

*Une population en santé
Un avenir en santé*

Lignes directrices sur le traitement d'entretien à la méthadone

à l'intention des

Services de traitement des dépendances du Nouveau-Brunswick



Nouveaux départs

Juillet 2005

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	i
REMERCIEMENTS	ii
RÉSUMÉ	1
1 INTRODUCTION	6
2 PHILOSOPHIE, BUTS ET OBJECTIFS	10
3 GOUVERNANCE	12
4 EFFETS DES OPIOÏDES	15
5 PHARMACOLOGIE DE LA MÉTHADONE	16
6 APERÇU DU TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE	18
7 PROCESSUS DE DÉPISTAGE	20
8 MODÈLE DES SERVICES DE TEM DU NOUVEAU-BRUNSWICK	22
9 FACTEURS QUI INFLUENCENT L'EFFICACITÉ DU TEM	26
10 AUTRES QUESTIONS LIÉES AU TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE	28
11 TENUE DES DOSSIERS DE TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE	31
12 DIRECTIVES RELATIVES AUX PROGRAMMES	32
13 RECHERCHE ET ÉVALUATION	35
14 RÉFÉRENCES	36
ANNEXE 1 – COORDONNÉES DES SERVICES DE TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE	38
ANNEXE 2 – TERMINOLOGIE	39
ANNEXE 3 – TRAITER LA DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES GRÂCE À LA MÉTHADONE	41
ANNEXE 4 – LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE DISTRIBUTION DE LA MÉTHADONE approuvées par l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick (2004)	45
ANNEXE 5 – METHADONE MAINTENANCE GUIDELINES approuvées par le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario, le Centre de toxicomanie et de santé mentale et l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario (2001)	46
ANNEXE 6 – FACTEURS INDIVIDUELS ET FACTEURS AXÉS SUR LE PROGRAMME, ET RÉSULTATS ASSOCIÉS	47
ANNEXE 7 – MÉTHADONE ET GROSSESSE	52

ANNEXE 8 – DIRECTIVES SUR LE TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE POUR LES SERVICES CORRECTIONNELS ET LA SÉCURITÉ PUBLIQUE.....	54
ANNEXE 9 – TENUE DE DOSSIERS DES SERVICES DE TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE	55
APPENDIX 10 – THÉRAPIE D'ENTRETIEN À MÉTHADONE – BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE	56

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Évaluation des clients consommateurs d'opioïdes du Nouveau-Brunswick, selon la région de santé	6
Tableau 2 : Les opioïdes en tant que drogue préférée, selon la région de santé, en 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005	7
Tableau 3 : Rôles au sein du processus de traitement d'entretien à la méthadone	9
Tableau 4 : Partenaires possibles d'une approche globale en matière de TEM.....	14
Tableau 5 : Processus de dépistage	21
Tableau 6 : Modèle de traitement d'entretien à la méthadone	25

PRÉFACE

Le traitement d'entretien à la méthadone s'inscrit dans une vaste stratégie de traitement et de prévention visant la dépendance aux opioïdes et ses conséquences. Une recension de la documentation révèle que les programmes d'entretien à la méthadone sont considérés comme un moyen efficace de réduire la consommation d'autres opioïdes, l'abus d'autres substances intoxicantes, l'activité criminelle et le taux de mortalité. Le traitement d'entretien à la méthadone a également fait ses preuves en matière de réduction des comportements à risque liés à l'usage des drogues injectables et d'autres comportements présentant des dangers de transmission du VIH (peut-être même du virus de l'hépatite C (VHC) et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang). Le traitement d'entretien à la méthadone améliore la santé physique et mentale, la vie en société, la qualité de vie et le dénouement de la grossesse.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a publié en 2004 le Plan provincial de la santé du Nouveau-Brunswick intitulé *Un avenir en santé : protéger le système de santé du Nouveau-Brunswick*, lequel entretient la vision suivante :

VISION

Un système provincial unique et intégré de services de santé fondé sur les besoins de la collectivité et axé sur le patient, offrant des services de santé dans la langue officielle choisie, à un coût abordable pour la population néo-brunswickoise.

Un avenir en santé élabore quatre priorités stratégiques qui guident les choix en matière d'investissements, de mesures et de services visant à assurer la viabilité du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick à l'avenir. Elles sont : 1) Améliorer la santé de la population, 2) Assurer un meilleur accès aux soins et aux services, 3) Renforcer les ressources humaines du secteur de la santé, et 4) Rendre compte et prendre des décisions fondées sur des faits.

Conformément à la priorité qui consiste à *assurer un meilleur accès aux soins et aux services*, le Plan provincial de la santé du Nouveau-Brunswick formule l'engagement de satisfaire aux besoins en traitement d'entretien à la méthadone par l'entremise des Services de traitement des dépendances, et grâce à l'élaboration d'un programme structuré à l'intention des toxicomanes ayant une dépendance aux opioïdes. Le service s'inspirera des « meilleures pratiques » fondées sur les faits englobant l'administration, un cadre de contrôle, le counseling et le suivi à long terme, et il sera déployé progressivement partout dans la province.

Au fil des ans, les Services de traitement des dépendances du Nouveau-Brunswick se sont diversifiés et spécialisés davantage. Les consultations externes font désormais partie intégrante du modèle de traitement des dépendances du Nouveau-Brunswick. Le comité provincial de consultation externe formé de travailleurs sociaux a préparé le document intitulé *Modèle de traitement à l'intention des travailleurs sociaux des services externes (2003)*, auquel renvoient les lignes directrices suivantes.

REMERCIEMENTS

En septembre 2004, les Services de traitement des dépendances et le ministère de la Santé et du Mieux-être ont mis sur pied un groupe de travail qui avait pour mandat d'élaborer un cadre destiné à assurer la prestation et l'évaluation d'un programme structuré d'entretien à la méthadone fondé sur la collaboration, à l'intention des toxicomanes dépendants.

Le groupe de travail est formé des personnes suivantes :

Jean Daigle Directeur Traitement des dépendances et Santé mentale Région 1	Bonnie Lambert Directrice régionale Services de traitement des dépendances Région 2	Gordon Skead Directeur régional Services de traitement des dépendances Région 3
D ^r Kathryn M ^{ac} Cullam Médecin traitant en toxicomanie Services de traitement des dépendances Région 3	Cynthia M ^{ac} Donald Gestionnaire régionale Services de traitement des dépendances Région 7	D ^r Linda Hudson Omnipraticienne Services de traitement des dépendances Région 7
Bill Veniot Registraire Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick	Leanne Jardine Directrice Plan de médicaments sur ordonnance Ministère de la Santé et du Mieux-être	Andrée Guy Directrice, Services aux adultes Services de santé mentale Ministère de la Santé et du Mieux-être

Les membres du groupe de travail soulignent la contribution des personnes suivantes : Donna Mulholland, Marjorie Mullin et Nancy Hicks.

Les lignes directrices contenues dans le présent document aideront les régies régionales de la santé, les Services de traitement des dépendances et les praticiens à mettre en œuvre le Programme d'entretien à la méthadone de manière uniforme à l'échelle de la province. Les clients pourront se prévaloir de services de qualité équivalente s'inspirant des présentes lignes directrices, peu importe leur région de résidence.

En janvier 2005, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a annoncé l'ouverture de quatre nouvelles cliniques d'entretien à la méthadone à Saint John, Miramichi, Fredericton et Moncton.

En juin 2005, la firme Applied Management Consultants a reçu le mandat d'élaborer les Lignes directrices sur le traitement d'entretien à la méthadone au Nouveau-Brunswick en se basant sur le travail effectué par le groupe de travail, le document de Santé Canada intitulé *Meilleures*

pratiques – Traitement d'entretien à la méthadone (2002), la documentation pertinente à l'heure actuelle et les meilleures pratiques au Canada.

Des lignes directrices proposées, à l'intention des médecins traitants qui prescrivent de la méthadone et des pharmaciens qui la délivrent, fondées sur les faits, multidisciplinaires, uniformes et axées sur la collectivité, apparaissent aux annexes 4 et 5 du présent rapport. Elles s'inspirent de deux rapports déjà publiés : *Methadone Distribution Guidelines*, approuvé par l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick (le 18 janvier 2004), et *Methadone Maintenance Guidelines*, document publié en 2001 par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, le Centre de toxicomanie et de santé mentale et l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario. On recommande qu'elles servent de lignes directrices préliminaires jusqu'à ce que le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick adopte des lignes directrices provinciales sur le traitement d'entretien à la méthadone. Qui plus est, les lignes directrices proposées exigeront la participation, l'examen et la sanction du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick et de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick.

Ces lignes directrices sur le traitement d'entretien à la méthadone, jumelées à celles des médecins et des pharmaciens, brossent un tableau des attentes et des recommandations provinciales relativement aux programmes et services de traitement d'entretien à la méthadone au Nouveau-Brunswick.

RÉSUMÉ

La méthadone est un médicament d'ordonnance utilisé depuis 40 ans pour traiter en toute sécurité la dépendance aux opioïdes. De plus, le traitement d'entretien à la méthadone peut être une importante stratégie de réduction des préjudices et de prévention de la transmission du VIH et d'autres éléments pathogènes véhiculés par le sang, en plus d'aider les toxicomanes à réduire la consommation illicite, l'échange de seringues et les activités criminelles associées à l'usage d'opioïdes.

Un fort consensus s'est établi autour de l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone (TEM) dans l'ensemble. Dans leur examen de la preuve, Hall, Ward et Mattick (1998b, 50) concluent que « considérés dans leur ensemble, les indices procurent de bons motifs de croire que l'entretien à la méthadone est, en moyenne, un mode de traitement efficace de la dépendance aux opioïdes [traduction libre] ». Selon le National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, cité par Leshner (1999), le traitement d'entretien à la méthadone est la procédure de traitement d'abus de drogues la plus rigoureusement évaluée, et réputée hautement efficace dans le maintien de la participation d'une large proportion de clients ou de patients à un programme de traitement, tout en diminuant la consommation de drogues injectables, la propagation du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et l'activité criminelle, en plus d'améliorer la productivité sociale. Les programmes les plus efficaces d'entretien fournissent simultanément la méthadone et d'autres services médicaux ainsi que des services sociaux et d'amélioration du comportement.

Les Lignes directrices sur le traitement d'entretien à la méthadone au Nouveau-Brunswick s'inspirent des meilleures pratiques en cours partout au Canada et dans d'autres pays. Ces lignes directrices provinciales ont pour objet d'assurer une prestation de service des plus efficaces, s'inscrivant dans un modèle de continuum de soins. Le modèle de traitement d'entretien à la méthadone du Nouveau-Brunswick reconnaît trois (3) étapes pour assurer la réussite et l'efficacité du programme de TEM : 1) la stabilisation, 2) la transition et 3) la communauté. Ces étapes, qui feront plus loin l'objet d'une description détaillée, sont conformes à ce que stipulent la recherche et la documentation sur le sujet.

L'équipe chargée du traitement d'entretien à la méthadone (TEM) intervient dans plusieurs volets du traitement, notamment l'aiguillage initial, le dépistage, l'évaluation de la gravité du problème, les interventions directes auprès de la personne, les interventions pour le compte de la personne, la gestion de cas et les évaluations ou l'examen des résultats. L'intervention de l'équipe de TEM auprès de clients toxicomanes qui ont une dépendance aux opioïdes englobe toutes les questions complexes habituellement liées à la dépendance, dont la consommation de drogues, les problèmes de santé d'ordre physique, mental, social et légal, ainsi que le recours possible à un ou plusieurs médicaments thérapeutiques. Les membres de l'équipe de TEM remplissent une fonction vitale, offrant la formation en prévention des rechutes et le counseling aux clients qui suivent le traitement. Il faut disposer de compétences spécifiques fondées sur le degré d'intervention de chaque membre de l'équipe au sein du programme de TEM.

Les Lignes directrices sur le traitement d'entretien à la méthadone au Nouveau-Brunswick aborderont les principaux thèmes suivants :

- Effets des opioïdes
- Pharmacologie de la méthadone
- Aperçu du traitement d'entretien à la méthadone
- Processus de dépistage
- Modèle des services de traitement d'entretien à la méthadone du Nouveau-Brunswick
- Facteurs influant sur l'efficacité du programme de traitement d'entretien à la méthadone
- Autres questions liées au traitement d'entretien à la méthadone
- Tenue des dossiers de traitement d'entretien à la méthadone
- Directives relatives aux programmes
- Recherche et évaluation

EFFETS DES OPIOÏDES

Les opioïdes stimulent brièvement la partie haute du cerveau puis dépriment l'activité du système nerveux central. Les opioïdes diminuent l'anxiété et la douleur, et produisent une sensation d'euphorie et un sentiment de bien-être. Les effets à court terme se font sentir rapidement, dès la prise d'une dose unique, et s'estompent après quelques heures. Immédiatement après une injection d'opioïde, la personne ressent une montée de plaisir, le « rush » ou le « flash ». La faim, la douleur et les désirs sexuels se font rarement sentir après une injection d'opioïde. La dose nécessaire pour produire cet effet peut au départ causer l'agitation, la nausée et des vomissements.

Il y a risque de surdose en particulier lorsqu'il s'agit de consommation illicite, car on pourrait ne pas reconnaître avec exactitude la substance ou sa force. Les signes d'une surdose d'opioïde sont les suivants : réveil impossible de la personne; myosis extrême (pupille); peau froide, moite et bleuâtre et dépression respiratoire profonde. Pour la personne qui a une dépendance aux opioïdes, les symptômes de sevrage peuvent se manifester quelques heures suivant la dernière dose. En période de sevrage, la personne ressent exactement le contraire de ce que procure l'effet narcotique des opioïdes, notamment un surcroît d'anxiété, de la douleur, des malaises et de l'agitation. Le sevrage d'opioïde comporte généralement moins de danger que celui de l'alcool, des barbituriques ou de la benzodiazépine.

PHARMACOLOGIE DE LA MÉTHADONE

La méthadone est un opioïde synthétique dont l'action s'apparente à celle de la morphine. La méthadone sert trois fonctions importantes : elle soulage la douleur durant environ six heures, supprime des symptômes de sevrage et de l'état de manque durant environ 24 heures, et agit comme élément psychorégulateur sur de plus longues périodes. Pour toute prise de médicament d'ordonnance, les clients doivent s'informer auprès du médecin qui a prescrit le traitement à la méthadone ou auprès du ou des pharmaciens.

Lorsqu'une personne a été stabilisée au moyen de la méthadone, la prise d'une dose unique en quantité appropriée (normalement de 60 à 120 mg) supprimera les symptômes de sevrage et d'état de manque durant environ 24 heures, sans effet euphorique ou sédatif. La personne peut dès lors fonctionner normalement et exécuter des activités mentales ou physiques sans que ne s'affaiblissent ses facultés. En quantité suffisante, la méthadone annule les effets euphoriques des autres opioïdes.

APERÇU DU TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE

Les objectifs d'un traitement à la méthadone sont les suivants : réduire les préjudices associés à la consommation de drogues; traiter la comorbidité médicale et psychiatrique; favoriser la rémission de la toxicomanie et atteindre le niveau de fonctionnement psychosocial le plus élevé possible. Au Nouveau-Brunswick, le programme de TEM se fonde sur une collaboration directe entre les clients et les membres de l'équipe de TEM, soit les conseillers des Services de traitement des dépendances, le personnel infirmier, les travailleurs sociaux, les pharmaciens et les médecins. D'autres professionnels de la santé sont consultés au besoin.

Le traitement de l'alcoolisme et de la consommation de drogues axé sur l'abstinence n'a du succès que chez un faible nombre de personnes ayant une dépendance aux opioïdes. La recherche révèle que dans le cas des personnes dépendantes, le counseling seul ne connaît pas de succès, car le sevrage et l'état de manque sont trop intenses. La méthadone seule peut donner de bons résultats, si on prescrit le médicament en quantité suffisante pour contrôler les symptômes de sevrage et d'état de manque. La méthadone jumelée à de bonnes méthodes de counseling donne de meilleurs résultats par opposition à la méthadone seulement.

PROCESSUS DE DÉPISTAGE

Le processus de dépistage est la première étape du processus d'évaluation des motifs que doit réaliser un membre de l'équipe de TEM possédant l'entraînement requis. Le processus complet comprend le dépistage, l'évaluation de la gravité du problème, l'évaluation de la rétroaction et la planification du rétablissement. Si le dépistage confirme que le client a une dépendance aux opioïdes, la personne effectuant l'évaluation présentera ses conclusions à l'équipe de TEM laquelle, après consultation, décidera d'admettre ou non le client au programme de TEM. Les autres possibilités comprennent des services de traitement comme la désintoxication, les consultations externes ou les traitements en établissement.

MODÈLE DES SERVICES DE TEM DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Le modèle des services de TEM du Nouveau-Brunswick se fonde sur les principes directeurs suivants : accessibilité aux services et droit du client d'établir ses objectifs de traitement; qualité du programme fondée sur une approche axée sur le client et assurée par une équipe multidisciplinaire; rôles et responsabilités du client et de l'équipe de TEM dans la prestation du plan de traitement individualisé et démarche visant à fournir le traitement le plus approprié qui soit en fonction des besoins et des forces de la personne. Le traitement d'entretien à la méthadone est un processus de croissance progressive, assorti d'étapes et de tâches précises qu'il faut

terminer avant de passer à la prochaine étape du traitement. Les trois étapes sont : 1) la stabilisation, 2) la transition et 3) la communauté.

FACTEURS INFLUANT SUR L'EFFICACITÉ DU TEM

Des facteurs à la fois individuels et reliés au programme exercent une influence sur l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone. Malgré l'absence de consensus au sujet de la façon d'administrer le traitement, il existe une quantité importante de renseignements au sujet des facteurs individuels et des facteurs reliés aux programmes qui exercent une influence sur l'efficacité des programmes de traitement d'entretien à la méthadone. Les efforts déployés afin d'inciter les clients à poursuivre le traitement sont essentiels pour évaluer l'efficacité. Les meilleures pratiques ont démontré qu'il existe une relation positive entre une plus longue durée de traitement et les résultats obtenus.

AUTRES QUESTIONS LIÉES AU TEM

On recommande de recourir à des pratiques de counseling fondées sur les faits dans les rapports entre l'équipe de TEM et le client. Il faudra tenir compte de considérations spéciales dans la prise en charge de situations ou de circonstances comme celles qui suivent : transferts à d'autres médecins prescripteur de méthadone; méthadone et grossesse; troubles concomitants; clientèle adolescente et contrevenants en détention.

