

Traitement d'entretien à la méthadone Directives et procédures

à l'intention

des Services de traitement des dépendances du Nouveau-Brunswick



Nouveaux départs

Février 2009

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| OBJET..... | 1 |
| FONCTION ET ACTIVITÉS..... | 2 |
| BUTS ET OBJECTIFS..... | 3 |
| PROCESSUS D’AIGUILLAGE..... | 4 |
| CRITÈRES D’ADMISSION..... | 4 |
| PROCÉDURE D’ADMISSION..... | 5 |
| DIRECTIVE ET PROCÉDURE D’ADMISSION..... | 6 |
| LE MODÈLE DU PROGRAMME DU TEM DU NOUVEAU-BRUNSWICK..... | 7 |
| ÉVALUATION..... | 10 |
| POSOLOGIE DE LA MÉTHADONE..... | 11 |
| DIRECTIVES CONCERNANT LES DOSES À EMPORTER..... | 13 |
| CALENDRIER DES DOSES À EMPORTER..... | 16 |
| DÉPISTAGE DE DROGUE DANS L’URINE..... | 17 |
| PRISE EN CHARGE DES RECHUTES..... | 18 |
| CONGÉ DE TRAITEMENT INVOLONTAIRE..... | 18 |
| CRITÈRES RELATIFS AU RENVOI..... | 18 |
| FIN DU TRAITEMENT À LA MÉTHADONE..... | 20 |
| COUNSELING..... | 20 |
| ÉVALUATION DU PROGRAMME..... | 21 |
| TRAITEMENT À L’INTENTION DES CLIENTES ENCEINTES..... | 22 |
| MÉTHADONE ET DOULEUR AIGUË..... | 24 |
| ANNEXE..... | 25 |

Traitement d'entretien à la méthadone

Directives et procédures

OBJET

L'objectif principal du Programme de traitement d'entretien à la méthadone (PTM) est de réduire les méfaits associés à la consommation illicite de drogues en offrant un accès équitable à la méthadone, à du counseling, à des soins de santé primaires et à d'autres services offerts dans la collectivité. Ce faisant, le programme entretient la vision d'améliorer la santé et le mieux-être des personnes souffrant d'une dépendance aux opiacés, grâce à un service accessible, qui les aidera à redevenir des membres productifs de la vie communautaire.

Avantages précis

- **La méthadone est le traitement le plus efficace pour lutter contre la dépendance aux opiacés.** Comparativement aux autres principaux modes de traitement de la dépendance aux drogues – patient en milieu protégé et exempt de drogue, communautés thérapeutiques, traitement de chimiodépendance – la méthadone a fait l'objet d'études parmi les plus rigoureuses et donné les meilleurs résultats.
- **La méthadone s'avère efficace dans la prévention du VIH et du SIDA.** Le TEM diminue la fréquence des injections et du partage de seringues. Le traitement à la méthadone procure aussi un point de rencontre important avec les fournisseurs de services, ce qui permet d'enseigner aux toxicomanes des techniques de réduction des méfaits, entre autres, comment prévenir la transmission du VIH et du SIDA ou de l'hépatite, et les autres problèmes de santé auxquels ils s'exposent.
- **Le traitement d'entretien à la méthadone réduit les comportements criminels.** Les arrestations liées à l'usage de drogues diminuent, car les clients de TEM achètent moins ou cessent d'acheter et d'utiliser les drogues illicites. Les arrestations liées aux crimes contre les personnes diminuent, car les clients n'ont plus à financer une dépendance coûteuse aux opioïdes, et parce que les traitements procurent à de nombreux clients un degré de stabilité dans leur vie et la possibilité de trouver un emploi légitime.
- **Chez les toxicomanes, la méthadone réduit de façon draconienne, voire met souvent un terme à la consommation d'opiacés.** L'enquête *Treatment Outcome Prospective Study (TOPS)*, la plus importante étude de suivi moderne en matière de traitement de dépendance aux drogues, a révélé que les clients avaient diminué de façon dramatique leur consommation d'opiacés durant un tel traitement, et que trois mois seulement après avoir commencé le traitement, moins de 10 p. 100 avaient recours aux opiacés chaque semaine ou chaque jour. Deux ans plus tard, la consommation d'héroïne chez les clients du TEM avait baissé en moyenne à un niveau équivalant à 15 p. 100 de celui précédant le traitement. Souvent, l'usage d'autres

drogues – la cocaïne, les sédatifs et même l’alcool – diminue aussi lorsqu’une personne dépendante commence un traitement à la méthadone, même si la méthadone n’a pas d’effet pharmacologique direct sur les états de manque non reliés aux opioïdes.

- **La méthadone est économique.** Au Canada, on estime qu’il en coûte environ 6000 \$ annuellement (comprend entre autres les coûts du médicament, des analyses d’urine, du personnel médical, infirmier et des conseillers) pour assurer le traitement d’entretien à la méthadone chez un client, tandis que le consommateur d’opiacés non traité peut coûter à la société en moyenne 49 000 \$ annuellement.

Les activités criminelles liées à l’héroïnomanie ont entraîné des coûts sociaux quatre fois plus élevés que ceux du traitement d’entretien à la méthadone (Harwood et coll., cités dans NIDA, 1995, 1-47). De plus, pour chaque dollar consacré au traitement d’entretien à la méthadone, la communauté réalise des économies de l’ordre de 4 \$ à 13 \$ US (résultats de l’étude CALDATA, selon Stoller et Bigelow, 1999, 24).

Dans le cas des **praticiens** s’occupant de l’administration du traitement, le traitement d’entretien à la méthadone leur fournit des occasions :

- de contribuer un élément important des soins médicaux et de santé publique;
- d’établir des partenariats et des liens avec d’autres fournisseurs de services, et d’offrir ainsi aux clients ou aux familles une gamme de services et de soutien;
- d’établir des relations thérapeutiques positives et utiles avec les personnes ayant une dépendance aux opioïdes, et d’apprendre de ces dernières;
- de contribuer à un processus éducatif et thérapeutique susceptible d’aider les personnes dépendantes à acquérir une nouvelle perspective d’elles-mêmes et de leur consommation de drogues, et à apporter des changements dans leur vie.

FONCTION ET ACTIVITÉS

Le Programme de traitement d’entretien à la méthadone du Nouveau-Brunswick offrira dans la collectivité un service global et confidentiel, ce qui comprend une approche axée sur le client, l’accessibilité, un large éventail de services et de soutien par l’entremise de services communautaires intégrés, des soins médicaux, des services de santé mentale, le traitement de la toxicomanie, des conseils et du soutien professionnel, ainsi que la promotion de la santé, la prévention de la maladie et l’éducation.

Nous y parviendrons grâce aux approches suivantes :

- 1) Favoriser des modes de vie sains par l’élimination ou la diminution des incidences néfastes de la toxicomanie opiacée sur les personnes ou les familles et la collectivité.
- 2) Miser sur la mobilisation des personnes et des collectivités pour promouvoir des modes de vie sans dépendance. Le traitement suppose un engagement plus marqué de la personne et de la société pour faire évoluer les mentalités, les comportements et les

modes de vie. Le traitement est axé sur le client, décentralisé, global, innovateur, fondé sur les faits et contrôlé.

