

# **Unis** dans ***l'action***



Cadre de référence et  
guide de bonnes pratiques

Pour orienter  
le traitement de la  
**DÉPENDANCE  
AUX OPIOÏDES**  
avec une  
**MÉDICATION  
DE SUBSTITUTION**



Québec 

# *Unis dans l'action*



Cadre de référence et  
guide de bonnes pratiques

Pour orienter  
le traitement de la  
**DÉPENDANCE  
AUX OPIOÏDES**  
avec une  
**MÉDICATION  
DE SUBSTITUTION**

Édition produite par :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique. Il peut être consulté à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** des sites intranet réseau <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> et Internet du Ministère [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN 13: 978-2-550-48469-1 (version imprimée)

ISBN 10: 2-550-48469-X (version imprimée)

ISBN 13: 978-2-550-48470-7 (version PDF)

ISBN 10: 2-550-48470-3 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec, 2006

## Table des matières

<b>Avant-propos</b> .....	5
<b>Remerciements</b> .....	7

### Cadre de référence

1. <b>La mise en contexte historique</b> .....	9
2. <b>Les objectifs du cadre de référence</b> .....	11
3. <b>L'état général de la consommation d'opioïdes</b> .....	12
4. <b>Le profil des usagers</b> .....	13
5. <b>Les services en place</b> .....	16
6. <b>Les avantages possibles du traitement de substitution à la méthadone</b> .....	17
7. <b>Les difficultés à surmonter</b> .....	20
8. <b>Le cadre légal du traitement de substitution</b> .....	22
9. <b>La déclaration éthique</b> .....	23
10. <b>L'approche clinique retenue</b> .....	26
11. <b>Les principes d'intervention</b> .....	31

### Guide de bonnes pratiques

1. <b>Les motifs et les objectifs d'un guide de bonnes pratiques</b> .....	35
2. <b>Les caractéristiques associées à de meilleurs résultats du traitement</b> .....	36
2.1 Les caractéristiques relatives à l'individu .....	37
2.2 Les caractéristiques relatives au traitement .....	37
2.3 Les caractéristiques relatives à l'intervenant .....	39
3. <b>Les recommandations relatives à la nature et à l'organisation du traitement de substitution</b> .....	40
3.1 L'organisation des services .....	40
3.2 Le travail interdisciplinaire .....	42
3.3 Les différentes modalités de traitement .....	44
3.4 Le rôle du médecin .....	47
3.5 Le rôle du pharmacien .....	49

3.6	Le rôle de l'infirmier .....	50
3.7	Le rôle de l'intervenant psychosocial .....	51
3.8	Le rôle de l'intervenant communautaire .....	52
3.9	Le rôle des services spécialisés complémentaires .....	53
<b>4.</b>	<b>Les recommandations relatives à certaines pratiques .....</b>	<b>53</b>
4.1	L'accès au traitement et les critères d'admission .....	53
4.2	L'évaluation des usagers .....	55
4.3	L'orientation vers d'autres ressources .....	56
4.4	Le cadre thérapeutique .....	56
4.5	Les règles du traitement .....	57
4.6	Les prescriptions et le dosage .....	58
4.7	La gestion des effets indésirables de la méthadone .....	59
4.8	La gestion de l'usage d'autres substances et les indications relatives aux interactions .....	59
4.9	La durée et la cessation du traitement .....	60
4.10	Les modalités de sevrage de la méthadone .....	61
<b>5.</b>	<b>Les recommandations relatives aux conditions particulières de certains usagers .....</b>	<b>62</b>
5.1	Les personnes présentant des dépendances .....	62
5.2	Les personnes présentant une morbidité psychiatrique .....	63
5.3	Les femmes dépendantes des opioïdes qui sont enceintes .....	63
5.4	Les personnes dépendantes des opioïdes qui sont incarcérées .....	65
5.5	Les personnes dépendantes des opioïdes qui sont en déplacement .....	66
<b>6.</b>	<b>Les recommandations relatives à la formation du personnel .....</b>	<b>66</b>
<b>7.</b>	<b>Les recommandations relatives à l'évaluation et à la recherche .....</b>	<b>68</b>
7.1	La connaissance et la surveillance .....	69
7.2	L'évaluation des besoins .....	70
7.3	L'évaluation de l'implantation .....	70
7.4	L'évaluation de la perspective des usagers .....	71
7.5	L'évaluation de l'efficacité .....	71
7.6	La recherche clinique .....	72
7.7	La recherche sur les substances .....	73
<b>Lexique</b>	.....	<b>75</b>
<b>Références</b>	.....	<b>79</b>

## Avant-propos

L'utilisation de drogues par injection est reconnue comme étant un problème majeur, puisque les risques et les conséquences qu'elle comporte pour les usagers, leur entourage et l'ensemble de la population québécoise sont importants, tant sur le plan physique que social.

Dans le but de diminuer les méfaits découlant de l'utilisation des drogues par injection auprès d'héroïnomanes, des programmes de traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution ont été déployés au Québec ces dernières années, et ce, en complément aux traitements traditionnels de la toxicomanie.

Comme identifié dans le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, améliorer les services spécialisés exige de les adapter aux besoins des personnes et de les assujettir à des impératifs de qualité et de continuité. L'élaboration et la diffusion de ce *Cadre de référence et guide de bonnes pratiques* s'inscrivent dans cet esprit, en plus de répondre à une action attendue du ministère de la Santé et des Services sociaux.

J'invite maintenant tous et chacun à souscrire à ce *Cadre de référence et guide de bonnes pratiques* et à l'utiliser au regard des services offerts aux personnes dépendantes des opioïdes.

La sous-ministre adjointe à la  
Direction générale des services sociaux,

**Marie-Josée Guérette**

## Remerciements

La production du cadre de référence et du Guide de bonnes pratiques a été réalisée en ayant recours à une méthode dynamique et efficiente de mise à profit des connaissances et des compétences d'un groupe d'experts impliqués à différents niveaux dans le traitement de la dépendance avec un médicament de substitution. Les différents types de professionnels visés par ce type de traitement au Québec étaient représentés dans ce groupe de travail, soit les médecins, les pharmaciens, les infirmiers, les intervenants psychosociaux, les intervenants communautaires ainsi que les gestionnaires de centres de traitement spécialisés et les coordonnateurs régionaux en matière de toxicomanie. Les personnes constituant ce groupe d'experts sont les suivantes :

Docteur Lise Archibald .....	Centre Ubald-Villeneuve .....	Québec
Docteur Alain Bérubé .....	Centre Jean-Patrice-Chiasson .....	Sherbrooke
Monsieur Denis Bougie .....	Centre Jean-Patrice-Chiasson .....	Sherbrooke
	Maison Saint-Georges	
Docteur Michel Brabant .....	CHUM Saint-Luc .....	Montréal
Docteur François Couturier .....	UMF Charles-LeMoine .....	Longueuil
Madame Sylvie Des Roches .....	Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran) .....	Montréal
Monsieur Éric Fabrès .....	Service d'appui pour la méthadone (Sam) Cran .....	Montréal
Monsieur Jean-Pierre Gagnon .....	Domrémy Mauricie-Centre-du-Québec .....	Trois-Rivières
Docteur Lisa Ellen Graves .....	Clinique Herzl .....	Montréal
Monsieur Jean-François Guévin .....	Pharmacie Guévin .....	Montréal
Madame Rachel Guyon .....	Centre Jean-Patrice-Chiasson .....	Sherbrooke
	Maison Saint-Georges	
Monsieur Daniel La Roche .....	Agence de la santé et des services sociaux .....	Québec
	de la Capitale-Nationale	
Docteur Pierre Lauzon .....	Cran .....	Montréal
Monsieur Sylvain Lavoie .....	Centre Ubald-Villeneuve .....	Québec
Monsieur Guy-Pierre Lévesque .....	Méta d'Âme .....	Montréal
Madame Josée Morin .....	Ordre des pharmaciens du Québec .....	Montréal
Docteur Carole Morissette .....	Direction de la santé publique .....	Montréal

Madame Isabelle Paquin .....	Cran .....	Montréal
Madame Marie-Thérèse Payre .....	Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie .....	Sherbrooke
Monsieur Michel Perreault .....	Centre de recherche de l'Hôpital Douglas .....	Montréal
Docteur Marcel Provost .....	Collège des médecins du Québec .....	Montréal
Madame Lise St-Louis .....	Domrémy Mauricie-Centre-du-Québec .....	Trois-Rivières

Cette mise à profit d'expertises a été réalisée en trois phases de consultation portant sur l'une ou plusieurs des sections de ce document. Les experts du Cran ont assumé un rôle prédominant de partenaires à la démarche en étant étroitement impliqués dans les étapes préliminaires des travaux ayant conduit à statuer sur le contenu attendu et la structure souhaitée du document. Ils ont joué également un rôle de premier plan à chacune des phases de consultation en participant à la bonification du document avant que ce dernier soit acheminé aux autres experts pour qu'ils puissent exprimer leurs commentaires et suggestions.

Nous remercions toutes ces personnes pour leur étroite collaboration à s'assurer de la pertinence, de la validité, de la clarté et de la cohérence des contenus formulés.

Nous remercions également monsieur Pascal Schneeberger, coordonnateur de la recherche au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) pour le projet NAOMI, qui a accepté de collaborer à la validation des données relatives à l'état de situation de la consommation d'opioïdes au Québec.

Les travaux ont été coordonnés par monsieur Denis Boivin de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en collaboration avec monsieur Paul Roberge du Service des toxicomanies et des dépendances du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ceux-ci ont veillé à la bonne conduite des travaux à travers la tenue de rencontres de pilotage auxquelles participait monsieur Guy Vermette, chargé de projet. Ce dernier a assumé l'ensemble des activités de collecte de données dans la littérature scientifique, de consultation auprès des experts et de production du document.



# Cadre de référence



## 1. La mise en contexte historique

L'usage de l'opium remonte à l'antiquité. C'est au début du 19<sup>e</sup> siècle que la morphine et la codéine ont été isolées comme molécules actives de l'opium. Les produits médicaux contenant de l'opium étaient alors nombreux et se sont retrouvés en vente libre, devenant ainsi très accessibles à un large public (Lauzon et Bruneau, 1998). Le premier traitement d'entretien rapporté fait référence à l'administration prolongée de morphine chez les soldats blessés lors de la guerre de Sécession aux États-Unis. La dépendance aux opioïdes chez ces personnes était alors désignée comme étant la « maladie du soldat ».

Dans cette perspective historique, Joseph et Appel (1994) précisent qu'à la fin du 19<sup>e</sup> siècle, près des deux tiers des personnes dépendantes des opioïdes aux États-Unis étaient des femmes âgées, de race blanche, des classes socio-économiques moyenne ou supérieure. Ces substances les aidaient à soulager les cas de stress et de douleur aiguë ou chronique. Cette dépendance iatrogénique ne pouvait que susciter tolérance et compréhension.

Les mêmes auteurs ajoutent que la composition de la population toxicomane changea et augmenta de manière importante au tournant du 19<sup>e</sup> siècle à la suite de l'arrivée massive d'immigrants européens (Joseph et Appel, 1994). À la même période, la construction du chemin de fer dans l'Ouest canadien donna lieu également à une importante migration de personnes asiatiques venues y travailler. Ces migrants étaient nombreux à être démunis et leurs conditions de vie les rendaient vulnérables à développer des toxicomanies, dont la dépendance aux opioïdes.

Le *Harrison Act* proclamé aux États-Unis en 1915, puis le *Narcotic Act* au Canada en 1919, mirent fin à la consommation libre d'opioïdes. Dès lors, ces derniers devaient être obtenus à la suite d'une prescription médicale et uniquement pour le traitement de la douleur.

Jusqu'à la fin des années 50, l'intervention privilégiée pour rendre abstinents les usagers d'héroïne était l'incarcération ou l'hospitalisation pour de longues périodes dans des sanatoriums. Ce type d'intervention s'avérait inefficace et donnait lieu systématiquement à une rechute. Par la suite et jusqu'aux années 80, des protocoles de sevrage médical se sont développés sans toutefois procurer une amélioration notable dans la capacité de susciter l'abstinence des usagers au delà d'une courte période.

Entre-temps, la méthadone avait été synthétisée durant la Deuxième Guerre mondiale pour remplacer les analgésiques opioïdes qui étaient en pénurie dans le traitement de la douleur des blessés. Au début des années 40, Isabell et ses collaborateurs de l'*Addiction Research Center de Lexington, Kentucky*, ont montré que la méthadone pouvait être également utilisée pour réduire les symptômes de sevrage des personnes dépendantes des opioïdes. Ce n'est cependant qu'au début des années 60 que Dole et Nyswander (1965) ont fait la démonstration de la pertinence, de la faisabilité et de l'utilité de recourir à la méthadone comme produit de substitution dans le traitement de maintien des personnes dépendantes des opioïdes. En 1971, le gouvernement américain adopta une politique fédérale favorisant l'expansion rapide des programmes de maintien à la méthadone.

Dans les dix années qui ont suivi, l'Angleterre, l'Australie, la France, l'Italie et la Suisse ont également mis sur pied de tels programmes tout en demeurant très marginaux dans le domaine du traitement de la toxicomanie. En fait, ils sont apparus en dehors des centres de traitement en toxicomanie car ils préconisaient une attitude de tolérance à l'égard de la consommation qui ne cadrerait pas avec l'objectif d'abstinence préconisé alors dans ces centres. La méthadone était reconnue comme étant une autre drogue et non comme étant un médicament dans le cadre d'un traitement.

Au début des années 80, les préoccupations mondiales à l'égard de la propagation récente de l'épidémie du VIH ont suscité davantage d'intérêt à utiliser le traitement de substitution comme mesure préventive. Ce traitement visait à réduire les risques liés à l'usage de matériel d'injection potentiellement infecté chez les personnes qui consommaient des opioïdes. D'une pratique très restrictive, le traitement de substitution a élargi ses modalités d'application pour accroître le nombre de personnes toxicomanes en traitement et ainsi tenter de contrer cette épidémie. L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1989) fit le point sur la question au début des années 90. Elle dégagait des constats et formula des recommandations pour encadrer l'utilisation et le développement du traitement de substitution à la méthadone.

Au Canada, un comité conjoint de l'Association médicale canadienne et du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social avait produit, dès 1971, un document proposant des directives relatives à l'utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie. Mais ce n'est qu'au début des années 90 qu'elles ont donné lieu à une publication officielle (Santé et Bien-être social Canada, 1992).

Au Québec, c'est en 1985 que fut mis en place sous l'inspiration du docteur Pierre Lauzon, de la région de Montréal, le premier programme de traitement de substitution pour venir en aide aux personnes dépendantes des opioïdes. Quelques médecins à l'époque prescrivaient de la méthadone. L'élaboration d'un premier programme public fut financée pour répondre alors à un contexte d'urgence. En effet, les professionnels de la santé impliqués auprès d'usagers d'opioïdes vivaient de l'impuissance à leur venir en aide. Les modèles d'intervention ont pris forme à travers la pratique et des équipes d'intervenants se sont ainsi développées peu à peu dans différentes régions du Québec, alimentées par un partage d'expertises, de la formation professionnelle ainsi qu'un financement. Dès le départ, le traitement de substitution au Québec a donc reposé sur une approche des plus pragmatiques évoluant et s'ajustant pour répondre le mieux possible aux besoins multiples et changeants de ces usagers.

Aujourd'hui, le traitement de substitution est reconnu efficace pour venir en aide aux personnes dépendantes des opioïdes (Santé Canada, 2002) et s'inscrit, en conséquence, dans les priorités du gouvernement en matière de traitement des dépendances.

## 2. Les objectifs du cadre de référence

Le cadre de référence est produit dans une perspective réaliste et utilitaire afin de répondre à des attentes fréquemment exprimées dans les milieux d'intervention. Ces attentes consistent à disposer d'un document adapté à la réalité québécoise pour orienter la mise en place et le développement de programmes de traitement de substitution à l'ensemble des régions.

L'objectif principal du cadre de référence est de fournir les assises d'une vision commune du traitement de substitution aux partenaires impliqués ou susceptibles de s'impliquer dans ce type de traitement afin d'en assurer la cohérence et de susciter une plus grande capacité de travailler en concertation.

Les objectifs spécifiques du cadre de référence sont les suivants :

- augmenter le niveau de connaissance des intervenants et des gestionnaires au regard de l'état de situation et des besoins de services des personnes dépendantes des opioïdes ;
- mettre en évidence les avantages et les difficultés associés au traitement de substitution ;
- préciser le cadre légal dans lequel il est offert ;
- convenir des dimensions éthiques à respecter dans le cadre de ce traitement ;
- présenter l'approche retenue pour l'offrir ;
- déterminer les principes d'intervention qui découlent du cadre légal, des dimensions éthiques et de l'approche retenue ;
- clarifier les principaux concepts associés au traitement de substitution.

### 3. L'état général de la consommation d'opioïdes

Les opioïdes font partie de la pharmacopée médicale. En effet, une grande partie de la population a consommé un opioïde au moins une fois dans sa vie dans le cadre d'un traitement nécessitant un soulagement de la douleur ou pour faire face à d'autres conditions de santé justifiant la prise d'un tel médicament.

Une augmentation évidente du nombre d'usagers d'opioïdes non prescrits s'est manifestée dans les années 70 dans les grands centres urbains (Lauzon et Bruneau, 1998). Avec les années, on constate que l'héroïne est davantage accessible et plus fréquemment consommée chez les jeunes. De plus, le profil des consommateurs s'est grandement diversifié et plusieurs se déplacent d'une région à l'autre, particulièrement durant la période estivale (Schneeberger, 1999).

Depuis quelques années, des programmes de surveillance, tels que SurvUDI (Morissette, 2004), permettent annuellement de compiler, d'analyser et de rendre rapidement disponibles les données recueillies. Le présent cadre de référence s'appuie sur un état de situation comportant les données des plus récentes études épidémiologiques et enquêtes populationnelles visant à dresser le profil des usagers ainsi que certaines conséquences qui découlent de leur mode de consommation. Les variables utilisées pour dresser un état général de la consommation sont inspirées de celles proposées par le Comité sur les traitements et les services cliniques associés à la méthadone (Cloutier, 1999).

#### Variables

<ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre de personnes au Québec qui consomment ou qui ont déjà consommé de l'héroïne ou d'autres opiacés non prescrits:<ul style="list-style-type: none"><li>– Ce nombre correspond approximativement à 1,1 % de la population de 15 ans et plus (Santé Québec, 1998).</li><li>– Environ 20 % de ces personnes sont considérées avoir développé une dépendance (Centre of Addiction and Mental Health, 2004).</li></ul></li></ul>	Environ 12 000 (estimé très conservateur)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Incidence du risque de dépendance aux drogues illicites au Québec:<ul style="list-style-type: none"><li>– Cette incidence vient au troisième rang après la Colombie-Britannique et l'Alberta (Statistique Canada, 2002).</li><li>– C'est chez les 15-24 ans que le risque est le plus élevé.</li></ul></li></ul>	8%
<ul style="list-style-type: none"><li>• Proportion des jeunes de la rue qui ont consommé de l'héroïne dans le dernier mois; parmi ceux-ci, proportion ayant consommé toutes les semaines ou tous les jours (Roy et autres, 2004)</li></ul>	21 %, 35,8 % et 16 %
<ul style="list-style-type: none"><li>• Proportion des jeunes de la rue qui se sont injectés au moins une fois qui rapportent s'être injectés à l'héroïne au moment de la première injection (Roy et autres, 2002)</li></ul>	41 %

• Taux de personnes dépendantes des opioïdes qui consomment par voie intraveineuse (Schneeberger, 1999)	Entre 75 % et 90 %
• Proportion des UDI de Montréal qui s'injectent de l'héroïne (Rémis et autres, 1998)	Entre le tiers et la moitié
• Proportion des personnes UDI qui déclarent s'être servi de la seringue d'une autre personne dans les quatre dernières semaines (Morissette, 2004)	22,1 %
• Proportion des usagers des programmes d'échange de seringues du Québec qui sont des consommateurs d'héroïne (Morissette, 2004)	18,3 %
• Proportion des usagers d'héroïne qui consomment également de la cocaïne intraveineuse (Morissette, 2004)	80,5 %
• Proportion d'hommes et de femmes incarcérés dans des milieux de détention de compétence provinciale et qui ont déjà consommé des drogues par injection (Alary et autres, 2004)	28 % d'hommes et 42 % de femmes
• Taux de prévalence du VIH chez les personnes utilisatrices de drogues injectables au Québec (Morissette, 2004)	Environ 14 % avec une variante de 5 à 20 selon les régions
• Proportion de cas déclarés de sida qui sont liés à l'utilisation de drogues injectables (CPLT, 2003)	21,6 %
• Proportion des jeunes de la rue, utilisateurs de drogues injectables, qui ont des marqueurs de l'hépatite C ou de l'hépatite B (Roy, 1999)	Respectivement 70 % et 48 %
• Aux États-Unis, nombre d'actes criminels commis individuellement en une année par les personnes héroïnomanes (Schneeberger et autres, 1996)	Entre 100 et 400

#### 4. Le profil des usagers

À l'image de la population générale, les usagers d'opioïdes ne représentent pas un groupe monolithique (Carrier et Quirion, 2003). Les personnes qui en consomment, avec ou sans une autre drogue, le font à cause d'une série d'éléments de causalité qui interagissent de façon complexe et qui sont d'origines biologique, psychologique et sociale. Par ailleurs, cette consommation est aussi influencée par les variations de disponibilité des drogues illicites d'une région à l'autre.

En bref, ces personnes peuvent se répartir en trois catégories (Lauzon et Bruneau, 1998) :

- celles qui maintiennent une consommation irrégulière et ne développent pas de dépendance, soit environ 25 % ;
- celles qui cessent l'héroïne à la suite d'une consommation régulière qui a pu donner lieu, ou non, à une dépendance. La majorité d'entre elles poursuivent par la suite une consommation d'autres substances telles que l'alcool, les tranquillisants, le cannabis ou la cocaïne. Leur proportion varierait entre 55 % et 65 % ;

- celles qui développent une dépendance sévère aux opioïdes et dont l'arrêt définitif de la consommation s'avère peu probable sans avoir recours à de l'aide, soit de 10 à 20%.

Les personnes visées par le présent cadre de référence appartiennent principalement au troisième groupe. L'entourage de ces personnes est aussi visé par les actions ou les services mis en place en vue de lui offrir une aide psychosociale afin qu'il puisse mieux composer avec les situations personnelles et sociales que génère cette dépendance.

Il est à noter que les caractéristiques des personnes du deuxième groupe sont peu connues. On sait cependant que ces personnes fréquentent rarement les ressources en toxicomanie bien que leur mode de consommation soit susceptible de comporter différents risques et des conséquences négatives qui requerraient des interventions de nature préventive ou curative. Ceci dit, certaines d'entre elles pourraient bénéficier d'une offre de traitement afin de prévenir les conséquences d'une consommation régulière.

Les usagers québécois admis dans un traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution montrent un profil relativement détérioré et correspondent au troisième groupe. Les principaux problèmes observés chez ces personnes sont les suivants (Lauzon et Bruneau, 1998) :

- des antécédents de perte d'un parent, d'abus physiques ou sexuels ainsi que de violence familiale ;
- des difficultés de fonctionnement sur les plans familial, parental et social ;
- des problèmes de santé mentale de type affectif, anxieux, ou troubles de la personnalité ;
- un abus ou une dépendance à d'autres substances que l'héroïne ;
- une morbidité et une mortalité accrues par rapport à celles de leur groupe d'âge ainsi qu'une plus grande complexité des conditions de santé physique associées aux maladies infectieuses contractées. On assiste depuis une dizaine d'années à une augmentation de problèmes de santé plus importants tels que les hépatites, le VIH, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que d'autres maladies infectieuses ;
- des problèmes liés à l'emploi ;
- des démêlés avec la justice et l'implication dans des activités illicites.

