie de l'investissement demandé au pharmacien. Dans l'enquête de Sheridan et al. menée en Grande Bretagne, un tiers des pharmaciens seulement était favorable à la surveillance de la prise de méthadone en pharmacie⁽¹⁰⁾. Dans une autre étude anglaise sur 864 pharmacies, 53,2 % délivraient de la méthadone, et parmi eux, 35,4 % surveillaient la prise dans l'officine⁽¹¹⁾. Les études d'acceptabilité ont montré que la surveillance améliorait le dialogue et la confiance mutuelle entre l'usager et le pharmacien⁽⁷⁾. A Londres, tous les pharmaciens qui ont tenté l'expérience ont un avis positif et souhaitent poursuivre la délivrance et surveillance de la prise de la méthadone en officine. Les seuls commentaires réservés émanaient des usagers : manque de confidentialité lors de la prise de méthadone dans la pharmacie (60 %). Par contre, 85 % des patients se sont sentis traités avec respect à la pharmacie. Grâce aux visites quotidiennes à la pharmacie, une relation de confiance et de respect mutuel s'est développée⁽⁶⁾. Mieux encore, au-delà des murs de la pharmacie, un des succès de la méthadone en officine est la notable diminution de la délinquance locale quand un programme méthadone en officine est développé⁽¹²⁾.

Le pharmacien, même si il est soucieux de suivre les recommandations ordinales et avec toute sa bonne volonté d'acteur de santé publique, se trouve finalement isolé dans son officine, face à ses préoccupations légitimes de gestion de la clientèle.

La pratique en réseau semblait constituer une réponse avec un mode de fonctionnement solidaire et optimal. Il permet idéalement une prise en charge globale, sociale et sanitaire, par un échange multiple entre les prescripteurs, les pharmaciens et les structures spécialisées de prises en charge d'une localité. Motivés par les recommandations ordinales, les réseaux, sauf exception, ont à peine eu le temps de voir le jour, pour se désagréger petit à petit, souvent faute de moyens. En fait, l'érosion des réseaux ne reflète pas un désinvestissement des pharmaciens. Au contraire, le nombre d'officines impliquées dans la prise en charge du patient usager de drogues a augmenté. Aujourd'hui, nous assistons davantage à un travail en tandem entre un médecin et un pharmacien, même si ce schéma est encore peu fréquent⁽²⁾. En effet, le pharmacien est un partenaire dans le suivi du patient toxicomane pour 11% des médecins⁽¹³⁾. Cependant comme le souligne un pharmacien parisien, malgré l'efficacité de ce mode de collaboration, celui-ci peut se trouver proscrit par une traditionnelle loi concernant le compérage entre les deux professions.

En somme, depuis la mise sur le marché de la méthadone, la perception du médicament s'est améliorée et le potentiel d'implication de la part des pharmaciens est considérable. Malheureusement, ceux-ci sont encore insuffisamment encouragés pour la réalisation de leur rôle dans la prise en charge du patient usager de drogue. Pour les pharmaciens de l'étude de Matheson et al., les arguments pour l'acceptation de délivrance de la méthadone seraient : une rémunération spécifique, disposer d'un lieu dédié à cet acte, l'absence de détournement vers un marché illicite⁽¹¹⁾. Au delà de l'aspect financier, la rémunération valoriserait l'acte dispensé par le pharmacien.

L'attitude de tout professionnel de santé impliqué dans le traitement médicalisé de l'usager a un impact important sur le déroulement et le résultat du traitement⁽⁹⁾. A l'officine, de la disponibilité et de la qualité de la délivrance dépend grandement l'observance du patient au traitement de substitution. La formation des pharmaciens est indispensable pour améliorer la confiance en soi quant au contact avec l'usager et pour diminuer les appréhensions.

Bibliographie :