TENUE DES DOSSIERS DE TEM

Une bonne communication entre les membres de l'équipe de TEM est cruciale afin de protéger la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements sur la santé, dans la prise en charge des personnes à qui l'on a prescrit de la méthadone pour traiter leur dépendance aux opioïdes. L'équipe de TEM traitante se conformera aux exigences réglementaires fédérales et provinciales. L'échange de renseignements entre les membres de l'équipe de TEM et les autres professionnels traitants exigera, au besoin, le consentement écrit du client dans un formulaire autorisant la communication et la diffusion d'information. Le partage des renseignements se fera sur la base du besoin de connaître et s'appliquera à la prise en charge et aux soins médicaux du client.

DIRECTIVES RELATIVES AUX PROGRAMMES

Afin d'assurer la prestation efficace du programme de traitement d'entretien à la méthadone, il importe d'élaborer des directives relatives aux programmes uniformes à l'ensemble du réseau provincial des Services de traitement des dépendances. On recommande d'élaborer et de réviser périodiquement de telles directives par le truchement du comité consultatif provincial, et de solliciter la participation des membres des équipes de TEM et des partenaires communautaires. La participation des clients à l'élaboration de directives traitant précisément de leurs rôles et responsabilités contribuera encore davantage à l'atteinte des buts et objectifs du programme provincial, en plus d'assurer la collaboration d'ensemble et le partenariat, éléments essentiels à une prestation de service perpétuellement efficace.

RECHERCHE ET ÉVALUATION

Il faut poursuivre la recherche sur le traitement d'entretien à la méthadone. Par exemple, axer davantage le traitement sur les clients ou les patients et faire des recherches portant sur les résultats considérés comme des priorités par les clients ou les patients sont des aspects clés (Hall et coll., 1998a, 3-4). Rendre le traitement de la toxicomanie « plus attrayant et acceptable pour le grand public, aussi bien que pour les décideurs et les organismes de financement » (Stoller et Bigelow, 1999, 33) en évaluant la rentabilité et les avantages du traitement est un autre aspect important à étudier.

Il existe un ensemble utile, mais limité, de recherches portant sur la prestation des programmes de TEM à des groupes particuliers ayant des besoins divers. Il faut approfondir entre autres choses, l'étude des stratégies efficaces permettant de répondre aux besoins des toxicomanes qui consomment de nombreuses substances, aux besoins des femmes, des femmes enceintes, des personnes en état de comorbidité (y compris celles qui ont contracté le VIH, le VHC ou d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang), ou souffrant de troubles mentaux ou des deux. Il reste aussi un autre défi, celui de la mise en œuvre de stratégies de prestation du TEM en milieu carcéral et de méthodes d'évaluation de leur efficacité.

1 INTRODUCTION

Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) a d'abord été adopté il y a presque quarante ans pour traiter les symptômes de sevrage des personnes souffrant de dépendance aux opioïdes. La méthadone a été élaborée en Allemagne avant la Seconde Guerre mondiale pour servir d'analgésique de remplacement de la morphine. Au début des années 1960, Dole et Nyswander ont démontré qu'il était possible de recourir à la méthadone en tant que médicament d'entretien, bien qu'il s'agisse en fait d'un chercheur canadien, Robert Halliday, qui en 1963 a mis au point, en Colombie-Britannique, ce qui pourrait bien avoir été le premier programme de traitement d'entretien à la méthadone au monde. La méthadone est un médicament d'ordonnance utilisé depuis 40 ans pour traiter en toute sécurité la dépendance aux opioïdes (Ball et Ross, 1991; Farrell et coll., 1994).

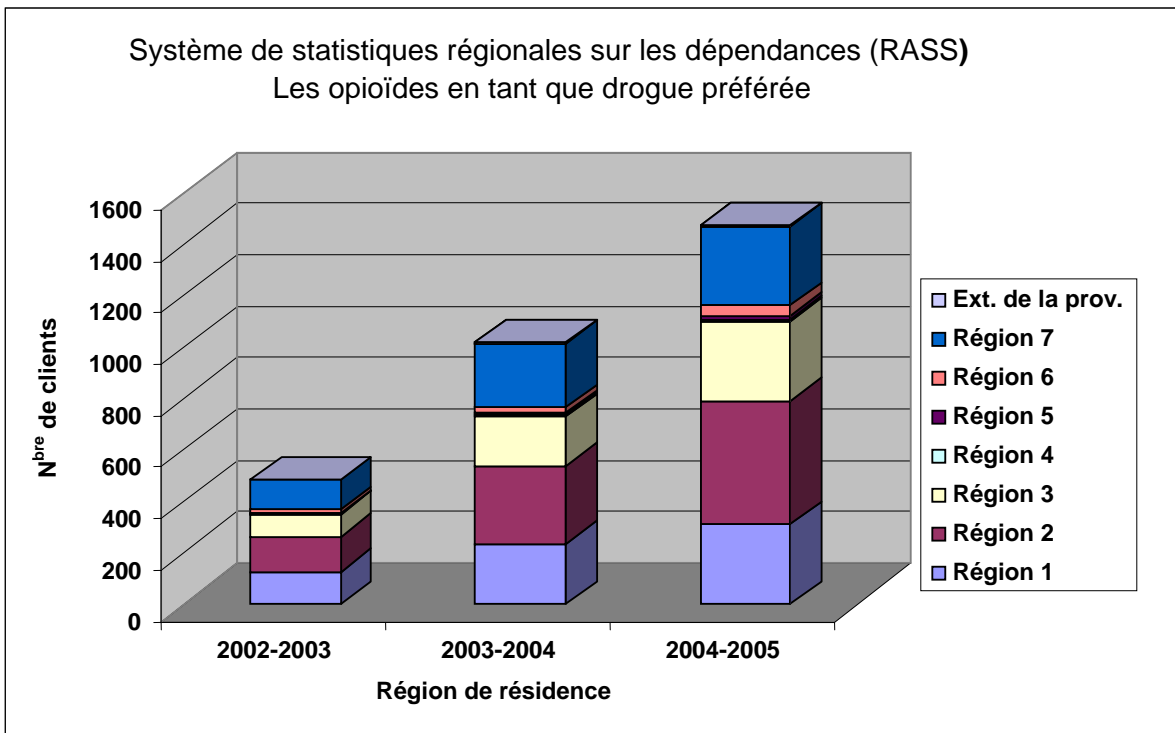
De nos jours, dans de nombreuses régions du monde, le TEM est largement reconnu comme un élément clé d'une stratégie complète de prévention et de traitement de la dépendance aux opioïdes. Au Canada, comme dans beaucoup d'autres pays, il existe un cadre réglementaire à l'échelon national pour la prescription de la méthadone. Le Bureau des substances contrôlées de Santé Canada collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que les organismes de réglementation médicale, afin d'accroître l'accès au traitement d'entretien à la méthadone. Jusqu'ici, plusieurs provinces ont mis au point, ou sont en train de le faire, des lignes directrices et une formation destinées aux praticiens intéressés à fournir des traitements d'entretien à la méthadone. La méthadone ne peut être prescrite que par les médecins qui ont reçu une exemption en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.

Au Canada, le nombre de personnes auxquelles on administre un traitement d'entretien à la méthadone a augmenté considérablement ces dernières années. Le tableau suivant présente le nombre de clients, selon la région de santé, qui ont désigné les opioïdes comme étant leur drogue préférée. Ces chiffres ne tiennent compte que des clients ayant fait l'objet d'une évaluation par les Centres de traitement des dépendances du Nouveau-Brunswick; ils sont passés de 484 en 2002-2003 à 1470 en 2004-2005, l'augmentation la plus marquée se trouvant dans les centres urbains de la province, comme le démontrent les tableaux 1 et 2.

Tableau 1 : Évaluation des clients consommateurs d'opioïdes du Nouveau-Brunswick, selon la région de santé

	2002–2003	2003–2004	2004–2005
Région 1	126	232	309
Région 2	136	303	480
Région 3	85	193	310
Région 4	1	7	8
Région 5	4	8	15
Région 6	14	21	40
Région 7	117	249	304
Ext. de la province	1	2	4
Province	484	1015	1470

Tableau 2 : Les opioïdes en tant que drogue préférée, selon la région de santé, en 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005



Source : Système de statistiques régionales sur les dépendances (RAAS)

En 1995, le National Institute on Drug Abuse des États-Unis a procédé à une réévaluation complète de la méthadone et a conclu qu'elle était efficace dans le traitement de la dépendance aux opioïdes. Les chercheurs ont découvert qu'un dosage approprié de méthadone, jumelé à une thérapie de soutien :

- réduit la consommation illicite d'opioïdes
- réduit l'activité criminelle
- améliore la santé et la productivité au plan social
- améliore la santé physique
- réduit la transmission du VIH
- favorise un meilleur dénouement de la grossesse chez des femmes dépendantes aux opioïdes
- est d'utilisation sûre durant une longue période

Le nombre de clients se prévalant des Services de traitement des dépendances a augmenté à un rythme de 1,8 p. 100 au cours des trois dernières années. Parmi ces admissions aux services, 6,2 p. 100 sont reliées aux opioïdes en tant que drogue préférée. Durant la même période, le nombre de clients se prévalant des services de traitement aux dépendances pour consommation d'opioïdes (drogue préférée) s'est accru de 239,18 p. 100.

C'est en réaction à cette hausse que le ministère de la Santé et du Mieux-être a entrepris d'élaborer des lignes directrices et d'adopter des meilleures pratiques afin de soutenir la prestation de services de traitement d'entretien à la méthadone uniformes, axés sur la collectivité et globaux. Le traitement d'entretien à la méthadone peut constituer une importante stratégie de réduction des préjudices et de prévention de la transmission du VIH et d'autres éléments pathogènes véhiculés par le sang. De plus, ce type de traitement peut aider les personnes ayant recours aux opioïdes à réduire la consommation illicite, l'échange de seringues et les activités criminelles liées à l'usage d'opioïdes.

En général, l'accoutumance et la dépendance aux opioïdes sont le résultat d'un processus complexe englobant plusieurs facteurs d'ordre biologique, psychologique, social et spirituel. Les toxicomanes ayant une dépendance aux opioïdes présentent un fort taux de comorbidité psychiatrique. Nombre d'entre eux peuvent ne pas disposer de stratégies d'adaptation et d'aptitudes à la vie quotidienne leur permettant de bien fonctionner.

De nombreux indices font état de meilleurs résultats lorsque le traitement à la méthadone contre la dépendance aux opioïdes est jumelé à du counseling en matière de toxicomanie (Farrell et coll., 1994; Millar, 1998; Moolchan et Hoffman, 1994; Roberts et coll., 1999). Le traitement d'entretien à la méthadone permet à la personne d'apporter des changements importants dans sa vie, facilite la reprise du fonctionnement, et complète les objectifs d'une guérison conventionnelle d'abus d'alcool et de drogues.

Une recension de la documentation à Santé Canada (Brands, Marsh, Hart et Jamieson, 2002) indique que le traitement à la méthadone permet de réduire de manière efficace :

- la consommation d'opioïdes
- la consommation de drogues stimulantes p. ex. : cocaïne
- la consommation de drogues injectables et les comportements à risque connexes, p. ex. : échange de seringues
- l'activité criminelle
- la surdose d'opioïdes et les autres comportements présentant un risque de transmission du VIH et des MTS, p. ex. : relations sexuelles non protégées

On a constaté que le traitement d'entretien à la méthadone contribuait à améliorer :

- l'état de santé général
- la vie en société
- l'estime de soi
- les relations familiales
- la compétence parentale
- le dénouement de la grossesse
- l'accès à du counseling
- la gestion budgétaire
- l'emploi

L'équipe de TEM intervient dans plusieurs aspects du traitement d'entretien à la méthadone, notamment l'aiguillage initial, le dépistage, l'évaluation de la gravité du problème, les interventions directes auprès de la personne, les interventions pour le compte de la personne, la gestion de cas et les évaluations ou l'étude des résultats.

L'intervention de l'équipe de TEM auprès de clients dépendants englobe toutes les questions complexes liées habituellement à la dépendance, dont la consommation de drogues, les problèmes de santé d'ordre physique, mental, social et légal, ainsi que le recours possible à un ou plusieurs médicaments thérapeutiques. Les membres de l'équipe de TEM remplissent une fonction vitale, offrant la formation en prévention des rechutes et du counseling aux clients suivant le traitement à la méthadone. Il faut posséder des compétences spécifiques, en fonction du degré d'intervention de chaque membre de l'équipe au sein du programme de TEM.

En particulier, les membres de l'équipe doivent être au courant des aspects suivants :

- toxicomanie et dépendance
- dépendance aux opioïdes en particulier
- santé physique, mentale et sociale, ainsi que les aspects légaux de la dépendance aux opioïdes
- utilisation de la méthadone dans les soins et le traitement de la dépendance aux opioïdes
- processus et résultats d'un traitement d'entretien à la méthadone

Tableau 3 : Rôles au sein du processus de traitement d'entretien à la méthadone

Membres

de l'équipe de TEM

- Processus d'évaluation des motifs
- Éducation
- Promotion de la santé
- Mobilisation communautaire
- Interventions et aiguillages
- Gestion de cas
- Évaluations ou étude des résultats

Médecin

- Évaluation médicale
- Diagnostic
- Préparation d'ordonnance de méthadone pour le domicile (pour emporter)
- Aiguillages pour d'autres évaluations physiques et mentales

Pharmacien

- Dispensation de la méthadone
- Rencontres brèves
- Observation
- Interventions
- Éducation

2 PHILOSOPHIE, BUTS ET OBJECTIFS

Le ministère de la Santé et du Mieux-être endosse la philosophie suivante dans la prestation du traitement d'entretien à la méthadone offert par les Services régionaux de traitement des dépendances du Nouveau-Brunswick.

Énoncé de philosophie du Programme de traitement à la méthadone du Nouveau-Brunswick

Nous sommes d'avis que tous les clients ont droit à un traitement sûr et efficace pour contrer leur dépendance aux opioïdes, et qu'il nous revient d'assurer un milieu propice à la mise en œuvre d'un processus menant à une saine réadaptation.

Nous veillerons à assurer un service axé sur le client, multidisciplinaire, intégré et sans faille, pour nos clients et leur famille. Nous tâcherons d'habiliter le client à assumer le premier et personnellement la responsabilité de ses comportements et de son rétablissement, et de l'encourager à participer activement à toutes les facettes de ses soins. Dans les limites de ce qui est réputé sûr, nous tâcherons d'inciter le client, de le retenir et de l'entretenir tant et aussi longtemps que le traitement lui est bénéfique et que celui-ci s'y conforme comme le stipule un accord mutuel de traitement conclu au préalable.

À l'aide d'une évaluation rigoureuse, d'un processus de dépistage visant à assurer la conformité au traitement, et du counseling, nous tâcherons de fournir les outils que requièrent tous nos clients pour reprendre un mode de vie sain et réaliser leurs objectifs personnels.

Le Programme de traitement d'entretien à la méthadone du Nouveau-Brunswick assure la prestation du traitement d'entretien à la méthadone par l'entremise des Services régionaux de traitement des dépendances à Miramichi, à Saint John, à Fredericton et à Moncton (voir l'**annexe 1** pour la liste des Services de traitement des dépendances offrant des programmes de TEM). Chaque région offrira un service confidentiel et axé sur la collectivité qui comporte notamment l'approche axée sur le client, l'accessibilité, un appui et un modèle de prestation de services fondés sur le continuum de soins par l'entremise de services communautaires intégrés, des soins médicaux, des services de santé mentale, le traitement de la toxicomanie, le soutien et le counseling de professionnels, la promotion de la santé, la sensibilisation aux maladies ainsi que la prévention en puisant dans les meilleures pratiques en cours dans le milieu.

Nous y parviendrons grâce aux approches suivantes :

- 1) En favorisant des modes de vie sains par l'élimination ou la diminution des incidences néfastes de la toxicomanie opiacée sur les personnes, les familles et la collectivité.

- 2) En misant sur la mobilisation des personnes et des collectivités pour promouvoir des modes de vie sans dépendance. Axé sur le client, décentralisé, global, innovateur, fondé sur les faits et supervisé, le traitement invite à la fois la personne et la société à s'engager davantage pour faire évoluer les mentalités, les comportements et les modes de vie.
- 3) En offrant un éventail complet de services, ainsi que la souplesse permettant de s'adapter aux besoins en constante évolution compte tenu de la nature complexe de la dépendance aux médicaments d'ordonnance. La prestation de tels services est assurée par des professionnels qualifiés et compétents qui respectent un code de déontologie et adhèrent à des principes en matière de confidentialité.
- 4) En contrôlant le service et en l'évaluant continuellement afin d'assurer des normes élevées dans les soins et l'efficacité au chapitre des coûts. On reconnaît le besoin de mesures du rendement variées pour bien évaluer les services offerts.

Buts et objectifs

Le Programme de traitement d'entretien à la méthadone du Nouveau-Brunswick offert par les Services régionaux de traitement des dépendances poursuit les buts et objectifs suivants :

Buts

- Offrir un programme de stabilisation et d'entretien à la méthadone sûr, efficace et rentable, à l'intention des clients souffrant de toxicomanie opiacée.
- Assurer un milieu propice à la mise en œuvre du processus de traitement et de réadaptation, conformément au modèle néo-brunswickois pour un processus de traitement d'entretien à la méthadone.
- Fonctionner dans le respect de ces lignes directrices sur le traitement, des normes, des meilleures pratiques et de protocoles pertinents.

Objectifs

- Concevoir et mettre en œuvre un processus complet et permanent d'évaluation, lequel comprend les données antérieures et actuelles pertinentes couvrant la période d'entretien de rapports avec le client, qui serviront à la planification du traitement et à la réadaptation. Un tel processus nécessite une approche collaborative avec les médecins prescripteurs, les pharmaciens qui dispensent les médicaments et les partenaires communautaires.
- Réagir de façon positive aux besoins immédiats des clients et aux pressions sociales par des activités de counseling de situation ou de crise.
- Instaurer une démarche d'apprentissage qui invite le client ou un de ses proches à reconnaître son état et à participer à son rétablissement.
- Inviter les clients à assumer la responsabilité de leur traitement, de la stabilisation et des autres étapes, et à s'engager dans le processus.
- Encourager les membres de la famille et les proches à soutenir le client dans toutes les étapes du processus de traitement.
- Encourager la participation active des clients dans la consolidation et l'acceptation du plan de traitement.

3 GOUVERNE

Comité consultatif provincial (CCP)

Un comité provincial se réunira au besoin pour établir des réseaux, résoudre des problèmes et apporter son soutien au Programme provincial de traitement d'entretien à la méthadone, et assurer une prestation de service cohérente et responsable.