Ces personnes se distinguent des usagers habituels des centres de traitement en toxicomanie par le fait que la gravité des comportements d'intoxication est plus grande, les comorbidités plus importantes et que les traitements passés ont donné lieu à davantage de rechutes (Farrell, 1994). Par ailleurs, ces personnes sont perçues comme étant hypersensibles, ayant vécu plus difficilement un passé rempli d'événements douloureux, montrant une plus faible estime de soi et adoptant un style de vie qui les place davantage en position d'échec (Schneeberger, 1999).

Les personnes dépendantes des opioïdes très désaffiliées présentent des problèmes qui relèvent de la rupture et de l'exclusion sociale, de la judiciarisation, d'un manque d'accès aux soins de santé, de la précarité des conditions de vie, de l'augmentation des comportements à risque ainsi que de l'attribution encore plus grande des stéréotypes préjudiciables associés généralement aux toxicomanes (Rousseau et autres, 2001).

Il est à noter qu'au delà de la gravité de la dépendance et de la nature des problèmes qui en découlent, les usagers visés correspondent également à certains sous-groupes qui présentent des réalités particulières et qui commandent des interventions adaptées. Il en est ainsi des personnes présentant une concomitance de dépendance à d'autres substances, des personnes présentant des problèmes psychiatriques, des femmes enceintes, des personnes incarcérées et des personnes qui partent vers une autre région, une autre province ou un autre pays.

L'état de situation qui vient d'être fait s'appuie sur des indicateurs et des statistiques qui tentent de décrire de manière bien imparfaite le vécu des personnes visées par le présent cadre de référence. Une des limites de ces données quantitatives est la capacité des moyennes statistiques de masquer une grande variabilité individuelle. Les problèmes susceptibles d'être vécus sont multiples. Ils sont déterminés par plusieurs facteurs liés aux caractéristiques de la personne, de la substance et du contexte social et culturel dans lequel une personne évolue à une période donnée.

Les données statistiques donnent une idée de ce vécu. Des méthodes qualitatives de collecte de données, telles que le témoignage (Nominé, 1996) et l'étude de cheminement de groupes cibles à l'aide d'un devis expérimental à sujet unique (Péladeau et autres, 1996), représentent des sources d'information indispensables pour mieux comprendre l'expérience humaine, et unique à chacun, qui se vit derrière ces données. Pour Malherbe (2003), sur un plan éthique, aucune prévision de l'avenir d'un individu n'est possible sur la base d'informations statistiques, si ce n'est de reconnaître que plus les risques sont élevés ou nombreux et plus une personne est susceptible de vivre des problèmes.

Au delà du désir quasi incontrôlable de consommer qui découle d'une dépendance physique aux opioïdes, il est fondamental de bien saisir le rôle de cette consommation dans les efforts d'adaptation et la recherche du plaisir des personnes qui en sont dépendantes. Il est aussi fondamental de bien apprécier la signification que représente pour elles la très forte intensité de cette expérience ainsi que l'importance accordée au rituel d'injection (Schneeberger, 1999).

La planification du traitement devrait donc s'appuyer sur l'ensemble des caractéristiques qui décrivent l'état de situation et plus spécifiquement sur le profil des usagers, ce qui favoriserait la capacité de répondre le mieux possible aux besoins des personnes dépendantes des opioïdes.

## 5. Les services en place

Devant les données épidémiologiques qui précèdent et celles relatives à l'affluence des services de traitement de substitution qui suivent, on constate qu'une grande proportion de personnes aux prises avec des problèmes de dépendance aux opioïdes ne reçoivent pas les soins dont elles auraient besoin. Toutes ne sont vraisemblablement pas prêtes à les recevoir non plus.

Le constat fait en 1999 (CPLT, 1999, et Cloutier, 1999) montrait qu'il existait peu de programmes structurés de traitement de substitution dans l'ensemble du Québec bien que certains services puissent être offerts. Un autre constat établissait que l'accès au traitement s'avérait très limité et peu reconnu comme prioritaire. Par contre, l'accès à la méthadone a été établi comme étant une priorité dans le Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2003). Par ailleurs, ce type de traitement est relativement mal connu dans la population générale ainsi que dans le réseau de la santé et des services sociaux.

La présente section de l'état de situation porte sur les services offerts dans le cadre des traitements de substitution. Les chiffres présentés ne distinguent pas cependant l'utilisation de la méthadone dans le cadre d'un traitement de la douleur de son utilisation dans le traitement de la dépendance. C'est donc avec cette réserve que les données sont présentées.

L'état des services est le suivant :

- Approximativement 18% (environ 2 200) de l'ensemble des personnes dépendantes des opioïdes sont rejointes par un programme de substitution avec la méthadone. La majorité d'entre elles sont dans la région de Montréal (60%), suivie des régions de la Montérégie (10%) et de Québec (7%) (INSPQ, 2003);
- En 2003, une liste de médecins, mise à jour de manière continue avec le concours du Collège des médecins du Québec, fait état de 186 médecins détenant une exemption pour l'utilisation de la méthadone dans le traitement de la dépendance seulement ou pour le traitement de la dépendance et de la douleur;
- En 2000, sept régions du Québec comptent trois médecins prescripteurs ou moins et 53% de l'ensemble des médecins prescripteurs de méthadone se trouvent dans la région de Montréal, suivie de la Montérégie avec 10% (INSPQ, 2003);
- En 2003, 30% des prescriptions de méthadone sont faites par cinq médecins, tous de la région de Montréal. Ce constat reflète une fragilité de l'offre de services dans l'éventualité où l'un ou plusieurs de ces médecins pourraient interrompre leur pratique;
- En 2003, sept régions du Québec comptent cinq pharmacies distributrices ou moins sur leur territoire. Près de la moitié des 246 pharmacies répertoriées comme offrant le service de distribution de la méthadone se retrouvent à peu près également dans les régions de Montréal et de la Montérégie (INSPQ, 2003). Ce nombre demeure cependant approximatif car le répertoire se fait sur une base volontaire;



- En 2005-2006, onze des seize régions administratives du Québec ont un financement qui permet à des ressources en toxicomanie d'offrir un traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution.

On y constate une nette amélioration par rapport à la situation décrite en 1999. Toutefois, les difficultés d'accès et de prise en charge ainsi que le manque de variété des modalités de traitement représentent encore un élément crucial de cet état de situation des services. Ces difficultés impliquent un défi à relever sur le plan de l'organisation des services au Québec. Peu de médecins sont disponibles ou prêts à prendre en charge des personnes en traitement de substitution dans la communauté. Ce manque de disponibilité se situe dans un contexte plus global de pénurie d'omnipraticiens, particulièrement dans les régions. Ainsi, il est très difficile de transférer une personne stable vers un médecin de sa communauté qui pourrait la suivre au même titre que quiconque présentant un problème de santé chronique. Des personnes qui ont atteint un bon niveau de stabilité, qui se sont distancées du milieu de la drogue, mais qui restent dépendantes des opioïdes, doivent continuer à se rendre en centre spécialisé pour être traitées avec la méthadone. Cet état de fait comporte des coûts plus élevés sur le plan de l'offre de services ainsi que des contraintes et des effets stigmatisants pour ces personnes qui travaillent à assumer leur citoyenneté. De plus, l'accès aux services spécialisés s'en trouve limité pour des personnes qui auraient besoin d'entreprendre un traitement de substitution. L'accès au traitement repose donc sur l'implication plus grande des médecins québécois dans l'offre de services en complémentarité avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux.

## 6. Les avantages possibles du traitement de substitution à la méthadone

Le traitement de substitution à la méthadone a fait l'objet de très nombreuses évaluations (Santé Canada, 2002b). Il est reconnu plus efficace que tout autre type de traitement traditionnel (Rosenbaum, 1995). De très nombreuses études scientifiques ont démontré l'impact positif du traitement de substitution avec la méthadone tant pour les individus concernés que pour la société. Ces impacts positifs sont cependant reliés à des modalités de traitement décrites dans le Guide de bonnes pratiques.

Un **premier type** d'avantages du traitement de substitution concerne la nature même du produit de substitution. En effet, l'attrait d'un tel programme repose sur des résultats favorables observés initialement par Dole, Nyswender et Kreek, précurseurs de ce traitement. Ces avantages rapportés par Joseph et Appel (1994) sont les suivants :

- la méthadone est une substance dont la composition est connue contrairement à l'héroïne obtenue sur le marché illicite dont la composition demeure souvent incertaine ;
- elle s'avère d'un emploi médical sûr pour les personnes en traitement à la condition que la posologie soit ajustée et respectée ;
- elle permet d'éviter les symptômes de sevrage et de *craving* causés par l'arrêt ou la diminution de la consommation de l'opioïde ;

- elle est efficace par voie orale, ce qui réduit les risques associés aux comportements d'injection ;
- elle permet de traiter la dépendance aux opioïdes avec un médicament dont le dosage ne procure pas ou peu d'effets euphorisants ou renforçants. C'est en effet généralement la recherche de ces effets, ainsi que la crainte d'une réaction de manque, qui poussent les personnes dépendantes des opioïdes à répéter l'intoxication ;
- les niveaux de tolérance à la méthadone ne varient pas avec le temps, ce qui permet la stabilisation du dosage ;
- sauf en de rares exceptions, une seule dose quotidienne suffit à maintenir un état confortable permettant à la personne de s'adonner à ses activités quotidiennes.

La dépendance aux opioïdes comporte une composante neurophysiologique qui peut être traitée pharmacologiquement et qui peut avoir un impact positif sur le fonctionnement biopsychosocial de la personne. Les propriétés pharmacologiques particulières de la méthadone en font donc un produit de substitution de choix pour le traitement des personnes dépendantes des opioïdes (Office fédéral de la santé publique de Suisse, 1993).

Un **deuxième type** d'avantages du traitement de substitution concerne l'utilisation des services :

- il amène la personne dépendante à entretenir un contact régulier et significatif avec un professionnel de la santé (Savard, 2000 ; Perreault et autres, 2001) ;
- il donne un meilleur accès à des services de santé et à des services sociaux et en facilite l'utilisation (Cloutier, 1999) ;
- il favorise la rétention en traitement, voire une fidélisation (Wieviorka, 1996) ;
- il augmente les possibilités d'offrir des interventions préventives ou curatives concernant le VIH, les hépatites virales (notamment par la vaccination), les ITS et d'autres infections, par exemple des abcès et des endocardites ;
- il augmente les opportunités d'offrir des soins prénataux et un suivi périnatal chez les femmes enceintes dépendantes des opioïdes (Centre of Addiction and Mental Health, 2004).

Un **troisième type** d'avantages du traitement de substitution a trait à la réduction des méfaits où les bénéfices sont nombreux sur le plan de la santé :

- il contribue à réduire de manière importante la consommation de drogues illicites, en particulier d'opioïdes (National Institute on Drug Abuse, 1995). Plus de 85 % des personnes diminuent leur consommation d'héroïne au cours des premières années d'un traitement de substitution à la méthadone (Parrino, 1996) ;

- il donne lieu à une réduction des comportements à risque (ex. : partage de seringues, prostitution, injection) et des méfaits tels le vol et les infections liées à l'usage de drogues par injection, notamment le VIH et les virus des hépatites B et C (Savard, 2000; Perreault et autres, 2001);
- il contribue à réduire les comportements à risque chez les femmes enceintes dépendantes ainsi que les complications, fœtales et obstétricales, lorsque combiné avec des soins prénataux et périnataux et un suivi médical;
- il contribue à réduire la violence ainsi que les activités criminelles associées à la consommation de drogues illicites;
- il contribue à réduire la souffrance humaine des personnes qui en sont affligées;
- il permet de réduire la mortalité en général dans cette population (Santé Canada, 2002).

Un **quatrième type** d'avantages du traitement de substitution concerne les impacts positifs d'un suivi à long terme sur les plans de la santé et du fonctionnement personnel et social :

- il contribue à l'amélioration de l'état nutritionnel et de la santé physique (Kreek, 1983);
- il permet d'augmenter le nombre de semaines de gestation chez les femmes dépendantes des opioïdes, augmente le poids du nouveau-né à la naissance et diminue la mortalité infantile (Centre of Addiction and Mental Health, 2004);
- il aide la personne à mieux assumer ses responsabilités familiales;
- il donne lieu à une augmentation de la participation au marché du travail, particulièrement chez les hommes (Lauzon et Bruneau, 1998);
- il contribue à l'amélioration du bien-être psychologique et à la reprise du pouvoir personnel en plus de favoriser une meilleure organisation et une qualité de vie (Savard, 2000; Perreault et autres, 2001).

Un **cinquième et dernier type** d'avantages du traitement de substitution concerne sa rentabilité :

- il réduit les coûts pour la collectivité. Pour chaque dollar investi dans le traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone, les économies réalisées varient entre 4 et 13 dollars en matière de soins de santé, de services sociaux ou de productivité sur le marché du travail (Santé Canada 2002b). Sur la simple base de la rentabilité, ce traitement serait une des mesures sanitaires les plus efficaces pour la société (Parrino, 1996);
- les coûts du traitement de substitution avec la méthadone est d'environ 5 000 dollars par année (Cloutier, 1999) alors que les coûts engendrés par la condition d'une personne dépendante non traitée ont été évalués à 44 600 dollars par année (Wall et autres, 2000).

On constate donc que les avantages associés au traitement à la méthadone sont nombreux et justifient qu'il puisse être largement utilisé pour venir en aide aux personnes dépendantes des opioïdes. Sa pertinence clinique est indiscutable pour de nombreuses personnes dépendantes des opioïdes. Un des défis à relever est de pouvoir le rendre accessible au plus grand nombre possible de ces personnes qui en ont besoin.

Par ailleurs, l'utilisation thérapeutique de la méthadone peut être perçue comme étant le maintien d'une dépendance en substituant le produit consommé. On est ainsi au cœur des implications de l'approche de réduction des méfaits qui se veut humaniste et pragmatique, où l'on entretient une dépendance mais sachant qu'elle résulte en une diminution de méfaits et ultimement en une amélioration de la condition de la personne. Les avantages sont ainsi plus nombreux que les inconvénients et c'est la recherche de ce ratio positif qui doit guider toute intervention.

Pour terminer, il est à noter que le traitement de substitution avec la buprénorphine continue à susciter certaines questions ou résistances malgré les évidences de son efficacité. En France, l'autorisation à l'ensemble des omnipraticiens de prescrire ce médicament a donné lieu à des implications sur les plans des coûts sociaux, du détournement sur le marché de la revente, de l'augmentation des intoxications aiguës et des complications consécutives à l'injection de la substance (Delile, 2004). D'autres expériences réalisées en Suisse, par exemple, laissent cependant croire que ces implications peuvent être grandement diminuées et que la buprénorphine peut être utilisée adéquatement en tant que médication de substitution.

## 7. Les difficultés à surmonter

Malgré les nombreux avantages qu'il comporte, le traitement de substitution, au Québec, rejoint une faible proportion des personnes dépendantes des opioïdes. Les difficultés suivantes peuvent être associées à cet état de situation :

- **les limites de la méthadone**

La méthadone tient plutôt du soulagement que de la satisfaction et il serait illusoire de penser que soulager un besoin équivaut à satisfaire une envie (Nominé, 1996). Ainsi, la personne en traitement de substitution est confrontée à la nécessité de faire le deuil de la substance opioïde et de ses effets tout aussi intenses que momentanés. Par ailleurs, la méthadone crée une forte dépendance et peut générer des effets indésirables. À cet égard, la méthadone est une molécule qui peut être mortelle lorsqu'elle est inadéquatement consommée par une personne dépendante des opioïdes ou lorsqu'elle est consommée par une personne non dépendante. La présence de méthadone a, en effet, été décelée dans plusieurs cas de décès au Québec et ailleurs.

- **le manque d'accueil des communautés et la peur engendrée à l'idée qu'un service de traitement avec méthadone s'installe à proximité**

Les préjugés rendent difficile l'implantation d'un programme dans une communauté locale. La peur engendrée est d'autant plus grande à l'égard des traitements à bas seuil d'exigence. Ces derniers posent encore plus de résistance en raison des mesures de contrôle adaptées aux caractéristiques des usagers, plus désaffiliés, ainsi qu'en raison d'une plus grande tolérance face à la consommation.

- **le maintien ou l'accroissement en cours de traitement d'une consommation problématique d'autres substances**

Ce problème croissant est très préoccupant sur le plan thérapeutique (Coppel, 2004) car il est susceptible de réduire l'efficacité de la médication. Il en est ainsi de l'alcool et de stimulants telle la cocaïne pour lesquels il peut être nécessaire d'offrir un sevrage sélectif et un traitement spécifique tout en poursuivant un traitement de substitution (Valleur, 2004).

- **l'abandon du traitement**

Une majorité de ceux qui abandonnent leur traitement rechutent dans la consommation d'héroïne à l'intérieur des 12 mois qui suivent (Ball et autres, 1988). Cependant, l'incapacité de maintenir l'abstinence ne doit pas être perçue comme un échec et une perte d'acquis en cours de traitement.

- **la permanence du traitement**

Comme il s'agit d'un problème chronique, les usagers les plus dépendants obligent à travailler dans une perspective de long terme, voire de permanence du traitement. Cette réalité mobilise davantage les ressources et limite l'accès aux services pour les nouveaux usagers qui requièrent des services. Cette limite d'accès est d'autant plus grande qu'il manque de médecins prescripteurs.

- **les risques de dispersion de méthadone**

Le traitement comporte le risque que la méthadone se retrouve sur le marché illicite par l'entremise de personnes ayant acquis un ou des privilèges, soit l'autorisation de disposer, pour une ou quelques journées, de la solution diluée de méthadone, et ce, sans être sous surveillance. La distribution de doses fractionnées augmente également ce risque.

- **la dramatisation médiatique**

La médiatisation de ce type de traitement ou de ces usagers porte davantage sur des erreurs, des crimes commis ou des décès survenus que sur des succès obtenus, ce qui accentue les préjugés entretenus à l'endroit de ces personnes.

La mise en place et le développement d'un programme de substitution doit tenter de contrer ou de minimiser ces différentes difficultés.

## 8. Le cadre légal du traitement de substitution

Le gouvernement du Canada a des obligations découlant de la signature d'ententes internationales dans le domaine de la lutte contre le trafic de stupéfiants. Cloutier (1999) résume ces obligations :

- adopter des législations et des mesures administratives pour appliquer les conventions sur son territoire ;
- coopérer avec d'autres États dans l'application des conventions ;
- prévenir la production, le trafic et l'utilisation illicite des drogues et de médicaments de prescription telle la méthadone ;
- limiter exclusivement la production, l'exportation, l'importation, la distribution, l'utilisation et la possession de méthadone à des fins médicales et scientifiques ;
- assurer que des quantités suffisantes de méthadone soient disponibles à des fins médicales et scientifiques.

Le gouvernement du Canada a promulgué un règlement en 1970 pour encadrer la prescription de la méthadone. En 1992, Santé Canada a publié des directives concernant la prescription de méthadone suivies d'une circulaire en 1996 pour modifier certaines règles relatives aux autorisations de prescrire et à la transmission des informations concernant les prescriptions. En 1997, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* a remplacé la Loi sur les stupéfiants sans toutefois apporter de modification au cadre légal. L'utilisation de la méthadone est traitée à l'annexe 1 de cette loi.

De plus, Santé Canada est responsable de l'administration du programme de contrôle de la méthadone à usage médical. Cette responsabilité consiste à accorder les autorisations de prescrire de la méthadone, à assurer une surveillance et un contrôle, et à renouveler ou à révoquer les autorisations (Santé et Bien-être Canada, 1992). Depuis 1996, la surveillance de la prescription et de la distribution de la méthadone revient aux provinces. Au Québec, cette responsabilité est assumée par le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Santé Canada distribue des circulaires techniques aux médecins autorisés à prescrire de la méthadone ainsi qu'aux organismes de réglementation professionnelle. Les ordonnances de méthadone sont étudiées sur une base régulière pour assurer le respect des directives édictées par Santé Canada.

La prescription de méthadone par le médecin fait l'objet de plus de contrôle que pour la plupart des autres médicaments. Ces mesures de contrôle visent à éviter que la méthadone se retrouve sur le marché noir. Elles impliquent, entre autres choses, l'obligation de retourner voir le médecin pour obtenir un renouvellement de la prescription.

Tous les pharmaciens peuvent cependant acheter et distribuer de la méthadone et les contrôles sont les mêmes que pour tous les stupéfiants. Au Québec, ils le font en conformité avec les Lignes directrices produites conjointement par le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec en 1999 et mises à jour en 2004.

Cloutier (1999) rapporte que le *US Institute of Medicine* était favorable à une accréditation revue par des pairs plutôt qu'à l'octroi d'un permis de pratique obtenu par réglementation gouvernementale. Les avantages d'une telle modification dans le système d'accréditation étaient de faciliter le nombre d'accréditations, d'augmenter le soutien aux praticiens et l'offre de service à la population visée.

Finalement, il est à souligner que la Loi sur la santé publique et la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, adoptées respectivement en 2001 et 2002 par le gouvernement du Québec, viennent élargir les champs de pratique de certaines professions, dont les infirmiers et les pharmaciens, en plus d'inciter à la collaboration entre les disciplines.

## 9. La déclaration éthique

La dépendance aux substances psychotropes, tels l'alcool, les drogues illicites et les médicaments psychotropes, est caractérisée par des états physique et psychologique qui conduisent la personne à consommer bien qu'il puisse en résulter des conséquences négatives pour elle-même ou pour son entourage (American Psychiatric Association, 1994). Une telle conduite représente un premier enjeu éthique important relatif à la tolérance individuelle et collective à l'égard de la nuisance et de la dangerosité susceptible d'en découler.

La dépendance est alors comprise comme un besoin physique ainsi qu'un effort d'adaptation répété de gestion des risques, qui peut comporter plus de désavantages que de bénéfices en ce qui a trait à la capacité de la personne de tenter de bien vivre avec elle-même, son entourage et la communauté. De tels comportements à risque peuvent constituer pour ces personnes la réponse la moins nuisible à leur difficulté de vivre dans le contexte qui est le leur (Malherbe, 2002). Cette consommation est d'autant plus problématique lorsqu'elle s'exerce dans la marginalité, l'exclusion et des conduites délinquantes donnant lieu à des actes criminels. Il en est ainsi fréquemment de la dépendance aux opioïdes.

Une telle dépendance est également un lieu de souffrance. Elle confronte et effrite l'autonomie de la personne et diminue progressivement son sentiment de valeur personnelle et de dignité. Cet effet délétère est nourri par des attitudes stigmatisantes dans la population susceptibles de venir confirmer cette marginalité, cette exclusion et cette dévalorisation. La nécessité de s'engager individuellement et de se mobiliser collectivement pour réduire cette souffrance représente un autre enjeu éthique important dans un tel contexte de marginalité et d'exclusion.

La compréhension de la dépendance aux opioïdes, les comportements qu'elle engendre, les réalités qui en découlent et les défis qu'elle impose aux prestataires de services amènent à appuyer le présent cadre de référence sur une déclaration éthique afin d'influencer favorablement les attitudes et d'orienter les pratiques à privilégier en matière de traitement de substitution.