- (1) MYERS T. et al.- Community pharmacist perspectives on HIV/AIDS and intervention for injection drug users. *AIDS Care* 1998; 10(6) : p.689-700
- (2) BONNET N. et al.- Evolution de l'implication du pharmacien d'officine dans la prévention des dommages liés à l'usage de drogues et la disposition des traitements de substitution.- *Ann. Med Interne* 2001 ; 152(suppl.7) : p.2S15-2S20
- (3) BOATWRIGHT D.E.- Buprenorphine and addiction : challenges for the pharmacist. *Journal of the American Pharmaceutical Association* 2002. 42(3) : p.432-8
- (4) WARD J.- The effectiveness of methadone maintenance : an overview . *Drug and Alcohol Review* 1994, 13; p.327-336
- (5) NIH consensus development Panel on Effective Medical treatment of opioate Addiction. *Effective medical treatment of opioate addiction.- JAMA* 1998 ; 280 : p.1936-43
- (6) GOSSOP M. et al.- The national treatment research study (NTORS) : 4-5 year follow-up results.- *Addiction* 2003 ; 98(3) : 291-303
- (7) LUGER L. et al.- Involvement of community pharmacists in the care of drug misusers : pharmacy-based supervision of methadone consumption.- *Int. J. Drug Policy* 2000; 11 : p.227-34
- (8) BOMBARDIER D. Les pharmaciens mosellans : acteurs de prévention et de soin auprès des usagers de drogues ; 2000
- (9) MATHESON C et al.- Attitudinal factors associated with community pharmacists' involvement in services for drug misusers. *Addiction* 1999. 94(9) : p.1349-59
- (10) SHERIDAN J. et al.- HIV prevention and drug treatment services for drug misusers : a national study of community pharmacists' attitudes and their involvement in service specific training.- *Addiction* 1997 ; 92(12) : p.1737-48
- (11) MATHESON C et al.- Community pharmacy services for drug misusers in Scotland : what difference does 5 years make? *Addiction* 2002. 97 : p.1405-11
- (12) WEINRICH M. et al.- Provision of methadone treatment in primary care medical practices; review of the Scottish experience and implications for US policy.- *JAMA* 2000 ; 283(10) : p.1343-8
- (13) COULOMB S. et al.- Evolution de la prise en charge des toxicomanes, enquête auprès des médecins généralistes en 2001.- *OFDT* avril 2002 ; p. 35-36.



Enquêtes et perspectives à propos des traitements de substitution opiacée en milieu carcéral

Dr Laurent MICHEL¹, Bois d'Arcy et Olivier MAGUET², Paris

Le travail que nous détaillons ici, fournit un certain nombre de recommandations consensuelles au sujet de l'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral. Il est motivé par le constat d'une variabilité importante des pratiques de soins d'un établissement à l'autre et d'une insatisfaction fréquemment exprimée tant au niveau des patients que des équipes sanitaires.

Il répond à une commande de la commission consultative nationale des traitements de substitution (septembre 2001) dont nous sommes membres et a été présenté à la session du 1^{er} avril 2003. La détermination de ses modalités de diffusion sanitaire et pénitentiaire est en cours.

LA METHODOLOGIE ET LES RESULTATS DE L'INVESTIGATION SUR LE TERRAIN

Les données de la littérature (textes réglementaires, rapports et publications de référence dans le domaine de l'organisation des soins en milieu carcéral ou des traitements de substitution) ont été confrontées à une vaste évaluation sur le terrain des pratiques, attentes et suggestions d'équipes sanitaires (22 établissements représentatifs au niveau national en termes de taille, type et répartition géographique), pénitentiaires (3 établissements dans lesquels une dizaine de personnes ont été rencontrées chaque fois, du directeur de l'établissement au surveillant pénitentiaire) et de détenus (7 établissements par le réseau d'intervenants de AIDES, les détenus étant orientés par les services pénitentiaires d'insertion et de probation ou les équipes sanitaires).

Du point de vue sanitaire, la variabilité des pratiques est plus que confirmée, chaque établissement présentant un dispositif différent. Les choix organisationnels reposent moins à ce jour sur des prises de position idéologiques que sur ce que l'effectif soignant rend matériellement possible. Il existe une unanimité au sujet de la méthadone (délivrance quotidienne devant soignant le plus souvent en lieu de soins mais parfois aussi en détention) contrastant avec des pratiques très diversifiées, associées à de nombreux questionnements, pour la BHD (Buprénorphine Haut Dosage).

Les équipes pénitentiaires méconnaissent le plus souvent les traitements de substitution, les assimilant couramment à des traitements de sevrage. Elles sont par contre clairement préoccupées du trafic et suggèrent à ce propos la mise à disposition de formes galéniques liquides, se référant moins à l'ancienne « fiole pénitentiaire » qu'au constat du peu de difficultés rencontrées avec la méthadone. Beaucoup souhaitent une délivrance en détention afin de favoriser l'anonymat. L'attente de « rencontres » avec les équipes de soins est majeure, la notion de secret professionnel étant admise bien que génératrice de frustrations dans la mesure où la connaissance au quotidien du détenu-patient ne peut être partagée. Finalement, la perception de la substitution reste ambivalente, partagée entre le constat d'une « pacification » de la détention avec amélioration de la prise en charge des détenus et le questionnement sur le rôle social conféré aux prescripteurs. L'expérience en détention est la source majeure de ce qui forge les connaissances, attitudes et représentations, soulignant l'importance d'actions de formation complémentaires.