Le CCP aura la fonction de traiter des aspects suivants, sans toutefois s'y limiter :

- élaboration des normes et suivi
- élaboration de directives et suivi
- étude des enjeux selon une perspective provinciale
- suivi continu des mesures d'évaluation selon les approbations reçues du ministère de la Santé et du Mieux-être
- autres tâches requises par le ministère de la Santé et du Mieux-être

Composition :

- directeurs régionaux des Services de traitement des dépendances ou leurs représentants
- représentant du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick
- représentant du ministère de la Santé et du Mieux-être
- coordonnateur régional de méthadone de Service correctionnel Canada (toutes les provinces de l'Atlantique)
- représentant du Collège des médecins et chirurgiens
- médecins traitants du programme de méthadone
- Société médicale du Nouveau-Brunswick
- responsable du service de sensibilisation aux drogues de la GRC
- société pharmaceutique

Comité régional des intervenants

Ce comité sera formé dans chaque région et se réunira sur une base régulière pour traiter des aspects suivants :

- proposer des occasions de collaboration dans la collectivité
- renseigner le public des enjeux relatifs à la consommation d'opioïdes et au traitement à la méthadone
- repérer les lacunes dans le service et les besoins, selon une perspective communautaire
- appuyer l'équipe de traitement d'entretien à la méthadone en offrant son expertise, des ressources et de la consultation
- assurer une prestation de service transparente

Composition :

- personnel médical
- personnel infirmier
- administrateurs de RRS
- Services familiaux et communautaires
- Santé publique
- Santé mentale
- Services de traitement des dépendances
- Premières Nations
- GRC et police locale
- pharmacies
- parents
- maternité (nouveau-nés)
- clients
- organisations non gouvernementales

Équipe régionale de traitement d'entretien à la méthadone

Le service de traitement d'entretien à la méthadone reposera sur une approche de collaboration holistique et multidisciplinaire. Le directeur régional des Services de traitement des dépendances sera chargé de la prestation générale du Programme de traitement d'entretien à la méthadone dans sa région.

À tout le moins, l'équipe de TEM sera composée des membres suivants :

- médecin prescripteur
- infirmière
- travailleur social
- pharmacien
- soutien administratif
- coordonnateur de TEM
- autres professionnels, s'il y a lieu et si les ressources le permettent

Les membres de l'équipe rempliront chacun leur fonction respective et travailleront en collaboration sur tous les aspects du service et des soins à la clientèle. La coordination du programme de TEM pourra être attribuée à une personne en particulier ou à l'un des professionnels mentionnés ci-dessus, à tour de rôle.

Dans ses fonctions, l'équipe sera responsable de toute décision relative aux admissions et aux congés et mènera des études de cas avec le concours des clients et de leurs familles, s'il y a lieu.

L'équipe de TEM établira et entretiendra des liens étroits avec les autres professionnels et services apparentés afin d'assurer un service et un continuum de soins sans faille. Lorsqu'ils traiteront directement avec un client, ces professionnels feront partie intégrante de l'équipe de TEM de ce client. Le tableau suivant offre un aperçu des partenaires et relations possibles pour assurer la prestation d'un programme de TEM efficace.

Tableau 4 : Partenaires possibles d'une approche globale en matière de TEM

Entretien à la méthadone

Aspects médicaux	Traitement de l'utilisation d'autres substances	Counseling et soutien	Santé mentale	Promotion de la santé, prévention des maladies et éducation	Services sociaux	Services à l'enfance, à la jeunesse et aux familles	Aspects juridiques et judiciaires	Éducation	Emploi	Ressources	Service d'approche et intervention
<ul style="list-style-type: none"> • services hospitaliers; • salles d'urgence; • soins primaires; • contrôle de la douleur; • traitement du VHC; • obstétrique; • soins spécialisés; • délivrance de médicaments; • travaux en laboratoire. 	<ul style="list-style-type: none"> • contrôle du sevrage (désintoxication); • consultations internes ou externes; • services en établissement; • soutien mutuel; • défense des intérêts ou ombudsman. 	<ul style="list-style-type: none"> • individuel; • en groupe; • femmes, survivants ou survivantes; • couple; • famille. 	<ul style="list-style-type: none"> • psychiatres; • psychologues; • programmes communautaires de santé mentale. 	<ul style="list-style-type: none"> • santé publique; • centres de santé communautaire; • nutrition; • prévention du VIH; • prévention du VHC. 	<ul style="list-style-type: none"> • assistance sociale; • logement; • transports; • aide au soin des enfants; • formation. 	<ul style="list-style-type: none"> • bien-être de l'enfance; • soins aux enfants; • services à la jeunesse; • soutien aux parents. 	<ul style="list-style-type: none"> • services aux victimes; • police; • libérations conditionnelles; • liberté surveillée; • services juridiques; • procureurs; • services correctionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> • alphabétisation; • programmes scolaires; • aptitudes à la vie quotidienne; • milieu professionnel ; • grand public. 	<ul style="list-style-type: none"> • apprentissage et formation professionnelle; • services et programmes d'aide à l'emploi; • aide aux employés. 	<ul style="list-style-type: none"> • échange de seringues; • refuges; • banques alimentaires; • organismes spirituels et ethno-culturels; • loisirs; • groupes consultatifs communautaires; • groupes d'aide sociale; • secteur privé; • services aux femmes; • centres d'amitié. 	<ul style="list-style-type: none"> • Travailleurs sur le terrain; • services axés sur les pairs.

Source : Santé Canada, *Meilleures pratiques – Traitement d'entretien à la méthadone (2002)*

4 EFFETS DES OPIOÏDES

Les opioïdes stimulent brièvement la partie haute du cerveau puis dépriment l'activité du système nerveux central. Les opioïdes diminuent l'anxiété et la douleur, et produisent une sensation d'euphorie et un sentiment de bien-être. Les effets à court terme se font sentir rapidement, dès la prise d'une dose unique, et s'estompent après quelques heures. Pour mieux saisir le contexte du sujet, l'**annexe 2** présente des définitions relativement au TEM.

Les symptômes de sevrage opiacé aigu se manifestent lorsque que l'on réduit ou cesse subitement la consommation de drogue; ils atteignent leur paroxysme environ 72 heures suivant la dernière dose et s'estompent après une semaine. Certaines fonctions corporelles, entre autres le sommeil, les selles et l'activité sexuelle peuvent prendre jusqu'à six mois avant de retrouver un fonctionnement normal.

Parmi les symptômes de sevrage opiacé aigu, on reconnaît les suivants :

- larmoiement
- sudation
- écoulement nasal
- agitation
- état de manque (drogue)
- pupille dilatée
- perte d'appétit
- chair de poule
- irritabilité
- tremblements
- douleur aux os et aux articulations
- insomnie grave
- bâillements excessifs
- faiblesse
- nausée, vomissements et diarrhée
- frissons, fièvre
- spasmes musculaires
- douleurs abdominales

Les effets des opioïdes, comme c'est le cas avec d'autres drogues, dépendent de plusieurs facteurs :

- quantité consommée
- fréquence de la consommation
- autres substances intoxicantes consommées
- expérience de consommation passée
- mode d'administration
- milieu ou contexte dans lequel la drogue est consommée

Dans le cas de **doses moyennement élevées**, la personne *cogne des clous*, allant en alternance d'un état d'éveil à celui de somnolence, une période durant laquelle :

- une sensation de chaleur envahit le corps
- les membres semblent lourds à leur extrémité
- la bouche semble s'assécher
- graduellement, le rythme respiratoire ralentit
- le monde environnant est oublié

Il y a risque d'une **surdose d'opioïde** en particulier lorsqu'il s'agit de consommation illicite, car on pourrait ne pas reconnaître avec exactitude la substance ou sa force. Les signes d'une surdose d'opioïde sont les suivants :

- réveil impossible de la personne
- myosis extrême (pupille)
- peau froide, moite et bleuâtre
- dépression respiratoire profonde

Pour la personne dépendante, les symptômes de sevrage peuvent se manifester quelques heures suivant la dernière dose. En période de sevrage, la personne ressent exactement le contraire de ce que procure l'effet narcotique des opioïdes, notamment un

surcroît d'anxiété, de la douleur, des malaises et de l'agitation. Le sevrage d'opioïde comporte généralement moins de danger que celui de l'alcool, des barbituriques ou de la benzodiazépine.

5 PHARMACOLOGIE DE LA MÉTHADONE

La méthadone est un opioïde synthétique dont l'action s'apparente à celle de la morphine. Au besoin, on peut prescrire des opioïdes avec de la méthadone pour traiter une douleur chronique ou postopératoire.

La méthadone sert trois fonctions importantes :

- elle soulage la douleur durant environ six heures ;
- elle supprime des symptômes de sevrage et d'état de manque durant environ 24 heures ;
- elle agit comme élément psychorégulateur sur de plus longues périodes.

La pharmacologie de la méthadone en fait une drogue très utile pour le traitement de la dépendance aux opioïdes. Ses caractéristiques avantageuses comprennent le fait que cette drogue :

- est administrée par voie orale, ce qui évite les risques liés à l'usage de drogues injectables;
- a une longue demi-vie, alors une seule dose quotidienne est nécessaire;
- s'accumule dans le corps, alors il est facile d'atteindre une concentration sanguine régulière;
- élimine efficacement les symptômes de sevrage opiacé, ce qui augmente le degré de confort et de respect des instructions chez les clients ou patients;
- crée une tolérance croisée (ou blocage) aux effets de l'usage des opioïdes illicites, ce qui diminue la consommation d'opioïdes illicites pendant le traitement d'entretien;
- n'a pas d'effets secondaires graves à long terme lorsqu'on l'utilise sur une période prolongée (Novick et coll., cités dans Ward et coll., 1998, 207; Walsh et Strain, 1999, p. 50 et 51).

La méthadone est principalement métabolisée dans le foie. La méthadone est métabolisée rapidement par un très faible pourcentage de personnes (p. ex. : les femmes enceintes et les personnes pratiquant des activités physiques intenses) et peuvent donc subir le sevrage même en prenant des doses relativement fortes de méthadone. Pour ces personnes, les doses fractionnées pourraient être la solution.

Pour toute prise de médicament d'ordonnance, les clients doivent s'informer auprès du médecin qui a prescrit le traitement à la méthadone ou auprès du ou des pharmaciens. Certains médicaments peuvent accroître les effets de la méthadone.

La méthadone sous ordonnance sert à traiter la toxicomanie opiacée dans le cadre d'un traitement d'entretien à la méthadone. Celui-ci comprend l'administration quotidienne de méthadone sur une période prolongée. La méthadone servant au traitement n'est dispensée que dans les pharmacies sous forme orale, dans une boisson à saveur d'orange qui s'apparente aux cristaux « Tang ». L'absorption de la méthadone prend environ 45 minutes et atteint habituellement ses pleins effets de deux à trois heures après que l'on a bu le médicament. Le mode d'administration de la méthadone peut varier grandement lorsqu'elle sert à contrôler la douleur.

Lorsqu'une personne a été stabilisée au moyen de la méthadone, la prise d'une dose unique en quantité appropriée (normalement de 60 à 120 mg) supprimera les symptômes de sevrage et d'état de manque durant environ 24 heures, sans effet euphorique ou sédatif (Farrell et coll., 1994; Roberts et coll., 1999). La personne peut dès lors fonctionner normalement et exécuter des activités mentales ou physiques sans que ne s'affaiblissent ses facultés. En quantité suffisante, la méthadone annule les effets euphoriques des autres opioïdes.

La méthadone est dangereuse si on s'en sert à mauvais escient. Il y a un risque réel d'insuffisance respiratoire et de décès dans le cas de doses supérieures à 30 mg chez les personnes non habituées à la méthadone. Une dose aussi faible que 10 mg peut provoquer la mort d'un enfant.

Les effets secondaires de la méthadone peuvent varier, selon la personne. Une augmentation de la dose peut provoquer la somnolence durant trois jours, il sera alors dangereux d'entreprendre des activités exigeant de demeurer alerte comme conduire un véhicule.

Si on cesse subitement de prendre de la méthadone, le syndrome de l'abstinence se développera présentant plusieurs des symptômes associés au sevrage d'opioïdes déjà décrits précédemment.

La méthadone a une longue demi-vie d'élimination de 24 à 36 heures, ce qui signifie que, 24 heures après la dose initiale, la moitié de la dose originale se trouve encore dans le corps (Lowinson et coll., 1997, 408). La méthadone peut s'accumuler dans les tissus pendant les doses successives (Ward et coll., 1998h, 213). Cela signifie que le niveau de méthadone peut augmenter, même sans augmentation de la dose elle-même (Lowinson et coll., 1997, 408). L'accumulation se poursuit jusqu'à l'établissement d'une concentration d'équilibre, après quatre ou cinq demi-vies (Lowinson et coll., 1997, 408). Comme l'établissement d'un niveau plasmatique stationnaire de méthadone peut exiger jusqu'à cinq jours, et comme Caplehorn a démontré que la longue demi-vie de la méthadone peut avoir pour résultat une accumulation de la méthadone, susceptible de provoquer une surdose une ou deux semaines après le commencement du traitement, Brands et coll., (2000, 236-237) suggèrent que les ajustements des doses de méthadone de l'ordre de 5 à 15 mg soient faits seulement tous les trois ou quatre jours, « selon la gravité et de la durée quotidienne des symptômes de sevrage ou des envies de drogue du patient ou de la patiente ».

6 APERÇU DU TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE

Le but du traitement d'entretien à la méthadone est d'offrir aux toxicomanes qui ont une dépendance aux opioïdes la possibilité d'atteindre un état de santé optimal, notamment :

- En diminuant les dangers inhérents associés à l'utilisation de seringues dont la contraction du VIH et d'autres éléments pathogènes véhiculés par le sang;
- En réduisant l'activité criminelle reliée à l'acquisition de stupéfiants, de même qu'en diminuant la consommation, l'abus et la dépendance à la drogue;
- En favorisant des changements pour le mieux dans leur mode de vie.

Le traitement à la méthadone de la toxicomanie opiacée s'inscrit dans un programme de traitement d'entretien à la méthadone administré par les Services de traitement des dépendances, dans les cabinets de médecins omnipraticiens, et dans les établissements correctionnels du Nouveau-Brunswick. Les membres de l'équipe de TEM (conseillers en traitement des dépendances, personnel infirmier, travailleurs sociaux, pharmaciens, médecins prescripteurs de méthadone et autres professionnels de la santé) travaillent de concert avec le client au Nouveau-Brunswick. Tous les fournisseurs de soins encouragent la normalisation du mode de vie et des comportements chez le client durant le traitement à la méthadone.

Le traitement de l'alcoolisme et de la consommation de drogues axé sur l'abstinence n'a du succès que chez un faible nombre de personnes ayant une dépendance aux opioïdes. La recherche révèle que dans le cas des personnes dépendantes, le counseling seul ne connaît pas de succès, car le sevrage et l'état de manque sont trop intenses (Ward, Mattick et Hall, 1998). La méthadone seule peut donner de bons résultats, si on prescrit le médicament en quantité suffisante pour contrôler les symptômes de sevrage et d'état de manque. La méthadone jumelée à de bonnes méthodes de counseling donne de meilleurs résultats par opposition à la méthadone seulement (Farrell et coll., 1994; Millar, 1998; Moolchan et Hoffman, 1994; Roberts et coll., 1999).

Les membres de l'équipe de TEM peuvent offrir des fonctions d'aiguillage, de dépistage, de consultations externes, de gestion de crise et de services d'orientations aux personnes qui consomment des opioïdes et d'autres substances intoxicantes. Dès qu'une personne reçoit une ordonnance pour traiter sa dépendance aux opioïdes, l'équipe de TEM tâchera sur une base permanente d'assurer l'évaluation de la sévérité du problème, l'évaluation des facteurs incitant à la rechute, les interventions ou l'aiguillage, la gestion de cas, la défense des intérêts du client et les services d'évaluation ou d'examen des résultats.

Pour être admissibles à des services de traitement à la méthadone, il faut répondre aux critères suivants :

- dépendance physique ou psychologique aux opioïdes
- capacité à donner un consentement éclairé
- aptitude à une prise en charge médicale, tel que l'établit l'équipe de TEM
- accord conclu relativement au plan de traitement individualisé
- âge de la majorité (19 ans) atteint

Les renseignements sur le traitement de la toxicomanie opiacée à la méthadone au Nouveau-Brunswick (quoi, où, pourquoi, qui, quand, comment et combien) sont remis aux clients et au grand public par les membres de l'équipe de TEM, sur une base routinière. Il importe de transmettre l'information avec respect, à l'aide d'un langage et de concepts simples. De plus, les membres de l'équipe de TEM ont la responsabilité d'informer le public des risques et des avantages du traitement à la méthadone. **L'annexe 3** présente les renseignements généraux que l'on peut transmettre à de nouveaux clients dès leur première séance d'orientation.

Au cours de l'**orientation** des nouveaux clients, l'équipe traitante tâchera :

- de renseigner les intéressés à propos des fournisseurs de soins de santé engagés dans le traitement à la méthadone;
- de décrire les services de traitement des dépendances;
- de décrire les responsabilités du client;
- de traiter des attentes, des questions et des préoccupations des clients;
- de sensibiliser les clients au rôle de l'équipe de TEM, des pharmaciens communautaires et des autres fournisseurs de services de la collectivité.

7 PROCESSUS DE DÉPISTAGE

Le **processus de dépistage** est la première étape du processus d'évaluation des motifs que doit réaliser un membre de l'équipe de TEM possédant l'entraînement requis. Le processus complet comprend le dépistage, l'évaluation de la gravité du problème, l'évaluation de la rétroaction et la planification du rétablissement, tel que le décrit le tableau 5.

Durant le **dépistage**, le membre de l'équipe de TEM tâche :

La première rencontre avec la personne se déroule dans le cadre d'une entrevue. L'information de dépistage couvre cinq domaines :

- l'usage de drogues
- la santé physique
- la santé mentale
- la condition socioéconomique
- la situation juridique

Parmi les états de santé associés à l'usage de drogues injectables, on retrouve les suivants :

- endocardite
- abcès
- caillots et embolies
- septicémie
- VIH et SIDA
- hépatite B, hépatite C et autres maladies du foie
- cellulite and phlébite
- interaction néfaste des drogues
- pneumonie bactérienne
- complications pulmonaires
- surdose

- de cerner les problèmes de consommation d'opioïdes que vit la personne;
- d'établir dans quelle mesure les problèmes sont reliés à l'alcool ou aux drogues;
- d'établir s'il faut ou non entreprendre une évaluation de la sévérité du problème et l'aiguillage vers d'autres services;
- établir un rapport et un sentiment de confiance entre l'équipe de TEM et la personne;
- engager la personne de telle sorte qu'elle soit motivée à revenir et à poursuivre le processus d'évaluation des motifs.

Le processus de dépistage comporte quatre volets :

- recueillir l'information à l'aide d'entrevues avec la personne, les membres de la famille et d'autres personnes importante, soit individuellement ou ensemble, après avoir obtenu le consentement approprié de la personne concernée ;
- faire appels aux outils de dépistage, p. ex. : l'échelle d'évaluation des risques ou l'évaluation biopsychosociale;
- offrir de la rétroaction à la personne et choisir les prochaines démarches;
- intervenir brièvement pour traiter la crise en cours.