- 3) Offrir un éventail complet de services, ainsi que la souplesse requise pour s'adapter aux besoins en constante évolution compte tenu de la nature complexe de la dépendance aux opioïdes. 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) Surveiller le service et l'évaluer continuellement afin d'assurer des normes de soins élevées et l'efficacité au chapitre des coûts. On reconnaît le besoin d'un ensemble de mesures du rendement pour bien évaluer les services offerts.

BUTS ET OBJECTIFS

- 1) Offrir un programme sûr de stabilisation et de traitement d'entretien efficace et économique
- 2) Procurer un milieu propice à la mise en œuvre du processus de traitement et de réadaptation.
- 3) Réagir de façon positive aux besoins immédiats des clients et aux pressions sociales par des activités de counseling et de prise en charge des situations ou des crises.
- 4) Instaurer une démarche d'apprentissage qui invite le client ou un de ses proches à reconnaître son état.
- 5) Encourager le client à assumer en premier et personnellement la responsabilité de ses comportements et de sa guérison.
- 6) Encourager la participation de la famille tout au long du processus.
- 7) Encourager la participation active des clients dans la consolidation et l'acceptation du plan de traitement.
- 8) Concevoir et mettre en œuvre un processus d'évaluation complet et permanent, lequel comprend les données antérieures et actuelles pertinentes couvrant toute la période d'entretien de rapports avec le client, et qui serviront à la planification du traitement et à la réadaptation. Une telle démarche nécessite une approche en collaboration avec les partenaires communautaires.
- 9) Agir conformément aux lignes directrices sur le traitement, aux pratiques exemplaires et aux protocoles pertinents.

PROCESSUS D'AIGUILLAGE

- Les clients peuvent se présenter de leur propre chef ou sur recommandation de médecins, de conseillers en dépendance ou d'autres agences.
- Peu importe la source de l'aiguillage, les clients doivent communiquer avec les responsables et confirmer leur intérêt à l'endroit du PTEM.
- Les clients seront évalués pour établir leur admissibilité en fonction de critères d'admission.
- Les clients qui satisfont aux critères d'admission seront acceptés au sein du PTEM.
- Le personnel clinique se chargera de la première évaluation et de l'élaboration du plan de traitement, puis aiguillera le client vers les membres appropriés de l'équipe pour les services.
- L'ordre prioritaire de tous les aiguillages sera établi à l'aide d'une échelle d'évaluation des risques prévue à cet effet.

CRITÈRES D'ADMISSION

Les critères d'admission au PTEM seront clairement énoncés. Tous les clients feront l'objet d'une évaluation en fonction de ces critères, entre autres :

- un historique validé de leur dépendance aux opioïdes; les clients doivent répondre aux critères DSM (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) sur la dépendance aux opioïdes;
- une dépendance aux opioïdes depuis au moins une année;
- un mode de triage basé sur une échelle d'évaluation des risques qui tient compte des risques envers sa propre personne et envers autrui;
- les clients suivent la procédure d'admission;
- des échecs de traitement antérieurs (information souhaitable, mais non nécessaire);
- le fait que le client ait déjà suivi un traitement à la méthadone ne lui interdit pas un nouveau traitement;
- la volonté de se conformer au traitement; le client signe un accord de traitement et s'y conforme;
- la volonté de participer à toutes les composantes du PTEM prévues au plan de traitement, y compris l'admission aux services en établissement des Services de traitement des dépendances (désintoxication) s'il y a lieu, le dépistage de drogue, le counseling (en groupe ou individuel), le consentement à la divulgation de renseignements;
- le client doit pouvoir se rendre à tous ses rendez-vous cliniques, au lieu de dispensation quotidienne du médicament (pharmacie ou clinique) et participer à toutes les interventions cliniques;
- le client doit être disposé à se rendre à la clinique chaque semaine ou au besoin;
- le client doit pouvoir être pris en charge au plan médical, suivant les directives du médecin;
- les clients qui présentent des risques élevés de rechute par suite d'un traitement réussi à la méthadone doivent être réadmis s'ils le demandent (p. ex. ceux qui, volontairement, ont réussi à mettre fin progressivement au traitement à la méthadone, mais qui présentent un risque élevé de rechute).

Groupes particuliers

Adolescence : En règle générale, les personnes de moins de 18 ans ne devraient pas être admises. Les cas d'exception peuvent comprendre des jeunes déjà bien connus des Services de traitement des dépendances que leurs conseillers à la jeunesse considèrent comme des candidats appropriés.

Grossesse : Le fait qu'une femme enceinte dépendante suive un TEM permettra d'éviter plusieurs effets nocifs à sa santé et à celle du fœtus, ou d'en réduire l'incidence, d'où l'importance de procéder avec le traitement dans la mesure du possible.

Risque élevé de rechute : Une exception aux critères généraux d'admission s'applique dans le cas de clients autrefois dépendants qui ne consomment actuellement pas de drogues opiacées, mais qui présentent des risques élevés de rechute (p. ex. clients en milieu carcéral).

PROCÉDURE D'ADMISSION

Après que l'on a obtenu de toutes les sources pertinentes les renseignements sur un client, notamment les résultats d'analyses en laboratoire, le cas en question fera l'objet d'un examen et d'une évaluation par l'équipe du PTEM; celle-ci décidera de l'admission du client à la clinique ou de l'aiguillage vers d'autres programmes et ressources tels les traitements en établissement des Services de traitement des dépendances (désintoxication ou traitement en résidence), les services de counseling externes ou d'autres options de traitement, selon le cas. Dans certains cas particuliers, lorsqu'on le juge approprié, des clients souffrant d'une maladie physique ou mentale concurrente, ou dont la condition sociale l'exige, pourront être recommandés à des services de traitement des dépendances en établissement, aux services de santé mentale ou à d'autres professionnels de la santé.

Si la personne est admise à la clinique, on communiquera avec elle pour fixer la date et l'heure d'un rendez-vous avec le médecin à la clinique, où elle recevra ses instructions, une ordonnance de méthadone et l'horaire de ses prochains rendez-vous pour du counseling en groupe ou individuel et ses visites médicales. Selon ce que décidera l'équipe traitante, il se pourrait que le client doive être admis aux services en établissement des Services de traitement des dépendances (désintoxication) pour y être stabilisé.

Si la personne n'est pas admise à la clinique à ce stade-ci, on communiquera avec elle pour l'informer des recommandations voulant qu'elle suive un autre programme, soit pour lui présenter d'autres options de traitement ou l'admettre à un service de traitement des dépendances en établissement, s'il y a lieu.

Les clients sont tenus de se conformer à tous les accords de traitement.

Une procédure destinée à aviser la pharmacie préférée du client sera élaborée et suivie.

Le médecin de famille d'un client admis à la clinique recevra par télécopieur copie d'une lettre lui demandant de **NE PAS** prescrire de traitement à la benzodiazépine ou aux narcotiques à son client lorsque celui-ci prend de la méthadone, sans avoir au préalable consulté le médecin du PTEM de la région. À la discrétion de la clinique concernée, le médecin de famille pourra aussi recevoir copie de l'ordonnance de méthadone du client. La même lettre pourrait être acheminée au département des urgences, aux Services de traitement des dépendances, aux cliniques de santé, aux pharmacies dans la collectivité et aux autres intervenants concernés, sur la base du « besoin de connaître ».