¹ Praticien Hospitalier, Chef de Service du SMPR/CSST de la Maison d'Arrêt de Bois d'Arcy. 5 rue A Turpault, 78 395 Bois d'Arcy. tél : 01 30 23 80 00 ; e-mail : lmichele@easyconnect.fr

² Responsable des actions communautaires, AIDES, Tour Essor, 14 rue Scandicci, 93 508 Pantin. Tél : 01 41 83 46 00.

Du côté des détenus, les difficultés évoquées sont nombreuses. Ils soulignent la variabilité des pratiques soignantes, vécues comme arbitraires, dans l'accès au soins ou dans l'organisation pratique au quotidien de la dispensation des traitements. Certains reconnaissent le caractère structurant de prises en charge « cadrantes », bien que mal acceptées au début. Le manque de confidentialité est douloureusement vécu et ressenti comme responsable à la fois de la stigmatisation dont ils s'estiment victimes mais aussi des pressions, menaces, rackets liés au type de traitement dont ils bénéficient. Certains choisissent cependant délibérément de troquer une partie de leur traitement en raison de leur statut d'indigence ou afin d'obtenir d'autres psychotropes.

Les difficultés évoquées ne sont finalement pas spécifiques du milieu carcéral. Elles pré-existent en milieu libre et ne sont que caricaturées par le milieu carcéral.

LES RECOMMANDATIONS

□ 1 transversale : le projet thérapeutique

Les soins ne peuvent s'envisager qu'au terme d'une évaluation individualisée avec information, personnalisation d'un projet de soin autorisant réajustement et globalité de la prise en charge. Toute autre recommandation découle de celle-ci.

□ Les 13 recommandations :

- Reconduction des traitements de substitution : toute prescription antérieure devrait être reconduite. Si l'authentification d'une prescription antérieure est difficile à obtenir, l'évaluation clinique doit primer. La prescription peut alors être envisagée comme une initiation.
- Initiation des traitements de substitution : les indications sont les mêmes qu'en milieu libre en tenant compte en plus du caractère imposé du sevrage dû à l'incarcération et de la nécessité d'anticiper la sortie. Le cas particulier des centrales (aucun traitement prescrit dans notre enquête) pose la question de la place de la substitution lors de longues peines et mérite une discussion spécifique.
- Contrôles urinaires : outils relationnels plus que de contrôle, ils trouvent surtout leur place en début d'incarcération et dans les situations d'impasse thérapeutique.
- Modalités de prescription : identiques au milieu extérieur, elles devraient proscrire les renouvellements automatiques (sans examen du patient).
- Modalités de délivrance : de manière générale, l'individualisation et la confidentialité doivent primer sur le contrôle. Ils sont les meilleurs facteurs préventifs du trafic (lorsqu'il n'est pas choisi), des pressions et du racket. La délivrance doit tenir compte de la taille de l'établissement, des structures soignantes présentes (service médical-UCSA / service psychiatrique - SMPR / CSST) et de l'organisation préexistante. Les petits établissements, bénéficiant d'une structure soignante unique, sont les plus à même de banaliser la délivrance dans le lieu de soin ou en détention, parmi les prises en charge somatiques, tout en maintenant un lien thérapeutique régulier. Dans les établissements de moyenne et grande tailles, la tâche devrait être répartie entre structures de soin, lieux de soins et détention, en maintenant en période initiale et pour les patients fragiles ou victimes de « pressions » pénitentiaires, une prise individualisée en présence de soignants. La délivrance pour plusieurs jours doit être envisagée pour les détenus les plus « compliants » en particulier dans les grands établissements. Le pilage des comprimés est à éviter, la bio-disponibilité n'étant pas garantie, la symbolique s'avérant ambiguë (poudre....) et l'efficacité du contrôle restant incertaine.
- Co-prescriptions : rappelons la nécessité d'une grande vigilance et de la nécessité de justifier d'un point de vue thérapeutique l'association de benzodiazépines avec les

traitements de substitution. La prescription d'anxiolytiques, quand elle ne peut être évitée, devrait être dissociée de celle de la substitution et relever d'une évaluation psychiatrique.