Si le dépistage confirme que la personne est dépendante et présente un haut degré de difficultés, on la recommande à l'équipe de traitement d'entretien à la méthadone et elle est considérée prioritaire dans l'ordonnancement du service. On peut recommander aussi d'autres options pour la personne, notamment :

- la désintoxication
- les consultations externes
- les services internes

Tableau 5 : Processus de dépistage

	English	French	
Who	Who initiates process	Qui amorce le processus?	
How	How to conduct process	Qui dirigera le processus?	
Process	Process	Processus	
Outcome objectives	Outcome objectives	Objectifs visés	
Goal(s)	Goal(s)	But(s)	
Friend	Friend	Ami	
Family	Family	Famille	
Client	Client	Client	
Physician	Physician	Médecin	
Legal	Legal	Aspects légaux	
Education Employment	Education Employment	Préparation à l'emploi	Education Employment
Alcohol and drug services	Alcohol and drug services	Services de traitement des dépendances (alcool et drogues)	Treatment Drug
Mental health services	Mental health services	Services de santé mentale	Agency
Public health services	Public health services	Services de santé publique	New Brunswick
Community agencies	Community agencies	Organismes communautaires	(mars 2004)
Corrections	Corrections	Milieu correctionnel	
Conduct initial interview, develop trust and rapport; define role of client and methadone maintenance treatment team members.	Conduct initial interview, develop trust and rapport; define role of client and methadone maintenance treatment team members.	Mener une première entrevue; établir un rapport et un sentiment de confiance; définir le rôle du client et des membres de l'équipe de TEM.	
Gather information:	Gather information:	Recueillir l'information sur :	
Past/present substance use	• Past/present substance use	• la consommation antérieure et actuelle de substances intoxicantes	
Past attempts at detox and/or abstinence	• Past attempts at detox and/or abstinence	• les tentatives antérieures de désintoxication ou d'abstinence	
Current crisis	• Current crisis	• la crise actuelle	
Describe:	Describe:	Décrire :	
Opioid use	• Opioid use	• la consommation d'opioïdes	
Other drug use	• Other drug use	• la consommation d'autres drogues	
Harm as a direct result of drug use	• Harm as a direct result of drug use	• les préjudices directement causés par la consommation de drogue	
Strengths	• Strengths	• les forces	
Current crisis	• Current crisis	• la crise actuelle	
Opportunities	• Opportunities	• les possibilités	
Educate:	Educate:	Renseigner à propos :	
Methadone treatment	• Methadone treatment	• du traitement à la méthadone	
Alcohol and drug services	• Alcohol and drug services	• des services de traitement des dépendances (alcool et drogues)	
Mental health services	• Mental health services	• des services de santé mentale	
Public health services	• Public health services	• des services de santé publique	
Medical services	• Medical services	• des services médicaux	
Community Services	• Community Services	• des services communautaires	
Identification of appropriate referrals (including crisis interventions)	Identification of appropriate referrals (including crisis interventions)	Liste des services pertinents pour l'aiguillage (dont les interventions en situation de crise)	
Determination of opioid dependency	Determination of opioid dependency	Établissement du cas de toxicomanie opiacée	
To provide assistance to people presenting with opioid use	To provide assistance to people presenting with opioid use	Offrir du soutien aux personnes qui consomment des opioïdes	
To identify cases that may meet the New Brunswick methadone maintenance treatment criteria	To identify cases that may meet the New Brunswick methadone maintenance treatment criteria	Discerner les cas potentiellement admissibles au traitement d'entretien à la méthadone du Nouveau-Brunswick	

8 MODÈLE DES SERVICES DE TEM DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Bien que les échéances dans les étapes du rétablissement soient très individualisées, le travail pour franchir chacune d'elles s'échelonne sur une période de plusieurs années. L'expérience clinique et le fonds de connaissances révèlent que les tâches de stabilisation durent environ 18 mois à partir du moment où la personne amorce effectivement le processus de rétablissement.

Étape 1 : Stabilisation

Se guérir d'un problème de dépendance est un processus de croissance progressive, assorti d'étapes et de tâches précises qu'il faut terminer avant de passer à la prochaine phase du traitement. D'après nos connaissances et expériences cliniques les plus à jour, ces étapes sont :

- la stabilisation
- la transition
- la communauté

Les services de traitement des dépendances au cours de l'étape de **stabilisation** peuvent comprendre les suivants :

- le dépistage
- la désintoxication
- les consultations externes
- le renvoi vers d'autres organismes communautaires et la défense des intérêts auprès de ces groupes
- la gestion de crise
- la logistique d'accès au traitement à la méthadone (p. ex. déplacement, paiement de la méthadone)

Les personnes qui en sont à cette étape du traitement ont souvent de la difficulté à reconnaître le besoin de s'abstenir de toute substance chimique psychodysléptique. Le fait d'offrir les services de traitement d'entretien à la méthadone peut aider une personne à passer cette étape. Il se peut que les personnes suivant un traitement à la méthadone aient des difficultés à abandonner leur consommation d'opioïdes et d'autres drogues. Le counseling doit traiter de ces difficultés dans le cadre normal de cette étape du traitement.

Les membres de l'équipe de TEM peuvent renseigner les gens sur les aspects suivants :

- le traitement d'entretien à la méthadone – le démystifier et comprendre le processus de traitement comprenant de la méthadone sur ordonnance (c'est-à-dire visites quotidiennes à la pharmacie ou à la clinique)
- les efforts pour contrôler la consommation
- le déni de la réalité, l'acceptation de sa dépendance
- briser le cycle ou le mode de vie lié à la dépendance
- le sommeil, l'exercice, l'alimentation
- la gestion du stress
- l'échange de seringues et l'usage adéquat de seringues
- les éléments pathogènes véhiculés par le sang, notamment le VIH, ainsi que le dépistage et le traitement de l'hépatite, de même que l'immunisation contre l'hépatite A et B

L'étape de stabilisation peut comprendre des rendez-vous hebdomadaires chez le médecin, du counseling de groupe et individuel, et le dépistage de drogue sur une base hebdomadaire ou au hasard. L'étape dure au moins six (6) semaines.

Étape 2 : Transition

Les personnes rendues à cette étape du rétablissement doivent apprendre à composer avec de possibles épisodes de sevrage aigu de drogues non opioïdes, des symptômes de sevrage post-aigu en plus d'entretenir l'espoir et de se motiver par rapport au traitement.

Les membres de l'équipe de TEM peuvent renseigner les gens sur les aspects suivants :

Les services de traitement des dépendances au cours de l'étape de **transition** peuvent comprendre les suivants :

- la désintoxication
 - les consultations externes ou en établissement
 - la gestion de crise
 - le renvoi vers des organismes communautaires et la défense des intérêts auprès de ces groupes
 - l'évaluation de la gravité du problème
 - l'évaluation des facteurs incitant à la rechute
 - la sensibilisation aux programmes en douze étapes ou aux groupes de soutien en matière de méthadone
 - la logistique d'accès aux services communautaires
- la réglementation entourant le traitement d'entretien à la méthadone
 - la démystification
 - les programmes de soutien dans la collectivité (p. ex. : aides au plan culturel, aides/affiliations d'ordre spirituel)
 - le sevrage post-aigu, l'évaluation des facteurs incitant à la rechute, la prise en charge des états de manque et les souvenirs d'épisodes euphoriques
 - le deuil et la perte d'anciens amis ou d'anciens réseaux et la création de nouvelles relations au plan social
 - les parents, les amis ou les associés ayant subi ou subissant les effets de la consommation de substances intoxicantes, et les limites de l'information
 - la résolution de problèmes (p. ex. : les relations ou un mode de vie axé sur la dépendance, comprenant des stratégies ou des techniques telles la gestion du temps, la neutralisation et la rédaction d'un journal personnel)
- le perfectionnement d'aptitudes cognitives (p. ex. : planification, mémoire, résolution de problèmes)
 - les éléments pathogènes véhiculés par le sang

L'étape de transition comporte habituellement les démarches suivantes :

- un rendez-vous chez le médecin à toutes les deux (2) semaines
- l'accent sur les déterminants de la santé, l'environnement social et économique, l'environnement physique et les caractéristiques individuelles et comportementales de la personne (Agence de santé publique du Canada)
- le counseling de groupe et individuel
- le dépistage de drogue sur une base hebdomadaire ou au hasard
- l'aiguillage vers des ressources communautaires ou l'accès à celles-ci

Au cours de cette étape, les services sont offerts pour une période d'au moins six (6) semaines.

Étape 3 : Communauté

Les personnes rendues à cette étape du traitement atteignent la stabilité à court terme, comprennent les conséquences de la dépendance, apprennent à gérer le stress sans substance chimique et adoptent un système de valeurs axé sur la guérison. Elles établissent aussi un équilibre dans leur mode de vie, trouvent des solutions aux préjudices que la consommation de substances intoxicantes a pu causer autour d'eux, et apprennent à gérer le changement.

Les services du programme de TEM durant la phase de la **communauté** peuvent comprendre les suivants :

- le counseling externe en matière de dépendance
- l'accès aux services de counseling en milieu professionnel et au counseling financier
- l'accès aux programmes scolaires, de formation ou d'emploi
- l'accès aux services de santé mentale sur les questions de traumatisme
- l'accès aux services de counseling familial

Les membres de l'équipe de TEM peuvent renseigner les gens sur les aspects suivants :

- l'élaboration d'un système de valeurs axé sur le traitement individualisé
- la gestion financière
- les limites dans les relations
- le counseling de carrière, l'école, le travail, le bénévolat
- le rôle de parent, l'image de soi
- la résolution des questions juridiques en suspens
- les stratégies de neutralisation ou de stabilisation pour les personnes montrant des signes ou des symptômes de traumatisme
- la prévention des rechutes

Les membres de l'équipe de TEM peuvent renseigner les gens sur les aspects suivants :

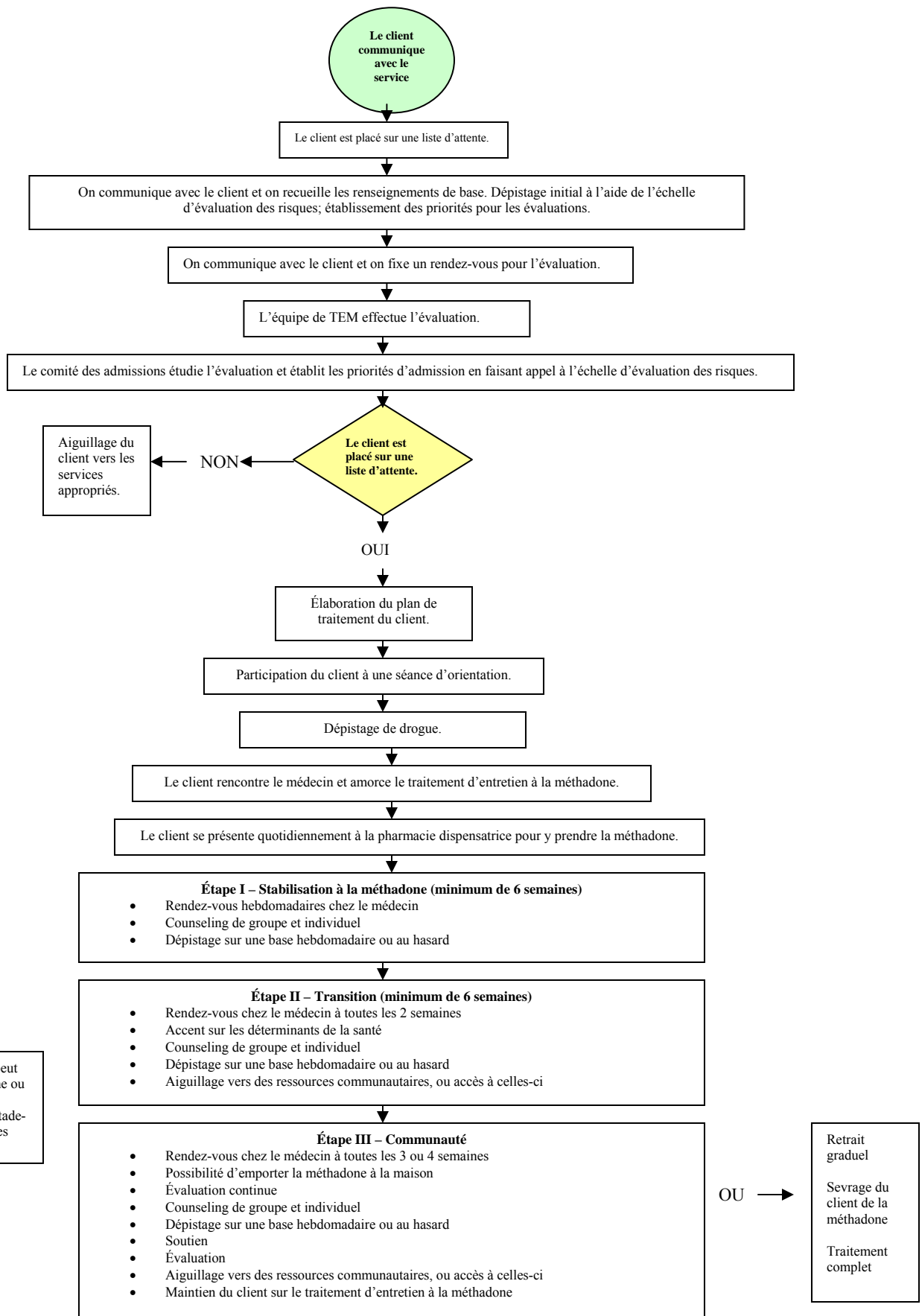
- le renouvellement ou l'établissement de relations sociales et de lieux de rencontres
- les communications avec la famille, le rôle de parent
- l'accès aux services dans d'autres organismes pour les questions conjugales ou de couples, les changements de carrière, l'atteinte de buts, la gestion du changement, la poursuite et l'atteinte de l'équilibre dans son mode de vie

L'étape de la communauté comporte habituellement ce qui suit :

- des rendez-vous chez le médecin à toutes les trois (3) ou quatre (4) semaines
- la possibilité d'emporter la méthadone chez soi
- l'évaluation continue
- le counseling de groupe et individuel
- le dépistage de drogue sur une base hebdomadaire ou au hasard
- le soutien
- l'évaluation
- l'aiguillage vers des ressources communautaires ou l'accès à celles-ci
- le maintien des clients sur le traitement d'entretien à la méthadone

Au cours de cette étape, les services sont offerts tant et aussi longtemps que le client demeure inscrit au programme de traitement d'entretien à la méthadone.

Tableau 6 : Modèle de traitement d'entretien à la méthadone



9 FACTEURS QUI INFLUENCENT L'EFFICACITÉ DU TEM

Il existe une quantité importante de renseignements au sujet des facteurs individuels et des facteurs axés sur les programmes, lesquels exercent une influence sur l'efficacité des programmes de traitement d'entretien à la méthadone, surtout en matière de rétention des clients ou des patients. Deux catégories de facteurs influent sur l'efficacité des programmes de TEM. Les facteurs individuels et les facteurs axés sur les programmes sont présentés dans le document de Santé Canada intitulé *Analyse documentaire – Traitement d'entretien à la méthadone* (2002) et les tableaux qui s'y rapportent apparaissent en détail à l'**annexe 6**.

Le TEM peut réduire considérablement le risque de morbidité et de mortalité lié à la consommation de drogues injectables. On pourrait également réduire la détresse psychiatrique et la consommation de drogues en participant à ce traitement. (Caplehorn et Grönbladh et coll.)

Le risque de détournement illégal peut être évité en faisant preuve d'un « bon jugement clinique » dans la prescription de doses à prendre à la maison. (Drake)

Facteurs individuels

Les circonstances individuelles ou la situation personnelle peuvent affecter de façon positive ou négative les résultats du traitement. « Pour la majorité des patients habitant le centre-ville, le manque d'éducation et de compétences, le soin des enfants, le chômage et la pauvreté continuent à exercer un impact négatif sur les comportements socialement productifs et sur le résultat du traitement » (Lowinson et coll., 1997).

En se fondant sur son examen de la preuve, Darke (1998) soutient que plusieurs des facteurs problématiques qu'on a tendance à associer aux pronostics moins favorables peuvent réellement s'améliorer en participant aux programmes de traitement, particulièrement au moyen d'une « **prise en charge soignée du traitement clinique** ».

Il ne faudrait pas encourager les patients à abandonner l'entretien à la méthadone avant que ne se manifestent les signes de réadaptation (comme un emploi, une adaptation sociale stable, l'absence totale d'utilisation de drogues illicites, et autres).

Les facteurs ou caractéristiques d'ordre individuel apparaissent dans le tableau suivant.

Caractéristique ou facteur individuel	<ul style="list-style-type: none">• Âge• Facteurs se rapportant aux relations interpersonnelles• Occupation d'un emploi• État de santé mentale• Antécédents criminels• Consommation de drogues• Comportement• Réceptivité ou motivation face au traitement• Participation active au traitement
--	---

Facteurs axés sur les programmes

On a associé un certain nombre de caractéristiques ou de facteurs reliés aux programmes à de meilleurs résultats du traitement, principalement l'amélioration de la rétention des clients ou patients. L'accent mis sur la rétention a une importance capitale. Selon Ward et coll. (1998), il existe une relation positive entre une plus longue durée de traitement et les résultats obtenus.

Les caractéristiques reliées aux programmes apparaissent dans le tableau suivant. Ces facteurs se rapportent également aux besoins de groupes particuliers.

Facteurs axés sur les programmes	<ul style="list-style-type: none">• Accent mis sur la rétention• Orientation vers l'entretien• Approche axée sur les clients ou les patients• Accessibilité• Services complets intégrés• Soins médicaux• Traitement de dépendance à d'autres substances• Counseling• Services de santé mentale• Promotion de la santé, prévention de la maladie et éducation• Services connexes (en général)• Directives relatives au programme• Critères d'admissibilité• Évaluation• Dosage• Traitement d'entretien à la méthadone pendant la grossesse• Durée du traitement• Analyses d'urine et contrôle de la consommation de drogues pendant le traitement• Retrait graduel de la méthadone• Ressources humaines• Attitudes des praticiens• Qualité des relations entre les équipes et les clients ou les patients• Formation• Environnement de la prestation du programme
---	---

10 AUTRES QUESTIONS LIÉES AU TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE

Transferts à d'autres médecins prescripteurs de méthadone

Dans la mesure du possible, il faudrait prévoir à l'avance les dispositions de transfert afin d'éviter toute interruption du traitement de méthadone et de réduire au minimum tout inconvénient à l'endroit du client, des autres prescripteurs de méthadone, et des pharmacies et établissements qui distribuent la méthadone. Les membres de l'équipe de TEM peuvent être appelés à coordonner le transfert d'un client à un autre médecin prescripteur de méthadone.

