

TOXICOMANIE

La consommation d'héroïne en dépit d'un traitement de substitution à la méthadone

Serge Hefez

Réseau Espas (Paris)

Heroin use during methadone maintenance treatment : the importance of methadone dose and cocaine use
Hartel D., Schoenbaum E., Selwyn P., Kline J., Davenport K., Klein R., Friedland G.
American Journal of Public Health, 1995, 85, 1, 83-88

Un certain nombre d'usagers de drogue maintiennent une consommation régulière d'héroïne alors qu'ils sont inclus dans des programmes de substitution à la méthadone, parfois après plusieurs années d'inclusion. La quantité insuffisante de méthadone prescrite et la prise conjointe de dérivés cocaïnés semblent être des facteurs significativement corrélés au maintien de cet usage.

L'étude publiée dans l'American Journal of Public Health portait sur 652 patients en traitement dans le programme méthadone du Centre Montefiore dans le Bronx et inclus dans une étude sur la séroprévalence

VIH, entre juin 1985 et janvier 1989.

Les données étudiées proviennent d'entretiens portant sur les prises de produits licites et illicites, l'histoire de la toxicomanie et des données socio-démographiques ainsi que sur les dosages de méthadone prescrits et les résultats des examens urinaires.

La dose de méthadone retenue est une moyenne des doses prescrites après la stabilisation initiale (les changements de dosages sont alors minimes) ; sont pris en compte les cinq derniers tests urinaires pratiqués avant l'entretien d'évaluation.

Une méthode de régression logistique a été utilisée pour étudier les associations entre dosage de méthadone, usage de cocaïne et usage d'héroïne pendant le traitement.

→ Sur les 652 participants à l'étude, 28,5 % ont été considérés comme consommateurs d'héroïne durant la période et 51,7 % comme consommateurs de cocaïne (tous les dérivés cocaïnés sont pris en compte, quelle que soit leur présentation et leur mode d'usage, inhalation ou injection).

La consommation d'héroïne est significativement corrélée (comme cela a déjà été le cas dans de nombreuses autres études pratiquées à plus petite échelle) au dosage de méthadone prescrit : deux fois plus d'usagers dosés à moins de 70mg/jour maintiennent une consommation régulière d'héroïne, et ce quelle que soit la durée d'inclusion dans le programme (deux groupes ont été constitués selon une inclusion dans le programme depuis plus ou moins de deux années).

Ceci confirme les recommandations du National Institute on Drug Abuse, qui préconise la prescription de dosages relativement élevés de méthadone -entre 60 et 80 mg/jour- ce qui est loin d'être pratiqué par l'ensemble des centres.

Beaucoup plus complexe et problématique est la corrélation entre consommation d'héroïne et consommation de cocaïne: l'usage d'héroïne conjoint est cinq fois plus fréquent chez les consommateurs de cocaïne.

Sur les 337 usagers consommant de la cocaïne, 148 ont en effet utilisé également l'héroïne; en revanche, seuls 38 des 315 abstinents de cocaïne ont consommé de l'héroïne.

Ces résultats sont indépendants de la durée et de la compliance au traitement, de l'usage d'alcool et des facteurs socio-économiques.

→ Ces résultats amènent les auteurs à faire un certain nombre de commentaires :

- ils confirment la nécessité d'une prescription de méthadone à une dose d'efficacité relativement élevée (au dessus de 70 mg); ces dosages permettent en effet à la méthadone d'occuper suffisamment les récepteurs aux opiacés et de neutraliser les effets euphorisants de l'héroïne; ainsi, seuls 18 % des usagers dosés à plus de 70 mg ont consommé de l'héroïne durant les trois derniers mois.

- Pour les patients faiblement dosés en méthadone, l'usage d'héroïne pour contrebalancer l'effet dysphorique de la «descente» de cocaïne est probable. En revanche, les patients fortement dosés ne devraient logiquement ressentir aucun effet psychoactif de l'héroïne, compte-tenu des blocages obtenus sur les récepteurs opiacés.

Plusieurs mécanismes sont alors discutés:

- la cocaïne exacerbe le syndrome de manque dû aux opiacés, par altération du blocage des récepteurs;
- la cocaïne altère le contrôle adrénalo-pituitaire des récepteurs opiacés;
- la cocaïne intervient sur le métabolisme hépatique de la méthadone.