- Prise en charge globale : évaluation sociale et psychologique devraient être systématiquement proposées et la perspective de la sortie envisagée dès la première prescription. Un accent particulier devrait être mis sur la nécessité d'assurer dès le jour de la sortie l'effectivité de la CMU (certains partenariats locaux avec la CPAM le permettent comme à Bois d'Arcy).
- Confidentialité des soins : unanimement peu satisfaisante, elle est jugée difficile à améliorer dans un contexte de vie en « collectivité ». Les patients estiment que sa défaillance génère de nombreuses tensions et facilite pressions, racket. L'accent est donc mis sur la formation/information des différents intervenants et des détenus.
- Dossier de soin : multiple dans les établissements présentant différentes structures de soin et nécessitant d'être transmis rapidement lors de transferts, le dossier devrait pouvoir être informatisé.
- Sorties et Transferts : un fonctionnement en réseau, aussi bien avec le milieu libre qu'avec les autres établissements, s'impose pour garantir la continuité et la cohérence des soins. Des contacts préalables à la sortie avec les soignants relais en milieu libre sont souvent très utiles. Une transmission du dossier avec motivation des choix thérapeutiques et notamment des co-prescriptions doit se développer.
- Extractions : lorsque les horaires le permettent (ouverture tôt des structures de soin), la délivrance est faite le jour même. Sinon, le traitement peut être remis au patient la veille ou sous pli fermé au greffe.
- Formation : c'est l'un des besoins les plus clairement exprimé, aussi bien par les soignants, les pénitentiaires que les détenus eux-mêmes (gestion des risques, organisation des soins...). Une demande de formation partagée par personnels pénitentiaires et sanitaires est très fréquemment formulée, dans le but évident de favoriser les échanges et l'acquisition d'une culture commune. Nous ne pouvons que fortement soutenir ce type de démarche, notant au passage le souhait de ne plus réduire les interactions aux oppositions territoriales et professionnelles. L'intervention en milieu carcéral d'intervenants extérieurs est aussi à favoriser (réduction des risques, réinsertion, préparation à la sortie...).
- Accompagner les équipes : si les équipes intervenant en milieu carcéral sont souvent particulièrement motivées, elles sont soumises à des tensions, pressions et aléas liés aux changements de « politiques », qui nécessitent qu'un travail de supervision et de reprise puisse être proposé. Ce temps est souvent malheureusement le premier à faire les frais du surmenage des équipes, notamment en cas d'insuffisance des effectifs.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Il paraît évident que de nombreuses questions restent ouvertes et tout d'abord, celui de la place à donner à ces recommandations. Nombreux sont les domaines de la prise en charge sanitaire des détenus nécessitant notre attention et d'importantes améliorations (cf. rapport conjoint IGAS/IGSJ de 2001). Ce travail n'est qu'une participation parmi d'autres nécessaires.

D'autre part, les difficultés recensées en milieu carcéral au sujet de l'organisation des soins en matière de traitements de substitution ne sont que l'exacerbation de celles existantes à l'extérieur.

Les mésusages et le trafic sont courants en milieu libre. La prison identifie seulement mieux les responsabilités présumées : il n'y a qu'un prescripteur. Notons cependant que le trafic en milieu carcéral ne date pas d'hier et qu'une partie du trafic provient de l'extérieur. Le statut d'indigence en prison devrait d'ailleurs autant nous interpellier que le trafic qui en découle.

La réduction des risques en milieu carcéral se heurte, comme en milieu libre, à des obstacles liés à la pénalisation de l'usage. Tolérer l'eau de javel est possible car l'intentionnalité n'est pas clairement exprimée, mais imaginer un dispositif d'échange de seringue ne le paraît pas car il remet en cause, et en

chaîne, tout un nombre de préceptes légaux ou éthiques. L'aménagement sanitaire et éthique est possible en milieu libre mais pas en milieu carcéral, à moins d'une remise en cause globale du principe de la loi de 1970.

De nombreux facteurs limitants sont également à noter dans l'organisation des soins en milieu carcéral :

- ❖ D'abord et avant tout les effectifs soignants, nous ne pouvons pas suggérer la même organisation des soins à deux établissements de taille identique mais dont l'un ne possède qu'une UCSA « sinistrée » en personnel et l'autre une UCSA, un SMPR et un CSST en « bonnes santé ».
- ❖ La spécialisation des équipes : que le choix de l'exercice et la formation initiale des intervenants soient centrés sur les soins aux toxicomanes conditionne bien évidemment les possibilités d'organisation des soins. La prise en charge est en générale plus « globale » quand il existe un SMPR/CSST intra-carcéral.
- ❖ La taille de l'établissement : si l'on veut pouvoir individualiser la prise en charge des patients qui le nécessitent, notamment par le maintien de contacts quotidiens à l'occasion de la délivrance du traitement, celle aux autres détenus substitués impose la remise du traitement en détention dans les grands établissements. En ce sens, l'application à la lettre de la circulaire VIH de 96 préconisant une délivrance quotidienne des traitements de substitution, paraît incompatible avec la facilitation de l'accès aux soins.
- ❖ Les carences relationnelles inter-professionnelles : la méconnaissance de l'exercice professionnel des autres intervenants et les carences relationnelles favorisent les tensions « territoriales », l'incompréhension et les revendications corporatistes.
- ❖ Certains modes de délivrance des traitements renvoient les équipes à la contradiction entre logique sécuritaire et soignante, au risque de l'épuisement et de la démotivation. Quelques soient les ambiguïtés sanitaires ou structurelles auxquels ils sont confrontés, leurs missions méritent d'être clarifiées et orientées dans le sens du soin.
De même, les détenus évoquent des délivrances infantilisantes, les confrontant aux pressions et les conduisant à la transgression au dépend de l'individualisation du soin. Ils soulignent aussi la fatigabilité liée à l'organisation de la délivrance quant cette dernière est quotidienne.