Cette déclaration éthique a fait l'objet d'un large consensus auprès d'experts engagés dans cette pratique lors de consultations ayant conduit à la production du cadre de référence. Elle comporte les énoncés suivants relatifs aux responsabilités des différents professionnels ainsi qu'aux droits et responsabilités des personnes dépendantes des opioïdes :

- Toute personne possède les mêmes droits en tant que citoyen. L'exercice de ces droits se fait dans un contexte social où les limites de la liberté des uns sont confrontées à l'exercice de la liberté des autres. Ce droit s'exerce donc en assumant la responsabilité de ne nuire à personne.
- Comme tout autre citoyen, la personne qui présente une dépendance aux opioïdes a des droits relatifs aux services de santé :
  - le droit à des services accessibles sur les plans géographique, physique et économique qui soient éprouvés, sécuritaires et de qualité pour contribuer au maintien ou à l'amélioration de sa santé ;
  - le droit d'être accueillie et reconnue comme étant une personne unique qui requiert des services personnalisés et adaptés à sa condition, à ses capacités et à son rythme de cheminement ;
  - le droit d'être informée sur sa condition et de prendre les décisions qui la concernent en matière de santé ;
  - le droit à la confidentialité et donc au respect de sa vie privée et de son intimité ;
  - le droit de refuser un traitement ;
  - le droit d'exercer ou de faire exercer des recours en cas de plainte et que ces recours soient traités de manière diligente.
- La personne devrait exercer ces droits en s'engageant de manière responsable et constructive dans le traitement auquel elle a consenti.
- Les professionnels du secteur de la santé et des services sociaux ont la responsabilité, d'une part, de venir en aide aux personnes dépendantes des opioïdes sur la base de leurs conditions de vie, de leur état de santé et de leurs besoins et, d'autre part, de protéger la santé ou la sécurité de cette population pour éviter des infections (ex. : VIH, VHC) résultant de conduites à risque.
- Plus spécifiquement, les médecins ne peuvent omettre d'orienter adéquatement une personne ou de lui offrir un traitement efficace et médicalement requis compte tenu de sa condition médicale.
- La dépendance aux opioïdes étant associée à un taux de mortalité ou de morbidité élevé lorsqu'elle n'est pas traitée, les professionnels ainsi que les administrateurs de services de santé et de services sociaux doivent travailler, en autant que faire se peut, à réduire au minimum les délais d'attente pour l'obtention d'un traitement de substitution.



- Il est contraire à l'éthique, pour un professionnel ou un établissement de santé, de refuser ses services à une ou plusieurs personnes du seul fait qu'elles sont en traitement de substitution. Si un refus individuel est signifié, il doit être justifié sur le plan clinique. Des procédures particulières de référence et de suivi doivent alors être prévues et appliquées.
- Compte tenu de la forte dépendance que génère la méthadone dans le cadre d'un traitement de substitution, sa prescription ne doit pas être utilisée par les professionnels pour imposer d'autres services à une personne.
- Les assises de la relation professionnelle dans le cadre du traitement de substitution doivent être axées sur les services d'aide à la personne et l'établissement d'une alliance thérapeutique.
- Certaines mesures de contrôle sont requises pour des motifs relatifs à la sécurité et aux normes de qualité associées à l'usage thérapeutique d'un produit de substitution.
- Ces services d'aide doivent donner lieu à des attitudes de compassion pour faciliter l'expression de la souffrance mais aussi à des attitudes encadrantes, sécurisantes et valorisantes pour favoriser l'apprentissage de nouvelles habitudes de vie et la stabilisation du fonctionnement de la personne.
- Les décisions d'un professionnel sont toujours prises en considérant en premier lieu le meilleur intérêt de la personne en traitement.
- Il est important de situer l'intervention sans stigmatiser la personne, les services offerts ainsi que les intervenants impliqués. Pour ce faire, le traitement de substitution doit s'inspirer des valeurs suivantes :

**Ouverture** : rendre disponibles les services à la personne en besoin de traitement et l'accueillir dans son caractère unique en lui manifestant de l'écoute et du soutien. Cette ouverture requiert une tolérance mais aussi une bienveillance exprimant l'attention qu'on lui porte et l'intérêt à lui venir en aide.

**Respect** : intervenir de façon à reconnaître la valeur de la personne et contribuer à ne pas y porter atteinte en s'assurant de respecter ses droits et de travailler à répondre à ses besoins. Le respect implique de miser sur les compétences et le potentiel de la personne pour qu'elle puisse être aidée en toute dignité et avoir l'espoir d'une condition meilleure.

**Équité** : intervenir de façon à offrir à chaque personne dépendante des opioïdes les mêmes opportunités d'être aidée sachant que d'une région à l'autre il peut y avoir des différences dans la nature et l'organisation des services disponibles. Un travail doit se faire pour atténuer les différences interrégionales relatives à des services de base considérés comme essentiels dans le traitement de substitution.

**Solidarité** : intervenir en suscitant et en mettant à profit le soutien offert par l'entourage ou les pairs dans un esprit de mutualité pour valoriser les efforts de la personne, contribuer à une meilleure estime d'elle-même et à un plus grand sentiment d'appartenance à un groupe ou à sa communauté.

**Citoyenneté** : intervenir de façon à aider la personne à se donner ou à se réapproprier les moyens de mieux fonctionner socialement à travers les amitiés, le travail, les loisirs ou toute autre activité qui lui confère le sentiment de s'intégrer davantage, et à sa manière, à la vie en société. Cette citoyenneté confère à la personne un droit de parole et de prendre sa place mais aussi une responsabilité relative à ses devoirs civils et politiques pour contribuer à cette vie en société.

Les différents professionnels engagés à venir en aide aux personnes dépendantes des opioïdes sont invités à travailler dans le respect du contenu de cette déclaration éthique afin de favoriser l'accès, l'engagement et la rétention de ces personnes dans un traitement de substitution. Par ailleurs, ces personnes, une fois qu'elles consentent au traitement, ont la responsabilité de s'y engager afin de bénéficier le plus possible des services qu'elles reçoivent.

## 10. L'approche clinique retenue

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, une approche clinique réfère à une vision des pratiques à implanter pour prévenir ou traiter un problème de santé ou de fonctionnement personnel et social. Cette vision comporte une représentation des causes, des conséquences et des manifestations du problème. Elle comporte également des valeurs, des principes et des caractéristiques que les intervenants intègrent à leur pratique afin de servir le meilleur intérêt des personnes auxquelles ils viennent en aide.

L'approche retenue dans le présent cadre de référence est le reflet de l'expertise variée qui s'est développée dans les différentes régions du Québec offrant un traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution. Elle tient compte également d'expériences cliniques menées dans d'autres pays comme la France, la Suisse, l'Australie et les États-Unis ainsi que de la littérature scientifique, particulièrement celle portant sur l'efficacité du traitement et les bonnes pratiques.

**De manière générale**, le traitement de substitution s'inspire de l'approche de santé publique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1986) a établi les assises d'une telle approche en attribuant aux populations les moyens d'acquérir un plus grand pouvoir personnel et d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer en développant des aptitudes personnelles, en renforçant l'action communautaire, en créant des milieux favorables, en réorientant les services de santé et en établissant une politique publique saine.

Dans le cadre du traitement de substitution, cette approche de santé publique oriente de manière générale l'intervention en vue de réduire les risques pour la santé chez les personnes dépendantes des opioïdes et leur entourage. Elle amène à prévenir, repérer,

intervenir précocement ou traiter les personnes ayant ou susceptibles d'avoir contracté une maladie infectieuse transmissible (ITS, VIH, hépatites virales) à l'occasion de comportements à risque. Elle vise ainsi à réduire la mortalité, la morbidité et l'incidence de la transmission qui sont particulièrement élevées chez les personnes dépendantes des opioïdes par rapport aux personnes de leur groupe d'âge dans la population générale.

**De manière spécifique**, le présent cadre de référence comporte une vision du traitement de substitution qui oriente de manière concrète et organisée l'intervention dans le cadre de l'approche retenue.

D'une part, cette vision s'appuie sur une représentation des besoins des personnes dépendantes des opioïdes dans le présent contexte québécois ainsi que des soins et des traitements que la condition de ces personnes requiert. D'autre part, elle comporte la mise à profit de champs distincts et autonomes de pratique qui se mettent en place pour composer avec une très grande variété d'usagers et de problèmes physiques, psychologiques ou sociaux. Ces champs de pratique sont les suivants :

- **les soins médicaux** : ils comportent une évaluation de l'état de santé global de la personne au regard des symptômes et des états morbides associés qu'elle présente, de ses comportements et de son style de vie, menant à la formulation d'un diagnostic ainsi qu'à la mise en place d'un traitement médical et d'un suivi. Ils visent l'amélioration globale de l'état de santé de la personne et de son bien-être général, la réduction des comportements à risque pour la santé ainsi que l'application de mesures préventives (immunisations, dépistages, etc.) et curatives.
- **les soins pharmaceutiques** : ils correspondent à une pratique centrée sur la personne, orientée vers les résultats et concertée avec les autres professionnels de la santé. Ils visent à promouvoir la santé, à prévenir la maladie ainsi qu'à amorcer, suivre et évaluer les traitements médicamenteux afin d'en assurer l'efficacité et la sécurité. Les soins pharmaceutiques offerts comportent six étapes, soit développer et maintenir une relation de confiance, obtenir l'information pertinente, analyser l'information pour évaluer la pertinence du traitement, convenir d'un plan de soins pharmaceutiques réaliste centré sur les besoins de la personne, appliquer le plan de soins et assurer le suivi (Association pharmaceutique américaine, 1995, cité dans Chevalier, 2001). Dans le cadre des soins pharmaceutiques, le pharmacien procède à la distribution de médicaments en assurant une utilisation optimale selon les posologies et les dosages reconnus. Cela implique de prendre les mesures pour prévenir les réactions ou interactions indésirables et de contribuer au bon déroulement des protocoles de traitement établis.
- **les soins infirmiers** : ils consistent à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan thérapeutique infirmier (PTI) ainsi que son arrimage avec le plan d'intervention interdisciplinaire (PII), à donner les soins et les traitements infirmiers et médicaux qui en découlent dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir, au besoin, les soins palliatifs. Ils impliquent des soins à donner et un suivi à offrir aux personnes en cause au regard de la santé, de saines habitudes de vie et des besoins fondamentaux à satisfaire sur le plan de leur autonomie. Ils impliquent également une préoccupation pour la prévention,

l'évaluation et la réduction des comportements à risque ainsi que pour diverses mesures qui pourraient minimiser les risques de victimisation et proposer des comportements à risque réduit (ex. : injection plus sécuritaire, protection sexuelle, etc.).

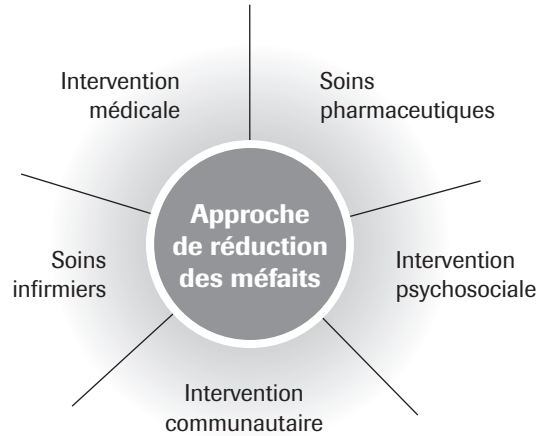
- **l'intervention psychosociale** : elle comporte des évaluations et des interventions pour comprendre la signification psychologique, affective ou relationnelle de symptômes observés ainsi que la dynamique de personnalité propre à chacun. Elle vise à accroître la connaissance de soi et l'estime de soi, à développer des compétences et à améliorer la santé mentale ainsi que le fonctionnement personnel et social dans une perspective d'adaptation et de plus grande autonomie. Dans le domaine des toxicomanies, ce travail sur l'autonomie implique des interventions pour comprendre et modifier les états de dépendance qui se sont développés ainsi que les comportements à risque qui leur sont associés.
- **l'intervention communautaire** : elle permet un soutien de la personne dans son engagement à se prendre en main et à défendre ses droits sociaux à travers les activités d'une variété d'organismes communautaires. Il peut s'agir de services visant à répondre aux besoins de première nécessité (nourriture, vêtements, hygiène, hébergement). L'intervention peut aussi être de nature à faciliter la mobilisation et l'expression des participants dans le cadre d'activités sociales, récréatives, artistiques ou autres, ce qui contribue à la valorisation personnelle, à la recherche d'emploi et à l'appropriation du statut de citoyen. Le soutien par les pairs y est très présent. Les organismes impliqués accueillent des personnes recevant ou ayant reçu des services de ressources institutionnelles et plusieurs sont appelés à offrir des services d'écoute, d'accompagnement et d'orientation vers d'autres ressources. L'intervention communautaire s'inscrit ainsi en complémentarité de services.

Les professionnels appartenant à chacun de ces champs de pratique ont des formations, des cultures, des règles ainsi que des pratiques qui diffèrent. Il s'agit principalement de médecins, d'infirmiers, de pharmaciens et d'intervenants psychosociaux. Dans le cadre du traitement de substitution au Québec, l'approche retenue amène ces professionnels à travailler en équipe, en collaboration ou en réseau en offrant des services associés à leurs champs de pratique et en mettant en commun leurs expertises respectives pour mieux venir en aide aux personnes dépendantes des opioïdes.

Dans une perspective de système de soins et de services, ce partage d'expertises requiert une convergence de ces contributions respectives. Cette convergence s'exerce en déployant une approche de réduction des méfaits. Elle nécessite une organisation des services qui permet d'inclure les services de première ligne (non spécialisés), de deuxième ligne (spécialisés) et de troisième ligne (surspécialisés). Cette organisation de services implique un traitement de substitution qui offre des services capables de rejoindre un grand nombre de personnes dépendantes des opioïdes et de favoriser leur maintien dans le traitement.

Le tableau 1 présente de manière schématique la coexistence requise entre ces différentes pratiques disciplinaires autonomes impliquées dans l'approche de réduction des méfaits.

Tableau 1  
**Coexistence et convergence des pratiques disciplinaires impliquées  
dans l'approche de réduction des méfaits**



Cette fonction de convergence de l'approche de réduction des méfaits amène les professionnels concernés à partager une éthique, une vision, des valeurs, des principes d'intervention et des objectifs. Elle donne lieu également à un ajustement des pratiques aux façons d'être et de faire afin de permettre la concertation des efforts dans le meilleur intérêt de la personne. Ainsi, l'attention est portée non seulement à réduire les risques et les méfaits mais aussi à en favoriser les bénéfiques. Cette mise en commun des expertises représente un important travail d'interdisciplinarité qui sera détaillé dans le Guide de bonnes pratiques.

### *L'approche de réduction des méfaits*

La réduction des méfaits (*harm reduction*) est une approche de santé publique relativement récente qui peut être utilisée pour orienter les pratiques professionnelles. Elle a été mise de l'avant au début des années 80, en Grande-Bretagne et en Hollande, comme une réponse au danger représenté par la transmission du VIH chez les usagers de drogues par injection (UDI). Il devenait nécessaire et urgent de mettre en place des mesures concrètes et efficaces pour enrayer l'épidémie. Ces mesures font référence à des programmes d'échange de seringues, à la distribution de matériel d'injection stérile, à la distribution de condoms et de lubrifiant, à l'accessibilité accrue à des programmes de méthadone ainsi qu'à l'intensification du travail de rue pour rejoindre et mieux aider les personnes UDI (CPLT, 1999).

L'utilisation de l'approche de réduction des méfaits en toxicomanie s'est également développée en réaction aux trois grands constats suivants :

- le modèle prohibitionniste (ex. : tolérance zéro, judiciarisation) comme outil de gestion sociale des usages n'a pas donné les résultats attendus pour diminuer la consommation de drogues illicites. Il devenait urgent d'offrir des alternatives sur le plan thérapeutique ;

- les traitements internes orientés traditionnellement vers l'abstinence ont montré d'une part que la rechute était la norme plutôt que l'exception pour les personnes s'étant fixé initialement cet objectif. D'autre part, les personnes en traitement sur une base ambulatoire présentaient de grandes difficultés d'atteindre l'abstinence. Il devenait alors pertinent d'aider la personne là où elle se situe dans l'évolution de sa relation avec la ou les substances consommées ;
- les processus de changement donnent lieu à une multitude de cheminements plus ou moins longs, complexes et discontinus. La personne dépendante est donc susceptible de recevoir plusieurs traitements ou de s'engager dans plusieurs démarches successives au cours de sa vie (Lauzon et autres, 1996). Il devient alors nécessaire d'aider la personne là où elle se situe dans son processus de changement.

Au cours des vingt dernières années, cette approche a acquis une bonne crédibilité. En 1993, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommandait que la réduction des méfaits puisse être intégrée aux politiques sur les drogues des différents pays.

Comme l'illustre Brisson (1997), l'approche de réduction des méfaits au Québec repose sur les principes de pragmatisme et d'humanisme qui sous-tendent des valeurs faisant la promotion de la santé des individus et de la sécurité publique. Elle affirme l'importance d'un accès universel aux soins de santé dans une perspective d'équité sociale, de respect et de défense des droits ainsi que de participation à la vie en société. Les caractéristiques suivantes sont retenues pour actualiser ces principes et ces valeurs dans les soins et les services :

- reconnaître la réalité de la consommation des drogues illicites comme une expérience et un comportement parmi d'autres expériences et comportements sociaux à risque ;
- intervenir dans une perspective coûts/bénéfices pour la personne et son entourage, en s'attaquant aux conséquences négatives de la consommation tout en prenant en considération les conséquences positives (bienfaits) ;
- intervenir à partir d'une hiérarchie d'objectifs de changement qui soient prioritaires et réalistes pour la personne en démarche ;
- offrir des approches et des services variés, souples et accessibles ;
- aller à la rencontre des personnes à risque là où elles sont (*outreach*) ;
- offrir aux personnes une variété de ressources en termes de portes d'entrée et d'opportunités de changement, qui correspondent à leurs besoins ;
- favoriser l'engagement et la responsabilisation de ces personnes et le respect de leurs droits et liberté dans les démarches de changement, y compris à travers l'auto-organisation et l'autosoutien.

À la lumière de ces composantes, l'approche de réduction des méfaits appliquée au traitement de substitution peut être définie comme étant :

«Une approche qui amène les personnes dépendantes des opioïdes à choisir et à utiliser de manière réaliste, responsable et efficace des moyens concrets de réduire les risques et les différentes conséquences négatives, pour elles et pour leur entourage, liées à leur usage d'opioïdes en bénéficiant d'un traitement de substitution ainsi qu'en mettant à profit leurs ressources, celles mises en œuvre dans le traitement et celles disponibles dans la communauté en vue de vivre en meilleure santé.»

Ultimement, l'approche de réduction des méfaits comporte une finalité qui consiste à aider la personne à se réapproprier un pouvoir et un certain contrôle sur la conduite de sa vie (Landry et Lecavalier, 2003). La réduction des méfaits est alors susceptible de s'inscrire dans une démarche de réadaptation où la personne tente de redonner un sens, une intensité et une satisfaction à son existence (Bouchard et Savard, 1996).

### *L'approche de réduction des méfaits pour contrer l'isolement et l'exclusion*

L'usage d'opioïdes, et plus particulièrement d'héroïne, est un acte illégal incitant son utilisateur à la marginalité par les effets recherchés de la substance et le mode de consommation utilisé. Dans la population en général, cet usage est facilement associé à un comportement déviant plutôt qu'à un problème de santé ou à un trouble d'adaptation. Il en découle des attitudes stigmatisantes et culpabilisantes à l'égard des personnes dépendantes de ces substances qui peuvent avoir pour effet de nourrir leur isolement et leur exclusion.

Bien que la lutte à la discrimination et à l'exclusion soit une mission qui appartient à la société dans son ensemble, le traitement peut aussi contribuer à contrer ces attitudes préjudiciables en favorisant une plus grande insertion sociale des personnes dépendantes des opioïdes. L'approche de réduction des méfaits s'inscrit dans ce type de démarche qui respecte et valorise la personne et qui l'amène à une plus grande participation à la vie en société.

## **11. Les principes d'intervention**

Au Québec, le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution repose sur une approche de réduction des méfaits dans le cadre du Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2003) et la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement, Orientations 2003-2009 (MSSS 2004) qui en recommandent la promotion et une accessibilité accrue. Des principes d'intervention en balisent la planification, l'organisation et la coordination. Ces derniers sont en cohérence avec les grands principes d'accessibilité, de continuité et de qualité formulés dans les Orientations pour une approche pragmatique de prévention de la toxicomanie (MSSS, 2001) et le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 (MSSS, 2006).

Ces principes d'intervention pour guider le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution sont les suivants :

---

**Principe 1**

Le traitement doit être le plus possible en cohérence avec la position éthique et l'approche clinique retenue tout en respectant le code de déontologie des professions ainsi que le cadre légal en vigueur, et plus particulièrement la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LDS) (loi fédérale).

---

**Principe 2**

Le traitement doit reposer sur des données objectivées, issues des consensus scientifiques et cliniques les plus récents en matière d'efficacité et de bonnes pratiques.

---

**Principe 3**

L'utilisation de la méthadone doit être contrôlée, optimale et sécuritaire.

---

**Principe 4**

Le traitement doit être suffisamment accessible pour que toute personne dépendante des opioïdes puisse bénéficier de l'information juste au sujet des traitements disponibles, recevoir une offre de services appropriée et faire un choix éclairé. Il implique une équité dans l'accès au traitement à l'ensemble des régions du Québec.

---

**Principe 5**

Les services publics offerts dans le cadre du traitement de substitution sont gratuits.

---

**Principe 6**

Le traitement doit comporter un pouvoir d'attraction comparable à ce qu'on observe dans les pays les plus performants en la matière.

---

**Principe 7**

La nature, le déroulement et l'intensité du traitement doivent être flexibles et ajustés aux besoins, à la condition et au rythme des usagers, de façon à respecter le principe de l'individualisation de l'approche thérapeutique retenue dans les Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes (MSSS, 1990) et le Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 (MSSS, 1998).

---

**Principe 8**

En matière de traitement, toute décision est prise en considérant en premier lieu le meilleur intérêt de l'individu. Toute amélioration de la condition de la personne est alors perçue comme un résultat légitime et valable en soi.



---

### **Principe 9**

Les exigences que peuvent poser les professionnels doivent être adaptées aux lieux et à l'organisation des services (rendez-vous, heure d'ouverture et fermeture, etc.) selon le niveau de services (ex. : bas seuil, haut seuil).

---

### **Principe 10**

Le traitement doit être offert dans le cadre d'une alliance thérapeutique et la personne en démarche est partie prenante de la détermination de ses objectifs de traitement.

---

### **Principe 11**

L'alliance thérapeutique comporte des responsabilités partagées. La personne en traitement a donc aussi des obligations quant au respect du contrat thérapeutique qu'elle a convenu et signé.

---

### **Principe 12**

Les interventions doivent encourager la rétention de la personne dans le traitement. De manière générale, on laisse à la personne le soin de décider si elle envisage ou pas de se sevrer de sa médication de substitution et du moment pour le faire si tel est son objectif.

---

### **Principe 13**

Le médecin et le pharmacien impliqués dans le traitement de substitution doivent se référer aux Lignes directrices produites conjointement par le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec en 1999 et mises à jour en mars 2004 pour fournir le traitement de substitution.

---

### **Principe 14**

Toute personne traitée avec la méthadone pour un problème de dépendance doit se voir proposer un soutien psychosocial. Cette possibilité doit lui être clairement exposée et régulièrement rappelée.

---

### **Principe 15**

La prescription d'une médication de substitution ne représente qu'une partie des services requis. Il est nécessaire de rendre disponible et accessible une gamme de services de santé et de services sociaux (ex. : soins de santé primaires, services obstétricaux, de laboratoire, activités de prévention ou soins de base pour l'infection au VIH) ainsi que d'autres services qui s'avèrent pertinents pour assurer la santé et le bon fonctionnement de l'individu sur les plans personnel et social. Ces services doivent être coordonnés et concertés en plus de tenir compte des autres ressources existantes sur le territoire.

### **Principe 16**

Les différents professionnels concernés doivent disposer de la formation nécessaire à l'exercice de leurs rôles dans le cadre du traitement de la dépendance aux opioïdes avec un médicament de substitution afin d'assurer des services pertinents et de qualité.