Il importe de faire suivre l'information ci-dessous pour faciliter un transfert :

- formulaire de dépistage du TEM
- exemplaire de la plus récente ordonnance de méthadone montrant la date d'expiration
- liste de tout autre médicament d'ordonnance
- renseignements relatifs à l'administration de doses devant témoin ou aux doses à emporter
- documentation relative au plan de traitement ou à l'évaluation du médecin
- rapport d'évaluation et autres renseignements sur le traitement de la personne et sur son plan de rétablissement

Il se peut aussi que les membres de l'équipe de TEM doivent prendre les dispositions nécessaires pour assurer les « doses à titre gracieux » à des clients en visite ou se rendant ailleurs, hors de la collectivité.

Méthadone et grossesse

Le premier objectif d'un traitement d'entretien à la méthadone pour une femme enceinte ayant une dépendance aux opioïdes est d'assurer un milieu stable pour le déroulement de la grossesse et le dénouement des périodes néonatale et de maternité. La méthadone ne nuit ni au développement ni aux fonctions cognitives de l'enfant et c'est le traitement recommandé à la plupart des femmes enceintes dépendantes. Les femmes ayant une dépendance aux opioïdes, ou qui en abusent, s'en tirent mieux grâce à la méthadone que sans celle-ci (Centre Lindesmith, 1996).

Il importe d'informer les femmes sur les fonctions du traitement d'entretien à la méthadone durant la grossesse. L'information à l'intention des clients se trouve à l'**annexe 7**.

Troubles concomitants

La recherche indique qu'il faut s'attendre à la présence de problèmes de santé mentale chez les toxicomanes ayant une dépendance aux opioïdes. Plusieurs clients suivant un traitement d'entretien à la méthadone peuvent connaître des états de santé mentale non diagnostiqués, mal diagnostiqués, non traités ou traités inefficacement, en partie à cause de la consommation continue de drogues.

Au cours de l'entrevue de dépistage initiale, il importe de s'enquérir des antécédents de la personne en matière de santé mentale ou psychiatrique et d'en prendre note. Cet exercice peut comprendre des diagnostics antérieurs, des rencontres avec un psychiatre ou du personnel des services de santé mentale, des hospitalisations, des médicaments administrés et les effets perçus par le client, des problèmes personnels avec le stress, l'anxiété, la dépression, un traumatisme durant l'enfance, ou un traumatisme à la tête, des tentatives de suicide ou une perte importante ou un deuil. Il importe aussi d'évaluer les problèmes courants, les humeurs, les médicaments couramment prescrits, la consommation illicite de drogue pour soulager certains symptômes, les risques possibles à la personne et à autrui et toute relation avec un psychiatre.

La stabilisation à l'aide de la méthadone d'ordonnance permet une évaluation plus éclairée et plus juste des symptômes reliés aux états de santé mentale. Une évaluation plus exacte favorise le bon diagnostic, le bon traitement ou le bon aiguillage vers un traitement.

Les résultats de recherche justifient de traiter simultanément les problèmes de dépendance et de santé mentale, ce qui signifie qu'il est important de coordonner les soins. Pour ces personnes, on vise la stabilité et le retour à la normale sur ces deux fronts.

Adolescents et jeunes

Les meilleures pratiques reconnaissent le besoin pour des jeunes d'âge plus avancés de recourir à un programme de traitement d'entretien à la méthadone. Ils ont besoin d'un milieu de vie sûr pour qu'ils se prévalent des programmes de traitement des dépendances et pour qu'ils se présentent régulièrement à leurs rendez-vous auprès des services prescrits dans leur plan de traitement. Or, comme certains jeunes se méfient des systèmes en place, il faudra consacrer des efforts considérables à l'établissement d'un climat de confiance avec eux afin de les inciter à profiter des services de bon gré.

Par ailleurs, grâce au cumul de connaissances et d'expériences passées par rapport aux programmes de traitement d'entretien à la méthadone, des circonstances individuelles ont fait valoir le besoin de prescrire un traitement à la méthadone à de plus jeunes adolescents.

La désintoxication, la stabilisation, le soutien et les services d'approche se sont tous révélés des stratégies efficaces auprès des jeunes consommateurs de substances intoxicantes. Ces services sont particulièrement importants pour les jeunes marginaux qui consomment des drogues injectables (Currie, 2001).

Contrevenants en détention

Le Service correctionnel du Canada a dévoilé qu'environ 80 p. 100 des détenus dans les établissements fédéraux connaissent à des degrés divers des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues. Depuis le début des années 1990, la police dans toutes les provinces et tous les territoires a enregistré une hausse du taux d'infractions reliées aux drogues. Le Nouveau-Brunswick a connu la hausse la plus marquée (134 %), suivie de la Saskatchewan

(97 %) et du Québec (81 %). (Juristat, Centre canadien de la statistique juridique – Statistique Canada – n° de catalogue 85-002 XPE, vol. 24, page 5).

Les études confirment une baisse importante de la consommation de drogues injectables dans les prisons, chez les contrevenants à qui on a prescrit de la méthadone pour soigner la dépendance aux opioïdes. Dans une étude de 1998, Darke, Kaya et Finley-Jones ont démontré que de plus fortes doses de méthadones en prison sont associées à une consommation moindre de drogues injectables, un fait qui correspond aux résultats d'études effectuées dans la collectivité.

En avril 2002, la politique relative à la méthadone de Service correctionnel Canada a été modifiée afin d'instaurer le traitement à la méthadone durant l'incarcération. Il est important que les personnes à qui on a prescrit le traitement à la méthadone durant l'incarcération soient aiguillées vers les organismes pertinents de la collectivité lorsqu'elles sont acquittées, ou le jour de leur libération. Il vaut mieux prévoir l'aiguillage, ou à tout le moins aviser l'organisme concerné de la collectivité lorsqu'une libération non prévue survient.

Pour en savoir davantage à ce propos, prière de consulter les *Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone (2003)* du Service correctionnel du Canada à l'**annexe 8**.

Au Nouveau-Brunswick, les Services communautaires et correctionnels doivent encore se doter d'une directive normalisée relative à la méthadone. Entre-temps, les Services communautaires et correctionnels de la province devraient se conformer aux lignes directrices nationales spécifiques de 2003 de SCC en matière de TEM. Les Services communautaires et correctionnels du N.-B. devraient en saisir la portée et les fondements et assumer une fonction complémentaire pour les clients à qui on a prescrit de la méthadone avant qu'ils ne se présentent dans un établissement correctionnel. Les Services communautaires et correctionnels doivent s'engager à respecter la philosophie, les buts et les objectifs qui sous-tendent les programmes de TEM et, ce faisant, jouer un rôle déterminant dans le maintien du service aux clients réguliers des Services de traitement des dépendances et qui sont inscrits à des programmes de TEM.

11 TENUE DES DOSSIERS DE TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE

Une bonne communication entre les membres de l'équipe de TEM est cruciale afin de protéger la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements sur la santé, dans la prise en charge des personnes à qui l'on a prescrit de la méthadone pour traiter leur dépendance aux opioïdes. Les membres de l'équipe de TEM se conformeront aux exigences réglementaires fédérales et provinciales.

Dossier de client suivant un TEM

- Données démographiques personnelles
- Feuille de route
- Plan de traitement
- Formulaires de consentement à la divulgation de renseignements
- Notes sur ses progrès courants
- Fiche de médicaments d'ordonnance
- Accord de traitement signé
- Information connexe (venant de services recommandés, médecins omnipraticiens, membres de l'équipe de TEM, ressources communautaires ou éducatives (anc. services sociaux), Collège des médecins et chirurgiens, Justice, prisons, hôpitaux, etc.)
- Formulaires de demandes pour l'administration de doses devant témoin ou de doses à emporter
- Demandes ou renseignements venant de ressources communautaires
- Documents d'évaluation

Le partage d'information entre les membres de l'équipe exige un formulaire de consentement signé par le client qui autorise l'échange et la divulgation de renseignements. Le partage se fera sur la base du besoin de connaître et s'appliquera à la prise en charge et aux soins médicaux du client.

Un membre désigné de l'équipe traitante doit obtenir le consentement éclairé par écrit avant d'entreprendre le processus de dépistage auprès d'une personne engagée dans le processus de traitement d'entretien à la méthadone.

Un accord de traitement par écrit entre les membres de l'équipe de TEM et le client expliquera les soins complets destinés à la personne dépendante, y compris ceux reliés à la méthadone, les services médicaux et de traitement des dépendances ainsi que les autres services de santé, sociaux et juridiques. L'accord de traitement oriente le personnel soignant et traitant relativement aux conseils et au partage de renseignements concernant les soins jugés nécessaires, sur la base du besoin de connaître.

Le dossier du client suivant un TEM doit comprendre les éléments suivants :

- l'information de dépistage pouvant contenir des recommandations et le plan de traitement
- des notes sur les progrès courants du client
- les formulaires de consentement à la divulgation de renseignements
- des copies des demandes d'aiguillage formulées par les membres de l'équipe de TEM
- les formulaires d'admission ou de congés des différents services de santé et de traitement des dépendances du Nouveau-Brunswick

Prière de consulter l'**annexe 9** pour plus de renseignements sur la tenue des dossiers.

12 DIRECTIVES RELATIVES AUX PROGRAMMES

Les règles des programmes doivent être communiquées clairement aux clients et à leur famille et appliquées de façon uniforme. On a établi un lien entre des politiques de programmes clairement énoncées et un meilleur taux de rétention dans le traitement (Ball et Ross, cités dans Lowinson et coll., 1997, 412).

Des directives et procédures seront mises en œuvre dans chaque région, inspirées des documents de meilleures pratiques et des recherches déjà publiées, et respectant les protocoles d'examen de politiques de la régie régionale de la santé. Ces directives et procédures feront l'objet d'un processus d'examen continu, car il faut encore approfondir la recherche, surtout en ce qui concerne les résultats et l'évaluation des programmes d'entretien à la méthadone.

On peut classer les directives et procédures du programme d'entretien à la méthadone dans les principaux domaines suivants :

- 1) critères d'admissibilité
- 2) évaluation
- 3) dosage
- 4) durée du traitement
- 5) analyses des urines et surveillance de la consommation de drogues durant le traitement
- 6) retrait graduel de la méthadone

Les directives et procédures tiendront compte de l'administration du médicament à domicile, sujet primordial dans la prestation du programme de traitement d'entretien à la méthadone. À ce propos, l'information suivante est présentée à titre de composante possible des directives et procédures.

La permission d'emporter la méthadone chez soi constitue normalement un privilège accordé lorsqu'on se conforme à la thérapie prescrite.

On doit restreindre la permission d'emporter la méthadone chez soi à une période n'excédant pas quatre jours ou à une dose maximale de 400 mg, soit le moindre des deux.

Dans le cas de la prise de méthadone à domicile, on parle de **doses à emporter** et il s'agit d'un privilège accordé sur la base de la stabilité fonctionnelle du client. Les doses à emporter à domicile encouragent la normalisation du mode de vie et des comportements d'une personne. Les membres de l'équipe de TEM ont la tâche importante de fournir l'information sur la stabilité fonctionnelle de la personne par rapport à ce qui suit :

- participation au programme – engagement du client
- stabilité cognitive
- dépistage négatif dans l'urine durant les trois derniers mois
- intégration sociale (p. ex. : occupe un emploi, s'occupe des enfants, ou va à l'école)

C'est l'équipe traitante qui décide si une personne peut emporter les doses à domicile et à quel moment. Ce faisant, on doit se reporter à l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick et à leurs *Methadone Distribution Guidelines* (2004) présentées à l'**annexe 4**.

En ce qui a trait à tout autre médicament narcotique, ni le renouvellement ni le remplacement de stocks perdus ou de médicaments volés ne sont permis.

Les lignes directrices provinciales n'accordent pas le privilège d'emporter la méthadone à domicile durant les trois premiers mois du traitement en raison des différents risques dont traite la documentation savante sur le sujet.

De plus, il faut tenir compte de la liste de politiques et procédures suggérées ci-dessous dans la prestation du programme de TEM par les Services de traitement des dépendances. De telles directives doivent se rallier à celles des services de traitement des dépendances en vigueur, dans le respect de l'approche de continuum de services préconisée pour traiter les dépendances.

- politique d'admission ouverte
- processus d'évaluation et d'admission en temps opportun
- prise en charge et intervention immédiates en situation de crise
- composantes complètes d'évaluation
- évaluation continue et outils d'évaluation
- dépistage
- gestion de la liste d'attente
- critères d'admissibilité
- documentation au dossier (doit comporter ce qui suit : rapports d'évaluation remplis, antécédents de dépendance aux opioïdes, formulaire d'admission, consentement au traitement, accord signé du client, dosage de la méthadone et plan de traitement, résultats d'analyses des urines, notes sur les progrès accomplis, preuve d'une intervention multidisciplinaire en équipe avec des buts et objectifs visés, rapports des services de counseling, formulaires de congé ou de renvoi, fiche de conformité au programme, etc.)
- dosage individualisé suffisant
- prises de doses directement devant témoin par opposition aux doses à emporter (à domicile)
- dosage de la méthadone durant la grossesse
- critères d'interruption involontaire du traitement clairement énoncés
- contrôle pour analyse toxicologique de l'urine
- façon non punitive d'aborder la consommation de drogues pendant le traitement;
- prise en charge et retrait graduel axés sur le client
- prévention et prise en charge des rechutes
- rôles et responsabilités des fournisseurs de soins
- rôles et responsabilités des clients, des parents et des proches
- équipe de programme multidisciplinaire
- exigences relatives au perfectionnement des compétences et à la formation continue
- questions de sécurité
- cueillette et partage de l'information
- définitions des partenaires communautaires
- besoins particuliers des clients
 - ◆ personnes ayant tendance à consommer des substances intoxicantes multiples

- ◆ personnes ayant une dépendance aux opioïdes par voie orale
- ◆ femmes
- ◆ femmes enceintes
- ◆ jeunes
- ◆ sans-abri
- ◆ personnes vivant en régions rurales ou éloignées
- ◆ clients des Premières Nations
- ◆ personnes atteintes du VHC
- ◆ personnes atteintes du VIH ou du SIDA
- ◆ personnes souffrant de troubles mentaux
- ◆ contrevenants au sein du système correctionnel

13 RECHERCHE ET ÉVALUATION

Il faut encore poursuivre les recherches et les évaluations sur plusieurs aspects du traitement d'entretien à la méthadone, particulièrement dans le contexte canadien. Les études mesurant les buts et les résultats des programmes en place au Canada sont insuffisantes, bien qu'essentielles pour perfectionner les modes de prestation des programmes sur une base continue, pour trouver les façons et les moyens de mieux satisfaire aux besoins d'une clientèle variée, pour améliorer les résultats de traitement et pour réduire les préjudices associés à la dépendance aux opioïdes.

Certains objectifs de traitement n'ont pas fait l'objet d'une évaluation de rendement adéquate afin de vérifier si les programmes de TEM ont réussi à

- réduire la transmission du VIH, du VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang;
- améliorer la qualité de vie et la productivité au plan social;
- améliorer la santé publique et la sécurité à l'échelle communautaire;
- améliorer les résultats pour la santé de groupes de clients spéciaux;
- traiter des adolescents et des jeunes;
- mesurer le taux d'acceptabilité du programme tant chez les clients que dans la société;
- étudier d'autres modes de traitement ou médicaments dans d'autres pays;
- contrôler la douleur;
- procurer la formation et le perfectionnement requis pour atteindre les objectifs voulus;
- mettre en œuvre les outils appropriés de dépistage ou d'évaluation et de mesure des résultats, tant pour les services centralisés que les services d'approche;
- rentabiliser le traitement d'entretien à la méthadone et les programmes d'aide au rétablissement.

À tout le moins, il importe de concerter les efforts afin d'évaluer les pratiques et programmes en vigueur au Nouveau-Brunswick. L'évaluation est un outil essentiel afin d'établir dans quelle mesure ces programmes atteignent leurs objectifs et répondent aux besoins des clients et de leurs familles. Elle offre aussi l'occasion d'améliorer l'exécution des programmes et de comparer l'efficacité des divers modes d'administration du traitement. L'évaluation offre aussi la possibilité d'étudier les meilleures pratiques et le contexte qui prévaut à leur réussite.

Il faudrait énoncer clairement les besoins en matière de données à recueillir, en établir l'utilité et définir le mode de collecte afin d'obtenir un produit de données comparables, pertinentes et mesurables et ainsi favoriser une prise de décisions efficace.

Une façon systémique de procéder à l'évaluation fait appel à l'engagement des personnes chargées de l'administration du traitement et de la réadaptation, à la participation des clients et de leurs familles, ainsi qu'à l'appui des responsables de l'établissement des politiques. Les résultats d'évaluation devraient être publiés et diffusés pour atteindre les buts visés. Une bibliographie sélectionnée apparaît à **l'annexe 10** et offre plus de renseignements relativement au TEM.

14 RÉFÉRENCES

SERVICES DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Modèle de traitement à l'intention des travailleurs sociaux des services externes*, préparé par le comité provincial de consultation externe, février 2003.

BRANDS B, MARSH D, HART L, & JAMIESON W. *Recension de la documentation - traitement d'entretien à la méthadone*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, Bureau de la stratégie canadienne antidrogue, 2002.

CTSM, CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE, Bibliothèque du CTSM. *Methadone Maintenance Therapy – Selected Bibliography*, mars 2004.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA. *Methadone treatment for injection drug users: Lack of access fuelling health crisis*, mars 2002. www.1888stophiv.com

CAPITAL HEALTH, ADDICTION PREVENTION & TREATMENT SERVICES. *Methadone Treatment Services*, 2005. www.cdha.nshealth.ca/programsandservices/addictionprevention/methadoneService.html

CENTRAL ALBERTA METHADONE PROGRAM. *Methadone Program*, 2005. www.albertabiz.com/CAMP/methadone.htm

ORDRE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L'ONTARIO, CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE ET ORDRE DES PHARMACIENS DE L'ONTARIO. *Methadone Maintenance Guidelines*, 2001.

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF SASKATCHEWAN. *Saskatchewan Methadone Guidelines for the Treatment of Opioid Addiction*, Saskatoon (Sask.), mai 2002.

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA (SCC). *Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone*, 2003.

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA (SCC). *Specific national methadone maintenance treatment guidelines*, Ottawa (Ont.), 2005. http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/methadone/a_f.shtml

CURRIE JC. *Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, Bureau de la stratégie canadienne antidrogue, 2001.

DARKE S., S. Kaye et R. Finley-Jones. « Drug Use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients », *Addiction*, 93(S) (1998), p. 1169-1175.

Directives de la direction des médicaments : L'exécution d'ordonnances de méthadone dans le traitement de la dépendance aux opioïdes, Directives aux pharmaciens, Direction générale de la protection de la santé, 1994.