Mais la prison nous apprend aussi un certain nombre de choses :

- L'importance d'englober toute forme de soin dans un projet thérapeutique individualisé
- La nécessité d'aborder avec les patients la « durée » de la substitution
- L'inquiétude éthique de voir la prison devenir un lieu privilégié d'accès aux soins, conjuguant sanction et soin alors que la loi de 1970 permet l'alternative (soin ou sanction).
- La clinique du mésusage, particulièrement « lisible » en milieu carcéral, est ou pourrait devenir un véritable levier thérapeutique si la prescription n'en est pas l'enjeu principal.
- Enfin, et c'est un sujet d'actualité avec la loi du 04 mars 2002, la pratique en « collectivité » et en inter-dépendance pose très clairement la question du secret médical partagé. Si celui-ci est une illusion légale, il constitue une réalité pratique du fait de la promiscuité carcérale. Le patient doit être acteur de cet enjeu et le détenteur éclairé de l'information. La prison le permet-elle ?

Prévalence des troubles sexuels chez des patients héroïnomanes traités par la méthadone.

Intérêt du citrate de Sildénafil (Viagra®)

*Dr Jean-Christophe PAGIN, Bruno RESSUCHE
Centre Méthadone des Ardennes, Charleville-Mézières*

Les usagers de drogues pris en charge présentent des problèmes sexuels fréquents. Il semble évident que l'aspect sexuel joue un rôle non négligeable, voire majeur dans les traitements de substitution.

Les études disponibles, principalement d'origine outre-Atlantique, tendent surtout à démontrer que les effets négatifs de la méthadone sur la sexualité sont les mêmes que ceux des opiacés en général ou de l'alcool.

L'étude présente concerne un public d'héroïnomanes (24) recevant de la méthadone dans un cadre de soins multipartenarial dit « à haut seuil d'exigences ».

Dans cette étude, nous avons tenté d'évaluer l'efficacité du citrate de sildénafil (Viagra®) lorsqu'il a semblé qu'une composante psychologique liée à l'histoire du sujet, à type d'inhibition, de manque de confiance en soi et/ou de timidité pouvait expliquer les troubles érectiles chez l'homme.

Cette étude s'est déroulée en deux phases :

- ☞ **Phase I.** Au cours d'une discussion ouverte, les patients ont répondu verbalement à un questionnaire basé sur les critères d'évaluation du DSM-IV. Les dossiers informatiques individuels des patients ainsi que les diagnostics établis par les médecins psychiatres partenaires du centre permettent de mieux cerner l'histoire et la personnalité des sujets étudiés. Ces patients ne présentent pas de consommation parallèles de SPA.
- ☞ **Phase II.** Lorsqu'un patient de sexe masculin présentait des troubles du désir et/ou de l'excitation et/ou de l'orgasme, il lui a été proposé la délivrance gratuite de comprimés de citrate de Sildénafil (VIAGRA®) sur une courte période (1mois). La posologie initiale était de 25 mg, majorée si besoin à 50 voire 75 mg.

Présentation des résultats

54 % des patients déclarent

- 1) n'avoir pas eu de trouble sexuel avant leurs premières intoxications par l'héroïne
- 2) avoir eu des troubles sexuels induits par l'intoxication à l'héroïne
- 3) n'avoir pas eu de trouble sexuel se maintenant anormalement dans le temps après l'arrêt de l'intoxication par l'héroïne, c'est à dire pendant le traitement par le chlorhydrate de méthadone.

29 % des patients

- 1) ont présenté ou non des troubles sexuels avant leurs premières prises d'héroïne,
- 2) ont présenté des troubles au cours du traitement par la méthadone
- 3) qui ont disparu après la période de prises répétées de sildénafil (Viagra®).