DIRECTIVE ET PROCÉDURE D'ADMISSION

Directive

Les responsables du PTEM régional étudieront sur une base régulière l'admission de nouveaux clients au programme s'il y a des places libres, sauf si ces derniers satisfont aux critères d'exemption. Il faudra remplir une évaluation préalable à l'étude de l'admission comme telle.

Procédure

- 1) On communiquera avec la personne pour l'informer de l'heure et de la date d'une évaluation biopsychosociale complète.
- 2) Le client doit procéder aux étapes suivantes :
 - a) un dépistage de drogues supervisé au moyen de l'analyse des urines;
 - b) une évaluation biopsychosociale complète d'admission;
 - c) une séance de counseling individuel pour passer en revue et remplir l'évaluation initiale du client et, s'il le faut, l'Outil d'évaluation d'ingestion de narcotiques (OEIN);
 - d) la participation à une séance individuelle ou en groupe durant laquelle il sera question des lignes directrices du traitement. On discutera du besoin d'échange de renseignements quant aux démarches prises antérieurement par le client auprès d'autres agences communautaires. On obtiendra son consentement à la divulgation de renseignements, lequel sera acheminé aux partenaires communautaires concernés, entre autres la GRC, les Services de traitement des dépendances, d'autres cliniques de traitement à la méthadone, la police municipale, la Santé mentale, le ministère de la Sécurité publique, ministère du Développement social, les Premières nations, Service correctionnel Canada, les médecins de famille, les pharmacies et toute personne jugée apte à valider ou à défendre ses besoins.
- 3) Le client recevra un rendez-vous à l'hôpital approprié pour les analyses d'urine et le travail de laboratoire pertinent. Le dépistage à l'admission devrait comprendre, sans nécessairement s'y limiter, les épreuves suivantes : test cutané de sensibilité à la tuberculine; sérologie du VIH, du VHB et du VHC, fonction hépatique (albumine, INR, SGOT, ALT, GGT, phosphatase alcaline) et le sérum BHCG, là où c'est indiqué. L'une ou l'autre ou toutes les épreuves énumérées ci-dessus et obtenues durant les six mois précédents peuvent suffire, à moins d'indications cliniques autres. Un

électrocardiogramme de base est recommandé et indiqué chez tout client prenant une dose de méthadone supérieure à 150 mg.

- 4) Le client sera tenu de signer deux exemplaires du contrat stipulant les règles du programme à suivre (Accord de traitement d'entretien à la méthadone) et tout autre formulaire que pourrait avoir préparé la clinique régionale. Un exemplaire sera versé au dossier confidentiel du client, et l'autre, remis au client.
- 5) Le client recevra des conseils concernant la réduction des méfaits et les questions de sécurité, jusqu'à ce qu'il soit admis au programme.
- 6) Les clients inscrits dans la liste et évalués en vue de leur admission à la clinique perdront leur place par suite d'activités trahissant leur manque de motivation ou de coopération. Par exemple, ne pas se présenter à un rendez-vous peut occasionner le remplacement de cette personne par une autre de la liste.
- 7) On recommandera aux familles des clients de participer au programme familial d'intervention ou à des séances de counseling individuel des Services de traitement des dépendances où l'on discutera des problèmes de codépendance.

LE MODÈLE DU PROGRAMME DU TEM DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Bien que les délais nécessaires à chaque étape de guérison soient très individualisés, 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 guérison.

Étape 1 : Stabilisation

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 démythifier et comprendre le processus de traitement à base de 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 maîtrise du stress
- l'échange de seringues et l'usage approprié de seringues
- la prévention des rechutes
- 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 de la guérison 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 :

- la réglementation entourant le traitement d'entretien à la méthadone;
- la démythification;
- 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 gestion 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;
- la prévention des rechutes.

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 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 à domicile;
- 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.

ÉVALUATION

Une évaluation en profondeur doit comprendre ce qui suit :

Documentation sur les antécédents du client

Documenter l'état de sa dépendance aux opioïdes.
Évaluer les complications reliées à la consommation de drogues et aux autres conditions médicales.
Évaluer les problèmes psychiatriques.
Évaluer les comportements à risque élevé.

Explication des options de traitement

Services de traitement des dépendances en établissement (désintoxication)
Services externes de désintoxication (à l'aide de la clonidine) (voir annexe)
Groupes de soutien mutuel
Services externes de counseling
Traitement en résidence
Traitement d'entretien à la méthadone

Accord de traitement et consentement éclairé

Exceptions à la confidentialité entre le professionnel et le client

Aspects devant faire partie du processus d'admission :

Évaluation médicale, en plus de l'évaluation biopsychosociale
Documentation sur les antécédents du client
Les motifs de l'admission au moment de présenter la demande
Historique de consommation d'autres drogues, y compris le tabac et l'alcool
Traitement de dépendances antérieur, résultats du traitement
Comportements à risque élevé – relations sexuelles non protégées, pratiques en matière d'injection, activité criminelle, consommation d'alcool, tatouage, perçage corporel
Médicaments
Allergies
Antécédents médicaux
Pratiques contraceptives
Antécédents psychiatriques, y compris les idées suicidaires
Antécédents sociaux, y compris les antécédents médicaux et problèmes de toxicomanie des membres de la famille
Antécédents professionnels et en matière de formation
Démêlés avec la justice
Examen des critères DSM-IV

L'examen physique doit porter une attention particulière aux aspects suivants :

Signes de sevrage aux opioïdes
Malnutrition
Ictère
Hépatosplénomégalie
Présence ou absence d'un souffle cardiaque
État de dilatation de la pupille
Tatouage
Perçage corporel
Signes et symptômes d'insuffisance hépatique chronique
Signes d'infection au VIH non traitée
Traces d'aiguille
Abscesses

POSOLOGIE DE LA MÉTHADONE

Traitement initial et stabilisation

- De 10 à 30 mg de méthadone par jour pour les trois premiers jours

Le fait de commencer un traitement par une faible dose expose le client au risque de continuer à recourir aux substances intoxicantes illicites en raison des niveaux de méthadone insuffisants, et prolonge les périodes de sevrage et de stabilisation. Il importe de reconnaître qu'avec les doses initiales suggérées dans la fourchette ci-dessus, le client devra vraisemblablement « compléter » ses doses, donc il faudra au départ prendre des dispositions à cet effet.

Critères d'augmentation de la dose

- Signes et symptômes de sevrage (objectifs et subjectifs)
- Quantité ou fréquence de consommation d'opioïde qui ne diminue pas
- États de manque persistants à l'endroit des opioïdes
- Incapacité à atteindre la dose qui bloque l'effet euphorique des opioïdes à action brève

Ne pas rajuster les doses plus fréquemment qu'aux 3 ou 4 jours

| | |
|---|--------------|
| Rajustement en période de stabilisation | de 5 à 15 mg |
| Rajustements dans le cas de doses inférieures à 60 mg | de 5 à 15 mg |
| Rajustements durant l'étape de transition | de 5 à 10 mg |
| Rajustements de doses allant de 60 à 80 m | de 5 à 10 mg |

Dose optimale

La dose optimale de méthadone est celle qui soulage les symptômes de sevrage, bloque l'effet euphorique des opioïdes à action brève et l'envie de drogues, sans sédation ou autres effets secondaires.

La dose optimale pour la majorité des clients peut être atteinte dans les deux à six semaines du début du traitement.

