



CH Paul-Guiraud, Villejuif
29 mars 2007

Méthadone et qualité de vie

Methadone and quality of life

J.-J. Déglon *

Mots-clés : Qualité de vie, Méthadone.

Key words: Quality of life, Methadone.

L'obtention et le maintien d'une qualité de vie optimale des héroïnomanes reste le but premier des programmes de traitement avec la méthadone. Cet objectif est le plus souvent atteint, contrairement aux autres approches, comme les sevrages rapides, suivis de rechutes habituelles replongeant les patients dans l'enfer de la toxicomanie. Mais le risque est grand qu'elle s'effondre lors d'un arrêt de traitement et se dégrade avec le temps. Même en traitement. Proposition : élaborer et valider au niveau européen le meilleur test de mesure standard, simple, de la qualité de vie des patients.

It would be very interesting to elaborate the best european standard scale, easy to use, to assess the quality of life of our patients.

Définition

La qualité de vie est une notion complexe, dépendant de nombreux facteurs. Elle implique surtout l'absence de souffrance, qu'elle soit d'origine psychique, somatique, affective ou sociale et la persistance d'un sentiment général de plaisir. Or, les drogues entraînent de nombreux problèmes médico-psychosociaux et finissent par perturber les circuits limbiques dopaminergiques avec, pour conséquence, une anhédonie qui affecte plus ou moins gravement la qualité de vie. En premier lieu, un équilibre psychique satisfaisant et durable est indispensable pour assurer une bonne qualité de vie. Pour cela il s'agit de stabiliser l'humeur, réduire les états anxieux et obtenir l'abstinence des drogues, condition de base indispensable. Une autre condition est la suppression des douleurs physiques et le maintien d'un état médical équilibré. Les pathologies engendrées par l'héroïnomanie comme les infections, les hépatites ou le sida doivent donc être traitées à long terme. Sur le plan social, un travail ou une occupation, des contacts humains, un logement décent, un revenu minimal avec réduction des dettes, la possibilité de loisirs, en résumé un minimum de facteurs de stress, sont aussi nécessaires pour maintenir une bonne qualité de vie.

* Créateur de la Fondation Phénix, Genève.

De même que sur le plan affectif, la possibilité de renouer des relations familiales positives et développer des échanges amicaux ou amoureux enrichissants.

Presque... miraculeux !

Les programmes médico-psychosociaux avec prescription de méthadone sont particulièrement performants, surtout les premières années, pour restaurer et maintenir une qualité de vie : *excellente* pour certains, *bonne* pour la majorité, *honorabile* pour ceux qui présentent le plus de problèmes psychiques et sociaux.

Certains patients décrivent même le début du traitement comme miraculeux. Les témoignages que nous avons filmés et enregistrés à la Fondation Phénix transcrivent un véritable passage, rapide, de "l'enfer de la drogue" à une vie plus équilibrée, ressentie par nos patients comme... quasi paradisiaque ! En effet, l'**action antidépressive, antipsychotique et anxiolytique majeure** de la méthadone équilibre de façon remarquable les troubles psychiques des toxicomanes souffrant de comorbidités psychiatriques et permet une abstinence rapide de l'héroïne avec un traitement adéquat. L'action favorable **sur le plan de l'immunité** de la méthadone, de l'abstinence et la facilité d'un suivi médical régulier permettent aussi un meilleur équilibre de l'état de santé de ces patients.

Indispensable : l'accompagnement psychosocial

Une prise en charge conjointe sur le plan psychothérapeutique par les psychologues et, sur le plan social, par les travailleurs sociaux représente aussi deux facteurs essentiels pour restaurer une bonne qualité de vie durable. Les programmes de méthadone gérés par des équipes pluridisciplinaires offrant ces services sont donc plus performants à ce niveau, surtout pour les patients souffrant de multiples problèmes médico-psychosociaux.

Un important avantage des prises en charge avec la méthadone est la **nécessité de contacts réguliers avec les thérapeutes**, quotidiens au début, puis plus espacés en fonction des progrès réalisés. Cette obligation de la prise sous contrôle du médicament de substitution, au risque sinon d'un état de manque, critiquée par certains comme un contrôle social, offre une possibilité majeure de développer une relation très positive entre les patients et les thérapeutes.