---

### **Principe 17**

Le traitement doit être évalué sur une base continue afin de rendre compte de l'évolution rapide de l'état de situation tant sous les aspects des caractéristiques des opioïdes sur le marché, des facteurs qui contribuent à leur consommation que des différents traitements de substitution actuels et à venir.

---

### **Principe 18**

Des recherches doivent être réalisées pour dégager les consensus scientifiques et cliniques les plus récents en matière de bonnes pratiques, de performance et d'efficacité ainsi que pour accroître la connaissance des substances, des caractéristiques des usagers et des processus de changement.

# Guide de bonnes pratiques



## 1. Les motifs et les objectifs d'un guide de bonnes pratiques

Le présent *Guide de bonnes pratiques* est produit comme complément au *Cadre de référence* en matière de traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO) avec un médicament de substitution. Sa production fait suite aux recommandations des personnes-pivot du Réseau d'appui pour la méthadone qui, lors de leur rencontre annuelle d'octobre 2002, avaient énoncé le besoin de doter le réseau d'un outil discriminant les meilleures pratiques en matière de TDO avec un médicament de substitution, dans le contexte québécois.

Le Guide de bonnes pratiques vise à répondre à deux types de besoins fondamentaux en matière de traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone :

- le besoin d'harmoniser les pratiques à partir de standards issus des consensus scientifiques et empiriques afin de favoriser la cohérence et la rigueur ;
- le besoin d'obtenir un consensus sur les performances organisationnelles attendues pour maximiser les bénéfices que l'utilisateur est à même de retirer du traitement.

Les objectifs visés par le Guide de bonnes pratiques sont les suivants :

- déterminer des standards de pratique et en proposer l'adoption afin d'offrir aux usagers visés des services de qualité, sécuritaires et intégrés ;
- proposer des modalités de traitement de substitution qui répondent aux besoins des différents types d'utilisateurs ainsi qu'aux particularités régionales ;

- déterminer les services complémentaires à mettre à profit dans le traitement de substitution ;
- définir les paramètres relatifs à la formation professionnelle, à l'évaluation et à la recherche.

Ce guide de bonnes pratiques formule une série de recommandations en matière de traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone sur un long cours. Il ne touche donc pas ou peu aux programmes de traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone dans le cadre d'une intervention brève, ces pratiques étant relativement rares au Québec.

Les recommandations formulées sont basées sur les évidences scientifiques et cliniques les plus actuelles et jugées les plus efficaces ou prometteuses. Elles ont été validées par un groupe d'experts, au regard de leurs expériences dans ce domaine d'intervention ainsi que de l'organisation des services dans leurs régions respectives.

## 2. Les caractéristiques associées à de meilleurs résultats du traitement

Dans un récent rapport portant sur le traitement de substitution, l'Organisation mondiale de la santé (2004) réaffirme l'importance de la promotion et de la mise en place de traitements de substitution. Globalement, le traitement de substitution a pour finalités :

- de rejoindre et de maintenir en démarche de traitement le plus de personnes dépendantes des opioïdes ;
- d'améliorer leur état de santé général ;
- d'améliorer leur qualité de vie et leur insertion sociale ;
- de réduire les risques de propagation des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), particulièrement le sida et les hépatites ;
- de diminuer la consommation d'héroïne ainsi que les actes criminels associés.

Le traitement de substitution n'est pas un pis-aller ou une intervention de dernier recours pour les usagers ayant échoué avec d'autres modalités d'intervention. Il représente un service spécialisé de première intention si l'on considère l'efficacité qu'il comporte (Valleur, 2004).

Les consensus qui se dégagent dans la littérature scientifique en matière de bonnes pratiques orientent les choix relatifs à la nature, à l'organisation et à la finalité du traitement de substitution. Ce type de traitement est aussi influencé par le contexte culturel et politique dans lequel il se déploie, balisé par le niveau de tolérance sociale ainsi que le cadre législatif en vigueur.

Telles qu'elles sont illustrées dans le cadre de référence, les preuves de l'efficacité d'un programme de substitution sont largement acquises. On sait cependant que l'efficacité du traitement de substitution est potentialisée par une offre de services qui tente de répondre

aux besoins médicaux, psychologiques et sociaux des personnes dépendantes des opioïdes. Ces besoins sont donc à préciser pour appliquer la stratégie d'appariement reconnue efficace dans la littérature scientifique. Cette stratégie vise à offrir ultimement le bon traitement, par le bon intervenant, à la bonne personne, au bon endroit et au bon moment. Par ailleurs, aucune caractéristique ou regroupement de caractéristiques ne possède une valeur prédictive suffisante pour assurer le succès du traitement (Strain, 1999, cité dans Santé Canada, 2002b).

Ce constat illustre le défi qui attend tout intervenant, soit celui de ne jamais être assuré des résultats de ses interventions même s'il a appliqué le traitement qui était jugé le plus pertinent et le plus efficace. Cette incertitude renvoie avec réalisme au fait que l'efficacité du traitement est avant tout le fruit du cheminement de la personne dans un cadre thérapeutique ainsi que dans la vie de tous les jours. En toute humilité, l'intervenant doit reconnaître que le succès, lorsqu'il se manifeste, demeure tributaire de ce cheminement.

L'efficacité d'un traitement est susceptible de se présenter dans de multiples dimensions du fonctionnement de la personne, ce qui répond aux caractères complexe et varié non seulement de la dépendance aux drogues mais aussi du fonctionnement humain.

---

## 2.1 Les caractéristiques relatives à l'individu

Un âge plus grand, l'état marital, le soutien social, l'obtention d'un emploi stable, le peu d'antécédents criminels ou de délinquance et la motivation au changement représentent des caractéristiques individuelles favorables à de meilleurs résultats du traitement.

Par ailleurs, la pauvreté, la maladie, la détresse psychologique, la gravité des problèmes de toxicomanie et psychiatriques, de nombreux antécédents criminels ou de délinquance, la consommation de drogues durant les premières semaines du traitement, le peu de réceptivité au traitement sont des caractéristiques individuelles peu favorables au traitement.

La rétention dans le traitement augmente les possibilités qu'une personne adopte une attitude et un comportement qui seront favorables à l'amélioration de sa qualité de vie. Sa motivation, sa confiance envers le thérapeute, son sentiment de contrôle sur les objectifs de son traitement, le respect de son rythme et de son niveau d'engagement dans la démarche s'avèrent des variables déterminantes en matière de rétention.

---

## 2.2 Les caractéristiques relatives au traitement

Les bonnes pratiques sont en relation avec la détermination de l'ensemble des besoins et des objectifs des personnes dépendantes des opioïdes mais aussi avec la capacité de pouvoir y répondre de manière satisfaisante en offrant des services adaptés et de qualité.

La nature des interventions influencerait davantage les résultats que les caractéristiques des usagers. Par ailleurs, Magura et autres (1998, cité dans Santé Canada, 2002b) ont montré que les événements en cours de traitement sont plus importants que les variables individuelles observées en début de traitement.

Les travaux de Ball et Ross ont permis de cibler certaines caractéristiques du traitement qui influencent favorablement les résultats. Ces caractéristiques sont les suivantes :

- l'utilisation de la molécule pertinente (à l'époque, la méthadone);
- les caractéristiques du bon médicament de substitution, lesquelles font consensus (Goisset, 2004). Ainsi le bon médicament :
  - comporte une voie d'administration éloignée de celle utilisée pour l'héroïne (bien qu'il existe des programmes dans lesquels on substitue l'héroïne de la rue à de l'héroïne pharmaceutique prescrite et injectée sur place sous la supervision de personnel infirmier. Mais il ne s'agit pas ici de médicament de substitution);
  - possède une longue demi-vie;
  - procure le moins d'euphorie possible;
  - bloque l'action de l'héroïne;
- l'utilisation de la méthadone dans le cadre d'un traitement contrôlé et supervisé;
- un dosage optimal adéquat pour chacun, c'est-à-dire suffisant pour assurer un bon niveau de confort à la personne (pas de symptômes de sevrage et pas de somnolence);
- la délivrance sur une base quotidienne d'une dose de méthadone adaptée aux caractéristiques de la personne, ce qui permet un bon niveau de rétention en traitement (Daulouède et Auriacombe, 2004);
- des services individualisés ainsi qu'une combinaison de services médicaux et de suivi psychosocial volontaire répondant à une variété de besoins. À prescriptions comparables, ce sont les programmes offrant les services les plus globaux qui donnent les meilleurs résultats;
- la combinaison thérapeutique décrite ci-dessus plutôt que l'utilisation isolée d'un médicament de substitution. La supériorité de cette combinaison thérapeutique est démontrée dans certaines études évaluatives (Cousineau et Gariépy, 2000). Un tel suivi contribue à limiter les facteurs de stress susceptibles d'entraîner la dépression et la rechute. Il permet par ailleurs un meilleur contrôle des pulsions et aide à développer le recours à des plaisirs de substitution naturels (Déglon, 2004);
- une relation étroite, régulière, durable et non limitée dans le temps entre l'équipe soignante et la personne en traitement qui prend la forme d'une alliance thérapeutique; cette dernière se concrétise sur le plan des bonnes pratiques par des attitudes d'écoute, de respect et de disponibilité ainsi que par une relation d'aide continue. L'alliance thérapeutique est une relation de confiance mutuelle et de responsabilité partagée entre l'aidant et l'aidé en vue de prendre les moyens les plus avantageux pour le mieux-être de ce dernier. L'alliance thérapeutique se définit par la qualité de ses rapports qui demandent à être entretenus avec vigilance, mais aussi par l'attention et l'engagement dans la recherche et l'obtention des résultats attendus dans le cadre d'un plan d'intervention;

- la fréquence, l'intensité et la durée du traitement (McMellan et autres, 1982);
- la possibilité de reprendre le traitement. Ainsi Sell (1979) a observé que les personnes en traitement de méthadone qui mettaient fin à leur traitement avaient tendance à y revenir. Une accessibilité clinique, des critères d'admission souples, une évaluation rapide de la condition de la personne, des coûts et des heures d'ouverture adaptés à la situation de cette dernière, des politiques et des pratiques claires et souples influencent favorablement le maintien dans le traitement et en conséquence le pronostic (Ball et Ross, 1991);
- un taux élevé de présence aux consultations ;
- une stabilité certaine du personnel soignant.

Ball et Ross (1991) ajoutent qu'un programme n'est efficace que si son équipe et sa direction le sont également, et si son organisation est stable au fil des ans. Cette caractéristique remet en question actuellement les organisations dans un contexte où le roulement du personnel est élevé en raison des départs à la retraite, d'une fusion d'établissements ou d'un changement d'organisation. Un tel contexte représente un défi organisationnel, soit d'assurer cette nécessaire stabilité des équipes soignantes qu'exigent le développement et la préservation de l'expertise.

Santé Canada (2002b) relève quelques autres caractéristiques associées à ces conditions optimales :

- une orientation mettant l'accent sur le traitement de maintien avec une médication de substitution et non sur l'abstinence;
- la disponibilité de services complets et intégrés (soins médicaux de base et traitements spécialisés, soins infirmiers intégrant des actions de promotion de la santé et de prévention des infections, intervention psychosociale de type counseling) et de services complémentaires (ex. : traitement de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies, services psychiatriques, formation professionnelle).

---

### 2.3 Les caractéristiques relatives à l'intervenant

Les données scientifiques montrent que l'expérience des intervenants, leur présence en nombre suffisant, un personnel bien formé et attentif aux besoins de la personne, un bon moral, une stabilité et un engagement dévoué ainsi que la qualité de la relation thérapeutique favorisent de meilleurs résultats. Une capacité d'accompagner de manière sécurisante la personne dans l'apprentissage d'une prise de contrôle sur ses choix et ses comportements entraîne aussi de meilleurs résultats.

### 3. Les recommandations relatives à la nature et à l'organisation du traitement de substitution

Les Orientations en prévention des toxicomanies, le Programme national de santé publique 2003-2012, la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement, les Orientations 2003-2009 (MSSS, 2004) ainsi que le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 (MSSS, 2006) préconisent tous une accessibilité accrue du traitement avec la méthadone à l'ensemble du Québec, là où les besoins sont démontrés.

Un défi à relever au regard de ce système de soins et de services consiste à rendre le traitement de substitution disponible à l'ensemble des personnes qui en ont besoin sur tout le territoire québécois. Des pays comme la Suisse ou la Belgique présentent un bon taux d'accessibilité au traitement de la dépendance aux opioïdes. Ils affichent respectivement 2 000 et 1 000 places de traitement avec la méthadone par million d'habitants (National Institute on Drug Abuse, 1995). Les États-Unis offrent quant à eux 442 places par million d'habitants et le Québec 229.

Il apparaît donc raisonnable pour atteindre un niveau d'accessibilité acceptable que le Québec se donne comme objectif une capacité de traitement de l'ordre de 650 à 700 places par million d'habitants, soit plus du double de ce qui existe à l'heure actuelle. Ces places doivent être réparties entre les régions du Québec sur la base d'études de besoins réalisées par les instances compétentes.

Il est recommandé de veiller à ce que les programmes de traitement de substitution offerts au Québec aient un pouvoir d'attraction aussi élevé que ceux des pays les plus performants en la matière, soit l'Angleterre, la Hollande et la Suisse qui, en proposant une gamme de services diversifiés, réussissent à rejoindre de 50 à 60 % de la population cible. Tout en respectant les règles visant à offrir des services sécuritaires et de qualité, les conditions de traitement doivent être suffisamment attrayantes pour retenir les usagers.

#### 3.1 L'organisation des services

Il est recommandé que chaque région du Québec démontrant suffisamment de besoins dispose d'une organisation de traitement de substitution avec la méthadone qui comporte des soins médicaux, infirmiers et pharmaceutiques ainsi que des services psychosociaux et du soutien communautaire. Cette organisation doit répondre à la variété des caractéristiques des usagers ainsi qu'à celles de la région. Elle doit aussi répondre aux niveaux de spécialisation et à l'interdépendance souhaitée des services à mettre en place dans une perspective de travail interdisciplinaire. Elle implique par ailleurs la mise en action de corridors de services découlant d'une programmation pour l'ensemble des réseaux locaux de chacune des régions.

Ces corridors de services devront faciliter l'accès des personnes en traitement de substitution à des services complémentaires tels ceux relatifs au suivi des comorbidités psychiatriques, à l'orientation professionnelle ainsi qu'au soutien à la recherche de logement et d'emploi.



La période prolongée du traitement de la dépendance aux opioïdes et la perspective de voir augmenter de plus en plus le nombre de personnes admises à un programme oblige d'autant plus à convenir d'un mode d'organisation de services adapté capable de répondre à un besoin d'accessibilité mais aussi à un besoin de continuité de services.

Le Québec a la spécificité d'avoir doté chacune de ses régions administratives d'un centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT). La majorité de ces centres disposent d'une équipe spécialisée pour offrir le traitement de substitution à la méthadone. La région de Montréal se distingue par le fait que l'accessibilité au traitement est assurée par trois centres spécialisés qui ne relèvent pas du CRPAT régional.

Il est recommandé que les demandes d'accès à un traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone soient reçues et traitées par ces équipes spécialisées dans le TDO avec la méthadone. Ces équipes peuvent alors orienter les personnes en demande de traitement, soit dans leurs propres services, soit vers des ressources disponibles dans la communauté. Dans cette dernière perspective, l'organisme qui transmet les demandes d'accès au traitement devrait conclure des ententes de services avec ces ressources de la communauté, principalement avec des médecins et des pharmaciens, afin d'assurer un niveau d'accessibilité au TDO avec la méthadone correspondant aux besoins évalués chez les usagers.

Le mode d'organisation des services doit être suffisamment souple pour répondre aux différentes réalités d'une région à l'autre. Ainsi, offrir un traitement de substitution à Gaspé, à Sherbrooke ou à Montréal représente des réalités bien différentes sur le plan de la nature et de l'organisation des services. En ce sens, les plus récentes prises de position sur le plan international en matière de traitement de substitution (Vigneau, 2004; Morey et autres, 1998) militent en faveur d'un assouplissement des pratiques. La façon d'impliquer les intervenants d'une région à l'autre est donc susceptible de présenter différents scénarios pour être capable de rejoindre davantage de personnes dans des situations et des contextes variés.

Les recommandations suivantes visent à améliorer l'organisation des services aux personnes dépendantes des opioïdes (Ménard, 2001) :

- chaque région exprimant des besoins devrait disposer d'une équipe spécialisée pour assurer le développement et le maintien d'une expertise régionale en matière de TDO avec méthadone. Exception faite de la situation de la région de Montréal, où l'on trouve trois centres spécialisés dans le TDO avec la méthadone, cette équipe devrait être implantée par les centres de réadaptation publics pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) ;
- le traitement de substitution offert par les médecins dans la communauté devrait être fourni en étroite collaboration avec l'équipe régionale spécialisée dans le TDO avec méthadone pour permettre, entre autres choses, d'offrir conjointement des soins infirmiers et une intervention psychosociale ;
- des mécanismes de référence et des critères prioritaires d'admission au traitement devraient être établis ;

- différentes modalités de traitement à la méthadone devraient être offertes pour s'assurer de répondre aux besoins particuliers et variés de ce type d'usagers ;
- une gamme de services élargie devrait être accessible et faire l'objet d'une diffusion auprès des partenaires de la région et d'une promotion continue auprès des personnes susceptibles d'en bénéficier ;
- des mesures de contrôle devraient être établies en vue d'assurer une utilisation sécuritaire de la méthadone ;
- chaque région offrant un tel programme devrait comporter un mécanisme formel de coordination pour assurer une cohésion entre les différents partenaires concernés.

Par ailleurs, il est recommandé aux médecins de la communauté de tenter de constituer autour d'eux un noyau de médecins prescripteurs prêts à prendre le relais pour gérer les situations problématiques pouvant survenir durant leurs absences (vacances ou autres). En effet, dans ce contexte, certaines situations sont prévisibles, comme le renouvellement de prescription. Cependant, lorsque l'état d'une personne nécessite un redosage, il faut recourir à un médecin détenant une exemption pour la prescription de la méthadone.

Dans certaines situations, la constitution d'un noyau, même minime, de médecins prescripteurs est très difficile, voire impossible. Dans ce cas, en prévision de leurs absences, il est recommandé aux médecins prescripteurs de méthadone d'établir des ententes préalables permettant de gérer au mieux les situations problématiques.

Finalement, les personnes suffisamment stabilisées à la suite d'un traitement de substitution avec la méthadone dans un centre spécialisé, devraient poursuivre leur traitement dans la communauté. Cette orientation faciliterait leur processus d'insertion sociale et dégagerait une disponibilité pour accueillir d'autres personnes dans ces centres de traitement. Pour ce faire, il faudrait que le nombre de médecins prescripteurs de méthadone en première ligne augmente de manière importante dans les différentes régions. Des ententes de services pourraient éventuellement être prises en ce sens.

---

### 3.2 Le travail interdisciplinaire

Le traitement de la dépendance aux opioïdes avec un médicament de substitution passe par l'interdisciplinarité des pratiques. L'interdisciplinarité dans le domaine de la santé et des services sociaux est un mode de collaboration entre intervenants de différentes disciplines qui les amène à s'influencer mutuellement, à adapter leurs pratiques, à conjuguer leurs efforts et à mettre à profit de manière optimale et complémentaire l'expertise de chacun pour mieux répondre aux besoins d'une population ciblée. Ces différentes pratiques demandent à être coordonnées et s'intègrent dans une offre globale de soins et de services.

Pour rendre cette interdisciplinarité efficace, un certain nombre de conditions de base doivent être respectées par l'ensemble des partenaires, conditions qui sont associées à une concertation réussie. Ces conditions sont les suivantes (Vermette, 2001):

- s'entendre sur la clientèle visée et les besoins de celle-ci en tenant compte des caractéristiques propres à ce groupe et du degré de priorité des situations observées;
- manifester un intérêt qui dispose chacun à intervenir auprès de cette population ainsi qu'une ouverture à travailler en collaboration;
- convenir d'une vision commune sur les orientations à privilégier et les objectifs à atteindre;
- intervenir en mettant à profit les compétences de chacun;
- adopter des modes de collaboration qui soient fonctionnels et qui facilitent la prise de décision, la prestation des services et le cheminement des usagers;
- utiliser des mécanismes de communication pour prévenir les situations problèmes ou leur faire face;
- évaluer périodiquement l'évolution de cette collaboration ainsi que les bénéfices que chacun en retire sur les plans de l'offre de services et de la capacité de répondre aux besoins de la personne.

Le cadre dans lequel sont offerts les services doit se caractériser par un respect et un soutien mutuels entre les gestionnaires, les intervenants et les personnes aidées. Ces dernières doivent sentir que le milieu de soins et de services s'organise pour faciliter leur rétablissement et leur prise en charge.

Finalement, l'interdisciplinarité dans le domaine du traitement de la dépendance aux opioïdes doit être implantée en s'ouvrant sur la communauté de façon à atténuer la marginalité et les préjugés pouvant être entretenus face à la population en cause et à l'approche retenue. Cette ouverture sur la communauté peut se concrétiser en entretenant par exemple des rapports de bon voisinage, en procédant à des journées porte ouverte, en collaborant à l'organisation d'activités portant sur la santé ou en tenant des activités de représentation (Burke, 1994).

### *La gestion des informations*

Le traitement de substitution mobilise plusieurs intervenants de disciplines différentes qui sont susceptibles d'offrir une variété de services et de modalités de traitement. Dans ce contexte, il est nécessaire que les personnes visées puissent avoir facilement accès à l'information concernant les ressources pouvant être utilisées dans leur région. À cet égard, le rapport Cloutier (1999) recommandait le développement de canaux de communication permettant de faire connaître aux toxicomanes, dans chacune des régions du Québec, les possibilités d'obtenir un traitement de substitution avec la méthadone.

Dans cette perspective, les lignes téléphoniques Drogue : aide et référence et Info-Santé devraient être mises systématiquement à profit pour transmettre ce type d'information. De plus, l'ensemble des ressources pertinentes du réseau de la santé et des services sociaux, qu'elles soient publiques, communautaires ou privées, devraient disposer de l'information sur les services de traitement de la dépendance aux opioïdes dans la région et distribuer des dépliants en ce sens.

La liste de médecins autorisés à prescrire la méthadone est mise à jour sur une base continue par le Collège des médecins du Québec. Cette liste n'est pas diffusée auprès du public. L'accessibilité directe des personnes aux services d'un médecin prescripteur est possible par le bouche à oreille. Dans toute autre situation, la personne en recherche de soutien est invitée à s'adresser à l'équipe spécialisée dans le TDO avec méthadone de sa région afin que celle-ci l'oriente vers une ressource adaptée à ses besoins.

L'interdisciplinarité en matière de traitement de substitution oblige la transmission entre intervenants d'informations cliniques relatives aux personnes en traitement. Or, la confidentialité est un droit pour toute personne. Pour que les informations pertinentes puissent être transmises comme il se doit, il est nécessaire que chaque personne en traitement reçoive l'information appropriée et consente, ou non, à la transmission des informations la concernant entre les différents professionnels impliqués dans son traitement. Dans les faits, la personne a tout avantage à consentir à cette transmission d'information qui vise à assurer une qualité et une continuité des interventions.

---

### 3.3 Les différentes modalités de traitement

L'Organisation mondiale de la santé (1989) recommande que des programmes diversifiés puissent être mis en place dans le traitement avec la méthadone afin de pouvoir s'adapter et de répondre à une diversité de conditions, de besoins et de contextes. Ces différentes modalités font référence à des programmes spécialisés et institutionnels mais aussi à des services communautaires.