DRUG REHAB CENTERS SERVICES. *Methadone Addiction*, 2005. www.drug-rehab-center.org/methadone_addiction_treatment.htm

ERICKSON J. et coll. *Guidelines for participation in the Methadone program for Saskatchewan pharmacists*, tiré de Saskatchewan Pharmaceutical Association Standards, Guidelines & Policy Statements (36-67), Regina (Sask.), Saskatchewan Pharmaceutical Association, octobre 2001. Extrait du site Web http://www.napra.org/pdfs/provinces/sk/skreference_manual.pdf le 20 mai 2003.

SANTÉ CANADA. *Meilleures pratiques - traitement d'entretien à la méthadone*. Bureau de la stratégie canadienne antidrogue, 2002.

SANTÉ CANADA. *Directives de la direction des médicaments : L'exécution d'ordonnances de méthadone dans le traitement de la dépendance aux opioïdes*, Directives aux pharmaciens, 1994.

SANTÉ CANADA. *Recension de la documentation - traitement d'entretien à la méthadone*, préparé par Jamieson, Beals, Lalonde & Associates pour la Division de la stratégie canadienne antidrogue, 2002.

SANTÉ CANADA. *Traitement et réadaptation en matière de toxicomanie au Canada*, Initiatives menées au pays et à l'étranger, 2005.

http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/drugs-drogués/injection/appendix-b1-annexe_f.html

LINDESMITH CENTRE. *Methadone Maintenance Treatment*, 1996. Extrait à une date inconnue du site Web.

<http://www.lindesmith.org/library>

MILLAR J. *HIV, Hepatitis, and Injection Drug Use in British Columbia - Pay now or pay later?*, Victoria (C.-B.), Office of the Provincial Health Officer, 1998.

MOOLCHAN E, et J. Hoffman. « Phases of treatment: A practical approach to methadone maintenance treatment », *The International Journal of the Addictions*, vol. 29, n° 2, (1994), p. 135-60.

ONTARIO ADDICTION TREATMENT CENTRES. *Methadone Maintenance Program*, 2005.

www.oatc.ca/services_mmp.asp

ONTARIO ADDICTION TREATMENT CENTRES. *Rapid Opiate Detoxification*, 2005. www.oatc.ca/services.asp

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. RÉSEAU CANADIEN DE LA SANTÉ (RCS). *Qu'est-ce qui fait que les gens sont en bonne santé?*, 11 déterminants de la santé.

<http://www.canadian-health-network.ca/servlet/ContentServer?cid=1005869&pagename=CHN-RCS%2FCHNResource%2FFAQCHNResourceTemplate&c=CHNResource&lang=Fr>

ROBERTS G. et coll. *Meilleures pratiques : alcoolisme et toxicomanie, traitement et réadaptation*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance, 1999.

SASKATCHEWAN CORRECTIONS AND PUBLIC SAFETY. *Methadone maintenance treatment for offenders*, Regina (Sask.), 2003.

SASKATCHEWAN HEALTH. *Methadone Assisted Recovery Guidelines, for Saskatchewan Addiction Counselors*, 2004.

SASKATCHEWAN HEALTH. *Meeting the challenges: Saskatchewan model of recovery services*, Regina (Sask.), Saskatchewan Health, Community Care Branch, 2000.

SASKATCHEWAN HEALTH. COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS ET SASKATCHEWAN MEDICAL ASSOCIATION. *Withdrawal Management Protocols*, Regina (Sask.), Saskatchewan Health, Community Care Branch, 2001.

ANNEXE 1 – COORDONNÉES DES SERVICES DE TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE

Si vous avez besoin d'aide et souhaitez bénéficier, comme d'autres l'ont fait avant vous, d'un traitement d'entretien à la méthadone, communiquez avec les Services de traitement des dépendances de votre région pour vous renseigner sur ce qui est offert dans votre région de santé, ou composez le 1 800 461-1234.

Bathurst	547-2086
Campbellton	789-7055
Edmundston	735-2092
Fredericton *	452-5558
Miramichi *	623-3375
Moncton *	856-2333
Saint John *	674-4300
Tracadie-Sheila	394-3615

* Régions offrant des programmes de traitement d'entretien à la méthadone

Répertoire des médecins prescripteurs de méthadone

Communiquez avec le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick

1, chemin Hampton, bureau 300

Rothesay (N.-B.) E2E 5K8

Tél. : (506) 849-5050

1 800 667-4641

Télec. : (506) 849-5069

Courriel : info@cpsnb.org

<http://www.cpsnb.org/french/who-fr.html>

Répertoire des pharmacies qui distribuent de la méthadone

Communiquez avec l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick

373B, avenue Urquhart

Moncton (N.-B.) E1H 2R4

Tél. : (506) 857-8957

Télec. : (506) 857-8838

Courriel : info@nbpharmacists.ca

<http://www.napra.org/docs/0/203/227.asp>

ANNEXE 2 – TERMINOLOGIE

TOXICOMANIE : La toxicomanie est une maladie primaire, chronique et neurobiologique dont la progression et les épisodes sont influencés par des facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux. Elle est caractérisée par l'un ou plusieurs des comportements suivants (les trois C) :

- Contrôle inadéquat de la consommation de drogues
- Utilisation compulsive
- Utilisation continue en dépit des préjudices (conséquences)

DOSES À EMPORTER : L'autorisation d'emporter de la méthadone à domicile constitue un privilège; il est alors question de « doses à emporter ». Les lignes directrices provinciales n'autorisent pas les doses à emporter durant les trois premiers mois de traitement. Suivant cette période, on peut en discuter avec son médecin. Souvent, lorsque les personnes ont été stabilisées grâce à la méthadone, elles trouvent un emploi, s'occupent des enfants ou vont à l'école. Il pourrait s'agir de bons motifs pour demander d'emporter le médicament à domicile.

DOSES À TITRE GRACIEUX : Demande de doses provisoires de la part du principal médecin prescripteur de méthadone, à l'intention de personnes qui ont une ordonnance de méthadone et qui doivent demeurer temporairement dans un autre lieu (p. ex. lorsqu'elles sont en dehors du domicile).

ÉTAT DE MANQUE : Éveil et envie biopsychologiques de revenir à un comportement toxicomane, caractérisés par un fort désir, l'inquiétude et de possibles impulsions.

DÉTOURNEMENT : Médicament d'ordonnance – dont la méthadone – faisant l'objet d'un usage illégal de la part d'individus qui l'obtiennent de quelqu'un à qui on a prescrit la drogue.

OPIACÉ : Substance intoxicante dérivée de l'opium ou qui en contient. Ainsi, tous les opiacés sont des opioïdes. Les opiacés comprennent la morphine et la codéine.

OPIOÏDE : Terme générique qui englobe les drogues dont les effets s'apparentent à la morphine, qu'il s'agisse des dérivés naturels de l'opium, de produits semi-synthétiques telle l'héroïne ou l'hydromorphone (Dilaudid), ou de produits entièrement synthétiques telle la mépéridine (Demerol) ou la méthadone.

DÉPENDANCE PHYSIQUE ou PHYSICODÉPENDANCE : État physiologique traduisant l'adaptation à une substance intoxicante psychoactive en particulier, caractérisé par l'apparition de symptômes de sevrage en période d'abstinence que soulagera, en tout ou en partie, une nouvelle administration du produit.

DÉPENDANCE PSYCHOLOGIQUE ou PSYCHODÉPENDANCE : Sensation subjective du besoin de consommer une substance psychoactive en particulier, soit pour ses effets positifs, soit pour parer aux effets négatifs associés au fait de s'en abstenir.

RÉTABLISSEMENT : Le rétablissement se dit du MEILLEUR RETOUR POSSIBLE À UN FONCTIONNEMENT NORMAL, lequel peut ou non inclure l'abstinence de drogues.

THÉRAPIE : Pour les besoins du présent document, la thérapie comprend à la fois la méthadone d'ordonnance et les services de counseling.

TOLÉRANCE : Seuil auquel il faut administrer une substance à plus forte dose pour obtenir l'effet désiré.

ANNEXE 3 – TRAITER LA DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES GRÂCE À LA MÉTHADONE

Qu'est-ce que la méthadone? La méthadone est un médicament antidouleur découvert par des scientifiques allemands dans les années 1940, en tant que substitut de la morphine. Plus tard, des chercheurs se sont aperçus que la méthadone pouvait servir à traiter le sevrage aux opioïdes. Ce n'est que dans les années 1960, à Vancouver (C.-B.), que la méthadone a servi pour la toute première fois à traiter la dépendance aux opioïdes.

À quoi sert-elle? La méthadone sert à traiter la dépendance aux opioïdes, dont l'héroïne, la codéine, la morphine, l'hydromorphone (Dilaudid) et la mépéridine (Demerol).

De quelle façon la méthadone agit-elle? Outre ses effets analgésiques, la méthadone a d'autres usages exclusifs. Lorsqu'on l'emploie quotidiennement et selon la dose recommandée, la méthadone prévient les effets physiques du sevrage (maladie du sevrage) et les états de manque physiques à l'égard des opioïdes pour une période d'environ 24 heures. Une dose adéquate de méthadone ne procure pas l'état de « high » ou d'euphorie comparable à celui d'autres types d'opioïdes, ce qui favorise un train de vie normal. La méthadone est prise quotidiennement sous forme de boisson mélangée avec du jus de fruit, ce qui permet à la personne ayant une dépendance aux opioïdes de cesser l'injection de drogues, diminuant ainsi le risque de contracter des maladies transmissibles par le sang comme le VIH ou le SIDA et l'hépatite.

L'objectif à long terme du traitement d'entretien à la méthadone est de favoriser un « retour à la normale » chez les toxicomanes. Le succès se mesure par le niveau de fonctionnement d'une personne dans divers aspects de son quotidien, non par la quantité de méthadone absorbée. La méthadone peut aider une personne dépendante à mener une vie plus saine, plus productive, sans consommer de drogues illicites.

La méthadone est-elle sans danger? La recherche a démontré que la méthadone est aussi sûre que tout autre médicament, lorsque l'on respecte l'ordonnance du médecin. La méthadone n'a pas d'effets indésirables sur les organes internes et permet de penser plus clairement, ce qui favorise l'acquisition de nouvelles compétences. Un dosage stable de méthadone n'entrave aucunement la capacité d'une personne à étudier, à travailler, à conduire ou à s'occuper de sa famille. La méthadone n'est pas sécuritaire pour les personnes à qui le traitement n'a pas été prescrit. En fait, elle pourrait causer la mort.

Quelle est la dose de méthadone nécessaire à une personne? La dose exacte de méthadone varie pour chaque personne. Une dose adéquate annule à la fois les symptômes de sevrage entre les doses, les états de manque physiques d'opioïdes et le « high » chez les personnes qui décident de consommer des opioïdes.

La méthadone cause-t-elle des effets indésirables? Comme tout autre médicament, la méthadone peut entraîner des effets indésirables chez certaines personnes. Au début d'un traitement à la méthadone, certains effets indésirables peuvent se manifester, entre autres la nausée, la somnolence, la sudation et la constipation. Habituellement, au fur et à mesure qu'une

personne se stabilise grâce au médicament, les effets indésirables s'estompent, deviennent moins intenses ou peuvent disparaître entièrement si on modifie la dose.

À quoi doit s'attendre une personne? Prendre le médicament d'ordonnance – la méthadone – constitue l'une des premières étapes du traitement d'entretien à la méthadone. Il est prévu que la personne suivant un traitement à la méthadone se rende quotidiennement à la pharmacie pour prendre une dose devant témoin. Lorsqu'une personne est stabilisée grâce à la méthadone, elle peut alors « s'occuper » d'autres facettes de sa vie. Les aspects à retravailler et les nouvelles compétences à acquérir touchent entre autres la consommation de drogues, la santé physique, la santé mentale, la condition sociale et la situation juridique. À elle seule, la méthadone ne peut traiter la dépendance aux opioïdes. Elle fait partie d'un programme holistique qui comprend aussi des services de soutien, de formation et de perfectionnement des compétences. N'hésitez pas à discuter avec votre médecin, votre conseiller en toxicomanie, votre pharmacien, votre famille, vos proches et des clients ayant suivi avec succès un traitement d'entretien à la méthadone des aspects liés à la formation et au soutien.

Combien de temps durera le traitement? Il n'y a aucune limite de temps pour un traitement d'entretien à la méthadone. En général, plus longtemps une personne suit un traitement, plus élevées sont ses chances de succès. Certains prennent de la méthadone toute leur vie, car elle favorise la stabilité et un fonctionnement normal. D'autres choisissent le sevrage suivant un retour à la normale complet. On encourage les personnes à élaborer des plans réalistes avec leur équipe traitante et à discuter de leurs progrès. En aucun cas elles ne devraient elles-mêmes réduire leur dose ou cesser de prendre la méthadone, ce qui risquerait d'entraîner des symptômes de sevrage et des états de manque, et par conséquent, occasionner une rechute.

Avantages du traitement à la méthadone

- Meilleur état de santé général
- Meilleur accès aux soins de santé
- Plus grand bien-être psychologique
- Meilleure vie de famille et professionnelle
- Moins de risque de propagation des maladies infectieuses tels le VIH/SIDA et l'hépatite
- Meilleure disposition à chercher un emploi ou à suivre une formation
- Meilleure capacité de mémoire et de réflexion
- Moins de vols et d'infractions liés à la drogue
- Moins de dépendance à l'égard de l'aide sociale
- Moins grande consommation de drogues illicites, moins de décès
- Moins de violence
- Capacité accrue à jouer son rôle de parent et à prendre soins des enfants
- Amélioration de l'estime de soi et du fonctionnement en société
- Collectivités plus sûres

De façon générale, la recherche indique que les personnes recevant un TEM vont :

- consacrer moins de temps à l'usage quotidien des narcotiques (McGlothlin et Anglin, cités dans NIDA, 1995, 4-8);
- réduire (pour aussi longtemps qu'elles continueront à suivre le traitement) leur consommation d'opioïdes obtenus illégalement (Simpson et Sells; Hubbard et coll.; Simpson et Sells; Ball et Ross, cités dans NIDA, 1995, 4-10, 4-12, 4-14);
- réduire leur consommation d'autres substances, y compris la cocaïne, la marijuana et l'alcool (Hubbard et coll., cités dans NIDA, 1995, 4-15);
- passer moins de temps à vendre des drogues (McGlothlin et Anglin, cités dans NIDA, 1995, 4-8);
- consacrer moins de temps aux activités criminelles (McGlothlin et Anglin, Ball et Ross, cités dans NIDA, 1995, 4-8, 4-16, 4-17);
- passer moins de temps en prison (McGlothlin et Anglin, cités dans NIDA, 1995, 4-8);
- connaître des taux de décès beaucoup moins élevés que chez les personnes dépendantes mais qui ne suivent pas de traitement (le taux de décès des personnes non traitées est plus de trois fois supérieur à celui de celles qui reçoivent le traitement) (National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiates, 1998, 1938);
- réduire leur injection de drogues (Ball et Ross, cités dans NIDA, 1995, 4-22), et les comportements à risque liés aux injections (études passées en revue par Ward et coll., 1998g, 67-68);
- réduire les autres comportements présentant le risque de transmission du VIH et des MTS (Wells, Calsyn et Clark, 1996, 519; Longshore et coll., 1994, 754);
- réduire leur risque de contracter une infection au VIH (Metzger et coll., cités dans NIDA, 1995, 19, 4-20);
- peut-être réduire leur risque de contracter le VHC (Novick, 2000, 440) ou d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang;
- améliorer leur santé physique et mentale (Lowinson et coll., 1997, 409; Doles, Nyswander et Kreek, cités dans NIDA, 1995, 4-9);
- améliorer leur fonctionnement en société (Gearing et Schweitzer, cités dans Brands et Brands, 1998, 2)
- accroître leurs chances d'occuper un emploi à temps plein (Simpson et Sells, cités dans NIDA, 1995, 4-18);
- améliorer leur qualité de vie (Dazord, Mino, Page et Broers, 1998, 235).

Dans le cas des femmes enceintes ayant une dépendance aux opioïdes, un traitement d'entretien à la méthadone, combiné à des soins prénatals appropriés :

- réduit le nombre de complications obstétricales et celles qui affectent le fœtus (National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, 1998, 1939);
- protège le fœtus contre les niveaux erratiques d'opioïdes et les symptômes de sevrage qui sont courants chez les femmes enceintes dont la dépendance aux opioïdes reste sans traitement (Finnegan; Kaltenbach et coll., cités dans NIDA, 1995, 1-32, 1-33).

Défis reliés au traitement à la méthadone

- Traitement à long terme, sévèrement réglementé
- La méthadone constitue un danger et peut être fatale pour les personnes qui n'ont pas de dépendance aux opioïdes
- Risque de détournement réel et sérieux
- Effets secondaires troublants pour certaines personnes
- Peut avoir un effet stigmatisant chez certains clients

**ANNEXE 4 – LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE DISTRIBUTION
DE LA MÉTHADONE approuvées par l'Ordre des
pharmaciens du Nouveau-Brunswick (2004)**

Veillez prendre note que le site web de la Société des pharmaciens du Nouveau-Brunswick est présentement en voie de développement. Pour plus d'information, veuillez les rejoindre à l'adresse info@nbpharmacists.ca pour des renseignements au sujet de ce document.