Les auteurs concluent sur la nécessité d'une recherche plus approfondie sur les interactions neurophysiologiques et biochimiques entre ces deux produits.

→ Cette étude confirme donc les résultats d'autres investigations menées à plus petite échelle recommandant la prescription d'une dose efficace relativement élevée de méthadone; de nombreux programmes français distribuent des dosages beaucoup moins importants, de l'ordre de 30 à 50 mg. Il va de soi que le mode d'usage préalable d'opiacés intervient comme facteur déterminant de cette prescription.

Le maintien ou l'initialisation de l'usage d'autres catégories de substances toxiques (alcool, benzodiazépines, amphétamines, dérivés cocaïnés) parallèlement à un traitement de substitution à la méthadone est beaucoup plus problématique, et suscite à l'heure actuelle un important débat dans la plupart de nos tout nouveaux centres de distribution.

Nos collègues américains posent d'avantage la question en terme d'interaction neurophysiologique de produits qu'en termes d'effets et de

motivation ; dans ce contexte, le maintien de la prise d'héroïne avec la méthadone alors que les récepteurs aux opiacés sont saturés peut paraître obscur.

En terme de recherche d'effet, tous les usagers savent que l'héroïne, par ses puissantes propriétés sédatives, permet d'atténuer les effets particulièrement pénibles de la « descente » à la cocaïne (dysphorie intense, sentiment de persécution, dépression, irritabilité, violence...).

La question des motivations à la consommation de tel ou tel produit ne se résume évidemment pas aux propriétés intrinsèques de la substance elle-même.

Un certain nombre d'usagers d'opiacés sont déjà polytoxicomanes au moment d'entrer dans un programme de substitution et réalisent avec différentes drogues licites ou illicites une savante interaction ou une alternance d'effets entre recherche de sédation psychique, d'euphorie, de stimulation, de modification des perceptions, etc., la prise de tel produit plutôt que tel autre tenant également compte des conditions économiques, des effets de groupe et de la disponibilité du marché.

D'autres ont eu depuis longtemps une affinité psychique et physique sélective pour l'héroïne et les opiacés; ces usagers bénéficient d'emblée grandement des thérapeutiques de substitution et l'amélioration des premières semaines est souvent spectaculaire; lorsqu'un travail psychosocial conjoint peut s'opérer dans de bonnes conditions, les pronostics en terme de sortie du milieu de la toxicomanie et, dans un deuxième temps, en terme d'abstinence sont extrêmement favorables.

En revanche, pour une partie d'entre eux -et surtout ceux pour lesquels une insertion sociale ne peut s'opérer rapidement (rappelons à ce propos le manque de moyens des centres spécialisés pour réaliser cet énorme et indispensable travail de réinsertion), ou ceux qui sont particulièrement fragilisés psychiquement par la pathologie VIH et un mauvais état somatique- va apparaître au bout de quelque temps un sentiment de vide, d'ennui, de dépression qui constitue un véritable appel vers d'autres types de produits.

La prise de dérivés cocaïnés, du fait de leurs effets euphoriques, intensificateurs, stimulants de la sexualité (souvent perturbée du fait de la sédation opiacée), répond hélas parfaitement à ce besoin et la flambée du crack dans un certain nombre de grandes villes constitue un appel auquel il est difficile de résister.

On sait que la réduction des risques de transmission du VIH est

particulièrement complexe avec ce type de produits, surtout s'ils sont injectés, car les prises se font souvent en groupe, nécessitent un rythme de consommation très élevé, et provoquent d'importantes ulcérations buccales et aux points d'injection. Les consommatrices de crack se prostituent par ailleurs plus que celles qui consomment d'autres drogues pour alimenter financièrement leur consommation.

Quoi qu'il en soit, ces pratiques, qui ne concernent qu'un petit nombre des usagers substitués (et non plus de un sur deux comme dans cette étude américaine), ne remettent absolument pas en cause la nécessité de ces programmes. La substitution est un long apprentissage qui progresse par paliers, la prise de crack est plus contrôlable sous méthadone et la proximité quotidienne avec des équipes de soins reste un élément de bon pronostic. - Serge Hefez