Un **transfert de qualité**, souvent vécu comme une substitution parentale réparatrice par les intéressés, se révèle fortement psychothérapeutique et fait mieux accepter les contraintes de cure. Il contribue aussi, dans une large mesure, au maintien de la qualité de vie. Pour les cocaïnomanes, nous n'avons pas cet avantage, ne pouvant justifier des consultations quotidiennes et nous ne devons compter que sur notre charisme pour retenir les patients en traitement.

Les héroïnomanes en phase active de dépendance perdent tout repère, toute limite, toute maîtrise sur les pulsions qui envahissent la personnalité. Cette perte de contrôle pouvant entraîner les pires complications médicales, relationnelles et sociales angoisse beaucoup les toxicomanes qui craignent une overdose, une incarcération et affecte leur qualité de vie.

L'abstinence de l'héroïne rapidement atteinte au début du traitement avec la méthadone et le **cadre sécurisant du programme avec ses règles**, ses contrôles et ses exigences contribue aussi à l'amélioration de la qualité de vie en rétablissant des limites indispensables au bien-être des patients.

La catastrophe de l'arrêt de la méthadone

Autant nous avons été surpris de l'efficacité des traitements de méthadone au cours de ces quarante dernières années, de la valeur de leurs résultats et de leur capacité à maintenir une bonne qualité de vie pour la majorité



des patients en cure, autant nous avons été déprimés de constater l'effondrement assez fréquent de ces bons résultats. Et une dégradation inquiétante de la qualité de vie après l'arrêt de la méthadone, surtout s'il s'est effectué rapidement. Et cela sans relation avec la qualité et la durée de la prise en charge médicale ou psychothérapique.

Nos connaissances récentes en médecine des addictions, grâce aux progrès de la neurobiologie, de l'imagerie cérébrale et de la recherche animale, nous ont appris l'importance capitale des **systèmes neuronaux dopaminergiques, endorphiniques, glutamatergiques...** Ils peuvent être durablement dérégulés par l'abus des drogues en perturbant parfois gravement la qualité de vie.

Il nous appartient donc de convaincre nos patients de cette réalité en leur enseignant les bases de la neurobiologie des addictions, **comme un diabétique** apprend les mécanismes de son affection et les exigences de son traitement. Nous devons les déculpabiliser de la méthadone, encore trop souvent assimilée à "une drogue de jouissance" qu'ils devraient prendre, au plus faible dosage, et sur une période la plus courte possible. Nous devons expliquer aux sujets, dont la dépendance de longue date et ses graves complications médico-psychosociales reflètent une comorbidité psychiatrique, le caractère chronique de leur toxicomanie qu'il faut considérer comme une véritable maladie à traiter sur une longue durée.

Dans tous les cas, il nous incombe de garder des contacts réguliers avec nos patients sevrés de la méthadone et de surveiller attentivement

leur équilibre. En cas de perturbation, malheureusement fréquente de leur qualité de vie, souvent en raison d'une rechute toxicomaniaque, il importe de leur proposer une reprise immédiate de leur traitement de méthadone, pour restaurer cette qualité de vie qui doit rester notre but thérapeutique premier.

■ L'érosion à long terme

Nous avons longtemps sous-estimé l'importance de la qualité de vie dans le suivi de nos patients toxicomanes. Elle représente vraiment la température de la cure. Il est essentiel de la mesurer périodiquement pour vérifier l'adéquation de nos prises en charge.

Il nous faut donc **valider le meilleur test sur un plan européen** qui soit assez simple et pas trop long à faire passer ! Nous pourrions ainsi mieux mesurer les progrès accomplis par nos patients, mais aussi repérer le développement sournois d'une péjoration de leur état. La répétition régulière de cette mesure permettrait, en effet, aux différents intervenants d'adapter assez tôt la prise en charge sur le plan pharmacologique, somatique, psychothérapique et social, avant une détérioration trop importante de la qualité de vie qui peut se révéler malheureusement irréversible.