16,5 % des patients

- 1) ont présenté ou non des troubles sexuels avant leurs premières prises d'héroïne,
- 2) ont présenté, au cours du traitement par la méthadone, des troubles sexuels,

3) qui n'ont pas disparu après la période de prises répétées de sildénafil. Ces patients présentent des troubles mentaux graves (débilité associée à un syndrome dépressif, état borderline, psychoses).

Dans les cas de psychose étudiés, le traitement par neuroleptique associé au traitement méthadone semble apporter une régression des troubles sexuels dans le temps.

Interprétation des résultats. Conclusion.

- ☞ Les premières prises d'héroïne n'affectent pas systématiquement la sexualité, voire même permettent parfois la rémission momentanée des troubles sexuels chez les patients présentant certains troubles de la personnalité.
- ☞ Lorsque la conduite addictive est installée, on observe systématiquement des troubles du désir, de l'excitation et/ou de l'orgasme sauf dans quelques cas de pathologie psychiatrique (état limite, psychose).
- ☞ En cas d'absence de pathologie psychiatrique grave avérée à type d'état borderline ou de psychose préexistante ou induite par la prise d'héroïne, le traitement de substitution par le chlorhydrate de méthadone, à des doses allant de 40 à 120 mg, ne semble pas affecter significativement la sexualité des patients intégrés dans un cadre de prise en charge globale à long terme.
- ☞ Dans la majorité des cas, la libido des patients intégrés dans un programme « à haut seuil » de traitement de substitution par la méthadone se rétablit spontanément en quelques semaines.
- ☞ Lorsque des troubles de la personnalité parfois préexistants (immaturité, inhibition, manque de confiance en soi, timidité) affectent le patient (essentiellement par des troubles de l'excitation), la prise de sildénafil (Viagra®) lui permet de reprendre de l'assurance et confiance en lui. Cette disparition des troubles érectiles semble définitive et son éventuelle réapparition n'est que situationnelle (nouvelle partenaire).
Il semble également que, le cas échéant, seuls les hommes présentent des troubles de l'excitation dus à cette carence d'assurance. Cet état de fait nous paraît essentiellement lié aux représentations mentales masculines.
- ☞ En cas de pathologie psychiatrique grave avérée à type d'état borderline ou de psychose préexistante ou induite par la prise d'héroïne, la prise de sildénafil chez l'homme n'améliore que ponctuellement les troubles lorsqu'ils sont érectiles. Seuls les traitements antipsychotiques semblent induire une amélioration durable. Lorsqu'il n'y a pas de traitement antipsychotique associé au chlorhydrate de méthadone, on n'observe pas de rémission spontanée des troubles sexuels même à dose moyenne (35 mg).
- ☞ La prise en charge globale, médico-psycho-sociale s'inscrivant dans le temps semble être un facteur non négligeable de disparition des troubles sexuels induits ou non par l'héroïne.

Bien que l'Autorisation de Mise sur le Marché du chlorhydrate de méthadone signale, comme effet indésirable possible, une « baisse de la libido », ce traitement de substitution ne semble pas affecter significativement la sexualité des patients à des doses quotidiennes maximales de 120 mg.

L'utilisation ponctuelle du Viagra® semble intéressante pour « relancer » la libido des patients substitués par la méthadone.

Pendant des années, nous avons sous-estimé l'importance des problèmes sexuels de nos patients sous méthadone, qui cumulent plusieurs facteurs de troubles sexuels (baisse de la libido, difficultés d'érection et d'éjaculation).

Le traitement à long terme des héroïnomanes chroniques par la méthadone s'est imposé ces dernières années pour des centaines de milliers d'entre eux ainsi suivis dans le monde, à vie pour un certain nombre. Si la grande majorité d'entre eux peuvent ainsi parvenir à une abstinence durable des drogues et maintenir une bonne qualité de vie, beaucoup souffrent d'un certain nombre d'effets secondaires, dont la baisse de libido, des difficultés érectiles et des troubles de l'éjaculation. En 1998, une évaluation de 378 patients en cure de méthadone dans les différents programmes de la Fondation Phénix nous apprend que seuls 38 % d'entre eux indiquent une bonne libido, 50 % signalent des troubles de l'éjaculation et 28 % des difficultés d'érection plus ou moins graves. Les toxicomanes en cure de méthadone cumulent plusieurs facteurs de risques de troubles sexuels.

Nous avons donc été particulièrement intéressés par l'étude de nos collègues du centre méthadone des Ardennes. Leurs résultats confirment nos propres expériences cliniques et le succès des prescriptions de Viagra®.

Malgré le petit nombre de 24 sujets étudiés, malgré la sélection due à un programme à haut seuil d'exigences et malgré l'absence de dosages hormonaux, cette étude a le grand mérite de porter au grand jour la problématique sexuelle des toxicomanes en partie responsable du développement des addictions et de leur persistance.