Le traitement à la méthadone devrait comporter les éléments de base suivants :

- une évaluation médicale pour s'assurer de l'admissibilité de l'utilisateur au programme ;
- une évaluation portant sur les dimensions physique, psychologique et sociale pour convenir du plan de traitement. Une telle évaluation requiert un travail complémentaire et concerté d'intervenants de différentes disciplines ;
- l'utilisation de méthadone comme produit de substitution obtenu d'un pharmacien offrant ce service ;
- un suivi médical, infirmier et pharmaceutique régulier ;
- un soutien psychosocial offert systématiquement.

Différentes modalités de traitement sont proposées en fonction de la condition et du degré de stabilité de la personne ainsi que de sa consommation d'autres drogues. La capacité d'offrir ces différentes modalités de traitement demeure cependant tributaire des effectifs disponibles.

### *Traitement de substitution à bas seuil d'exigence*

Le traitement de substitution à bas seuil d'exigence s'adresse à des personnes particulièrement désocialisées qui vivent en marge des dispositifs sanitaires et sociaux. Ces personnes présentent une organisation de vie très instable ou perturbée ainsi que des conditions de vie très précaires. Ce traitement peut impliquer des modalités d'intervention (ex. : travailleur de milieu) pour aller vers des populations ciblées (ex. : jeunes de la rue) afin de leur faciliter l'accès aux services. Il peut impliquer également des conditions de traitement adaptées à la réalité de cette population (ex. : clinique sans rendez-vous, acceptation d'une certaine irrégularité dans la prise de la médication).

Les services offerts visent principalement à réduire les risques et les méfaits associés aux consommations de ces personnes tout en travaillant à améliorer leur état de santé.

Cette modalité de traitement permet de rejoindre davantage d'usagers, de dépister plus rapidement les personnes séropositives et de les diriger vers les ressources pertinentes en fonction des besoins relevés (Morissette, 1997). Elle peut aussi s'avérer une occasion d'offrir des soins de santé primaires, de la vaccination et de l'éducation sur les comportements à risque et de faire du dépistage (Finch, Graves et Feinman, 1995, cité dans Lauzon, 2002). De plus, ce type de traitement peut constituer, pour les groupes les plus marginalisés, la première étape à franchir pour passer à un traitement comportant un niveau plus élevé d'exigence. L'étude évaluative de Relais-Méthadone a permis de documenter ce cheminement (Perreault et autres, 2002).

Cette dernière étude souligne que dans ce type de traitement, l'accueil de l'équipe traitante représente un des principaux points de satisfaction. Il appert que pour une population marginalisée, qui se sent peu acceptée dans les services de soins, l'accueil et la manière d'être des intervenants sont particulièrement importants. L'étude indique que ces personnes ont pu avoir accès à des services sans se sentir jugées, abandonner le traitement sans jugement et y revenir sans problème. Il est donc important d'établir un cadre thérapeutique accueillant et convivial pour favoriser l'adhésion au traitement, en raison de la fragilité du lien établi avec les usagers, peu susceptibles de fréquenter les services traditionnels et pas nécessairement engagés à fond dans une démarche de contrôle de leur consommation, encore moins dans une démarche d'abstinence.

Ce type de traitement n'est envisagé que dans les régions disposant déjà d'autres modalités de traitement comportant un suivi plus intensif (Office fédéral de la santé publique, 1993). Ce contexte est davantage le propre des régions urbaines où la masse critique des personnes dépendantes des opioïdes s'avère plus élevée.

Ce type de traitement, bien que très peu développé au Québec, s'impose dans la mise en place d'une gamme de services visant à répondre à l'ensemble des besoins observés en région urbaine chez les personnes dépendantes des opioïdes. Il est donc recommandé d'en accroître la disponibilité tout en s'assurant de la possibilité de transférer ces personnes vers un programme à haut seuil ou vers d'autres services appropriés de la communauté lorsqu'elles sont prêtes.

### *Traitement de désintoxication en intervention brève*

Il existe une demande pour des services proposant l'abstinence à court terme comme objectif de traitement. Il est donc nécessaire d'offrir ce type de services aux personnes dépendantes des opioïdes. La désintoxication est dès lors requise.

La désintoxication en intervention brève peut être offerte avec plus ou moins de soutien médical en fonction du degré de dépendance et des risques de sevrage qui lui sont associés. Un soutien psychologique important doit alors être proposé à la personne. Au fil des années, la méthadone à dose décroissante est devenue de plus en plus acceptée dans le traitement de désintoxication des personnes dépendantes des opioïdes. Ce traitement s'échelonne sur environ une douzaine de jours s'il est offert en services internes, ou sur une période allant de 7 à 24 semaines s'il est offert en services externes (CMQ et OPQ, 1999).

La désintoxication s'avère un répit dans le parcours d'une personne dépendante pouvant réduire à court terme sa détresse ainsi que celle de son entourage. Elle n'est pas conditionnelle à l'amorce d'une démarche d'abstinence ou à tout autre objectif de traitement bien qu'une intervention psychosociale y soit offerte pour inciter la personne à s'inscrire dans un suivi de type réadaptation. La personne peut aussi être mise en contact avec toute autre ressource susceptible de l'aider à améliorer sa condition. De plus, la désintoxication est une occasion d'offrir des soins de santé primaires, d'investiguer et même de traiter des maladies associées à l'usage d'héroïne, de faire du dépistage et de l'éducation sur les comportements à risque et d'offrir de la vaccination.

Il est recommandé que cette modalité de traitement puisse être accessible au besoin dans les différentes régions du Québec. Ce traitement peut être répété aussi souvent que la condition de la personne le requiert (CMQ et OPQ, 1999).

### *Traitement de maintien avec un haut seuil d'exigence*

Le traitement de maintien avec un haut seuil d'exigence implique une démarche de changement sans pour autant comporter un objectif d'abstinence. Cette modalité de traitement comprend des étapes de stabilisation, d'engagement et de maintien. Ultiment, elle peut comporter une étape de sevrage si la personne se donne comme objectif de mettre fin à son traitement de substitution avec la méthadone.

La variété des besoins des usagers amène à mettre en place une gamme plus étendue de services comprenant des soins plus intensifs pour les personnes dont la condition médicale le requiert, des activités d'éducation et de prévention en matière de transmission des maladies infectieuses, des services de réadaptation, des groupes d'entraide et des programmes de recherche d'emploi.

L'intervention s'échelonne sur un long cours et demande de la part de la personne en traitement un minimum de stabilité, en termes d'organisation de vie, de présence aux rendez-vous et de relative fidélité dans la prise de la médication.

La disponibilité de ressources médicales aux fins de ce type de traitement de la dépendance aux opioïdes est très insuffisante dans l'ensemble des régions du Québec et une nette amélioration est à rechercher dans ce domaine.

### *Traitement médical de première ligne*

Le traitement médical de première ligne est très présent dans certains pays d'Europe ainsi qu'en Australie et en Colombie-Britannique (Lauzon et Schneeberger, 1996). Cette modalité de traitement est essentiellement médicale et le cadre thérapeutique est minimalement structuré. Ce traitement vise les personnes dépendantes des opioïdes, stabilisées et ne nécessitant plus de soins spécialisés ainsi que celles vivant des problèmes moins sévères (Cloutier, 1999); il répond ainsi à une variété de plus en plus grande d'usagers d'opioïdes. Cette modalité de traitement est même adoptée par défaut dans les communautés où seuls les médecins de première ligne assurent l'accessibilité du traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone.

Par ailleurs, cette modalité de traitement s'avère des plus attrayantes compte tenu des faibles coûts qu'elle engendre, de l'allègement de son cadre thérapeutique, des opportunités d'intervenir précocement auprès des individus présentant un faible degré de dépendance ainsi que de la possibilité de rejoindre beaucoup plus de personnes sur un territoire donné. Il est cependant nécessaire de miser sur la formation de ces médecins ainsi que sur la mise en réseau afin que ceux-ci soient en mesure d'offrir un traitement de qualité. Des recommandations en matière d'utilisation de la méthadone par un médecin pour traiter une personne dépendante des opioïdes sont énoncées par le Collège des médecins du Québec. De plus, le Service d'appui pour la méthadone (Sam) offre aux médecins prescripteurs de l'ensemble du Québec ainsi qu'à tout autre professionnel des services d'appui visant à les soutenir dans leurs pratiques cliniques avec la méthadone (gestion des procédures de transfert, production d'outils de travail standardisés, information, formation, etc.).

Toutefois, cette modalité de traitement est nettement insuffisante au Québec pour répondre aux besoins de suivi des personnes dépendantes ayant stabilisé leur fonctionnement et, en conséquence, pour accroître la capacité d'accueil des services spécialisés dans le traitement de la dépendance aux opioïdes. Il est donc recommandé que les centres spécialisés dans le traitement avec la méthadone négocient avec les CSSS de leur région des ententes de services visant le suivi des personnes stabilisées.

---

## 3.4 Le rôle du médecin

Le rôle du médecin est central dans le traitement de la dépendance aux opioïdes. Celui-ci a la responsabilité de diagnostiquer la dépendance aux opioïdes, d'en évaluer le degré de gravité et de convenir avec la personne d'un plan d'intervention afin de faire une offre de traitement. Dès lors, il pourra prescrire une médication de substitution, s'assurer que la personne puisse obtenir cette médication et en ajuster le dosage.

De plus, le médecin a la responsabilité d'évaluer l'état de santé général et d'en assurer un suivi régulier, d'assurer le suivi des conditions médicales chroniques, de diriger les personnes en consultation vers des soins spécialisés lorsque cela est nécessaire, de prescrire les examens de dépistage et d'immunisation adéquats.

Afin que les personnes puissent recevoir un traitement global et bénéficier d'une prise en charge de qualité, il est recommandé que les médecins traitants constituent autour d'eux une équipe multidisciplinaire spécialisée dans le TDO avec méthadone ou collaborent avec une telle équipe.

De manière générale, les services médicaux dans le traitement de substitution devraient s'actualiser dans les tâches suivantes (Ménard, 2001) :

- prendre connaissance des résultats d'évaluation et des recommandations formulées par les services infirmiers et psychosociaux ;
- évaluer la condition médicale de la personne, notamment au regard des ITSS ;
- informer la personne sur la médication, son utilisation sécuritaire et les conditions nécessaires pour assurer un traitement optimal ;
- établir avec la personne un plan de services intégrés et en déterminer les paramètres de fonctionnement en relation avec les conditions de traitement (objectifs poursuivis, modalités de traitement optionnelles ou obligatoires, fréquence du suivi, accès aux gains d'autonomie, etc.) ;
- offrir, à l'intérieur de ce plan, les soins et le suivi médical requis par l'état de santé de la personne, dont la prescription de méthadone ;
- documenter l'évolution de la condition médicale de la personne et de sa pulsion à consommer tout au long du traitement ;
- instrumenter la personne pour qu'elle puisse gérer de manière efficace son anxiété et ses symptômes de sevrage ;
- dépister les comorbidités émergentes ;
- stabiliser la dose de méthadone et ajuster le plan de services en conséquence ;
- traiter les effets secondaires de la méthadone ;
- encourager la personne à être responsable de son traitement ;
- s'assurer que la personne gère sa médication de façon sécuritaire ;
- accorder des « privilèges » pour faciliter chez la personne la mise en place d'un mode de vie responsable et constructif ;
- donner un counseling permettant à la personne de savoir ce qu'elle pourra faire en cas de rechute, notamment au regard de la prévention des ITSS.



Au Québec, les médecins, pour accomplir ces tâches, s'appuient sur les recommandations du Collège des médecins du Québec qui sont consignées dans le document *Lignes directrices : Utilisation de la méthadone dans le traitement de la dépendance aux opioïdes*. À cet effet, le Collège des médecins du Québec a la responsabilité d'assurer la surveillance et le respect des normes entourant les pratiques professionnelles de ses membres relatives à la prescription de méthadone.

---

### 3.5 Le rôle du pharmacien

Au Québec, le pharmacien joue un rôle primordial dans le traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone. En effet, le pharmacien est à l'avant-plan dans le traitement de substitution. Il est le professionnel qui entretient le plus de contacts avec la personne, particulièrement en début de traitement où la prise de méthadone se fait en pharmacie tous les jours. Le pharmacien a donc l'opportunité de développer un lien thérapeutique important et d'agir comme intervenant pivot dans l'évolution du traitement.

Il est responsable de l'évaluation et de la distribution de la méthadone, s'assurant que des conditions soient réunies pour que la médication puisse être remise de façon sécuritaire à la personne. À ce titre, lorsque ces conditions ne sont pas réunies, le pharmacien doit communiquer et expliquer à la personne en traitement le refus de servir sa médication.

À cet effet, il est recommandé aux pharmaciens de proposer une entente écrite à toute nouvelle personne en traitement souhaitant recevoir sa méthadone. Cette entente devra, entre autres choses, spécifier les conditions qui entraîneront une non-distribution de la médication ainsi que les positions qui seront adoptées par le pharmacien en service en cas d'inconduite.

Le rôle du pharmacien dans le traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone est décrit dans les *Lignes directrices : Utilisation de la méthadone dans le traitement de la dépendance aux opioïdes*. Il est donc recommandé aux professionnels concernés de se référer à ce document. En bref, les tâches auxquelles ce rôle renvoie sont les suivantes :

- établir conjointement une entente de services ;
- préparer et entreposer la méthadone ;
- distribuer la méthadone de manière contrôlée ;
- observer quotidiennement l'état de la personne au regard de sa capacité à se conformer aux traitements pharmaceutiques, des indices d'intoxication ou de sevrage qu'elle présente, des obsessions de consommer qu'elle manifeste, de son état de santé et de sa détresse psychologique apparente ainsi que d'irrégularités (ex. : absences de quelques jours en pharmacie, comportement répréhensible, etc.) ;
- maintenir un contact avec le médecin ou l'infirmière, à la suite du consentement de la personne, pour faire part d'observations pertinentes à l'évolution du traitement ;
- vérifier l'atteinte des objectifs de la personne au regard de son traitement pharmaceutique ;

- entreprendre ou ajuster la thérapie médicamenteuse selon l'ordonnance du médecin traitant ;
- éduquer la personne sur les problèmes qu'elle éprouve face à l'ensemble de sa médication (effets indésirables, interactions médicamenteuses, etc.) et suggérer des solutions possibles ;
- encourager la personne à être responsable de son traitement ;
- diriger la personne vers les services pouvant la soutenir dans sa démarche.

---

### 3.6 Le rôle de l'infirmier

L'infirmier assume un rôle important dans le cadre du traitement de substitution, particulièrement depuis l'adoption de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé qui confère à certains professionnels un élargissement de leur champ de pratique. L'infirmier est souvent en situation d'intervention pivot entre les différents professionnels impliqués dans le traitement. Les tâches qui lui sont dévolues sont les suivantes (Ménard, 2001) :

- effectuer une évaluation des besoins en matière de soins infirmiers ;
- donner les soins de santé requis par la personne (soins et traitement des plaies, vaccination contre les hépatites A et B, mesures diagnostiques aux fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique, surveillance clinique, monitoring et ajustement du plan thérapeutique infirmier, etc.) et les renseignements nécessaires à l'amélioration de sa santé ;
- informer la personne sur les grands paramètres de fonctionnement des services de traitement à la méthadone ;
- instrumenter la personne pour qu'elle puisse gérer de manière efficace son anxiété et ses symptômes de sevrage ;
- assurer les liens fonctionnels entre les services médicaux, pharmaceutiques et psychosociaux en début et en cours de traitement ;
- encourager la personne à maintenir un suivi psychosocial pour recevoir le soutien nécessaire ;
- renforcer la personne à être responsable de son traitement ;
- veiller à ce que la personne ait les ordonnances nécessaires à son traitement ;
- selon le cas et au besoin, rendre du matériel d'injection stérile accessible et donner de la formation sur l'injection à risques réduits.

Il est recommandé que l'intervention en matière de soins infirmiers soit rendue disponible dans le cadre de la mise en place d'une équipe multidisciplinaire de traitement de substitution en se référant au rôle décrit précédemment.

---

### 3.7 Le rôle de l'intervenant psychosocial

L'intervenant psychosocial contribue à la réduction des méfaits chez la personne dépendante des opioïdes. Il travaille également dans une perspective de prise en charge psychosociale en aidant celle-ci à se réapproprier un pouvoir personnel dans la conduite de sa vie et à se réinsérer socialement.

Dans le cadre du traitement de substitution, l'intervention psychosociale vise dans un premier temps des activités d'évaluation psychosociale ainsi que la promotion des besoins sociaux de la personne (besoins de base et d'hébergement, inscription à des programmes sociaux: aide sociale, assurance maladie, assurance chômage, etc.), particulièrement lorsqu'il s'agit d'un programme à bas seuil d'exigence.

Dans un deuxième temps, l'intervention psychosociale dans le traitement de substitution implique des activités de réadaptation (counseling individuel, aide à l'entourage, gestion de cas, conseils en matière de formation et d'emploi, collaboration avec les autres ressources, etc.). L'intervenant psychosocial assume les tâches suivantes (Ménard, 2001):

- faire le point avec la personne sur sa consommation et l'impact de celle-ci sur les sphères importantes de sa vie. Il s'agit ici de lui permettre de reconnaître les différents éléments en cause dans l'instauration et le maintien de sa dépendance. Ces prises de conscience ont pour but d'alimenter, d'instaurer ou de consolider un désir de changement au regard de son mode de vie actuel;
- favoriser l'établissement d'un contact et d'une alliance thérapeutique avec la personne;
- clarifier le sens de la demande de la personne en explorant son ouverture et sa motivation à recevoir une aide psychosociale adaptée à cette demande;
- amener la personne à trouver une solution ou à faire face à des dommages immédiats dans sa vie, directement associés à sa consommation (problèmes relationnels, sexuels, familiaux, psychologiques, problèmes avec l'employeur, la justice, etc.);
- dégager les aptitudes et les habiletés de la personne;
- faire le point sur les changements souhaités et nécessaires sur le plan de la connaissance de soi, des compétences personnelles et interpersonnelles et de l'environnement pour atteindre le niveau de fonctionnement désiré;
- soutenir l'individu dans le développement de ses habiletés personnelles et interpersonnelles (résolution de problèmes, communication, négociation de ses besoins, tolérance à la frustration, relaxation, etc.) pour composer avec son univers affectif et interpersonnel;
- soutenir la personne dans la mise en place d'habitudes de vie hors des sentiers de la dépendance qui assurent un maintien minimal des acquis (instauration de nouvelles activités, de nouveaux intérêts, de nouvelles relations, de nouveaux lieux de fréquentation, études, travail, intégration sociale, etc.);

- soutenir la personne dans la connaissance de ses comportements spécifiques et répétés, les plus susceptibles de l'orienter vers une rechute ou un recul par rapport à ses acquis, et favoriser chez elle le développement de comportements de remplacement;
- dépister tout au long du suivi les comorbidités émergentes liées à la santé mentale de la personne en assurant un traitement concerté avec les différentes ressources du milieu;
- diriger la personne vers les services du milieu pouvant la soutenir dans sa démarche de changement;
- renforcer la personne dans sa compétence à être responsable de son traitement.

Il est recommandé que des services d'intervention psychosociale soient offerts à toute personne en traitement de substitution.

---

### 3.8 Le rôle de l'intervenant communautaire

L'intervention communautaire dans le cadre du traitement de la dépendance aux opioïdes peut prendre différentes formes pour répondre aux besoins fondamentaux de première nécessité de la personne (se nourrir, se vêtir, se loger, faire sa toilette, obtenir assistance pour avoir de l'aide, etc.), pour lui offrir un soutien au traitement ou pour contribuer à un meilleur exercice de sa citoyenneté.

D'une part, l'**intervention par les pairs** peut toucher les personnes visées, permettre une communication efficace avec elles, améliorer leurs connaissances et changer leurs intentions. Les pairs aidants obtiennent également des bénéfices en assumant une fonction sociale valorisante. Cette intervention est aussi réputée efficace pour contribuer à la prévention du VIH (Lauzon, 2002).

D'autre part, les **groupes d'intérêts** ou de **défense des droits** amènent la personne à participer à la vie de la communauté en exerçant son statut de citoyen dans des revendications pour lutter contre la répression et la stigmatisation et susciter plus de tolérance à l'égard des usagers. Pour Parrino (1996), ces groupes sont très efficaces pour contrer les préjugés qui entachent les consommateurs d'héroïne et le traitement de maintien à la méthadone. Selon l'auteur, les familles sont devenues de puissants porte-parole en témoignant de leur expérience et en montrant combien leur santé et leur bien-être tendent à s'améliorer lorsqu'un des leurs s'engage dans un traitement et le poursuit. Ce type de groupe est présent dans la région de Montréal (Méta d'Âme).

Ces groupes représentent également des interlocuteurs pour contribuer à faire évoluer le traitement des personnes dépendantes des opioïdes. Ils contribuent à des publications mettant ainsi à profit leur droit d'expression. Ils peuvent offrir différents services : accès au matériel stérile d'injection, intervention de crise, *drop-in*, hébergement d'urgence, travail de rue, etc.

Finalement, les **comités d'usagers** peuvent conseiller les décideurs afin de mieux répondre à leurs besoins. Ils peuvent aussi diffuser de l'information relative à leurs expériences et à leurs connaissances en vue de favoriser une meilleure compréhension de ces besoins et des avantages que comporte le traitement de substitution.

Face à cet engagement concret et solidaire dans la communauté, il est recommandé que tout programme de substitution puisse mettre à profit le soutien offert par des organismes communautaires.

---

### 3.9 Le rôle des services spécialisés complémentaires

Les services spécialisés complémentaires sont susceptibles d'être plus ou moins intégrés à un programme en fonction du nombre d'effectifs, du nombre d'usagers, de l'étape à laquelle la personne se trouve dans son cheminement. Les principaux services spécialisés complémentaires sont les suivants :

- les centres de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies : on doit pouvoir compter sur une intervention de réadaptation pour traiter les personnes qui ont augmenté leur consommation d'autres substances pendant leur traitement à la méthadone, de façon à favoriser le traitement de leur polytoxicomanie ainsi qu'un meilleur effet thérapeutique de la méthadone ;
- les services psychiatriques et les services pour les autres pathologies associées : l'accès au traitement de substitution devrait être l'occasion d'améliorer le recours aux soins des personnes pour les pathologies associées (Thirion et autres, 2004). Il en est ainsi des traitements antirétroviraux, des complications de grossesse, des comorbidités psychiatriques, ainsi que des pathologies virales liées à l'injection, telles les hépatites C et B.

Les établissements qui offrent ces services spécialisés complémentaires doivent traiter les personnes dépendantes des opioïdes au regard de leur condition et des services que cette condition requiert. Leur implication s'inscrit dans une perspective de maillage de services en mettant à contribution les expertises des différents partenaires.

## 4. Les recommandations relatives à certaines pratiques

Les recommandations relatives à certaines pratiques font état des interventions à privilégier dans l'un ou l'autre des aspects du traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone. Ces recommandations découlent des constats observés dans la littérature scientifique en matière de bonnes pratiques ainsi que de l'opinion des experts consultés au cours de la production du présent document.

---

### 4.1 L'accès au traitement et les critères d'admission

L'accès au traitement demeure tributaire de la disponibilité et de la proximité de médecins autorisés à prescrire la méthadone.

Il est recommandé que le traitement de substitution soit accessible dans un délai le plus court possible. Cet accès devrait être encore plus rapide pour la personne se présentant à un traitement à bas seuil d'exigence.