Une dose supérieure à 100 mg est considérée élevée. Si un médecin éprouve de la difficulté à stabiliser la dose d'un client en dessous de ce niveau, on recommande de consulter un deuxième médecin habilité à prescrire les TEM. Dans le cas de doses supérieures à 150 mg, il faudra tâcher d'obtenir la demi-vie sérique de méthadone (ou écarts entre maximum et minimum).

L'état de manque aux drogues n'est pas en soi un motif valable pour accroître les doses au-dessus de 120 mg. Le besoin d'augmenter encore la dose doit être manifeste et attribuable à une constellation de symptômes de sevrage, tant physiologiques que psychologiques, qui surviennent à un moment prévisible à la fin d'une période d'espacement des doses.

Le dosage de la méthadone ne doit pas servir en tant que mesure punitive. Des épisodes de rendez-vous manqués, de comportements inacceptables, d'analyses d'urines « positives » doivent mener à des conséquences clairement définies que l'on mettra effectivement en vigueur. On ne devra en aucun cas réagir à de tels épisodes par un rajustement de la dose de méthadone, et ce, jusqu'à ce que le comportement soit corrigé.

Lorsque la dose optimale est atteinte, il ne devrait pas y avoir lieu de la rajuster. Parmi les facteurs susceptibles d'inciter un client à se plaindre d'un retour des symptômes de sevrage, on note les suivants :

- une rechute de consommation d'opioïdes;
- la métabolisation accrue de la méthadone; peut survenir durant le troisième trimestre de la grossesse, ou lorsque l'on ajoute un autre médicament durant la thérapie;
- le sevrage d'autres drogues telles la cocaïne ou les benzodiazépines;
- le « pseudo-sevrage » : la dépression, l'anxiété, et des crises incidentielles peuvent aussi générer chez le client des symptômes de sevrage. Face à une telle situation, le fait d'augmenter la dose peut faire croire au client qu'une plus forte dose de méthadone constitue la solution à ses problèmes. Ainsi, lorsqu'il connaîtra une nouvelle crise, il aura été conditionné à demander une nouvelle augmentation.

Doses fractionnées

Prendre plus d'une dose par jour peut être indiqué au plan clinique chez les clients ou les clientes :

- qui métabolisent rapidement le ou les médicaments;
- qui prennent des médicaments réputés accroître le taux de métabolisme;
- qui sont rendues au troisième trimestre de leur grossesse, et dont les doses sont supérieures à 100 mg.

Lorsque l'on soupçonne que la personne métabolise rapidement le médicament, on tâchera d'obtenir la demi-vie sérique de méthadone ou les écarts entre le maximum et le minimum de méthadone.

Doses omises et perte de tolérance

Une perte de tolérance aux opioïdes importante au plan clinique peut se manifester en seulement trois jours passés sans méthadone.

| | |
|-------------------------------|---|
| Omission de 1 à 2 doses : | administrer la dose habituelle; |
| Omission de 3 à 5 doses : | administrer la moitié de la dose habituelle, évaluer le degré de tolérance, augmenter de 15 mg/jour, puis revenir à la dose habituelle; |
| Omission de plus de 5 doses : | recommencer à 30 mg ou moins, évaluer le degré de tolérance, augmenter de 15 mg/jour, puis revenir à la dose habituelle. |

À moins de circonstances atténuantes, il faut faire comme si le client s'était retiré du programme après qu'il a omis de prendre trois doses consécutives.

**Si une personne est hospitalisée ou incarcérée, surtout lorsqu'elle prend des doses relativement fortes, il faut être davantage prudent dans la dispensation de son médicament dans les cas de doses omises.

Doses vomies

Si un professionnel de la santé ou un membre du personnel est témoin de vomissement, on peut remplacer la dose en respectant les consignes suivantes :

| | |
|--|-------------------------------|
| Vomissement moins de 15 minutes après la prise du médicament | - remplacer la dose en entier |
| de 15 à 30 minutes après la prise du médicament | - remplacer 50 % de la dose |
| après 30 minutes | - pas de dose de remplacement |

Clients en état d'ébriété

On ne devrait administrer de la méthadone à un client sous l'effet d'une substance intoxicante qu'après l'avoir réévalué et avoir confirmé qu'il n'est plus intoxiqué.

Chaque clinique régionale doit adopter des protocoles avec sa salle des urgences ou son hôpital pour assurer la continuité des soins et le maintien de la philosophie de traitement des clients du PTEM.

DIRECTIVES CONCERNANT LES DOSES À EMPORTER

Il importe d'évaluer les trois critères suivants avant d'autoriser les doses à emporter. Il faudra réévaluer régulièrement ces critères pour maintenir cette approche ou pour augmenter ou réduire la fréquence des doses à emporter.

Stabilité clinique : le degré de stabilité clinique est atteint :

- lorsque le client est rendu à sa dose optimale;
- lorsque le client démontre le degré de stabilité sociale, cognitive et émotionnelle requis afin

d'assumer la responsabilité par rapport à l'usage du médicament et selon l'ordonnance prescrite. Un logement stable, un système de soutien et des activités stables ainsi que la présence régulière à ses rendez-vous à la pharmacie, avec les conseillers et les médecins sont des indices de stabilité sociale;

- lorsque le client ne montre pas de signes trahissant une consommation problématique de drogues ou d'alcool.

Temps écoulé depuis le début du traitement d'entretien à la méthadone

- On ne recommande pas de dose à emporter durant les trois premiers mois du traitement :
Remarque : Il se peut que certaines pharmacies ne soient pas ouvertes les dimanches et que le client doive s'approvisionner à une autre pharmacie ce jour-là. Il peut être indiqué ou nécessaire pour ce client d'obtenir une dose à emporter le dimanche. Dans tout changement concernant les doses à emporter du client, on recommande au médecin de consulter la pharmacie qui dispense le médicament habituellement.

Capacité à ranger le médicament en toute sécurité

- Dans le cas de clients dont les conditions de logement sont instables, tels les itinérants ou ceux vivant dans les refuges sans lieu de rangement, les doses à emporter pourraient être contre-indiquées.
- Il serait préférable de demander aux clients de montrer au médecin la boîte à verrouiller dans laquelle ils consentent à ranger en toute sûreté les doses à emporter.

Réévaluation ou réduction des privilèges relatifs aux doses à emporter

Il importe de réévaluer, voire de réduire les privilèges d'un client qui adopte des comportements à risque non compatibles avec les démarches entreprises pour guérir sa dépendance.

Par exemple :

- le client qui n'a pas réussi à maintenir le degré de stabilité clinique requis, comme c'est décrit précédemment;
- le client qui poursuit sa consommation problématique de drogues et d'alcool;
- un client en situation de sevrage, en état de manque, ou qui continue à consommer, ou qui demande une dose de méthadone plus forte, risque de prendre sa dose à emporter avant le moment indiqué;
- le client qui n'atteint pas les buts et objectifs consentis au préalable;
- le client qui omet continuellement de fournir un échantillon d'urine aux fins de dépistage de drogues, comme le stipule le plan de traitement auquel il a préalablement consenti;
- le client qui a utilisé sa méthadone à d'autres fins, ou chez qui l'on soupçonne fortement que la méthadone ait servi à des fins autres et non appropriées (plutôt qu'au traitement prescrit);
- le client qui a trafiqué son échantillon d'urine;
- il faudra réévaluer le degré de privilèges accordés à un client qui prend sa dose à emporter trop tôt, qui fait état de doses perdues ou volées, ou qui vomit sa dose;
- le client qui omet de rapporter intactes à la pharmacie ou la clinique les bouteilles de doses à emporter.