Alors que le Viagra® exerce une action biologique favorisant les mécanismes de l'érection, mais n'a pas d'effet stimulant sur la libido, contrairement à la testostérone, nous avons été intéressés en constatant que de nombreux patients de l'étude 2002 à la fondation Phénix signalent une amélioration de leur excitabilité sexuelle lors de la phase Viagra® et par la suite.

Indépendamment des facteurs psychologiques importants dans la libido tels que la réduction de l'angoisse de performance et le rétablissement d'une bonne confiance en soi grâce à la sûreté d'érection apportée par le Viagra®, on peut se poser la question de l'influence de la reprise d'activités sexuelles sur la stimulation de la testostérone.

Une meilleure connaissance des mécanismes biologiques à la base des dysfonctions sexuelles et la mise sur le marché de plusieurs médicaments efficaces nous permettent maintenant d'envisager des recherches complémentaires pour pouvoir proposer à nos patients les meilleurs prises en charge possibles.

La Fondation Phénix va entreprendre en 2003 une étude plus vaste portant sur la prise en charge des patients souffrant de troubles sexuels. Un groupe Viagra® pourra disposer librement pendant trois mois du citrate de sildénafil alors qu'un groupe témoin bénéficiera d'une aide psychothérapeutique.

N.D.L.R. : l'étude réalisée au Centre Méthadone des Ardennes ne peut se prévaloir de la rigueur scientifique nécessaire à confirmer l'intérêt de l'utilisation du Viagra® pour relancer la libido auprès des patients étudiés. Toutefois, cette expérience ainsi que les réflexions qu'elle suggère nous sont apparues intéressantes à diffuser.

Analyse bibliographique :

Evaluation des fonctions cognitives chez des patients recevant un traitement de maintenance à la méthadone

Cognitive-Motor Performance of Methadone-Maintained Patients

M. Specka and al. Eur Addict Res 2000;6:8-19

&

Cognitive impairment among methadone maintenance patients

S. Darke and al. Addiction (2000) 95(5), 687-695

INTRODUCTION

L'utilisation de la méthadone comme traitement de la dépendance à l'héroïne est maintenant répandue et a prouvé son efficacité. Pour beaucoup de patients cependant, la question se pose de savoir si ce traitement aurait une influence sur leurs facultés intellectuelles et constituerait alors un handicap à leurs activités professionnelles (1).

La possibilité d'une déficience des facultés cognitives parmi les patients en MMT (Methadone Maintenance Treatment) pourrait avoir des implications importantes sur la prise en charge de ces patients. Par exemple, ils seraient alors moins capables de se souvenir des règles du traitement (2).

Cependant, la méthadone et l'héroïne n'étant pas neurotoxiques, il existe d'autres raisons qui font que les sujets en MMT ont plus de lésions cérébrales qui entraînent alors un déficit des fonctions cognitives (2) :

- l'overdose entraîne une hypoxie à l'origine de lésions cérébrales. Celles-ci peuvent entraîner un déficit permanent des fonctions cognitives (traitement des informations, mémoire...).
- la dépendance à l'alcool, fréquente parmi les héroïnomanes induit des déficits de l'attention, une perte des capacités à gérer de nouvelles informations, une perte de la mémoire et des capacités d'apprentissage.
- la fréquence des traumatismes crâniens liée à la criminalité et parfois à un comportement agressif entraîne également un déficit des fonctions cognitives.

Il est donc important de considérer d'emblée que ce n'est pas le fait d'appartenir au groupe MMT qui entraîne un déficit des fonctions cognitives, mais que ces patients constituent des sujets à risque de part leur plus grande exposition à des situations entraînant cette déficience (alcool, héroïne, criminalité) (2).

Certaines études déjà réalisées sur le sujet sont parfois difficilement interprétables, en raison de l'impossibilité de comparaison à un groupe témoin, de la petite taille des effectifs, et de résultats inconstants et contradictoires (1).