**ANNEXE 5 – METHADONE MAINTENANCE GUIDELINES approuvées
par le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario,
le Centre de toxicomanie et de santé mentale et l'Ordre des
pharmaciens de l'Ontario (2001)**

<http://www.cpso.on.ca/Publications/methguide.htm>

ANNEXE 6 – FACTEURS INDIVIDUELS ET FACTEURS AXÉS SUR LE PROGRAMME, ET RÉSULTATS ASSOCIÉS

(Source : Santé Canada – Recension de la documentation – traitement d'entretien à la méthadone, 2002)

Facteurs individuels

Caractéristique ou facteur individuel	Résultats associés
	<ul style="list-style-type: none"> Les preuves étudiées par Darke (cité dans Ward, Mattick et Hall, 1998f, 434) suggèrent que c'est la gravité générale des problèmes psychiatriques du ou des clients ou patients qui est liée aux résultats moins bons du traitement, plutôt que les diagnostics particuliers.
Antécédents criminels	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes dont les comportements criminels ont été minimes ont des chances d'obtenir de meilleurs résultats à la suite du traitement (McLellan; Simpson & Seils; Ball & Ross; Anglin & Hser, cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 1-45). Les preuves étudiées par Ward et coll. (1998b, 331) indiquent qu'un des facteurs de succès des clients ou patients qui terminent le TEM est le fait d'avoir « peu d'antécédents d'activité criminelle ». Les clients ou patients qui ont « des antécédents criminels plus graves et de plus longue durée » sont plus susceptibles de revenir à l'abus de drogues, à l'activité criminelle ou aux deux s'ils abandonnent leur traitement. On associe les antécédents d'activité criminelle à un faible taux de rétention (McLellan et Farley et coll., cités dans Strain, 1999b, 76).
Utilisation de drogues	<ul style="list-style-type: none"> Les preuves étudiées par Ward et coll. (1998b, 331) indiquent que les clients ou patients « qui ont utilisé les opioïdes en plus grande quantité et pendant plus longtemps » sont plus susceptibles de retourner à l'utilisation de drogues, à l'activité criminelle ou aux deux s'ils abandonnent leur traitement. Selon les preuves étudiées par Darke (1998b, 76) on associe l'usage des drogues autres que l'héroïne (benzodiazépine, cocaïne) avec des comportements plus risqués et à un fonctionnement psychologique inférieur, ce qui pourrait suggérer un pronostic moins bon. La quantité d'opioïdes illicites utilisés pendant les deux premières semaines du traitement permet de prédire les taux subséquents d'usage des opioïdes (mesurés au moyen de prélèvements d'urine) (Strain et coll. cités dans Strain, 1999b, 76). La quantité de cocaïne utilisée pendant les deux premières semaines du traitement permet de prédire les taux subséquents d'usage de la cocaïne (mesurés au moyen de prélèvements d'urine) (Strain et coll., dans Strain, 1999b, 76).
Comportement	<ul style="list-style-type: none"> Selon les preuves étudiées par Ward et coll. (1998b, 331), les clients ou patients qui abandonnent leur traitement contrairement aux conseils du personnel ou qui manifestent peu de changements de comportement pendant le traitement sont plus susceptibles de retourner à l'utilisation de drogues, à l'activité criminelle ou aux deux s'ils abandonnent leur traitement.
Réceptivité ou motivation devant le traitement	<ul style="list-style-type: none"> On a trouvé que la réceptivité au traitement, mesurée au moyen d'items du CMRS [<i>Circumstance, Motivation, Readiness and Suitability</i>] (DeLeon & Jainchill, 1986; Joe, Simpson et Broome, 1998), exerçait une incidence considérable sur la participation active à la thérapie (Fletcher & Battjes, 1999, 83). La motivation au moment de l'admission est un solide indice de la participation active à la thérapie (Joe et coll., 1999, résumé.)

Caractéristique ou facteur individuel	Résultats associés
	<ul style="list-style-type: none"> De façon générale, les patients qui expriment un niveau plus élevé de confiance et d'engagement après trois mois de traitement étaient plus motivés au moment de l'admission (Broome et coll., 1999, résumé.)
Participation active au traitement	<ul style="list-style-type: none"> La participation active au traitement, mesurée en termes de rapport avec le conseiller ou la conseillère, de confiance envers le traitement et de niveau d'engagement, est un moyen important de prédire la rétention (Fletcher & Battjes, 1999, 83). La participation active au traitement est fortement déterminée par la motivation au moment de l'admission (Joe et coll., 1999, résumé.)

Facteurs axés sur le programme

Facteurs axés sur le programme	Résultats connexes du traitement
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> Les recherches récentes passées en revue par Ward et coll. (1998b, 331) indiquent que certains facteurs axés sur les programmes qui ont le plus de chances d'accroître la rétention comprennent l'accessibilité, des coûts abordables et des heures d'ouverture adaptées à la disponibilité des clients ou patients. Selon l'étude <i>TOPS</i>, l'accessibilité clinique influence la rétention (Condelli & Joe et coll., cités dans Ward et coll., 1998b, 325). Selon Maddux et ses collègues (cités dans Ward et coll., 1998b, 325), les programmes à la méthadone qui exigent des paiements pour services ont des taux de rétention plus faibles que les traitements gratuits. On a constaté que les facteurs qui faisaient obstacle à l'accessibilité, comme les frais d'utilisation, avaient un effet négatif sur la rétention (Maddux, cité dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 1-50).
Services complets intégrés	<ul style="list-style-type: none"> On a associé les services complets et l'intégration des services médicaux et administratifs et du counseling à de meilleurs résultats du traitement (Ball & Ross; cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 1-38). Les programmes les plus efficaces d'entretien aux agonistes opiacés fournissent la méthadone en même temps que d'autres services médicaux, sociaux et de modification du comportement (Leshner, 1999).
Soins médicaux	<ul style="list-style-type: none"> Étant donné la fréquence des maladies (souvent négligées) chez les personnes ayant une dépendance aux opiacés, la dispensation de traitements médicaux primaires et spécialisés est un aspect clé du TEM. Lowinson et coll. (1997, 410) observent que « les soins primaires dispensés aux toxicomanes dans les cliniques d'entretien à la méthadone pourraient réduire la demande de soins dans les salles d'urgence et la nécessité des hospitalisations, et par conséquent faire baisser considérablement le coût total du traitement de ces personnes ».
Traitement de l'utilisation de d'autres substances	<ul style="list-style-type: none"> Étant donné la fréquence de l'usage de multiples drogues chez les personnes dépendantes, l'offre de traitements des autres toxicomanies et de l'alcoolisme est un aspect clé du TEM.
Counseling	<ul style="list-style-type: none"> En se fondant sur leur examen des preuves, Mattick, Ward and Hall (1998, 296) ont conclu « qu'il existe des preuves raisonnables qui suggèrent que le counseling accroît l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone chez certains patients ».

Facteurs axés sur le programme	Résultats connexes du traitement
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ On associe une quantité plus élevée de services de counseling à de meilleurs résultats (McLellan; Strain et coll., cités dans Strain, 1999b, 76). ▪ Il existe des preuves que des services complets de counseling assurés par des conseillers expérimentés sont un facteur de succès du traitement (Ball & Ross, cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 1-38). ▪ Il existe de solides relations entre les attributs des séances de counseling et la participation thérapeutique. Les attributs des séances de counseling sont le nombre de séances de counseling individuel, combien de fois les drogues, la toxicomanie ou des sujets connexes relatifs à la santé ont été discutés et combien de fois d'autres sujets ont été discutés pendant le premier mois du traitement (Joe et coll., 1999, 117, 122). ▪ « ...les patients qui ont manifesté plus de confiance et d'engagement après [trois] mois de traitement avaient la plupart du temps fait preuve de plus de motivation au moment de leur admission, avaient établi de meilleures relations avec les conseillers et avaient participé aux séances de counseling plus souvent » (Broome et coll., 1999, résumé.)
Services de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étant donné la fréquence des troubles de santé mentale chez les personnes dépendantes, l'offre de services de santé mentale est un aspect clé du TEM.
Promotion de la santé, prévention de la maladie et éducation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étant donné la fréquence des comportements à risque en ce qui concerne le VIH, le VHC et les autres agents pathogènes véhiculés par le sang chez les personnes ayant une dépendance aux opioïdes, l'inclusion de stratégies de promotion et de prévention de la maladie ainsi que d'éducation est un aspect clé du TEM.
Services connexes (en général)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Newman and Peyser (cités dans Mattick et coll., 1998, 269) ont mentionné qu'on considérait généralement les services connexes comme étant les éléments les plus importants des programmes efficaces d'entretien à la méthadone, en dépit du fait que la recherche ait dégagé relativement peu de preuves à cet effet. ▪ Joe et coll. (cités dans Ward et coll., 1998b, 324) ont analysé des données provenant de l'étude <i>TOPS</i> et ont trouvé qu'une meilleure rétention était influencée par l'accès assuré aux clients à des services médicaux, psychologiques et financiers pendant le traitement. ▪ Condelli (cités dans Ward et coll., 1998b, 324) a également analysé les données de <i>TOPS</i> et trouvé un rapport entre l'accroissement de la rétention et les cotes plus élevées accordées par les clients ou patients à la qualité des services. ▪ La recherche de Maddux et coll. (citée dans Ward et coll., 1998b, 325) indique que les services devraient être adaptés aux besoins des clients et que les programmes devraient tenir compte du degré d'intérêt des clients ou patients pour le recours à ces services. ▪ Une étude de McLellan et coll. (citée dans Bell, 1998a, 169) a trouvé que, plus le niveau de services assuré était élevé, plus les résultats du traitement étaient positifs. ▪ « ...les programmes faisant état d'une participation moyenne plus élevée de la part des patients offraient plus de services sociaux et de santé publique, connaissaient une fréquentation plus régulière aux séances de counseling et servaient des patients qui avaient en commun un plus grand nombre de types de problèmes semblables » (Broome et coll., 1999, résumé.) ▪ « ...le degré de confiance des patients était plus élevé lorsque les services proposés étaient plus facilement accessibles... même les patients qui n'ont pas de besoins insatisfaits

Facteurs axés sur le programme	Résultats connexes du traitement
	<p>manifestent plus de confiance envers les programmes qui maintiennent un degré plus élevé d'utilisation de services. Ainsi, le milieu thérapeutique semble plus positif lorsqu'on semble s'occuper d'une vaste gamme de besoins des patients » (Broome et coll., 1999, 133).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En se fondant sur leur étude des indices, Hall et coll. (1998b, 51) ont conclu que l'intensité des services connexes était un facteur probable ayant une influence sur les résultats du traitement.
Politiques des programmes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ On établit un lien entre des politiques et les pratiques claires et un meilleur taux de rétention (Ball & Ross, citée dans Lowinson et coll., 1997, 412). ▪ Les politiques des cliniques sont l'un des facteurs les plus importants de la rétention (D'Ippoliti et coll., 1998, 171).
Critères d'admissibilité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selon une étude de Bell et coll. (citée dans Ward et coll., 1998a, 193) les conséquences pour les personnes non admises au traitement étaient un délai de 16 mois avant leur admission et l'exposition, en attendant, aux risques d'incarcération et de décès. ▪ Étant donné la possibilité offerte par le traitement d'entretien à la méthadone de réduire les méfaits causés par la dépendance aux opiacés, ainsi que les conséquences de l'absence de traitement, des critères d'admission restrictifs devraient être évités.
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selon les études de Bell et coll. et de Woody et coll. (citées dans Ward et coll., 1998b, 326) les programmes qui assurent une évaluation rapide plutôt que lente ont un meilleur taux de rétention. Une étude de Maddux et coll. (citée dans Ward et coll., 1998b, 326) n'a pas trouvé de différence statistiquement significative, mais par contre a constaté qu'un plus grand nombre des clients ou patients des groupes à évaluation rapide entreprenaient le traitement, et que les membres de ce groupe avaient tendance à persévérer plus longtemps. ▪ « ...même les événements qui se produisent au début du traitement [c'est-à-dire pendant le premier mois] peuvent influencer [un] an plus tard la décision du patient ou de la patiente de continuer » (Joe et coll., 1999, 122).
Dosage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En se fondant sur les preuves étudiées, le National Institute on Drug Abuse (1995, de 1-38 à 1-40) a conclu qu'on pouvait établir une relation entre « ...l'établissement de politiques adéquates en matière de dosage » et le succès du traitement, et que « ...la dose de méthadone devrait être fondée sur les besoins individuels du patient ou de la patiente, ainsi que sur les objectifs et les progrès du traitement. » ▪ Les données passées en revue par Strain (1999b, 76) indiquent une relation entre une dose plus élevée et l'obtention de meilleurs résultats à la suite du traitement. ▪ La dose est un des facteurs importants de l'amélioration du taux de rétention (D'Ippoliti et coll., 1998, 171). ▪ Des recherches récentes passées en revue par Ward et coll. (1998b, 331) ont constaté que les programmes dotés d'une politique souple en matière de dosage avaient plus de chances de répondre aux besoins des clients ou patients. ▪ Les études de Grabowski et coll. et Pani et coll. (citées dans Ward et coll., 1998b, 325-326) indiquent une relation entre la dispensation de doses à prendre à la maison et la rétention. ▪ La souplesse des doses à prendre à la maison est un facteur qui influence la rétention (Lowinson et coll., 1997, 412).

Facteurs axés sur le programme	Résultats connexes du traitement
Le traitement d'entretien à la méthadone pendant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ On a constaté qu'un traitement d'entretien à la méthadone assuré aux femmes enceintes dépendantes était efficace pour améliorer les résultats de la grossesse aussi bien pour les mères que pour les nourrissons.
Durée du traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La durée du traitement est le facteur le plus important de son succès (Ball & Ross, cités dans Lowinson, et coll., 1997, 412). ▪ Les études passées en revue par Ward et coll. (1998b, 312) indiquent une relation entre une durée plus longue du traitement et une amélioration des résultats après la fin de ce traitement.
Les analyses d'urine et la surveillance de l'usage de drogues pendant le traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des recherches récentes passées en revue par Ward et coll. (1998b, 331) suggèrent que les programmes qui « considèrent l'usage de drogues illicites avec indulgence » ont plus de chances de répondre aux besoins des clients ou patients. ▪ Selon Stitzer et coll. (cités dans Ward et coll., 1998b, 326), un certain nombre d'études ont établi une relation entre le recours à des conséquences négatives, par exemple une réduction des doses de méthadone, en réaction à l'usage de drogues illicites pendant le traitement, et l'abandon du traitement par les clients ou patients.
Le retrait graduel de la méthadone	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étant donné les difficultés posées par le retrait graduel de la méthadone, une approche axée sur les clients ou patients, lorsqu'il s'agit de prendre cette décision et d'entreprendre ce processus, est un aspect clé du TEM.
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Selon Kreek (1991), il existe une relation entre un personnel en nombre suffisant, bien formé et répondant aux besoins des patients, ainsi qu'avec une meilleure stabilité du personnel (faible roulement), et de meilleurs résultats pour les patients » (Centre for Substance Abuse Treatment, cité dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 1-39). ▪ On associe un bon moral chez les membres du personnel à de meilleurs résultats du traitement (Lowinson et coll., 1997, 412).
Attitudes des praticiens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selon des recherches récentes passées en revue par Ward et coll. (1998b, 331), une attitude positive du personnel du programme vis-à-vis le traitement à la méthadone et les clients ou patients est un facteur qui rend la rétention plus probable. ▪ « ...un milieu de traitement axé sur le soutien et réunissant un personnel dévoué a une incidence positive sur l'engagement des patients et sur le succès éventuel » (Broome et coll., 1999, 134).
Qualité des relations entre les équipes et les clients ou patients	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « ...les patients exprimant un meilleur degré de confiance et d'engagement après [trois] mois de traitement avaient en général fait preuve d'une plus grande motivation au moment de leur admission, avaient établi de meilleures relations avec les conseillers et conseillères et participaient plus souvent aux séances de counseling » (Broome et coll., 1999, résumé). ▪ « Les facteurs qui influencent une meilleure rétention sont... des relations de confiance et de confidentialité entre les patients et le personnel du programme » (Lowinson et coll., 1997, 412). ▪ En se fondant sur leur étude des résultats de recherches, Hall et coll. (1998b, 51) ont conclu que « les autres facteurs pertinents [quant à l'efficacité des programmes en matière de réduction de l'utilisation de drogues et de l'activité criminelle] comprennent probablement la qualité des relations thérapeutiques entre les patients et le personnel ».
Formation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ On associe la formation du personnel aux meilleurs résultats du traitement (Kreek; Centre for Substance Abuse Treatment, cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 1-39).
Le milieu du programme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bien qu'on ait fait relativement peu de recherches à ce sujet, « l'organisation du traitement est presque certainement un élément important de son efficacité » (Bell, 1998a, 166).

ANNEXE 7 – MÉTHADONE ET GROSSESSE

Si vous consommez des drogues opiacées et êtes enceinte, ou si vous provoyez le devenir, la présente section répondra à certaines de vos questions relatives aux effets possibles de la consommation d'opioïdes sur votre fœtus. Vous y retrouverez également des renseignements sur le traitement d'entretien à la méthadone et la grossesse qui pourront vous aider, vous et votre bébé.

Quels sont les bienfaits d'un traitement d'entretien à la méthadone pendant la grossesse?

Depuis de nombreuses années, on a recours à la méthadone comme mode de traitement efficace pour la dépendance aux opioïdes. La méthadone n'a aucun effet néfaste sur votre santé ou celle de votre bébé lorsque prise sur ordonnance de votre médecin.

De nombreux motifs peuvent vous inciter à avoir recours au traitement d'entretien à la méthadone si vous êtes enceinte.

- Réduction de l'exposition aux maladies véhiculées par le sang telles que le VIH/SIDA et l'hépatite
- Réduction du risque d'accouchement prématuré, de faible poids à la naissance, de fausse-couche et de mortinaissance
- Amélioration de la nutrition pendant la grossesse
- Adoption possible d'un style de vie plus sain

Quels sont les risques associés à la consommation continue d'opioïdes durant la grossesse?

La consommation continue d'opioïdes (morphine, héroïne et hydromorphone [Dilaudid]) à des fins récréatives durant la grossesse peut entraîner des complications chez la mère et le bébé. La consommation continue à des fins récréatives accroît le risque d'accouchement prématuré, de fausse-couche, de mortinaissance et de mort subite du nourrisson (MSN). Vous et votre bébé êtes constamment exposés aux maladies véhiculées par le sang lorsque vous faites usage de drogues injectables.

Quels sont les effets de la méthadone sur mon bébé?

Étant donné que la méthadone est transmise au fœtus par la mère, certains symptômes de sevrage peuvent se manifester chez votre bébé après sa naissance. Cette condition se nomme le syndrome d'abstinence néonatal. Après avoir déterminé si votre nourrisson manifeste des symptômes de sevrage, le médecin peut facilement lui administrer les soins nécessaires. On encourage les mères ayant recours à la méthadone à allaiter leur nouveau-né tout comme les autres nouvelles mamans. Nous vous conseillons de discuter de toute préoccupation avec votre médecin. La méthadone n'a aucun effet à long terme sur les bébés. Il est toujours préférable d'opter pour un traitement d'entretien à la méthadone en cas d'abus d'opiacés ou de dépendance à ces substances.

Quelle dose dois-je consommer pendant ma grossesse?

La dose de méthadone à consommer pendant une grossesse est individuelle et, de préférence, déterminée par vous et votre médecin. Certains changements qui se produisent lors de votre grossesse peuvent avoir une incidence sur la quantité de méthadone prescrite. Il est important de discuter avec votre médecin de tout symptôme de sevrage ou d'état de manque. Il vous est

déconseillé d'interrompre votre programme de traitement à la méthadone ou de diminuer votre dose de méthadone pendant votre grossesse. Cela pourrait vous mettre à risque, de même que votre bébé.

Vais-je pouvoir obtenir mes doses de méthadone durant mon séjour à l'hôpital?

Assurez-vous d'informer le personnel hospitalier que vous recevez de la méthadone afin de ne pas interrompre votre traitement d'entretien à la méthadone durant votre séjour à l'hôpital. Vous pourrez également recourir aux analgésiques administrés lors du travail et de l'accouchement, comme toute autre patiente.