Sur le plan des critères d'admission, il est recommandé que le traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone soit offert en fonction des critères suivants :

- la personne doit être âgée de 14 ans ou plus. Pour la personne mineure, la collaboration des parents ou des autorités responsables doit être recherchée lorsque cela est possible ;
- la consommation d'opioïdes doit être importante et jugée problématique par la personne ;
- la personne doit être dépendante des opioïdes au regard des critères de dépendance du DSM IV ;
- la personne doit consentir au traitement de façon libre et éclairée. Il est recommandé que ce consentement se fasse par écrit après que la personne a reçu une information adéquate relative à la nature du traitement, à ses conditions, à ses avantages, limites et inconvénients ainsi qu'aux attentes que l'on peut avoir à son égard. Il est de même souhaitable que les personnes en demande d'aide bénéficient d'une information relative aux solutions alternatives au traitement avec la méthadone.

Compte tenu de la situation de pénurie que vit le Québec en matière d'accès au TDO avec la méthadone, un accès prioritaire devrait être réservé :

- aux femmes enceintes dépendantes des opioïdes ;
- aux personnes dépendantes des opioïdes et élevant seules de jeunes enfants ;
- aux personnes dépendantes des opioïdes dont l'état de santé est très détérioré ;
- aux personnes arrivant d'une autre région ou province ou d'un autre pays et qui étaient déjà en traitement.

### *Informations à transmettre à toute personne désirant être traitée avec la méthadone*

Les informations relatives au traitement de substitution avec la méthadone que toute nouvelle personne en traitement devrait initialement et minimalement recevoir sont les suivantes :

- la méthadone est un agoniste opioïde à action prolongée qui a généralement une durée d'action de 24 heures et qui peut s'avérer dangereux, voire mortel, en cas de mauvaise utilisation ;
- l'efficacité de la méthadone a été clairement démontrée. Elle devrait aider à réduire et, idéalement, à éliminer les problèmes de consommation d'autres opioïdes. Il est cependant important d'informer la personne du fait que la méthadone ne procure aucun effet euphorisant ou renforçant (pas de trip) et ne remplacera pas, en ce sens, l'opioïde qu'elle consommait habituellement ;
- l'utilisation de la méthadone est un traitement au long cours qui peut, éventuellement, être permanent. Il est toutefois possible de réaliser un sevrage de la médication à la demande de la personne, en dehors de situations particulières, mais les risques de rechute sont assez élevés ;

- compte tenu du danger qu'elle peut représenter, la méthadone sous forme liquide est distribuée en pharmacie selon des recommandations formulées dans les Lignes directrices du Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ);
- la méthadone génère des effets indésirables qui peuvent être handicapants, bien que pouvant être atténués dans certains cas (constipation, sudation excessive, prise de poids, dysfonctions sexuelles, etc.);
- tout déplacement devra être prévu et organisé avec l'équipe soignante afin d'assurer la continuité du traitement;
- au moment de la rencontre d'évaluation ou du premier rendez-vous, il est possible, pour diverses raisons, que la personne ne retienne pas toutes les informations qui lui seront données. Il est donc recommandé de remettre un document d'information à chacune des personnes qui commence un traitement avec la méthadone. Ce document pourra contenir les informations citées plus haut et présenter le traitement qui va lui être proposé.

---

## 4.2 L'évaluation des usagers

L'évaluation dans le cadre du traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone est une démarche multidisciplinaire. Elle est principalement médicale, puisque c'est sur la base des éléments cliniques révélés par celle-ci que la médication va, ou non, être prescrite. Il est recommandé que le médecin se réfère aux Lignes directrices (CMQ et OPQ, 1999) pour établir les éléments du bilan de santé à réaliser avant d'entreprendre un traitement de substitution ainsi que les éléments d'évaluation que devrait comporter le dossier clinique. En bref, un examen médical complet doit être effectué avant l'admission. Il porte particulièrement sur les manifestations, le diagnostic et les complications d'utilisation de drogues, d'autres problèmes de santé pouvant être concomitants, ainsi que sur les recommandations en vue d'un traitement. Il inclut les tests de laboratoire en fonction des indications cliniques. Une évaluation de la santé mentale est souvent utile pour vérifier la coexistence de troubles psychiatriques.

Le personnel infirmier est susceptible également de participer à l'évaluation de la personne. On prête alors une attention aux habitudes de vie ainsi qu'aux besoins à satisfaire en cette matière pour améliorer le niveau de santé. Cette évaluation porte également sur les facteurs de risque associés à ces habitudes de vie ainsi que sur les moyens à privilégier pour atténuer ces risques.

L'évaluation est aussi pharmaceutique pour permettre au pharmacien de disposer des informations relatives aux antécédents pharmacothérapeutiques de la personne ainsi qu'à sa consommation actuelle de médicaments au regard de sa condition médicale et de ses habitudes de vie, et ce, dans la perspective d'entreprendre le traitement de substitution en collaboration avec d'autres professionnels.

Finalement, l'évaluation comporte un volet psychosocial. Cette évaluation doit être menée dans un temps proche de celui de l'évaluation médicale afin de dresser un tableau suffisamment complet de l'état de santé et du fonctionnement individuel et social de la personne pour amorcer le traitement. Elle est réalisée par des professionnels qualifiés en sciences humaines (ex. : psychologue, travailleur social, psychoéducateur). En situation d'urgence, cette évaluation est susceptible d'être effectuée ultérieurement. De plus, en cours de traitement, cette évaluation psychosociale est susceptible d'être reconduite en tenant compte de l'évolution du cheminement de la personne.

Les outils d'évaluation utilisés par ces professionnels doivent être de préférence standardisés pour s'assurer de leur validité. À cet effet, le DSM-IV, le CIM-10 ainsi que l'Indice de gravité de la toxicomanie (IGT) sont des outils reconnus en matière d'évaluation des problèmes d'abus et de dépendance à des substances psychoactives.

---

### 4.3 L'orientation vers d'autres ressources

Dans le cadre de leur traitement de substitution, les personnes dépendantes des opioïdes peuvent avoir besoin d'être soutenues dans leur démarche de stabilisation, de réadaptation ou d'insertion sociale. Aussi, il est recommandé aux organisations chargées d'administrer et de donner ce traitement de veiller à établir et à entretenir des rapports de collaboration, dans le cadre d'ententes de services, avec les ressources de la communauté en position d'offrir un tel soutien (logement, formation, recherche d'emploi, loisirs, etc.).

---

### 4.4 Le cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique privilégié en matière de traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone a pour assises la déclaration éthique, l'approche retenue et les principes d'intervention énoncés dans le Cadre de référence.

Il a pour objectif de définir les limites à l'intérieur desquelles les services vont être offerts, entre autres afin d'assurer l'intégrité et la sécurité de tous, tout en déterminant les attitudes et les actions favorables à la création d'une alliance thérapeutique entre la personne et l'équipe soignante.

Le cadre thérapeutique comporte l'établissement d'un plan de traitement individualisé établi conjointement entre la personne et l'équipe soignante. Ce plan comporte, en autant que faire se peut, un caractère multidisciplinaire en prenant en compte les aspects médicaux, pharmaceutiques, infirmiers et psychosociaux de l'intervention proposée. Il repose donc sur les résultats des différentes évaluations qui ont été réalisées ainsi que sur la concertation à mener entre les différents intervenants pour favoriser l'atteinte des objectifs de traitement.

Ce plan de traitement doit documenter la nature de la demande d'aide et des attentes de la personne. Il détermine les objectifs de traitement, les méthodes qui seront utilisées pour atteindre ces objectifs ainsi que les modalités d'évaluation pour apprécier les changements observés. Il se réfère à des règles pour favoriser la réalisation du plan de traitement.



---

## 4.5 Les règles du traitement

Les règles entourant le traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone doivent garantir la qualité des services offerts ainsi que la sécurité d'emploi du médicament dans le respect de l'intégrité physique et morale de la personne. Elles doivent aussi garantir la sécurité des professionnels impliqués dans le traitement et celle de la société, notamment en matière de dispersion de la médication. Ces règles impliquent un encadrement souvent rendu nécessaire face au risque de rechute ou de désorganisation et visant à baliser l'apprentissage d'une certaine autonomie.

Au Québec, conformément aux Lignes directrices du CMQ et de l'OPQ, la méthadone est délivrée en pharmacie sous forme d'une poudre diluée dans un excipient et qui est administrée devant le pharmacien pour éviter l'injection, le détournement ou la revente ainsi que pour assurer la fidélité au traitement.

Des privilèges sont susceptibles d'être accordés par le médecin traitant lorsqu'il juge que la dose d'entretien a été stabilisée et que la personne a montré un fonctionnement lui permettant de gérer de manière sécuritaire sa médication dans un environnement favorable. Il est alors permis à la personne d'apporter avec elle une ou quelques doses de sa médication pour qu'elle puisse la prendre à l'extérieur pour le nombre de jours correspondant au nombre de doses. La mise à jour des Lignes directrices du Collège des médecins et de l'Ordre des pharmaciens (2004) fournit un nouvel algorithme pour attribuer ces privilèges.

D'autres règles sont susceptibles d'être précisées et intégrées au plan de traitement après avoir fait l'objet d'un consentement éclairé de la part de la personne (Ménard, 2001). En voici l'énoncé :

- la personne en traitement accepte de donner des spécimens de son urine sous supervision pour analyse lorsque les professionnels impliqués dans le traitement le demandent. Dans son cadre de référence sur le traitement à la méthadone, le U.S. Department of Health and Human Services (1992) émet les conseils suivants concernant ces tests d'urine :
  - obtenir des échantillons d'urine dans une atmosphère thérapeutique sécuritaire et de confiance ;
  - partager avec la personne en traitement les résultats de l'analyse pour orienter l'intervention à privilégier ;
  - convenir d'une fréquence de tests qui permette de réagir rapidement en cas de rechute et de gérer les doses à domicile de manière sécuritaire et efficace ;
  - s'assurer de la qualité des laboratoires qui effectuent les tests d'urine ;
  - dans la perspective d'une négation de la personne à la suite d'un résultat positif, envisager la possibilité qu'il puisse s'agir d'un faux positif ;

- se référer aux Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec (1999) qui comportent également des paramètres spécifiques pour guider les bonnes pratiques en matière de tests urinaires;
- le pharmacien avise le médecin traitant si la personne omet de se présenter à la pharmacie pour prendre sa dose de méthadone durant trois jours ou plus;
- au delà de sept jours d'absence, le traitement est interrompu jusqu'à ce que la personne puisse rencontrer de nouveau son médecin ou un médecin autorisé à faire des évaluations de posologie afin d'assurer la continuité du traitement;
- les pharmaciens ont la responsabilité de ne pas servir les personnes qui se présentent en état d'intoxication;
- tout comportement violent, de vol ou de vente de drogues dans les lieux qui offrent des services est interdit. L'attitude à adopter demeure cependant à la discrétion du pharmacien en service. Une telle éventualité devrait être nommée dans le contrat de services à conclure avec la personne en traitement;
- l'exclusion du traitement à la méthadone se fait de façon progressive, selon un protocole de sevrage établi avec le médecin traitant.

Il est recommandé de joindre un document écrit sous forme d'entente ou de plan de traitement dans lequel sont précisées clairement les attentes à l'égard du traitement ainsi que les sanctions en cas de non-respect de ces règles et attentes. Ce document pourrait comporter également les ententes particulières prises dans le cadre de l'établissement du plan d'intervention individualisé.

---

#### 4.6 Les prescriptions et le dosage

Les paramètres d'utilisation de la méthadone dans le traitement de la dépendance aux opioïdes sont définis dans les Lignes directrices (Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec, 1999). Il est donc recommandé de se référer à ces dernières pour prendre connaissance des balises sur le plan de la prescription et du dosage.

En bref, qu'il suffise de mentionner quelques principes de base à respecter pour guider les bonnes pratiques en la matière :

- la dose initiale doit tenir compte du degré de tolérance et du niveau de consommation de la personne et ne doit pas dépasser 40 mg;
- la dose de confort est obtenue au moyen d'une augmentation graduelle du dosage. Elle est obtenue lorsque les symptômes de manque et de somnolence ont disparu. Cette dose de confort varie d'un individu à l'autre et se doit d'être personnalisée;
- la poursuite d'une consommation d'opioïdes en cours de traitement de substitution peut être une indication que la dose n'est pas assez élevée;

- une fois atteinte, la dose de confort doit être prescrite aussi longtemps que nécessaire, sans que la personne ait à subir quelque pression que ce soit visant à diminuer le dosage.

---

#### 4.7 La gestion des effets indésirables de la méthadone

Les effets indésirables les plus courants de la méthadone sont les suivants (Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec, 1999):

- la constipation ;
- les sueurs abondantes ;
- le gain de poids ;
- la rétention d'eau ;
- les troubles hormonaux et de dysfonctionnement sexuel ;
- les nausées.

Les équipes soignantes ont la responsabilité d'entretenir un dialogue ouvert avec la personne en traitement sur la nature et l'intensité des effets indésirables occasionnés par la méthadone. Si la personne le désire, toutes les solutions cliniquement mobilisables doivent être recherchées afin de réduire ces effets, dans le souci du bien-être de la personne mais aussi dans le but de la maintenir en traitement. En effet, certains effets indésirables non pris en compte ou insuffisamment pris en compte peuvent amener certaines personnes à abandonner leur traitement.

Compte tenu de ses contacts très fréquents avec la personne en traitement et de la relation thérapeutique développée, le pharmacien est en position continue pour l'observer ou l'interroger sur la manifestation et l'évolution de ces effets indésirables. Il peut intervenir pour aider à réduire ces effets en plus d'informer le médecin traitant dans la mesure où un travail de collaboration a été initialement convenu dans le plan thérapeutique et autorisé par la personne en traitement.

---

#### 4.8 La gestion de l'usage d'autres substances et les indications relatives aux interactions

L'utilisation de la méthadone ne règle pas tous les problèmes, qu'ils soient affectifs, psychologiques, personnels ou psychosociaux, pour lesquels les personnes en traitement vont généralement chercher des solutions.

Parfois, cette recherche de solution passe par la consommation d'autres drogues ou de médicaments détournés de leur usage initial, la personne croyant qu'elle pourra ainsi soulager les difficultés qu'elle éprouve. Il est donc primordial que le traitement de substitution prenne en compte ces difficultés et ne dicte pas à la personne des objectifs imposés visant l'abstinence ou un usage contrôlé de ces substances, sauf dans le cas où

les consommations associées représentent un danger en matière d'interaction médicamenteuse (ex. : les benzodiazépines).

Il est essentiel que, dans ce type de situation, des solutions autres que médicales (psychosociales, psychologiques, etc.) soient proposées à la personne afin de lui permettre de cheminer vers une meilleure qualité de vie. Il est toutefois important de considérer que pour certaines personnes, la consommation de substances peut être la solution « la moins à risque ».

Le cadre thérapeutique et l'attitude des intervenants concernés doivent permettre à la personne de se sentir à l'aise pour parler librement de sa consommation. Ce n'est qu'en obtenant une information valide sur les consommations entretenues que le professionnel pourra porter un jugement clinique à propos de la gestion de l'usage d'autres substances et intervenir pour faciliter l'évolution du plan de traitement dans le meilleur intérêt de la personne.

---

#### 4.9 La durée et la cessation du traitement

La méthadone peut être utilisée à dose décroissante aux fins de désintoxication aux opioïdes. Dans la majorité des cas, la désintoxication peut s'effectuer sans risque avec un traitement de soutien (Santé et Bien-être Canada, 1992). La désintoxication est susceptible de s'échelonner sur une période allant de quelques semaines à quelques mois.

Au Québec, la méthadone est toutefois utilisée plus fréquemment dans le cadre d'un traitement à long terme qui se base sur le principe de la substitution de l'opioïde à l'origine de la dépendance par un opioïde générant moins de méfaits pour l'individu. Dans le cadre du traitement de substitution, il est recommandé par les experts de laisser à la personne le soin de décider si elle envisage ou pas de se sevrer de la médication de substitution qui lui est prescrite et du moment où elle souhaite le faire si tel est son objectif. La durée du traitement est ainsi laissée au libre arbitre de la personne en démarche. Il est cependant acquis que le traitement de substitution doit être prolongé sur une durée minimale d'une année pour être en mesure d'induire un changement stable sur le plan de la consommation d'opioïdes. À cet effet, il est recommandé de se donner comme objectif de retenir 80 % des personnes à l'issue de leur première année de traitement (Lauzon et Bruneau, 1998). Dans le cas où une proportion moindre de personnes poursuivraient le traitement, il est recommandé par les experts de réviser les règles et modalités thérapeutiques afin que celles-ci n'entraînent pas un abandon du traitement.

Pour plusieurs personnes dépendantes des opioïdes, le traitement de substitution est susceptible d'être envisagé sur une base permanente. Une étude montre que 87 % des personnes admises à un programme de substitution depuis son entrée en fonction étaient encore en traitement (Savard, 2000).

De manière réaliste, les centres spécialisés dans le traitement de la dépendance ne peuvent traiter sur une durée indéterminée les usagers bénéficiant d'un traitement de

substitution. Il en résulte en effet un important engorgement des services. Il est donc nécessaire de planifier et de mettre en œuvre dans chacune des régions du Québec des mesures permettant le transfert vers un médecin de famille (en autant que cela soit possible) des personnes ayant atteint une stabilité de fonctionnement au regard de leur traitement et de leur mode de vie.

À Montréal, les centres spécialisés dans le traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone ont convenu d'une définition commune de ce qu'est une personne stable, transférable vers les ressources disponibles dans la communauté. Ils ont, de même, défini les conditions et processus pour réaliser ce type de transfert. À cet effet, un important effort demeure cependant à réaliser afin de recruter des médecins dans la communauté afin qu'ils deviennent des prescripteurs de méthadone (formation et obtention de l'exemption pour l'utilisation de la méthadone).

L'abandon du traitement est une réalité trop fréquente même si l'on estime qu'à Montréal, on parvient à retenir environ 70 % des personnes traitées avec la méthadone. L'abandon est de loin le principal motif d'interruption du traitement. Une étude montre cependant que 22 % des personnes ayant cessé un traitement en ont recommencé un nouveau (Rousseau et autres, 2001).

---

#### 4.10 Les modalités de sevrage de la méthadone

Il est nécessaire que la personne désirant effectuer un sevrage de sa médication soit adéquatement informée des difficultés qu'elle pourrait éprouver et surtout du fait que la démarche dans laquelle elle souhaite s'engager pourra, à sa demande, être interrompue de façon temporaire ou définitive. En effet, ce n'est pas parce qu'une personne commence à diminuer graduellement sa dose de méthadone que cette réduction doit être linéaire et systématique. Cette diminution doit être graduelle et tenir compte des événements qui surviennent dans la vie de la personne.

Les bonnes pratiques en ce qui concerne le sevrage de la méthadone consistent à maintenir à tout prix la qualité de vie acquise (Déglon, 2004). Cette position implique de ralentir la réduction de la dose si des symptômes d'un état déficitaire se manifestent.

Il est important cependant de ne pas réduire de plus de 5 mg à la fois la dose de méthadone. Une étude montre qu'une stratégie de retardement des réductions de dosage peut être introduite avec satisfaction lorsqu'il devient pertinent de faire une pause ou de franchir un palier dans le processus de sevrage (D'Elia, 1996).

De plus, il s'avère important que le sevrage soit adapté aux caractéristiques propres à chacun et que la personne puisse en contrôler le déroulement (Eklund et autres, 1995).

Il est possible, si certains critères sont respectés, de mettre fin au traitement d'une personne si celle-ci en fait la demande et si elle a pu bénéficier d'une information complète sur les

conséquences d'une telle décision. Les critères pour mettre fin au traitement sont les suivants (Delile, 2004):

- l'absence durable d'usage de drogues;
- l'adoption d'un style de vie à l'écart du monde des drogues;
- la stabilité relationnelle et sociale;
- la rémission ou la prise en charge efficace des éventuelles pathologies psychiatriques associées.

L'application de ces critères demeure souvent théorique car, dans les faits, plusieurs personnes décident de cesser leur traitement sans que ces conditions soient présentes. Comme l'indique la déclaration éthique, on ne peut alors refuser de sevrer une personne qui le demande, quelle que soit sa motivation.

## 5. Les recommandations relatives aux conditions particulières de certains usagers

Les services à mettre en place doivent pouvoir répondre à la diversité des besoins de traitement chez les personnes dépendantes des opioïdes. Certaines populations sont cependant susceptibles de présenter des besoins particuliers qui commandent des interventions qui leur soient propres.

Il semble donc pertinent de formuler des recommandations distinctes pour les populations suivantes: les personnes présentant une concomitance de dépendance à d'autres substances ou des problèmes de santé mentale; les femmes enceintes; les personnes incarcérées ainsi que les personnes qui doivent changer de région.

### 5.1 Les personnes présentant des dépendances

Les personnes présentant une dépendance aux opioïdes appartiennent souvent à un profil clinique qui inclut la consommation d'autres substances telles que la cocaïne, l'alcool, les benzodiazépines et autres drogues. Le traitement de substitution est réputé avoir un effet favorable, à long terme, en matière de diminution de la consommation de ces autres substances sans toutefois conduire à une abstinence.

Le traitement de substitution doit donc composer avec le maintien de la consommation de ces autres substances et avec les risques qu'elle comporte sur les plans de l'intoxication et des différents problèmes qui en résultent. L'approche de réduction des méfaits retenue dans le Cadre de référence facilite ce travail en orientant l'intervention vers une réduction des conséquences négatives de la consommation plutôt que vers l'arrêt systématique.

Par ailleurs, il est recommandé par les experts que d'autres types d'aide que la prise en charge médicale soient offerts pour soutenir les personnes qui souhaitent entreprendre ou poursuivre une démarche pour traiter la dépendance à plusieurs substances. Une collaboration est alors à établir avec des ressources spécialisées en toxicomanie pour que la personne puisse bénéficier d'un traitement de ces dépendances.

---

## 5.2 Les personnes présentant une morbidité psychiatrique

Les personnes dépendantes des opioïdes présentent fréquemment des problèmes de santé mentale dont la dépression grave, le trouble de personnalité antisociale ainsi que les troubles dysthymique, d'anxiété et d'hyperactivité (King et Brooner, 1999). Par ailleurs, les personnes dépendantes qui présentent cette concomitance risquent davantage de consommer d'autres substances et d'adopter des comportements à risque. C'est donc un tableau clinique complexe qui caractérise ces personnes et qui oblige les intervenants à ajuster leurs pratiques.

Les bonnes pratiques en ce domaine consistent à offrir concurremment un traitement de la dépendance ainsi qu'un traitement des problèmes de santé mentale. Ces interventions simultanées sont susceptibles d'augmenter le maintien dans le traitement de substitution (King et Brooner, 1999).

Des rapports de collaboration sont donc à établir et à entretenir avec des ressources spécialisées en santé mentale afin de permettre aux personnes visées de bénéficier d'une expertise en matière d'évaluation et de traitement psychiatrique. Cette expertise est susceptible d'être également mise à profit par les intervenants impliqués dans le traitement de substitution afin qu'ils puissent, en conséquence, ajuster leurs interventions.

Par ailleurs, le traitement de substitution offre aux personnes concernées un cadre thérapeutique soutenu favorisant l'observance de la médication ainsi qu'une vigilance des effets pouvant découler d'une interaction médicamenteuse ou d'une inobservance de la médication psychiatrique.

---

## 5.3 Les femmes dépendantes des opioïdes qui sont enceintes

Les femmes dépendantes des opioïdes qui sont enceintes ont des besoins précis de prévention et de soins en matière de santé mais aussi des besoins de soutien, de répit ou de garde pour leurs enfants afin qu'elles puissent avoir pleinement accès à un traitement.

Il est important que ces femmes puissent être traitées durant le premier trimestre de leur grossesse afin de réduire les risques inhérents à la consommation d'héroïne. Un suivi étroit de la grossesse permet également de réduire les complications durant la grossesse, au moment de l'accouchement et en période périnatale. Le méthadone s'est avérée un médicament sécuritaire tant pour la mère que le nouveau-né (Kaltenbach et Finnegan, 1992).