ETUDES

Les buts de **l'étude de Specka and al.** (1) étaient de réaliser les mêmes tests que ceux d'études antérieures mais sur un effectif plus important, et d'établir si la différence observée entre les deux groupes testés pouvait s'expliquer par des facteurs émotionnels, pharmacologiques ou liés à la motivation : 54 patients en MMT et 54 sujets normaux servant de contrôle ont été inclus dans l'étude et questionnés entre autre sur d'éventuels troubles psychiques et l'utilisation d'autres médicaments, d'alcools ou de substances illicites. Il y avait 35 hommes pour 19 femmes chacun des deux groupes avec une moyenne d'âge de 29 ans et des degrés d'éducation variés mais similaires entre les deux groupes. Tous les participants à l'étude ont subi un examen comportant 6 tests de performance cognitive mesurant la capacité des individus à conduire un véhicule, mesuré par la vitesse de réponse et/ou la précision :

- LL5 : test mesurant les capacités visuelles
- DR2 : test du choix simple
- Q11 : évaluation de l'attention
- CORT : simulation de conduite
- TT15 : perception tachistoscopique et orientation visuelle
- RST3 : réaction à choix multiple en situation de stress

Résultats :

- Les patients en MMT ont réalisé des performances inférieures à celles du groupe contrôle pour les test Q11, TT15 et RST3.
- Sur le test du choix simple DR2, les patients en MMT ont répondu plus vite et ont fait plus d'erreurs. Mais, lorsque les deux variables sont analysées en même temps, la différence n'est pas significative.
- Lors du test de simulation CORT, les patients en MMT ont mis plus de temps mais ont moins dévié de la route.
- Lors du test de visualisation LL5, dans le groupe MMT, plus d'entre eux avaient 100% de réponses correctes, mais ils étaient beaucoup plus lents.

Conclusion :

Les résultats montrent que les fonctions visuelles et de réaction des patients en MMT ne sont pas atteintes, alors que le degré d'attention, l'orientation visuelle et la coordination œil/main est affectée. Il n'a pas pu être démontré si ces résultats étaient liés à la méthadone ou à d'autres causes.

Aucune corrélation n'a été trouvée entre le niveau de performance des tests et la dose de méthadone ingérée, sauf pour le test LL5 pour lequel les résultats étaient meilleurs lorsque les doses de méthadone étaient plus élevées.

La différence entre les groupes en ce qui concerne les tests LL5, TT15 et RST3 peut également s'expliquer, selon les auteurs, par des différences socio-démographiques.

La seconde **étude, celle de Darke and al.**(2) a été réalisée afin de déterminer l'importance du déficit des fonctions cognitives chez les patients en MMT et le lien possible avec certaines situations à risque fréquentes chez les toxicomanes (overdose, alcoolisme, traumatismes crâniens). Deux groupes ont été formés : 30 patients en MMT et 30 individus sélectionnés au sein d'une population non toxicomane. Une interview concernant les caractéristiques démographiques, des commémoratifs d'usage de drogues, d'overdose d'héroïne et de traumatisme crânien a été rempli et le degré de dépendance à l'alcool a été évalué pour chacun des individus. Ils ont ensuite subi des tests d'une durée de 90 minutes évaluant des

paramètres liés à la fonction cognitive : l'intégration de l'information, l'attention, la capacité d'apprendre, la mémoire et la capacité à solutionner des problèmes. Un test de vocabulaire a été utilisé afin d'estimer l'intelligence pré-morbide, qui s'est révélée comparable dans les deux groupes.

En ce qui concerne la prévalence des facteurs de risque d'altération des fonctions cognitives :

- 73 % des patients en MMT ont été victimes d'une overdose contre 0% du groupe contrôle.
- 63 % des patients en MMT furent inclus dans la catégorie des dépendants à l'alcool contre 10 % dans l'autre groupe.
- les patients en MMT ont été trois fois plus victimes de traumatismes crâniens que les individus de l'autre groupe.

Les patients du groupe MMT ont eu des résultats inférieurs à ceux du groupe contrôle, quelque soit le test utilisé.

Afin de déterminer la relation entre les facteurs à risque identifiés et les résultats des tests, une mesure globale de la fonction cognitive a été calculée. La différence fut significative entre les deux groupes. Une corrélation négative existe entre la fonction cognitive et le nombre d'overdoses et entre la fonction cognitive et la dépendance à l'alcool.

CONCLUSION

On peut déduire de ces deux études que :

- l'appartenance au groupe MMT n'est pas une condition suffisante pour expliquer une déficience des fonctions cognitives et psychomotrices. Notamment, il faudrait également prendre en compte la consommation d'alcool ou d'autres drogues par chaque patient (1).
- les patients en MMT réalisent de moins bonnes performances des tests évaluant les facultés cognitives (à l'exception de celui déterminant l'intelligence pré-morbide) (2).
- certains facteurs à risque sont incriminés dans la baisse des facultés cognitives : les patients ayant une dépendance à l'alcool, ou ayant été victimes d'overdose ont des fonctions cognitives défectueuses (2).
- d'une manière générale, il n'y a pas d'influence de la dose de méthadone sur les résultats des tests (1,2).

Dr Christine RIVIERRE, Marseille