ANNEXE 8 – DIRECTIVES SUR LE TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE POUR LES SERVICES CORRECTIONNELS ET LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/methadone/a_f.shtml

ANNEXE 9 – TENUE DE DOSSIERS DES SERVICES DE TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE

(Source : Lignes directrices sur le traitement à la méthadone à l'intention des conseillers en traitement des dépendances de la Saskatchewan – 2004)

L'équipe de TEM	Exemples de renseignements habituellement partagés entre les membres de l'équipe	Justification du partage de renseignements
Médecin prescripteur de méthadone	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notes cliniques ▪ Évaluations médicales ▪ Ordonnances ▪ Formulaires pour la méthadone à emporter ▪ Résultats des tests sur l'abus de drogues ▪ Évaluations psychosociales ▪ Entente et plan de traitement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sécurité ▪ Admission/congé ▪ Diagnostic ▪ Évaluation des progrès ▪ Conférence de cas ▪ Services d'aiguillage
Pharmaciens habilités à dispenser de la méthadone	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antécédents en matière de dispensation/dose ▪ Changements de comportement ou d'attitude du client suite à une thérapie sous surveillance directe ▪ Remboursement des médicaments d'ordonnance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sécurité ▪ Évaluation des progrès ▪ Conférence de cas ▪ Services d'aiguillage
Conseillers en abus d'alcool et de drogues	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage d'admission/recommandations ▪ Évaluations de la gravité du problème ▪ Plans de traitement et de rétablissement ▪ Notes cliniques ▪ Formulaires d'admission ou de congé des services de traitement des dépendances 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sécurité ▪ Intervention en cas de crise ▪ Évaluation des progrès ▪ Conférence de cas ▪ Services d'aiguillage
Autres ressources	Exemples de renseignements pouvant être partagés avec les membres de l'équipe	Justification du partage de renseignements
Médecin de famille	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier médical antérieur ▪ Traitement antérieur pour la dépendance/l'accoutumance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Admission ▪ Congé ▪ Recommandations médicales
College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antécédents relatifs aux stupéfiants et à la méthadone dans le cadre du Triplicate Prescription Program (partagés seulement avec le médecin) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sécurité ▪ Vérification de la formation acquise par le médecin
Conseillers en santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antécédents en matière de santé mentale ▪ Notes cliniques ▪ Formulaire d'admission ou de congé des services de santé mentale ▪ Médicaments/dosage 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sécurité ▪ Intervention en cas de crise ▪ Évaluation des progrès ▪ Conférence de cas ▪ Services d'aiguillage
Personnel infirmier de la santé publique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renseignements sur le client ▪ Immunisation ▪ Renseignements sur l'échange de seringues 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance ▪ Administration de tests ▪ Avis aux partenaires dans le cadre des Règlements de la santé publique
Personnel des services communautaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluations de cas ▪ Problèmes d'ordre juridique au sein de la famille ▪ Garde des enfants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protection de l'enfance ▪ Soutien à la famille ▪ Soutien du revenu
Policiers	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contact avec la police relativement aux activités illégales ▪ Déclarations de culpabilité/mandats d'arrêt ▪ Probation/conditions de mise en liberté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sécurité ▪ Mesurer le progrès ▪ Clients/en détention ▪ Services d'aiguillage
Travailleurs en milieu correctionnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plans de libération correctionnelle, y compris les conditions de la mise en liberté ▪ Évaluation des risques ▪ Probation/conditions de mise en liberté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identiques à celles des policiers ▪ Plan de libération conditionnelle
Personnel hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi des soins ▪ Services d'aiguillage 	

ANNEXE 10 – THÉRAPIE D'ENTRETIEN À MÉTHADONE – BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

Préparée par : les services de références de la bibliothèque du CTSM, Toronto (Ontario), Canada.

Cette bibliographie offre une vaste sélection de documents provenant de la bibliothèque du CTSM et portant sur le traitement d'entretien à la méthadone, particulièrement en Ontario (Canada). On y trouve également de la documentation sur les traitements reliés à la dépendance aux opioïdes. Cette bibliographie vise à présenter un aperçu et une vue d'ensemble du sujet et non à le décrire en détail.

Vue d'ensemble

BRANDS, Bruna et coll. *Recension de la documentation : traitement d'entretien à la méthadone*, Ottawa (Ont.) : Santé Canada, 2002.
RC 568 .M4 L53 2002 / RC 568 .M4 L5314 2002

SANTE CANADA. *Traitement d'entretien à la méthadone*, Ottawa, 2002.
RC 568 .M4 M47973 2002

Bref aperçu (13 pages) couvrant tous les sujets, y compris la prestation du traitement au Canada, le Canada en faits et en chiffres et les avantages.

Methadone Maintenance Treatment. New York : Lindesmith, 1997. RC 568 .M4 M4797 1997. 4 p.
Le texte complet est disponible sur le site Web de la Drug Policy Alliance (voir ci-dessous).

TORONTO. FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIE. *Methadone Maintenance: Treatment for Opioid Dependence (Le maintien à la méthadone : traitement de la dépendance aux opioïdes)*, Best Advice Series, 1996, 4 p.

SANTE CANADA. *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, Ottawa (Ont.), 2001.
RA 644 .A25 R329 2001

L'annexe B présente un examen succinct de l'administration du traitement au Canada. Le traitement d'entretien à la méthadone est considéré comme le choix par excellence et le plus utilisé, bien que d'autres pharmacothérapies et stratégies soient offertes.

Planification et soutien communautaires

ERDELYAN, Mark. *Methadone Maintenance Treatment: A Community Planning Guide*, Toronto, CTSM, 2000.
Disponible en version électronique à l'adresse <http://sano.camh.net/methadone> (Cette adresse sera modifiée prochainement).

Ce document comprend une vaste section de ressources annotée.

CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT. *Methadone Community Education Kit*, Rockville (MD), 2000.
RC 568 .M4 M4686 2000

Comprend des communiqués de presse et des documents d'information à l'intention du public.

Traitement d'entretien à la méthadone : une expérience Canada – Ontario

Documents récents

BRANDS, Bruna et David Marsh. *Methadone maintenance treatment: a Canadian perspective*, JAMC, 1997, vol. 157 n° 4, 399-401.

BRANDS, Bruna, Joan E. Blake et David C. Marsh. « Changing patient characteristics with increased methadone maintenance availability », *Drug and Alcohol Dependence*, (2002), 66(1): 11-20.

BRANDS, John, Bruna Brands et David Marsh. « The expansion of methadone prescribing in Ontario, 1996-1998 », *Addiction Research*, (2000), 8(5): 485-96.

RESEARCH GROUP ON DRUG USE. *Drug Use in Toronto*, Toronto, 2001. HV 5840 .C34 D76 2001
Comprend des mises au point sur la méthadone réalisées en Ontario, y compris le nombre de clients bénéficiant d'un traitement d'entretien à la méthadone. Voir la section sur l'héroïne. Disponible aux adresses suivantes : http://www.ccsa.ca/ccendu/index_f.asp et <http://www.city.toronto.on.ca/drugcentre>.

FISCHER, Benedikt. « Prescriptions, power and politics: the turbulent history of methadone maintenance in Canada », *Journal of Public Health Policy*, 21(2): 187-210 (2000).

BUREAU ONTARIEN DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE et coll. *Methadone Treatment Symposium: Overcoming Stigma with Partnerships in Central Ontario*, Report and Conference Proceedings, Aurora (Ont.), le 7 mars 2001, [Aurora, ON: The Symposium].
RC 568 .M4 M497 2001.

Documents antérieurs

ANDERSON, Gina S. et Richard Nutter. CLIENTS AND OUTCOMES OF A METHADONE TREATMENT PROGRAM, rapport de recherche, Edmonton (Alb.), Alberta Alcoholism and Drug Abuse Commission, 1974.
RC 568 .M4 A52 1974

HALLIDAY, Robert. « Management of the narcotic addict », *British Columbia Medical Journal*, 5(10): 412-14, 1(963).
RC 566 .H34 1963.

HALLIDAY, Robert. *Narcotic Drug Addicts as Voluntary Patients: The Use of Methadone in Short-Term and Long-Term Withdrawal Treatment Programs*, Problems of Drug Dependence 1966 Report, Washington (DC), National Academy of Sciences, 1966, annexe 14, p. 4599-4610.
RC 568 .M4 H34 1966

KRAKOWSKI, Mark et Reginald G. Smart. « The outpatient treatment of heroin addicts with methadone », *Revue canadienne de santé publique*, (1972), 63(5): 397-404.
RC 568 .M4 K722 1972

Première évaluation du programme d'entretien à la méthadone de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie qui a commencé en 1970.

OTTAWA. *Trends in Methadone Use in the Treatment of Opiate Dependence in Canada*, Santé et Bien-être social Canada. Direction générale de la protection de la santé, Direction de l'usage non médical des drogues, Ottawa (Ont.), 1976. RC 568 .M4 C365 1976

Lignes directrices sur le traitement d'entretien à la méthadone et meilleures pratiques

BRANDS, Bruna et coll. *Meilleures pratiques : traitement d'entretien à la méthadone*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2002.
RC 568 .M4 L532 2002 / RC 568 .M4 L53214 2002.

Methadone Maintenance Guidelines, Toronto, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale et Ordre des pharmaciens de l'Ontario, 2001.
RC 568 .M4 M479 2001
Disponible en ligne à l'adresse <http://www.cpsso.on.ca>

Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés : lignes directrices, Montréal, Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, 2000.
RC 568 .M4 U699 2000

Guides de traitement

BRANDS, Bruna et John Brands. *Methadone Maintenance: A Physician's Guide to Treatment*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1998. RC 564 .M4 M478 1998

BRANDS, Bruna et coll. *Management of Alcohol, Tobacco and Other Drug Problems*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2000. RC 564.15 .M36 2000

BRANDS, John et Eva Janecek. *Entretien à la méthadone : guide de traitement à l'intention des pharmaciens*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2000. RC 568 .M4 M4796 2000.

KAUFFMAN, Janice Fay et George E. Woody. *Matching Treatment to Patient Needs in Opioid Substitution Therapy*, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 20, Rockville (MD), CSAT, 1995.
RC 568 .M4 K38 1995

MARTIN, Garth, Bruna Brands et David C. Marsh. *Entretien à la méthadone : guide de traitement à l'intention des conseillers*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2003. RC 568 .M4 M477 2003

M^CCANN, Michael J. et coll. *Treatment of Opiate Addiction with Methadone: A Counselor Manual*, Technical Assistance Publication Series 7, Rockville (MD), CSAT, 1994. RC 568 .M4 M378 1994

Efficacité

BALL, John C. et Alan Ross. *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services, and Outcome*, New York, Springer-Verlag, 1991. RC 568 .M4 B352 1991

BARNETT, Paul G. « The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention », (1999), *Addiction* 94(4): 479-88.

BRANDS, Bruna, Joean E. Blake et David C. Marsh. « Changing patient characteristics with increased methadone maintenance availability », *Drug and Alcohol Dependence*, (2002), 66(1): 11-20.

BRANDS, Bruna, Joan E. Blake et David C. Marsh. « Impact of oral methadone dose in methadone injecting patients », *Journal of Addictive Diseases*, (2003), 22(3): 19-38.

FISCHER, Benedikt, et coll. « Comparing opiate users in methadone treatment with untreated opiate users: results of a follow-up study with a Toronto users cohort », *Revue canadienne de santé publique*, (1999), 90 (5): 299-303.

RANKIN, Judy et Richard P. Mattick. *Review of the Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment and Analysis of St. Mary's Clinic*, Sydney, 1997, NDARC Technical Report No. 45, NSW: National Drug and Alcohol Research Centre. RC 568 .M4 R36 1997

Efficacité – Prévention du crime

PARKER, Howard et Perpetua Kirby. *Methadone Maintenance and Crime Reduction on Merseyside*, Crime Detection and Prevention Series Paper 72, London, 1996, The Home Office Police Research Group. HV 5840 .G7 P367 1996.

Femmes

(Remarque : certaines autres ressources traitent de sujets portant sur les femmes tels la grossesse et l'allaitement.)

BARTHOLOMEW, N.G. et coll. « Effectiveness of a specialized intervention for women in a methadone program », (1994), *Journal of Psychoactive Drugs* 26 (3): 249-55.

FACY, Françoise, Myriam Rabaud et Marion Andry. « Women, Pregnancy and Methadone Treatment », In *Women and Opiate Addiction: A European Perspective*, Espagne, (2000), p. 93-112, Palma De Mallorca, IREFREA Spain. HV 5824 .W6 W658 2002

FRIEDMAN, Jennifer et Marixsa Alicea. *Surviving Heroin: Interviews with Women in Methadone Clinics*, Gainesville (FL), 2001, University Press of Florida. HV 5824 .W6 F747 2001

ROSENBAUM, Marsha et Sheigla Murphy. « Not the picture of health: women on methadone », *Journal of Psychoactive Drugs*, (1987), 19 (2): 217-26. Texte complet disponible sur le site Web de Drug Policy Alliance (voir ci-dessous).

Jeunesse

WARD, Jeff. *A Controlled Study of Methadone Maintenance in Primary Health Care Setting with Young "At-risk" Injecting Opiate Users*, Sydney, 1996, NDARC Technical Reports No. 41, NSW: National Drug and Alcohol Research Centre. RC 568 .M4 C665 1996

Autres ouvrages et rapports

ARIF, Awni et Joseph Westermeyer. *Methadone Maintenance Treatment in the Management of Opioid Dependence: An International Review*, New York: Praeger, 1990. RC 568 .M4 M4795 1990

BYRNE, Andrew. *Methadone in the Treatment of Narcotic Addiction*, Redfern, NSW: Tosca Press, 1995. RC 568 .M4 B97 1995

DRUCKER, Ernest et Alex Wodack. « Re-inventing Methadone: Critical Studies », *Addiction Research*, 3(4), (1996). Numéro thématique.

« Effective Medical Treatment of Opiate Addiction », *NIH Consensus Statement*. (1997), n° 108, 15 (6):1-38. RC 566 .E44 1997. Disponible à l'adresse <http://consensus.nih.gov/>

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. *Reviewing Current Practice in Drug-Substitution in the European Union*, Luxembourg, 2000. RC 566 .R475 2000

FUDALA, Paul J. et Peter T. Bridge. « Buprenorphine and Buprenorphine/Naloxone: A Guide for Clinicians », *Drug and Alcohol Dependence* 70 (2 suppl.), (2003). Numéro thématique.

JOSEPH, Herman. *Methadone Symposium*, New York, The Mount Sinai Medical Centre, 2001. RC 568 .M4 M484

KINTZ, Pascal et Pierre Marquet. *Buprenorphine Therapy of Opiate Addiction*, Totowa (NJ), Human Press, 2002. RC 483.5 .B8 B864 2002

KRAUSZ, Michael. *Development of Harm Reduction and Methadone Maintenance in Europe*, Basel (Suisse), 2000, Karger. HV 5840 .E85 D48 2000

LINTZERIS, Nicolas, Alison Ritter et Adrian Dunlop. « Training primary health care professionals to provide buprenorphine and LAAM treatment », (2002), *Substance Abuse* 23(4): 245-54.

MARION, Ira J. *LAAM in the Treatment of Opiate Addiction*, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 22, Rockville (MD), CSAT, 1995. RC 566 .M367 1995

OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE. FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIE. *Rapport sur la méthadone : utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse*, 3^e éd., Toronto/Berne, 1996. RC 568 .M4 S84 1996 / RC 568 .M4 S8414 1996

PLATT, Jerome J. *Heroin Addiction: Theory, Research, and Treatment*, Malabar (FL), Krieger Publishing Co., 1995. HV5822 .H4 P55 1995 v.3

SEIVEWRIGHT, Nicholas. *Community Treatment of Drug Misuse: More than Methadone*, Cambridge (GB), Cambridge University Press, 2000. RC 564.67 .G6 S44 2000

STRAIN, Eric C. et Maxine L. Stitzer. *Methadone Treatment for Opioid Dependence*, Baltimore (MD), The Johns Hopkins University Press, 1999. RC 568 .M4 M494 1999

TOBER, Gillian et John Strang. *Methadone Matters: Evolving Practice of Community Methadone Treatment of Opiate Addiction*, London, Martin Dunitz, 2003. RC 568 .M4 M4825 2003

WARD, Jeff, Richard P. Mattick et Wayne Hall. *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*, Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 1998. RC 568 .M4 M4798 1998

À l'intention du public (voir également la section des ressources Internet.)

DRUG POLICY ALLIANCE. *About Methadone*, 2^e éd., New York, 2003. RC 568 .M4 A36 2003

MAYNES, Michelle. *Traitement d'entretien à la méthadone : Manuel du client*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2001. RC 568 .M4 M377 2001/RC 568 .M4 M37714 2001

Des exemplaires sont disponibles pour les résidents de l'Ontario auprès du centre d'information du CTSM : 1 800 463-6273, 416 595-6111 ou du service de marketing du CTSM : 1 800 661-1111, 416 595-6059.

Methadone Maintenance Treatment: Information for Clients/Traitement de maintien à la méthadone : renseignements à l'intention des clients. Toronto : Centre for Addiction and Mental Health, 2002. Dépliant. Disponible auprès du service de marketing du CTSM.

Ressources Internet

Organismes de réglementation

Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO)
Bureau des substances contrôlées, Santé Canada
http://www.dirgen/hecs-dgsesc/dscsp-psasc/ocs-bsc/index_f.html

<http://www.cpso.on.ca>
<http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch->

Autres sites de renseignements et de documents utiles aux professionnels et au grand public :

RCCET : Canadian City & National Reports	http://www.ccsa.ca/ccendu/index_f.asp
Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM)	http://www.camh.net/FR/index.html
Drug Policy Alliance	http://www.drugpolicy.org
Euro-Methwork	http://www.euromethwork.org
Santé Canada – Stratégie canadienne antidrogue	http://www.hc-sc.gc.ca
NAMA (National Alliance of Methadone Advocates)	http://www.methadone.org
NIDA (National Institute on Drug Abuse U.S.)	http://www.nida.nih.gov
Consulter le NIDA Notes pour des articles sur la buprénorphine, la méthadone et le LAAM.	
SAM (Service d'appui pour la méthadone – Québec)	http://www.info-sam.qc.ca
Travel Guide Index (hôte : INDRO, Allemagne)	http://www.indro-online.de/travel.htm

Bibliographies connexes à cette série

Heroin Prescription for Opioid Users (projet NAOMI) 12/03

Ressources pour les professionnels (Ontario)

Addiction Clinical Consultation Service (ACCS) (Service de consultations cliniques en toxicomanie) :
1 800 720-2227 pour les résidents de l'Ontario, 416 595-6968
Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario : 1 800 268-7096, 416 961-1711, poste 661

Ressources pour le public (Ontario)

DART (Drogue et alcool – Répertoire des traitements) : 1 800 565-8603
M^oLaughlin Information Centre (CTSM): 1 800 463-6273, 416 595-6111