Les principales lignes directrices en matière de bonnes pratiques dans le traitement des femmes enceintes qui présentent une dépendance aux opioïdes sont les suivantes (Santé et Bien-être Canada, 1992) :

- le diagnostic doit comprendre une anamnèse et un examen physique complet qui porte sur l'observation de signes récents de toxicomanie ainsi que de symptômes de sevrage ;
- un dépistage de drogues dans l'urine est nécessaire pour évaluer la polyutilisation de drogues et ses effets sur le fœtus ;
- la désintoxication n'est pas recommandée sur le plan médical. Si la femme tient à être désintoxiquée, le traitement doit se faire en milieu hospitalier afin d'assurer une étroite surveillance du fœtus. Certains sevrages se font de façon ambulatoire, très lentement, selon le moment de la grossesse. Les symptômes de sevrage sont à éviter durant la grossesse ;
- le traitement de substitution à la méthadone doit comporter l'administration d'une dose minimale afin d'éviter les symptômes de sevrage. En fin de grossesse, il peut être nécessaire d'augmenter cette dose ou d'administrer la méthadone en doses divisées ;
- le traitement doit être poursuivi tout au long de la grossesse ainsi que pendant une période d'au moins six mois après l'accouchement ;
- les femmes enceintes ont droit aux mêmes balises de traitement que l'ensemble des usagers. Elles ont le droit d'apporter de la médication avec elles selon leur niveau de stabilité. Il revient au médecin d'évaluer cette possibilité ;
- le dépistage urinaire est de mise en début de traitement ainsi qu'à l'arrivée à la salle de travail. Les autres dépistages sont prescrits de la même façon que pour les autres personnes en traitement ;
- tous les efforts doivent être faits en vue d'une réadaptation psychosociale en portant une attention aux aspects prénataux et obstétricaux ;
- les nouveau-nés qui ont été exposés aux opioïdes au cours des quatre semaines précédant l'accouchement doivent être considérés comme potentiellement dépendants et faire l'objet d'une observation attentive pendant deux semaines en vue de déceler les symptômes de sevrage. Le traitement doit s'effectuer dans un hôpital doté d'installations de soins intensifs avec un personnel spécialement formé, et peut inclure une désintoxication au moyen d'un sirop de morphine ;
- l'évaluation des risques et des avantages liés à l'allaitement durant un traitement à la méthadone doit être effectuée conjointement par le médecin et la mère.

Le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec (1999) donnent également des Lignes directrices en matière de traitement de substitution auprès des femmes enceintes dépendantes des opioïdes. Le lecteur est invité à s'y référer comme complément aux présentes balises.



---

## 5.4 Les personnes dépendantes des opioïdes qui sont incarcérées

La consommation de drogues en milieu correctionnel est une réalité préoccupante, particulièrement celle qui donne lieu à une injection et donc à des risques de transmission du VIH, du VHC ou d'autres infections transmissibles par le sang (Alary et autres, 2004). L'approche de réduction des méfaits y est peu implantée si ce n'est l'accès à de l'eau de Javel et à des condoms. Les personnes dépendantes des opioïdes qui sont admises en milieu correctionnel sont confrontées à un risque élevé de sevrage à la suite de l'arrêt de leur consommation. Un traitement est donc grandement souhaitable pour éviter ou réduire les symptômes de sevrage.

Le traitement de substitution avec la méthadone doit prioritairement répondre aux besoins des personnes dépendantes qui étaient en traitement avant d'être incarcérées. Par ailleurs, il devrait être offert à l'ensemble des personnes dépendantes des opioïdes incarcérées qui le désirent, pour autant que leur temps d'incarcération permette d'implanter le traitement dans de bonnes conditions et que des ressources soient disponibles pour assurer la continuité du traitement après l'incarcération.

La mise en place d'un traitement de substitution en milieu correctionnel s'avère favorable malgré la présence d'obstacles importants, tels que la très grande difficulté de respecter le droit à la confidentialité ainsi que la présence d'un trafic de drogues en ce lieu fermé (Santé Canada, 2002). La concomitance observée précédemment de problèmes de dépendance aux opioïdes et à d'autres substances est aussi très marquée chez la population incarcérée. Les bonnes pratiques doivent alors s'inspirer des indications reconnues dans la littérature concernant le traitement de la toxicomanie dans ce milieu.

Par ailleurs, des interventions adaptées sont requises en milieu carcéral pour assurer la continuité des services à la libération de la personne qui aurait entrepris un traitement de substitution durant son incarcération. Des ententes de services doivent être établies avec différentes ressources de la communauté afin de préciser les règles de collaboration à respecter pour assurer cette continuité. Des ententes similaires doivent également cibler les personnes dépendantes qui ont maintenu leur consommation d'opioïdes durant leur incarcération. L'administration de méthadone au moment de leur libération pourrait contribuer à diminuer les actes criminels associés à l'obtention d'opioïdes ainsi qu'à contrer leur retour en milieu correctionnel (Santé Canada, 2002).

Finalement, il est recommandé de mettre en place des corridors de services pour les personnes qui sont condamnées à une peine au provincial, qui sont en traitement avec la méthadone et qui sont transférées dans un autre centre de détention provincial où le médecin n'est pas autorisé à prescrire la méthadone.

## 5.5 Les personnes dépendantes des opioïdes qui sont en déplacement

Au Québec, les modalités de prescription et de distribution de la méthadone dans le cadre d'un traitement de substitution ont pour les personnes qui en bénéficient des conséquences contraignantes, notamment en matière de libre déplacement.

Il est donc recommandé aux organisations chargées d'administrer et de donner le traitement de substitution avec la méthadone de mettre en œuvre les mesures appropriées afin d'assurer la prise en charge des personnes en traitement de substitution avec la méthadone qui se déplacent d'une région à l'autre du Québec ou qui viennent de l'extérieur du Québec.

De plus, il est suggéré à ces organisations de rendre facilement accessibles les informations relatives aux conditions requises pour être en mesure de bénéficier d'une prescription de courtoisie dans le cadre d'un séjour temporaire ou d'un transfert permanent lorsqu'il s'agit d'un déménagement. Une politique conjointe du Collège des médecins et de l'Ordre des pharmaciens du Québec comporte des modalités précises pour lesquelles une médication sous forme de capsules ou de comprimés peut être prescrite dans des circonstances exceptionnelles.

Il est à noter que le Service d'appui à la méthadone (Sam) est en mesure de soutenir les professionnels en matière de gestion des procédures de transfert, qu'il s'agisse de transferts temporaires ou permanents, au Québec, au Canada ou ailleurs dans le monde. L'ensemble des informations relatives aux diverses procédures de transfert sont disponibles sur le site Internet du Sam, dans la section réservée aux professionnels. Ces informations peuvent également être obtenues en communiquant directement avec ce service.

## 6. Les recommandations relatives à la formation du personnel

Le traitement des personnes dépendantes des opioïdes avec la méthadone est une pratique exigeante qui requiert des connaissances sur les différents opioïdes, sur les caractéristiques de la dépendance aux opioïdes ainsi que sur les dynamiques personnelles et relationnelles qu'elle engendre, la motivation au changement, les contextes d'influence et les cadres légaux dans lesquels évolue la personne dépendante ainsi que les dimensions éthiques qui découlent dudit traitement.

Cette pratique requiert aussi des attitudes et des aptitudes pour composer avec ces réalités ainsi qu'avec les résistances au changement et les phénomènes de marginalité et d'exclusion qu'entraînent les toxicomanies en général, et la dépendance aux opioïdes en particulier.

Les jugements cliniques et l'application d'un plan de traitement qui découlent d'une évaluation personnalisée de la condition particulière de l'individu dépendant des opioïdes demandent donc une expertise dans le domaine des toxicomanies et particulièrement du traitement de substitution.

L'application de règles et de mesures de contrôle exige également des dispositions particulières de la part des professionnels concernés. Apprendre à utiliser les contraintes imposées comme un levier pour aider les personnes à changer plutôt que de tenter de s'y soustraire, requiert une façon d'être et de la formation (Wieworka, 1996).

La formation est essentielle non seulement pour permettre une adaptation des pratiques mais aussi pour faire évoluer les pratiques au regard des plus récentes connaissances scientifiques et cliniques en matière de bonnes pratiques. La formation continue agit favorablement sur le niveau de connaissances des professionnels qui y participent, le choix de leurs interventions ou leurs attitudes à l'égard des usagers.

Finalement, la formation doit aborder les aptitudes et les attitudes à privilégier face à des personnes qui présentent de multiples pathologies augmentant les risques de mortalité. Le personnel soignant doit disposer d'une formation suffisante non seulement sur les dimensions cliniques mais aussi existentielles d'un tel contexte d'intervention qui redéfinit les objectifs et la finalité du traitement (Parrino, 1995).

Il faut donc stimuler l'intérêt et l'engagement des médecins, des pharmaciens, des infirmiers et des intervenants psychosociaux à travailler auprès des personnes dépendantes des opioïdes en offrant à ces professionnels de la formation continue. Plus ils disposeront de connaissances et d'expériences dans ce domaine, plus ils pourront assouplir les modalités thérapeutiques pour les adapter aux besoins particuliers des personnes dépendantes des opioïdes (Office fédéral de la santé publique, 1993). Cette formation doit être de haut niveau étant destinée à des professionnels de la santé et des services sociaux qui possèdent déjà un bagage important en matière de connaissances, de compétences et d'expériences cliniques.

Il est donc recommandé par les experts que des modules de formation sur le TDO avec une médication de substitution, tant théoriques que pratiques, soient intégrés aux différents cursus professionnels conduisant à la formation d'intervenants qui peuvent être amenés à prendre en charge des personnes dépendantes des opioïdes. Cette formation devrait être intégrée aux cours de pharmacologie donnés aux externes en médecine. Il est aussi recommandé de généraliser les expériences menées par certaines unités de médecine familiale en matière de formation clinique des médecins de famille.

Par ailleurs, il est recommandé que les modules de formation continue actuellement disponibles tant pour les médecins, les pharmaciens, les intervenants psychosociaux que pour le personnel infirmier, bénéficient d'une meilleure promotion, notamment par l'intermédiaire des instances régionales chargées de mettre en place des services auprès de la population. Les personnes-pivot sont susceptibles d'être mises à contribution dans l'organisation de ces formations à un niveau local.

Il est à noter que le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'INSPQ et le Bureau de formation continue de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal organisent en partenariat avec le Cran, tous les 18 mois, un colloque de formation interdisciplinaire sur les traitements de substitution. Il est recommandé à tous les professionnels de participer activement à ce type de formation dans le but de favoriser la mise à jour de leurs connaissances, leur ressourcement professionnel et, bien entendu, le transfert de leurs connaissances aux autres professionnels.

En complément à la formation continue, il est grandement souhaitable que les professionnels puissent disposer de soutien professionnel pour obtenir des avis, réaliser des études de cas et bénéficier, au besoin, de supervision. Le développement d'équipes régionales de traitement de substitution ainsi que la mise en place de services de soutien professionnel sont des mesures qui devraient répondre à ces besoins.

Au delà de la formation continue et du soutien professionnel, le développement de l'expertise demeure tributaire de la stabilité des effectifs rendue de plus en plus difficile dans un réseau en transformation. Il est grandement souhaité que l'application du Cadre de référence et du Guide de bonnes pratiques puisse contribuer à cette stabilité attendue ainsi qu'au développement de l'expertise et des programmes en matière de traitement de substitution.

## **7. Les recommandations relatives à l'évaluation et à la recherche**

Les modalités de traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution doivent reposer sur des données objectivées, issues des consensus scientifiques les plus récents, tant sur le plan médical que sur le plan psychosocial.

Pour nourrir cette assise scientifique du traitement de substitution, il est recommandé de mettre en place, au niveau national, une mesure permettant de veiller à la révision régulière de l'évidence scientifique en matière de traitement avec la méthadone et d'encourager l'activité de recherche en la matière.

Le domaine de la recherche évaluative est vaste et comporte différentes stratégies (MSSS, 1998). Ainsi, on trouve dans la présente section des recommandations sur les stratégies de recherche suivantes :

- la connaissance et la surveillance ;
- l'évaluation des besoins ;
- l'évaluation d'implantation ;
- l'évaluation de la perspective des usagers ;
- l'évaluation de l'efficacité ;
- la recherche sur les substances.

Ces recommandations portent précisément sur le traitement de substitution et la population à laquelle il s'adresse. La recherche évaluative vise ainsi à combler les lacunes en ce qui concerne les connaissances sur les usagers et à accroître l'efficacité du traitement de substitution en se développant selon un processus continu (Santé Canada, 2002b). Une meilleure connaissance sur le traitement, ses indications et ses effets est donc susceptible de contribuer au développement de la gamme de services dans le respect de standards de qualité.

---

## 7.1 La connaissance et la surveillance

Le Collège des médecins du Québec ainsi que l'Ordre des pharmaciens appliquent respectivement un mécanisme de surveillance de la pratique de prescription et des soins pharmaceutiques pour s'assurer que les Lignes directrices relativement au traitement de substitution sont respectées.

Par ailleurs, des mesures de contrôle spécifiques sont mises en place pour intervenir en situation de polyprescription afin de réduire au minimum les risques d'abus, de détournement et de trafic de méthadone. Ce mécanisme doit permettre de dénombrer le plus fidèlement possible ces situations et d'y répondre promptement. Ce qui requiert l'accès à un fichier informatisé des prescriptions pour procéder à des vérifications et à des enquêtes.

De manière plus large et intégrée, un *système d'information clientèle*, notamment sur l'utilisation de la méthadone, sera développé par le MSSS. Ce système aura pour but de fournir une indication fiable du degré d'accès aux services, du maintien des usagers dans le traitement ainsi que de l'évolution du développement des services. Il vise également à permettre une rétroaction d'information en vue d'ajuster les services.

L'accès à des banques de données permanentes comme celles de Med-Écho ou de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) devrait être facilité aux chercheurs et aux planificateurs de services pour compléter un profil régional d'usagers. Par ailleurs, les données découlant des recherches épidémiologiques ou d'études portant sur les différentes populations cibles devraient également être mises à profit dans l'établissement de ces profils. Les banques de données de la RAMQ ainsi que les protocoles de collecte des données et les mécanismes pour les générer devraient être bonifiés pour satisfaire au système mis en place.

Dans le contexte actuel d'informations de plus en plus nombreuses générées par les différents mécanismes administratifs, de recherche et d'évaluation qui entourent le traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone, il devient capital de pouvoir disposer rapidement d'une information pertinente. Le site Internet du Service d'appui pour la méthadone (Sam) propose aux professionnels concernés de nombreuses informations et outils de travail relatifs au traitement de substitution pour les personnes dépendantes des opioïdes. De plus, le réseau des personnes-pivot impliquées dans le traitement de substitution est à mettre à profit dans cette gestion de l'information.

---

## 7.2 L'évaluation des besoins

Les recherches épidémiologiques doivent continuer à fournir des données en provenance de cohortes et obtenues à l'aide de questionnaires et d'outils d'évaluation standardisés. On pourra ainsi mieux connaître les caractéristiques des différentes populations cibles en cheminement et les comparer sur une base commune d'évaluation. Les études de Perreault et autres (2001, 2003) ont fourni des indicateurs de suivi de ces cheminements.

Il est suggéré aux établissements chargés d'administrer et d'offrir le traitement de substitution avec la méthadone dans les différentes régions du Québec, de veiller à la meilleure adaptation possible des services offerts aux besoins particuliers des personnes dépendantes des opioïdes. Les moyens nécessaires devraient donc être mis en place afin de mieux connaître, et de mieux documenter, la nature des besoins et des attentes des personnes dépendantes, tant sur les plans individuel que collectif.

Cependant, la connaissance des besoins de ces personnes provient en majeure partie d'études réalisées auprès des usagers qui ont été rejoints et qui ont accepté de participer (Lauzon, 2002), ce qui limite la portée des résultats obtenus. Il faut adopter des approches novatrices et prometteuses qui contribuent à répondre tant à un plus grand nombre qu'à une plus grande variété d'usagers. Il faut utiliser des méthodologies qui permettront non seulement de mieux définir les caractéristiques de ces nouveaux usagers mais aussi de décrire leur cheminement et de documenter l'efficacité de ces nouvelles approches.

---

## 7.3 L'évaluation de l'implantation

Il importe de mener une solide évaluation d'implantation pour bien décrire le profil de la population cible, les processus inhérents au fonctionnement d'un programme, la perspective de ce dernier, le type de services utilisés ainsi que la concordance entre les services offerts et les objectifs du programme (Mercier et Perreault, 2001). Ce type d'évaluation est quantitatif (processus) et qualitatif (mise en œuvre). Il aide à déceler et à comprendre les forces, les problèmes, les enjeux et les solutions dans une perspective formative. Cette étape de l'évaluation est nécessaire pour passer à celle de l'évaluation de l'efficacité des programmes.

De plus, dans un souci d'amélioration continue de la qualité des services, des mesures permanentes de suivi de gestion (monitoring) et de révision périodique des programmes devraient être mises en place. Ces mesures devraient concerner les éléments suivants :

- la description du profil des usagers recevant des services et l'analyse de l'évolution de ce profil dans le temps sur la base des caractéristiques sociodémographiques, des problèmes relevés, des besoins observés et des attentes formulées ;
- la nature, la qualité et la quantité de services reçus par les usagers ;
- la satisfaction des usagers, des intervenants et des partenaires au regard des services reçus ;

- les avantages et les désavantages notés dans la prestation des services ;
- les correctifs à apporter pour mieux répondre aux besoins des usagers et accroître la qualité des services.

L'ensemble des données obtenues de ces mesures évaluatives doivent servir à dresser un portrait du degré d'implantation du programme et à faire des choix et des ajustements relatifs à son développement. Elles doivent aussi permettre de mettre à jour le profil de la population bénéficiaire.

---

## 7.4 L'évaluation de la perspective des usagers

L'évaluation de la perspective des personnes en traitement de substitution avec la méthadone devrait être systématisée afin de déterminer leurs besoins et leurs attentes en matière de traitement, de pronostic et de processus, et de connaître leurs préférences quant à différentes modalités de traitement et leur satisfaction face aux traitements reçus.

---

## 7.5 L'évaluation de l'efficacité

Dans l'évaluation de l'efficacité, les chercheurs, souvent extérieurs aux programmes évalués, utilisent des approches sommatives à partir de données quantitatives pour vérifier objectivement si le programme donne ou pas des résultats. La recherche portant sur l'efficacité du traitement est susceptible d'examiner une variété de paramètres (Cousineau et Gariépy, 2000) :

- le taux de mortalité ;
- la réduction des méfaits ;
- les acquis du traitement ;
- les coûts sanitaires.

Malgré le besoin de recourir à des méthodes qui visent à assurer la meilleure objectivité pour apprécier l'efficacité du traitement, la subjectivité des personnes s'avère très importante pour juger cette efficacité (Mercier et autres, 2004). Ainsi, des outils d'évaluation doivent être utilisés pour que la personne puisse apprécier l'impact du traitement sur son état fonctionnel, son niveau de bien-être, son degré de satisfaction général ainsi que sa qualité de vie. Sur ce dernier point, Brogly, Mercier et autres (2003) ont validé un outil pour les personnes utilisatrices de drogues par injection.

Il est important que la recherche sur l'efficacité du traitement se poursuive, et même s'accroisse. Le fruit de cette recherche doit être communiqué à tous les praticiens offrant un traitement (centre hospitalier, centre de traitement spécialisé en toxicomanie, organisme communautaire, omnipraticien en cabinet) afin qu'ils puissent le mettre à profit dans leurs interventions. Il doit aussi être communiqué à l'ensemble de la population pour tenter d'améliorer les perceptions à l'égard du traitement et des capacités des personnes en cause d'en tirer parti.

Afin de favoriser une évaluation rigoureuse du traitement, il est recommandé de disposer des outils suivants (Thirion et autres, 2004) :

- un système d'informations quantitatives et qualitatives qui soit permanent et harmonisé à l'ensemble des régions sur la base des mêmes indicateurs clairement définis permettant ainsi les comparaisons entre les régions sur une base continue. Les données qui émanent de ce système d'information relèvent d'une approche transversale. Elles devraient être complétées par des études de cohortes, et donc longitudinales, permettant de véritablement apprécier le cheminement de la population cible (Thirion et autres, 2004) ;
- un accès aux données concernant sa propre région afin de les rendre utiles dans la pratique ;
- la mise en place de mesures pour améliorer la qualité des informations obtenues et la validité des analyses effectuées ;
- la réalisation d'études portant sur des thématiques insuffisamment documentées.

Le projet NAOMI (*North American Opiate Medication Initiative*) représente un groupe de recherche pancanadien auquel se sont jointes des équipes de Montréal et de Vancouver pour réaliser conjointement un projet de recherche comportant l'administration d'héroïne prescrite médicalement et visant des personnes non retenues pour le traitement avec la méthadone. Les évaluations récentes de programmes expérimentaux de ce type ont donné des résultats encourageants dans le sens de l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique, d'une amélioration de l'état de santé physique et mentale ainsi que de l'insertion sociale en plus d'une diminution de la consommation d'opioïdes illicites (Rehm et autres, 2001, cité dans Vignau, 2004 ; Uchtenhagen et autres, 1997, cité dans Goisset, 2004).

---

## 7.6 La recherche clinique

La recherche clinique porte sur des questions de recherche destinées à mieux comprendre les usagers, les processus de changement ainsi que les effets de différentes composantes du traitement. Une des questions de recherche est de savoir si l'interruption du traitement de substitution est consécutive à une rechute ou à un sevrage de la médication. Par ailleurs, il serait utile de préciser le rôle des aidants aux différentes étapes de cheminement des usagers ainsi que l'impact du traitement sur la vie de ces aidants.



---

## 7.7 La recherche sur les substances

Des recherches sont souhaitables pour connaître de manière plus objective les perturbations neurophysiologiques durables que l'usage prolongé de substances telle l'héroïne peut entraîner chez l'humain. L'amélioration constante du pouvoir de résolution des techniques d'imagerie médicale permet certains espoirs en ce sens (Cousineau et Gariépy, 2000).

Des recherches sont également souhaitables pour identifier d'autres molécules qui pourraient être utilisées de manière efficace, et avec peu d'effets secondaires, dans le traitement de substitution.

## Lexique

Certains concepts de base sont à préciser pour développer un langage commun à l'ensemble des partenaires impliqués dans le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution.

### **Agoniste des opioïdes**

Substance ayant une action analogue à celle de la morphine (Santé et Bien-être social Canada, 1992).

### **Antagoniste des opioïdes**

Substance qui inhibe les effets de la morphine et d'autres agonistes des opioïdes et qui peut hâter l'apparition d'un syndrome d'abstinence chez une personne présentant une dépendance aux opioïdes (Santé et Bien-être social Canada, 1992).

### **Buprénorphine**

Opioïde synthétique mixte, agoniste partiel doté d'une bonne absorption orale et sublinguale dont l'indice thérapeutique est supérieur à celui de la morphine, et qui comporte des risques de dépendance plus faibles (Santé et Bien-être social Canada, 1992). Aucun autre médicament que la méthadone et la buprénorphine n'a fait l'objet de recherches scientifiques confirmant son efficacité pour traiter les personnes dépendantes des opioïdes (Conseil supérieur d'hygiène, 2000). La demi-vie de cette substance est plus longue que celle de la méthadone qui permet la prise de deux ou trois doses par semaine plutôt que sur une base quotidienne (Cousineau et Gariépy, 2000).

### **Dépendance aux opioïdes**

Condition persistante qui comporte une détresse ainsi que des problèmes dans différentes sphères de fonctionnement de la personne. Cette dernière peut présenter un désordre métabolique consécutif à une utilisation prolongée d'opioïdes. La consommation régulière d'opioïdes a pour effet que les endorphines naturelles cessent d'être produites dans le cerveau et donne lieu à un besoin de rechercher à nouveau, et de manière compulsive, l'effet euphorisant de l'opioïde. Cette consommation compulsive donne lieu presque toujours à une tolérance et à une dépendance physique qui se manifeste par des réactions de sevrage (Centre for Addiction and Mental Health, 2004).