Exceptions à la directive sur les doses à emporter

Il faut documenter clairement les besoins justifiant toute exception au calendrier des doses à

emporter. Les exceptions doivent surtout faire l'objet d'essai et, par conséquent, seront réévaluées fréquemment.

1) Incapacité d'ordre médical

Les clients chez qui il est démontré que l'usage continu d'un médicament comporte un risque d'abus peuvent obtenir plus d'une dose à emporter par semaine pourvu qu'ils répondent aux conditions suivantes :

- Un diagnostic médical spécifique fondé sur les faits et qui confirme le recours à ce médicament pour traiter les symptômes de l'état pathologique en question.
- Le client est cliniquement stable et satisfait à d'autres exigences concernant les doses à emporter.
- L'équipe traitante peut décider d'accorder les doses à emporter ou d'accroître la fréquence de ce privilège à un client qui serait autrement non admissible, si celui-ci souffre d'un état pathologique qui nuit considérablement à ses déplacements pour se rendre à la pharmacie.
- Dans de telles situations, on mettra tout en œuvre pour superviser la consommation de méthadone.
- Dans le cas d'états sous-jacents de nature provisoire, les exigences concernant les doses à emporter feront l'objet d'une réévaluation lorsque le client sera à nouveau capable de se rendre à la pharmacie.
- Il faut garder à l'esprit que l'état pathologique qui oblige à recourir aux doses à domicile peut être soit la douleur, soit des cas cliniques susceptibles de provoquer une consommation accrue de substances intoxicantes. L'équipe traitante doit établir avec prudence si les avantages des doses à domicile l'emportent sur le risque de déstabiliser davantage le client.

2) Motifs de compassion

- On peut accorder des privilèges de courte durée à un client qui ne satisfait pas à tous les critères, mais qui vit une situation de crise personnelle ou familiale, ou un deuil.
- Le médecin devra évaluer les circonstances atténuantes et s'assurer qu'il n'y a aucun autre moyen pour le client de suivre la posologie qu'on lui a prescrite.
- Le médecin devra de surcroît évaluer l'état de santé mentale du client afin de s'assurer que le privilège accordé (doses à emporter) pour la durée de la crise ne risque pas de porter atteinte à la sécurité même du client ou d'autrui.

2) Emploi ou vacances

Le client pour qui un nombre élevé de doses à emporter a été jugé approprié (c'est-à-dire qui ne viendra à la pharmacie qu'une ou deux fois par semaine) peut s'en voir accorder un nombre encore plus élevé pour des motifs de voyage ou d'emploi. Dans certaines circonstances, on peut prendre des dispositions temporaires auprès de pharmacies qui dispensent le médicament. Le client devra présenter au médecin la documentation liée à ses plans de voyages (p. ex. billet d'avion, lettre de l'employeur).

CALENDRIER DES DOSES À EMPORTER

Calendrier recommandé :

- I. Traitement de 3 mois;
Stable sur le plan fonctionnel au cours du dernier mois : 1 dose à emporter à domicile

- II. Traitement de 3 mois; aucune consommation non autorisée durant le dernier mois;
Stable sur le plan fonctionnel durant quatre semaines : 3 doses à emporter à domicile

- OU
Traitement de 6 mois, consommation occasionnelle non problématique
D'autre part stable : 3 doses à emporter à domicile

- III. Traitement de 6 mois; aucune consommation non autorisée;
D'autre part stable : 5 doses à emporter à domicile

- OU
Traitement de plus de 12 mois, consommation occasionnelle non problématique;
D'autre part stable : 5 doses à emporter à domicile

- IV. Aucune consommation durant 12 mois;
Stable au plan fonctionnel : 6 doses à emporter à domicile

Le risque d'abuser d'une drogue quelconque s'accroît chez la personne ayant des antécédents de consommation abusive ou de toxicomanie.

Il faut être prudent lorsqu'on envisage d'accorder le privilège des doses à domicile à quiconque est réputé consommer d'autres substances sur une base régulière ou ponctuelle. En prenant cette décision, il importe de tenir compte de la sécurité, tant pour l'individu que pour le public.

Justification de la directive sur les doses à emporter

1) Benzodiazépines

En toute circonstance, les benzodiazépines devraient constituer le médicament de dernier recours lorsque que tous les autres médicaments pour traiter la même maladie ont échoué, documentation à l'appui. Aucune preuve scientifique n'appuie l'administration à long terme des benzodiazépines pour traiter toute forme d'état pathologique. Par contre, il est de plus en plus prouvé que le mélange de benzodiazépines et de méthadone augmente considérablement les risques d'apnée du sommeil et de mort subite. Par conséquent, compte tenu du risque médical, il faudra, lorsque c'est possible, sevrer le client de son traitement aux benzodiazépines avant de lui permettre d'emporter les doses à domicile.

2) Cocaïne et méthamphétamine

Le recours continu aux stimulants illicites suppose l'adhésion importante et soutenue à une culture de consommation, et indique que le client est instable au plan psychologique. Les clients

réputés souffrir d'une dépendance aux opiacés courent un risque élevé de développer une dépendance aux drogues stimulantes.

3) Marijuana

Le recours continu aux substances illicites est un indicateur de l'adhésion soutenue à une culture de consommation. La consommation régulière de marijuana peut se traduire par de l'instabilité au plan psychosocial, assortie de perturbation du jugement et de capacités à résoudre des problèmes.

DÉPISTAGE DE DROGUE DANS L'URINE

Le médecin doit interpréter les résultats d'analyses de l'urine à des fins de dépistage, en parallèle avec la stabilité au plan fonctionnel. Toutes les parties concernées doivent clairement comprendre qu'il s'agit d'épreuves de dépistage, non de contrôle de vérification; celles-ci ne satisfont aucunement aux critères légistes et ne constituent pas une preuve suffisante devant un tribunal.

À tout le moins, les échantillons devront servir au dépistage des substances suivantes : les opioïdes, les benzodiazépines, la cocaïne, le THC, les amphétamines et la méthadone.

- Il faudra les obtenir suivant un horaire aléatoire.
- Il importe de les prélever sous la supervision directe d'un membre de l'équipe traitante, qui a l'autorisation d'exiger un deuxième échantillon si c'est jugé nécessaire.
- Aucun enfant n'est admis dans le lieu de prélèvement des échantillons.
- Les clients ne sont pas autorisés à apporter sac, manteau ou pardessus, sac à main ou article similaire dans le lieu de prélèvement des échantillons.
- Une bande-thermomètre peut servir à mesurer la température de l'échantillon.

Les mesures suivantes peuvent accroître la validité de l'épreuve :

- prendre la température de l'échantillon immédiatement suivant son prélèvement;
- demander au client d'enlever les vêtements obstruant la vue, et de vider et retourner toutes ses poches;
- demander au patient de laisser son sac à main et ses autres effets à l'extérieur du lieu de prélèvement;
- bleuir l'eau de toilette;
- s'assurer qu'il n'y a pas d'accès à l'eau courante dans le lieu de prélèvement.