En effet, nous pouvons observer, surtout chez certains patients à forte comorbidité psychiatrique, une baisse notable de leur qualité de vie au cours des années de traitement. Ce peut être en raison d'un dosage inadapté de la méthadone, qui ne corrige

pas assez ou plus du tout les problèmes psychiques sous-jacents. Ou d'un phénomène de tolérance à la longue avec un "blindage" des systèmes opioïdes qui réagissent mal, même à des doses de plus en plus élevées de méthadone.

L'action miraculeuse de la méthadone du début s'estompent progressivement au profit d'une certaine anhédonie, d'une tristesse d'allure dépressive, d'une régression sociale. Cet état, insupportable au regard des années d'équilibre, peut pousser ces sujets à la recherche d'autres moyens d'apaisement d'une angoisse ou de troubles dépressifs réactivés. C'est alors le risque d'une polytoxicomanie entraînant une rapide dégradation de la qualité de vie avec abus d'alcool, de tabac, de benzodiazépines ou de cocaïne, signe d'une quête désespérée de dopamine pour tenter d'équilibrer les circuits neurobiologiques du plaisir.

La baisse de qualité de vie en cours de traitement peut aussi s'expliquer par un manque de prise en charge spécifique de la comorbidité psychiatrique et surtout l'absence d'un soutien social et psychothérapique suffisant.

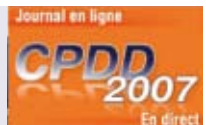
Certains sujets, ainsi livrés à eux-mêmes, sans contrôles et avec une pharmacothérapie inadaptée, peuvent assez rapidement perdre leur qualité de vie et "se chroniciser" dans des troubles psychiques et une marginalité qui peut échapper aux thérapeutes. Surtout aux médecins qui travaillent seuls dans leur cabinet et qui voient rarement leurs patients. ■

Des pharmaciens de Bayonne investis dans les traitements de substitution

Dans la région de Bayonne, les médecins libéraux, les pharmaciens d'officine et les spécialistes en addictologie travaillent ensemble pour dispenser en ville, depuis 1989, la buprénorphine et, depuis 1994, la méthadone. En avril 2006, les pharmaciens ont répondu à un questionnaire en deux parties : la première concernant leurs pratiques professionnelles, implication dans le travail en réseau avec les autres professionnels, formation et la qualité de leurs relations avec les patients. 135 pharmaciens sur 140, auxquels cette première partie était destinée (soit 96 % d'entre eux), l'ont remplie. Ils s'étaient occupés de 450 patients : 121 traités par méthadone et 329 par buprénorphine haut dosage. Ceux qui étaient particulièrement "investis" dans le travail en réseau et la formation avaient, naturellement, des scores plus élevés de relation pharmacien-patients. La seconde partie du questionnaire comportait une fiche par patient déclaré, dont on voulait connaître les dosages de mé-

dicaments de substitution, les modalités de dispensation, le mésusage éventuel, les prescriptions concomitantes d'autres médicaments. Les pharmaciens ont retourné 376 questionnaires "patients", 112 traités par méthadone (dose moyenne de 55,7 mg) et 264 par buprénorphine haut dosage (dose moyenne de 8,3 mg). Résultats : 17 % de suspicion de mésusage (injection, prises multiples, prise per os) et 10 % de reventes suspectes, 44 % de délivrance d'autres médicaments à visée psychotrope dans la même officine. Au total, à la même période, 30 % des patients pris en charge dans ce cadre et 91 patients dans un centre de soins spécialisés, étaient sous méthadone : soit, entre les deux secteurs de prise en charge, le spécialisé et celui de ville, 43 % sous méthadone et 57 % sous buprénorphine haut dosage.

Daulouede JP, Maitre C, Herran E, Beltran V, Aguerretxe-Colina A, Auriacombe M. Cross-sectional survey, Bayonne. Centre Bizia et université Victor-Segalen, Bordeaux. Poster au 69th Annual Meeting du College on Problems of Drug and Dependence, 17 juin, Québec, Canada, 16-21 juin 2007.



B
r
è
v
e
s