Si l'on soupçonne un cas d'échantillon altéré, il faudra en informer le médecin et, dès que ce sera possible, prélever un deuxième échantillon le même jour.

Fréquence des épreuves

Il faudra au minimum réaliser des épreuves selon la fréquence suivante :
durant les 6 premiers mois une fois par semaine

Si le patient est stable (état biopsychosocial, dose optimale) :
du 6^e au 12^e mois aux 2 semaines
après le 12^e mois une fois par mois

PRISE EN CHARGE DES RECHUTES

À l'intérieur du programme, il faut définir clairement les mesures à prendre en cas de rechute, et les mettre en vigueur.

- Une récurrence dans le recours aux substances psychotropes indique un degré réduit de stabilité.
- Réévaluer la fréquence des séances de counseling, mettre l'accent sur le counseling.
- Envisager un rythme accru des épreuves de dépistage de drogue dans l'urine.
- Envisager une fréquence accrue des rendez-vous chez le médecin.
- Il se peut qu'un épisode de consommation de drogues isolé n'exige aucune intervention.
- Évaluer le besoin de recommander la désintoxication en établissement.

CONGÉ DE TRAITEMENT INVOLONTAIRE

Le Code de déontologie de l'Association médicale canadienne stipule qu'un médecin respectant l'éthique, après avoir assumé la responsabilité professionnelle d'un client, continue à fournir des services :

- 1) jusqu'à ce qu'ils ne soient plus nécessaires ni souhaités;
- 2) jusqu'à ce qu'un autre médecin qualifié ait pris le client en charge;
- 3) après avoir avisé le client de son intention de mettre fin à la relation, dans un délai raisonnable.

Il faudrait retirer graduellement du programme les clients faisant l'objet d'un congé de traitement involontaire à un rythme ne dépassant pas 5 mg, à tous les trois ou quatre jours. On peut recourir à la clonidine au cours de la dernière ou des deux dernières semaines pour soulager les symptômes de sevrage, à un taux de 0,1 mg par voie orale, trois ou quatre fois par jour. Si c'est indiqué, on pourra recommander le client à un programme de désintoxication en établissement pour le sevrage, ainsi qu'à du counseling continu.

CRITÈRES RELATIFS AU RENVOI

- 1) Suivant leur admission au sein du PTEM, on peut accorder à tous les clients un délai pour permettre la stabilisation, avant d'envisager l'application de la procédure de renvoi. L'expérience clinique laisse indiquer qu'une période de trois mois suffira en règle générale pour permettre la stabilisation. Quels que soient les progrès, la participation et le comportement devraient être évalués de façon continue.

- 2) La philosophie animant le Programme de traitement d'entretien à la méthadone repose sur la réduction des méfaits; tout sera mis en œuvre pour maintenir le client au sein du programme.
- 3) Il importe de s'assurer que toute information concernant le comportement d'un client susceptible d'occasionner un renvoi du programme provienne de sources fiables.
- 4) Le renvoi sera une décision prise en collaboration, par l'équipe traitante.
- 5) Le renvoi peut être de mise si un client omet continuellement de satisfaire aux conditions et aux attentes du programme, et que l'équipe traitante juge que les risques de poursuivre l'entretien à la méthadone l'emportent sur les avantages. Toute décision doit reposer notamment sur les comportements suivants :
 - rendez-vous manqués sans autre disposition prise au préalable avec le personnel infirmier, les travailleurs sociaux, les médecins, les autres partenaires communautaires (p. ex., trois absences durant une période de deux mois, suivant la période de stabilisation);
 - analyses des urines révélant la présence de cocaïne, de narcotiques ou de benzodiazépines (p. ex., de trois à cinq épreuves positives durant toute période de deux mois consécutifs, suivant la période stabilisation);
 - solliciter l'urine auprès d'autres clients, se faire prendre à trafiquer les échantillons d'urine d'une façon ou d'une autre, ou se faire soupçonner de telles pratiques;
 - agir de manière violente, irrespectueuse ou menaçante à l'endroit d'autres clients, de leurs proches ou des membres de l'équipe traitante (y compris le personnel clinique, les médecins, le personnel infirmier, les travailleurs sociaux, les pharmaciens, le personnel administratif et les autres partenaires communautaires);
 - flâner sur les lieux, sans motif valable de présence en cet endroit;
 - se conduire de façon illicite, telle perpétration, entre autres des méfaits suivants, ou implication dans de tels méfaits avec preuves à l'appui : vol à l'étalage, entrée par effraction, trafic de drogues, ou menaces à l'endroit du personnel de la clinique, des pharmaciens, des médecins ou des professionnels de la santé;
 - rater plus de trois doses de méthadone;
 - solliciter ou vendre des drogues illicites sur les lieux de la clinique, selon les observations du personnel.

Un degré de **tolérance zéro** s'applique à tout acte violent (y compris les menaces verbales ou physiques) à l'endroit du personnel ou des autres clients, sur les lieux de la clinique.

À la discrétion des membres du personnel, on fera appel aux services de police pour inciter le client à quitter les lieux, relativement à toute infraction décrite ci-dessus.

REMARQUE : La pharmacie est considérée comme étant un service de la clinique, situé hors site. Toute action s'y déroulant sera traitée comme si elle était survenue à la clinique. Le client doit aussi être conscient qu'il est responsable des actions des personnes qui l'accompagnent à la clinique ou à la pharmacie, et qui ne devraient pas se trouver en ces lieux de leur propre chef.

FIN DU TRAITEMENT À LA MÉTHADONE

Les clients qui abandonnent le traitement à la méthadone connaissent un taux de rechute élevé. Toutefois, ceux qui y mettent un terme après avoir bien réussi et qui affirment se sentir « prêts » connaissent de meilleurs résultats.

Le candidat idéal avec qui mettre fin au traitement à la méthadone :

- 1) est stable au plan social ;
- 2) entretient des relations fructueuses avec des personnes qui ne consomment pas;
- 3) a trouvé d'autres façons de composer avec les facteurs qui l'incitaient à consommer;
- 4) est confiant et motivé par le retrait graduel du programme.

- Les clients qui réussissent bien et qui ne veulent pas cesser le traitement ne devraient pas être sujets à des pressions en ce sens.
- Il faudra déconseiller aux clients de cesser progressivement le traitement, si le médecin estime qu'ils ne sont pas encore prêts, bien que la décision ultime revienne au client.
- Il faudra offrir aux clients victimes de rechute, après leur retrait graduel du programme, de réintégrer le traitement à la méthadone.

Retrait volontaire graduel

- 1) Le taux maximal de diminution des doses devrait être de 5 mg par semaine.
- 2) Il revient au client d'établir son rythme; à sa demande, on cessera le retrait ou on renversera la cadence.
- 3) Il peut être indiqué de procéder plus lentement au retrait lorsque la dose passe sous la barre des 20 mg.
- 4) Les personnes chez qui on a diminué lentement la dose, de seulement 1 ou 2 mg par semaine ou par deux semaines, ont connu du succès.

Le retrait graduel devrait cesser provisoirement ou être renversé si le client connaît de graves épisodes de sevrage ou d'état de manque, ou s'il recommence à consommer.

COUNSELING

L'engagement, le soutien et le counseling sont d'importantes composantes du PTEM et peuvent être offerts individuellement ou en groupe. Les clients devraient bénéficier d'un accès équitable et facile à ces services sur demande ou se les faire offrir lorsque c'est indiqué sur le plan clinique.

Le PTEM appuie les « pratiques exemplaires » de Santé Canada :

Counseling et soutien

Il existe des preuves que le counseling accroît l'efficacité des programmes de traitement d'entretien à la méthadone. Sur le terrain, le terme « counseling » recouvre toute une gamme d'activités, notamment :

- *l'intervention en cas de crise;*
- *la gestion des cas, y compris les aiguillages vers d'autres agences et les liaisons avec ces dernières;*
- *le counseling individuel de personne à personne;*
- *le counseling de groupe;*
- *le counseling de couples ou familial;*
- *le counseling en orientation professionnelle;*
- *le counseling en matière d'abus des intoxicants;*
- *un counseling précédant et suivant les tests de dépistage du VIH et le counseling se rapportant à d'autres troubles médicaux;*
- *les programmes d'éducation sanitaire et autres;*
- *de brefs contacts de soutien;*
- *un soutien intensif à long terme.*

Lorsqu'ils(elles) sont prêt(e)s à le faire, les client(e)s ou patient(e)s doivent avoir accès à des modes de counseling qui ont fait leurs preuves afin d'examiner les questions qui les préoccupent.

Le document au complet est disponible au site à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/adp-apd/methadone-bp-mp/development-fra.php>

ÉVALUATION DU PROGRAMME

L'évaluation de programme est un aspect essentiel du Programme de traitement d'entretien à la méthadone dans toutes les régions. Chaque région conservera la documentation appropriée et les données nécessaires, dont les indicateurs présentés ci-dessous.

Quelques suggestions d'indicateurs à surveiller :

- 1) consommation d'opioïdes et d'autres drogues;
- 2) déclaration volontaire d'activités criminelles par les clients;
- 3) diminution des comportements criminels liés à la drogue, comme en témoignent les statistiques de la GRC et des services policiers;

- 4) rétention, renvois, départs contre l'avis du médecin et réadmissions au programme;
- 5) délais d'attente avant l'admission au programme, nombre de participants au programme et participants placés en attente;
- 6) nombre et types de problèmes de santé;
- 7) changements dans la situation relative à l'employabilité;
- 8) changements dans les aptitudes à fonctionner en société;
- 9) rétention des clients;
- 10) baisse générale de la consommation de drogues;
- 11) baisse de la consommation de drogues injectables et réduction des autres comportements à risque associés aux maladies transmissibles (usage moins répandu de seringues déjà utilisées);
- 12) diminution de l'incidence du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C;
- 13) baisse de la mortalité et de la morbidité découlant de maladies associées aux drogues, et diminution du nombre de décès par surdose, et de suicides;
- 14) amélioration de la situation relative à l'emploi et des aptitudes à fonctionner en société;
- 15) amélioration du dénouement de la grossesse;
- 16) sensibilisation accrue aux bienfaits des Programmes de traitement d'entretien à la méthadone dans la communauté;
- 17) amélioration de la vie des familles de personnes toxicomanes, comme en témoignent les statistiques du ministère du Développement social.

TRAITEMENT À L'INTENTION DES CLIENTES ENCEINTES

Il est connu que la consommation d'alcool durant la grossesse peut être néfaste pour le bébé. Par conséquent, le personnel du PTEM a la responsabilité de discuter des préoccupations particulières que soulèvent la consommation, l'abus et la dépendance à l'alcool pour les femmes enceintes et leurs enfants.

Buts et avantages du traitement à la méthadone durant la grossesse

La méthadone est la drogue désignée pour prendre en charge la dépendance aux opioïdes chez la femme. Bien que la méthadone puisse être la cause du syndrome de sevrage néonatal, il s'agit d'un risque relatif atténué par le fait que, chez cette clientèle particulière, le personnel de néonatalogie soit conscient des risques et peut donc assurer une surveillance plus efficace.

Outre les objectifs standard du PTEM, soit de réduire les états de manque et d'annihiler l'effet euphorique associé à l'usage d'opioïdes, l'autre but souhaité du traitement à la méthadone durant la grossesse est de prévenir les symptômes de sevrage chez la mère, car le stress qui en découle peut à lui seul causer l'avortement spontané durant le premier trimestre de grossesse, et l'accouchement prématuré durant le dernier trimestre. L'entretien à la méthadone assure un « état stable » des niveaux d'opiacés, ce qui réduit le risque de sevrage chez le fœtus. La méthadone aide aussi à réduire la consommation d'opiacés de contrebande, et donc à atténuer les risques de problèmes tels l'hépatite, le VIH, d'autres infections, la prostitution et l'activité criminelle, et la perturbation de la vie en général qu'entraîne une dépendance aux opiacés. La méthadone est administrée par voie orale, ne contient pas d'impureté, coûte moins cher et peut être soumise à

un contrôle serré. La méthadone permet aussi à la femme de participer à un programme de traitement, ce qui procure une liaison quotidienne avec un fournisseur de soins de santé. L'administration de la méthadone aux femmes enceintes devrait se faire à l'intérieur d'un PTEM complet comprenant les soins prénatals. Dans ce type de programme, les femmes reçoivent quasi quotidiennement des soins de leur fournisseur de soins, ou communiquent avec eux, au moment d'obtenir leur dose de méthadone.

Administrer la méthadone et calculer la dose du médicament durant la grossesse exigent le maintien d'un équilibre entre les besoins de la mère et du fœtus. Bien que le traitement à la méthadone atténue plusieurs des risques associés à la consommation d'opioïdes, il a aussi été associé à de plus longs et plus graves symptômes de sevrage néonatal que ceux découlant d'une exposition aux opioïdes à effet rapide, en raison de la demi-vie plus longue de la méthadone. Le syndrome de sevrage néonatal chez les bébés nés de mères suivant un traitement d'entretien à la méthadone peut survenir dans 60 à 80 p. 100 des cas. Certains auteurs ont fait état d'une relation entre la dose de méthadone et la gravité du sevrage néonatal, tandis que d'autres n'ont pas établi de relation similaire.

La désintoxication de la méthadone n'est généralement pas recommandée durant la grossesse. La méthadone et la clonidine ne devraient pas être consommées simultanément en raison de l'effet sédatif. S'il faut tenter le traitement de désintoxication, le moment idéal pour ce faire est durant le deuxième trimestre, la période la plus stable de la grossesse.

Le début du traitement à la méthadone chez la cliente enceinte devrait avoir lieu dans un établissement. Le rajustement de doses devrait respecter les recommandations suivantes :

- Dès le premier signe de sevrage, (OEN>4-5) commencer avec 10 mg de méthadone. Ajouter à cette dose 5 mg à toutes les 6 heures pour un OEN>5. Le deuxième jour, administrer la dose totale du premier jour le matin, puis ajouter 5 mg à toutes les 6 heures. La cliente est réputée stable lorsque aucun apport supplémentaire du médicament n'est requis (habituellement de 35 à 60 mg).
- Les rajustements de doses durant la grossesse ne devraient avoir lieu qu'aux 2 ou 3 semaines tout au plus, à raison de 5 mg par rajustement.
- Il peut s'avérer nécessaire d'accroître légèrement la dose au cours du troisième trimestre, car en raison des changements métaboliques, certaines femmes métabolisent parfois la méthadone plus rapidement. Il faudra fractionner les doses supérieures à 100 mg.

Il importe de rajuster au plus bas niveau possible la dose des femmes qui deviennent enceintes durant leur traitement à la méthadone, tout en gardant à l'esprit qu'une plus forte dose pour la cliente vaut mieux que de risquer une rechute.

L'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué. Il n'y a pas lieu de s'en préoccuper pour des doses inférieures à 20 mg. Pour des doses plus fortes, le meilleur moment d'allaiter est juste avant de prendre une prochaine dose. Il sera préférable de ne pas allaiter dans les deux heures suivant la prise du médicament; il faudrait par ailleurs sevrer le nourrisson vers l'âge de six mois,

ou cesser le traitement à la méthadone.

MÉTHADONE ET DOULEUR AIGÜÈ

Le seuil de sensation douloureuse est plus bas chez les clients qui suivent un traitement à la méthadone de longue durée, et ceux-ci sont tolérants aux effets analgésiques des autres opioïdes. Il n'existe aucune preuve que l'usage d'opioïdes pour traiter la douleur aiguë fait croître le risque de rechute. En fait, certains ont fait valoir que le traitement insuffisant de la douleur aiguë peut occasionner une rechute, car il oblige le client à pratiquer l'automédication.

Idéalement, tout opioïde dispensé contre la douleur doit l'être selon le même horaire que celui de la méthadone. Chez les utilisateurs de drogues injectables, les mélanges acétaminophène-opioïde sont préférables, car il est plus difficile de se les injecter. Si possible, choisir des opioïdes qui présentent le moins de risque de développer une dépendance (la codéine, la morphine) par opposition à d'autres plus risqués tels l'oxycodone ou l'hydromorphone. Il vaut mieux administrer le médicament selon un horaire fixe, plutôt qu'au besoin, lorsqu'on soigne une douleur persistante. Le médecin peut amorcer le traitement suivant une dose normalement prescrite à un client sans dépendance dont la pathologie s'apparente, puis, s'il le faut, augmenter la dose.

Comme solution de rechange à l'ajout d'un opioïde, on peut envisager accroître temporairement la dose de méthadone de 10 à 15 mg sous forme de dose fractionnée. Il faudrait diminuer la dose lorsque la douleur aiguë s'est estompée.

Prise en charge des clients du programme de méthadone souffrant de douleur aiguë

- Recourir à des médicaments non opioïdes en combinaison avec un opioïde ou au lieu de celui-ci.
- Pour traiter la douleur aiguë, les clients ayant atteint la stabilité dans leur dose de méthadone ont souvent besoin d'un opioïde à des doses plus fortes ou plus fréquentes que les autres clients. Commencer à traiter par des doses normalement prescrites à des clients dont la pathologie s'apparente. Augmenter la dose, au besoin.
- L'opioïde devrait être administré conjointement avec la méthadone (c'est-à-dire tous les jours, si le client n'emporte pas la méthadone à domicile).
- Le médecin prescripteur doit éviter de prescrire un opioïde agoniste-antagoniste.
- Les mélanges acétaminophène-opioïde sont préférables pour les usagers de drogues injectables.
- Dans la mesure du possible, le médecin doit éviter de prescrire des opioïdes à effet rapide qui présentent un plus fort risque de développer une dépendance, tels l'oxycodone ou l'hydromorphone.
- Aussi, on peut envisager accroître la dose de 10 à 15 mg sous forme de dose fractionnée temporaire. Il faudrait diminuer la dose lorsque la douleur aiguë s'est estompée.
- Pour combattre la douleur persistante, il est préférable d'administrer selon un horaire fixe plutôt qu'au besoin.
- Le médecin doit répondre à toute inquiétude de la part du client quant à un contrôle

inapproprié de la douleur et au risque de rechute.

- Le médecin doit être vigilant et surveiller les signes de rechute, entre autres l'utilisation prolongée d'opioïdes à effet rapide lorsque la douleur devrait normalement avoir cessé, l'utilisation excessive et le refus de partager l'information avec le médecin prescripteur.
- En règle générale, il ne faut pas administrer d'opioïdes pour traiter la douleur aiguë durant plus de deux semaines; il importe également de réévaluer la douleur du client et d'aiguiller celui-ci vers les services appropriés. Éviter une ordonnance de l'opioïde que consommait à l'excès le client, au départ.

ANNEXE

Protocole de désintoxication aux opioïdes à l'aide de la clonidine

Dose pour les clients des services externes :

Clonidine – 0,1 mg par voie orale, 2 ou 3 fois par jour

- On peut l'augmenter à 0,2 mg, 2 ou 3 fois par jour, après le premier jour.
- Poursuivre de 2 à 3 fois par jour, durant 3 à 5 jours puis, au besoin, durant 3 à 5 jours additionnels.

Autres options de traitement :

- AINS ou acétaminophène pour combattre la myalgie
- Lopéramide pour traiter la diarrhée
- Graval ou autre antinauséux
- Trazodone, de 50 à 100 mg au coucher, pour traiter l'insomnie

Précautions :

- Ne pas prescrire de clonidine en cas de pression artérielle 90/60, de grossesse, de traitement aux antihypertenseurs ou de cardiopathie.
- Mettre en garde les clients contre les symptômes posturaux et la somnolence. Puisque les symptômes posturaux sont proportionnels à la dose administrée, la prudence est de mise lorsque les doses sont élevées.
- Mettre en garde contre le mélange avec des opioïdes ou les bains chauds prolongés (deux causes possibles d'hypotension).
- Ne pas prescrire pour une période de plus de deux semaines (rebond de l'hypertension).
- Mettre en garde les clients contre le risque de surdose s'ils récidivent et s'ils reviennent à leur dose habituelle; toujours conjuguer les protocoles d'utilisation de la clonidine à un plan de traitement bien documenté.
- Il importe d'assurer le suivi avec le client dans les 3 à 5 jours, et de l'évaluer en prévision d'un programme postcure.

Échelle d'évaluation des risques à l'admission

L'ordre prioritaire de toutes les admissions sera établi à l'aide d'une échelle d'évaluation des risques prévue à cette fin (p. ex., femmes enceintes). Il est reconnu que certains états pathologiques ou psychosociaux accroissent les risques associés à l'usage de substances

intoxicantes. L'échelle élaborée n'a pas été conçue dans le but de tout prévoir, mais plutôt de discerner le risque relatif parmi les situations qui se présentent le plus souvent.

L'échelle sert à établir la priorité d'admission basée sur le degré de risque d'après l'échelle Laskey; 10 indique le risque le plus élevé et 1, le moins élevé. L'échelle n'a pas fait l'objet d'un processus de validation et servira seulement de concert avec une évaluation clinique complète.

| | |
|----|---|
| 1 | Recommandation de Service correctionnel Canada |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | Utilisation de drogues injectables, antécédents de non-observance du traitement |
| 6 | Réadaptation (sans méthadone) et courant un risque de rechute |
| 7 | |
| 8 | Utilisation de drogues injectables, historique d'observance du traitement disponible |
| 9 | VIH ou VHC Stable mais aux prises avec d'importants problèmes de santé Enfants à risque |
| 10 | Femme enceinte |