## Dépendance aux substances psychotropes

États physique et psychologique qui conduisent la personne à consommer bien qu'il puisse en résulter des conséquences négatives pour elle-même ou pour son entourage (American Psychiatric Association, 1994).

## Drogue

Terme générique utilisé pour désigner toute substance qui modifie le fonctionnement mental et dont l'usage peut conduire à l'abus ou à la dépendance (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2003a). Dans le langage courant, le terme «drogue» réfère souvent aux drogues illicites tels le cannabis, la cocaïne, l'héroïne.

## Drogue de substitution

Envisagée particulièrement pour contrer l'apparition d'un fort sevrage à l'arrêt de la consommation (Cousineau et Gariépy, 2000). L'arrêt de la consommation d'alcool et d'opioïdes provoque une telle réaction. Pour les produits dérivés de la morphine, le médicament de substitution le plus connu et utilisé au Québec est la méthadone. Il sert de produit de substitution depuis plus de 40 ans. Il existe également d'autres médicaments de substitution tel le buprénorphine, davantage utilisé dans les programmes de traitement en Europe et particulièrement en France.

## Étapes des effets des opioïdes avec injection (Grund, 1993)

- 1- le *rush* obtenu en dedans d'une minute ou deux et dont la durée n'est que de quelques minutes. Son intensité varie selon la dose et le niveau de tolérance. Le *rush* est accompagné d'un intense sentiment de bien-être et d'un plaisir pouvant être associé à l'orgasme;
- 2- le *high* dont la durée et l'intensité varient selon la dose et le degré de tolérance. Il peut durer jusqu'à une heure. Il est accompagné d'un sentiment de calme, d'état second, d'absence de préoccupations, de bien-être et de rehaussement de l'estime de soi;
- 3- le sentiment d'être *straight* durant une période de quatre à six heures après la consommation;
- 4- le sentiment d'être malade du fait de ne pas consommer et qui suit la phase *straight*.

## Héroïne

Analgésique puissant, synthétisé de la morphine. L'héroïne se présente sous différentes appellations («miss héro», «smack», «jazz», «brown sugar», «china white»), différentes consistances et différentes couleurs (blanche, brune ou beige) selon les régions de provenance. Elle est habituellement administrée par injection mais peut aussi être fumée ou reniflée. Une personne peut devenir rapidement dépendante de l'héroïne.

## Indicateurs de la dépendance aux opioïdes

L'étude de Rousseau et autres (2001) utilise les indicateurs suivants: la consommation quotidienne d'héroïne et le dosage; le nombre d'années de consommation d'héroïne; la consommation combinée d'héroïne et de cocaïne; le nombre de types différents de substances consommées et les expériences antérieures de sevrage.

### **Méthadone**

Analgésique opioïde synthétique puissant qui agit principalement sur les récepteurs opiacés et qui est utilisé dans le traitement des personnes dépendantes des opioïdes. La méthadone va se fixer aux récepteurs opiacés et neutralise les effets euphorisants des opioïdes, diminue le désir d'en consommer et prévient l'apparition de symptômes de sevrage quand il y a arrêt de consommation d'héroïne. Elle est bien absorbée par voie orale. Habituellement, elle ne procure pas ou peu d'euphorie. La méthadone pénètre peu à peu dans l'organisme durant son absorption au travers du système digestif et sa concentration sanguine augmente donc lentement (Cousineau et Gariépy, 2000). La méthadone se dégrade très lentement et sa concentration dans le sang demeure relativement stable à l'intérieur d'une journée. Si l'usager décide de consommer de l'héroïne, cette drogue déplace difficilement la méthadone des récepteurs opiacés et ainsi son effet demeure à peu près nul à moins qu'il en consomme une grande quantité (Cousineau et Gariépy, 2000).

### **Opiacé**

Se rapporte aux opioïdes naturels dérivés de l'opium, comme la morphine et la codéine (Santé et Bien-être social Canada, 1992).

### **Opioïde**

Concerne toute substance, qu'elle soit d'origine naturelle ou synthétique, qui agit sur les récepteurs d'opiacés dans le cerveau. L'usage prolongé d'opioïdes est susceptible de provoquer un désordre métabolique qui commande une intervention d'entretien à long terme (Santé et Bien-être social Canada, 1992).

### **Privilège**

Autorisation obtenue du médecin traitant permettant à la personne d'apporter de une à quelques doses quotidiennes de méthadone à l'extérieur de la pharmacie pour qu'elle puisse les prendre de manière autonome. Cette autorisation s'obtient après avoir satisfait certaines conditions. Les privilèges peuvent ainsi être réduits ou retirés si ces conditions ne sont pas maintenues.

### **Sevrage de la méthadone**

Cessation graduelle du traitement de substitution avec la méthadone (Santé et Bien-être social Canada, 1992).

### **Toxicomanie**

Terme générique pour désigner toute dépendance à une substance psychotrope, soit l'alcool, les médicaments psychotropes ou les drogues illicites. Le terme «toxicomanie» est parfois utilisé pour désigner spécifiquement la dépendance aux drogues illicites. Les termes alcoolisme et pharmacodépendance désignent respectivement la dépendance à l'alcool et aux médicaments psychotropes.

### **Traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone**

Traitement à modalités, à intensités et à seuils d'exigence variables qui consiste à substituer un opioïde par un produit de remplacement à usage contrôlé. Ce traitement a pour but de permettre à la personne en traitement de réduire les méfaits physiques, psychologiques et sociaux liés à l'usage de drogues et de la soutenir, si elle le désire et en fonction de ses objectifs, dans ses démarches de stabilisation de son fonctionnement et de réinsertion sociale. Le traitement comporte l'administration quotidienne de la substance par voie orale pendant une période prolongée. Il implique un travail d'équipe entre un médecin et un pharmacien ainsi qu'avec d'autres professionnels et des ressources communautaires pour répondre à l'ensemble des besoins de la personne dépendante.

## Références

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2004). *Étude de faisabilité au sujet de la création de lieux d'insertion sociale et de sites d'injection pour les utilisateurs de drogues par injection (UDI)*.

ALARY, M., G. GODIN, G. LAMBERT, S. LANDRY et H. GAGNON (2004). *Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention*, Unité de recherche en santé des populations CHAU, Québec, Université Laval, Québec, Direction régionale de santé publique de Montréal, rapport préliminaire.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>e</sup> édition, DSM-IV, Washington, D.C.

ARONOW, R. P., S. D. PAUL et P. V. WOOLEY (1972). «Childhood poisoning: An unfortunate consequence of methadone availability», *Journal of the American Medical Association*, vol. 219, n° 3, p. 321-324.

AURIACOMBE, M., et J.-P. DAULOUËDE (2004). «Comment s'inscrivent ces traitements dans les finalités générales des soins aux personnes toxicomanes?», Conférence de consensus, Fédération française d'addictologie (FFA), document de travail, tome 1, p. 1-4, Lyon, 23 et 24 juin.

BALL, J. C., et A. ROSS (1991). *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*, New York, Springer-Verlag.

BALL, J. C., R. W. LANGE, C. P. MYERS et S. R. FRIEDMAN (1988). «Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment», *Journal of Health and Social Behavior*, p. 214-226.

BRANDS, J., et E. JANECEK (2000). *Methadone Maintenance: A pharmacist's Guide to Treatment*, Centre for Addiction and Mental Health.

BROGLY, S., C. MERCIER et autres (2003). «Towards more effective public health programming for injection drug users: development and evaluation of the injection drug user quality of life scale», *Substance Use Misuse*, vol. 38, n° 7, p. 965-992.

CARRIER, N., et B. QUIRION (2003). «Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites: la réduction des méfaits et l'efficience du langage de la périllisation», *Drogues, santé et société*, vol. 2, n° 1, p. 1-29.

CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH (2004). *Methadone Maintenance: A Pharmacist's Guide to Treatment*, P. ISAAC, A. KALVIK, J. BRANDS et E. JANECEK (sous la dir. de), 2<sup>e</sup> édition.

CHEVALIER, R. (2001). *Application des soins pharmaceutiques en milieu communautaire*, Formation continue universitaire en soins pharmaceutiques (FOCUS), Montréal, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, p. 21-35.

CLOUTIER, R. (1999). *Rapport du comité sur les traitements et les services cliniques associés à la méthadone*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec, Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec.

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO, ADDICTION RESEARCH FOUNDATION, ONTARIO COLLEGE OF PHARMACISTS (1996). *Methadone Maintenance Guidelines*.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC (1999). *Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés : Lignes directrices*.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (2003a). *Drogues : Savoir plus, risquer moins*, Montréal, Gouvernement du Québec.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (2003b). *La consommation de psychotropes : Portrait et tendances au Québec*, Montréal, Gouvernement du Québec.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE (2000). *Suivi de la Conférence de consensus sur la méthadone*, rapport, Bruxelles, Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

COPPEL, A. (2004). « Dans quel contexte historique et institutionnel ont été mis en place les traitements de substitution aux opiacés en France, et comment notre pays se situe-t-il aujourd'hui dans ce domaine par rapport aux pays comparables ? », Conférence de consensus, Fédération française d'addictologie (FFA), document de travail, tome 1, p. 5-13, Lyon, 23 et 24 juin.

COUSINEAU, D. F., et M.-H. GARIÉPY (2000). *Les drogues de substitution*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

D'AUNNO, T., et T. E. VAUGHN (1992). « Variations in methadone treatment practices », *Journal of the American Medical Association*, vol. 267, n° 2, p. 252-258.

DAULOUËDE, J.-P., et M. AURIACOMBE (2004). « Quelles doivent être les modalités d'évaluation d'un patient préalablement à la prescription et quelles doivent être les modalités de suivi médical, clinique et biologique, d'un patient en cours de traitement de substitution aux opiacés ? », Conférence de consensus, Fédération française d'addictologie (FFA), document de travail, tome 1, p. 135-140, Lyon, 23 et 24 juin.

DÉGLON, J.-J. (2004). « Quels sont les éléments fondamentaux permettant de définir de bonnes pratiques d'utilisation des traitements de substitution d'opiacés ? », Fédération française d'addictologie (FFA), document de travail, tome 2, p. 263-270, Lyon, 23 et 24 juin.

DELILE, J.-M. (2004). « Quels sont les éléments fondamentaux permettant de définir de bonnes pratiques d'utilisation des traitements de substitution d'opiacés ? », Fédération française d'addictologie (FFA), document de travail, tome 2, p. 271-278, Lyon, 23 et 24 juin.

DOLE, V. P., et M. E. NYSWANDER (1965). « A medical treatment of diacetylmorphine (heroin) addiction », *Journal of American Medical Association*.

EKLUND, C., A. J. HILTUNEN, L. MELIN et S. BORG (1995). « Factors Associated with Successful Withdrawal from Methadone Maintenance Treatment in Sweden », *International Journal of Addiction*, vol. 30, n° 10, p. 1335-1353.

FACY, F. (1996). « Étude épidémiologique des toxicomanes bénéficiant de méthadone », *Psychotropes*, vol. 2, n° 4, p. 73-86.

- FARGÈS, F. (1996). «Comorbidité psychiatrique chez les toxicomanes», *Psychotropes*, vol. 2, n° 3.
- FARRELL, M., et autres (1994). «Methadone maintenance treatment in opiate dependence : a review», *BMJ*, n° 309, p. 997-1001.
- GOISSET, P. (2004). «D'un point de vue clinique et pharmacologique, y a-t-il un intérêt à disposer d'autres molécules ou d'autres formes pharmaceutiques et avec quels objectifs?», Conférence de consensus, Fédération française d'addictologie (FFA), document de travail, tome 1, p. 125-134, Lyon, 23 et 24 juin.
- GRUND, J. C. (1993). *Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation*, Rotterdam, Instituut voor Verslavingsonderzoek.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2003). *Développement d'un système de surveillance sur l'utilisation de la méthadone : rapport sur la faisabilité de produire des indicateurs de suivi*, document de travail, Direction des systèmes de soins et des services, Québec, Gouvernement du Québec.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2001). *Le portrait de santé : le Québec et ses régions*, Québec, Gouvernement du Québec.
- JAFFE, J. H., et autres (1969). «Methadyl acetate vs methadone : A double-blind study in heroin users», *Journal of American Medical Association*, p. 437-442.
- JOSEPH, H., et P. APPEL (1994). «Perspectives historiques et problèmes de santé publique », dans *Traitement à la méthadone*, U.S. Department of Health and Human Services, traduction Éditions Médecine et Hygiène, chap. 2, p. 45-70.
- KALTENBACH, K., et L. P. FINNEGAN (1992). «Methadone maintenance treatment during pregnancy: Implication for perinatal and developmental outcome», dans T. SONDEREGGER (sous la dir. de), *Perinatal Substance Abuse : Research Findings and Clinical Implications*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- KING, V. L., et R. K. BROONER (1999). «Assessment and treatment of comorbid psychiatric disorders», dans E. C. STRAIN et M. L. STITZER (sous la dir. de), *Methadone treatment for opioid dependence*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, p. 141-165.
- KREEK, M. J. (1983). «Health consequences associated with the use of methadone», dans J. R. COOPER, F. ALTMAN, B. S. BROWN et D. CZECHOWICZ (sous la dir. de), *Research on the Treatment of Narcotic Addiction : State of the Art. National Institute on drug Abuse Research*, Monograph 83-1201, Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse.
- LAMARCHE, P., et M. LANDRY (1994). «L'efficacité du traitement : caractéristiques cliniques et organisationnelles», dans P. BRISSON (sous la dir. de), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. II, chap. 19, p. 421-435.
- LANDRY, M., et M. LECAVALIER (2003). «L'approche de réduction des méfaits: Un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie», *Drogues, santé et société*, vol. 2, n° 1.
- LANDRY, M., S. BROCHU et L. NADEAU (2001). «L'évaluation du traitement en alcoolisme et toxicomanie : portée, limites et conséquences», dans *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie : études québécoises*, Les Presses de l'Université Laval, coll. Toxicomanies, p. 209-226.
- LATOWSKY, M., et E. KALLEN (1997). «Mainstreaming methadone maintenance treatment: the role of the family physician», *Canadian Medical Association Journal*, n° 157, p. 395-398.



LAUZON, P. (2002). *Les approches à exigences peu élevées et les interventions par les pairs : Interventions auprès des usagers de drogues intraveineuses*, International Policy Dialogue on HIV/AIDS.

LAUZON, P., et J. BRUNEAU (1998). *Mise à jour sur la prescription de méthadone pour la désintoxication et le maintien*, Cahier du participant, Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN), Unité de toxicomanie, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), Pavillon Saint-Luc.

LAUZON, P., J. BRUNEAU, M. REMONDIN, S. BRISSETTE, L. POTVIN et J. M. BRODEUR (1996). « Comparaison de la clonidine et de la méthadone dans le sevrage de l'héroïne en milieu hospitalier », *Psychotropes*, vol. 2, n° 4, p. 45-56.

LAUZON, P., et P. SCHNEEBERGER (1996). *Le rôle des médecins de première ligne dans le traitement avec méthadone*, Montréal, Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN).

LAUZON, P. (1996). « Les modèles d'intervention avec méthadone », *Psychotropes*, vol. 2, n° 4, p. 7-14.

MEMMI, A. (1978). *La dépendance*, Paris, Éditions Gallimard.

MÉNARD, J. P. (2001). *Cadre de référence : Les services de traitement à la méthadone*, Domrémy Mauricie-Centre-du-Québec.

MERCIER, C., M. LANDRY, M. CORBIÈRE et M. PERREAU (2004). « Measuring clients' perception as outcome measurement », dans A. R. ROBERTS et K. R. YEAGER, *Evidence-based Practice Manual. Research and Outcome Measures in Health and Human Services*, Oxford, Oxford University Press, p. 904-909.

MERCIER, C., et M. PERREAU (2001). « L'évaluation de programme : notions de base », dans H. DORVIL et R. MAYER, *Nouvelles configurations de problèmes sociaux et interventions*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, chapitre 18, p. 413-430.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : Orientations 2003-2009*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998a). *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998b). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : applications en promotion de la santé et en toxicomanie*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1990). *Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes*, Québec, Gouvernement du Québec.

MORISSETTE, C., et autres (2004). *Transmission du VIH: incidence et tendances dans la prise de risque chez les utilisateurs de drogues par injection du réseau SurvUDI 1995-2002*, 10<sup>e</sup> colloque provincial en maladies infectieuses, «Vulnérabilité et prévention en maladies infectieuses : voir, penser, agir autrement».

MORISSETTE, C. (2004). Réseau SurvUDI, communication personnelle.

NATIONAL CONSENSUS DEVELOPMENT PANEL ON EFFECTIVE MEDICAL TREATMENT OF OPIATE ADDICTION (1998). Cité dans Santé Canada 2002b.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (1995). *Methadone Maintenance Treatment: Translating Research into Policy*, Berthesa, MD, p. 1-7.

O'BRIEN, C. P. et A. T. McLELLAN (1996). «Myths about the treatment of addiction», *The Lancet*, vol. 347, p. 237-240.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2000). *La politique suisse en matière de drogue*, Berne, Suisse.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1995). *Rapport sur la méthadone: Utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse*, Commission fédérale des stupéfiants, Berne, Suisse.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/Aids prevention*, position paper, Genève, Suisse.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1993). *Approaches to Treatment of Substance Abuse*, Genève, Suisse.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1989). *The Use of Methadone in the Treatment and Management of Opioid Dependence*, M. GOSSOP, M. GRANT et A. WODAK (sous la dir. de), Genève.

PARRINO, M. W. (2003). «A commentary on "Urine testing in methadone maintenance treatment": applications and limitations», *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 25, n° 2, p. 71-73.

PARRINO, M. W. (1996). «Le traitement à la méthadone aux USA: organisation et politique», *Psychotropes*, vol. 2, n° 4, p.103-108.

PARRINO, M. W. (1995). «Réalités actuelles en matière de traitement et tendances futures», dans *Traitement à la méthadone*, U.S. Department of Health and Human Services, traduction Éditions Médecine et Hygiène, chap. 1, p. 27-43.

PÉLADÉAU, N., L. FORTIN, P. LAUZON et C. MERCIER (1996). «Évolution d'hommes et de femmes dépendants de l'héroïne: avant et pendant le traitement de maintien à la méthadone», *Psychotropes*, vol. 2, n° 4, p. 25-44.

PERREault, M., I. TREMBLAY, C. MERCIER, D. BARBEAU, R. NDEJURU et P. LAUZON (2003a). «Évaluation d'implantation dans un contexte participatif: le processus suivi à Relais-Méthadone», *Drogues, santé et société*, vol. 2, n° 1, p. 1-10.

PERREault, M., M. ROUSSEAU, C. MERCIER, P. LAUZON, C. GAGNON et P. CÔTÉ (2003b). «Accessibilité aux traitements de substitution à la méthadone et réduction des méfaits: le rôle d'un programme à exigences peu élevées», *Revue canadienne de santé publique*, vol. 94, p. 197-200.

PERREAULT, M., R. NDEJURU, M. ROUSSEAU, C. MERCIER, P. LAUZON et P. CÔTÉ (2002). «Relais-Méthadone, implantation d'un programme à exigences peu élevées», dans G., GODIN, J. JOSY-LÉVY et G. TROTTIER, *Vulnérabilités et prévention VIH/SIDA: Enjeux contemporains*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, p. 243-253.

PERREAULT, M., P. LAUZON, C. MERCIER, M. ROUSSEAU et C. GAGNON (2001). «Efficacité des programmes comportant l'utilisation de la méthadone», dans *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie: études québécoises*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, coll. Toxicomanies, p. 95-135.

PRESTON, A. (1996). *The methadone Briefing*, London, Island Press.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH-SIDA (1999). *L'injection de drogue et le VIH/sida: questions juridiques et éthiques*, Toronto, Réseau juridique canadien.

ROBERTS, G., et A. OGBORNE (1999). *Meilleures pratiques en alcoolisme et toxicomanie*, Ottawa, Santé Canada.

ROSENBAUM, M. (1995). «The demedicalization of methadone maintenance», *Journal of Psychoactive Drugs*, n° 27, p. 145-149.

ROUSSEAU, M., M. PERREAULT, C. MERCIER et P. MORENCY (2001). *Rapport descriptif basé sur la première année d'opération de Relais-Méthadone*, Montréal, Centre de recherche de l'hôpital Douglas.

ROY, E., N. HALEY, P. LECLERC, L. CÉDRAS et J.-F. BOIVIN (2002). «Drug injection among street youth: the first time», *Addiction*, vol. 97, p. 1003-1009.

ROY, E. (1999). «Hepatitis B virus infection among street youth in Montreal», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 161, n° 6, p. 689-693.

ROY, E., N. HALEY, J.-F. BOIVIN, J.-Y. FRAPPIER, C. CLAESSENS et N. LEMIRE (1996). *Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH. Étude de prévalence*, Montréal, Groupe de recherche sur les jeunes de la rue et l'infection au VIH.

ROY, E. (2004). Communication personnelle.

SANTÉ CANADA (2002a). *Meilleures pratiques: Traitement d'entretien à la méthadone*.

SANTÉ CANADA (2002b). *Recension de la documentation: Traitement d'entretien à la méthadone*.

SANTÉ CANADA (2002c). *Répertoire des études sur l'incidence et la prévalence du VIH au Canada*, Ottawa, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1992). *L'utilisation des opioïdes dans le traitement de la dépendance aux opioïdes*, Ottawa.

SAVARD, P. (2000). *Bilan de service, piste de réflexion, recommandations et propositions concernant le traitement avec méthadone au Centre Domrémy Mauricie-Centre-du-Québec*, Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN).

SCHNEEBERGER, P. (1999). *Portrait émergent des consommateurs d'héroïne au Québec*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT), Ministère de la Santé et des Services sociaux.

SCHNEEBERGER, P., P. LAUZON et S. BROCHU (1996). « Le traitement avec méthadone auprès des personnes judicia-risées: la situation québécoise », *Psychotropes*, vol. 2, n° 4, p. 57-72.

SENAY, E., et A. UCHTENHAGEN (1990). *Methadone in the Treatment of Opioid Dependence: A Review of the World Literature*, Suisse, p. 19-54.

SENAY, E.C., et autres (1977). « Withdrawal from methadone maintenance », *Archives of General Psychiatry*, vol. 34, p. 361-376.

SIMPSON, D. D., et S. B. SELL (1982). « Effectiveness of treatment for drug abuse: an overview of the DARP research program », *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, vol. 2, n° 1, p. 7-29.

STATISTIQUE CANADA (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Cycle 1.1 (2000-2001), (Fichier de microdonnées à grande diffusion, CD n° 82M0013XCB).

STEWART, J. (1997). *The social cost of untreated opiate use*, Toronto, Addiction Research Foundation.

THIRION, X., A. CADET-TAÏROU, V. PRADEL et J.-M. COSTES (2004). « Quels sont les modes de recueil de données et les instruments actuels d'évaluation des résultats des traitements de substitution aux opiacés: sont-ils satisfaisants? », Conférence de consensus, Fédération française d'addictologie (FFA), document de travail, tome 1, p. 25-31, Lyon, 23 et 24 juin.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1995a). *LAAM in the Treatment of Opiate Addiction, Treatment Improvement Protocol (TIP)*, Series 22.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1995b). *Matching Treatment to patient needs in Opioid Substitution Therapy, Treatment Improvement Protocol (TIP)*, Series 20.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1992). *State Methadone Treatment Guidelines*, Rockville, Center for Substance Abuse Treatment of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (2002). *Programme de formation relié au traitement de substitution à la méthadone pour les personnes dépendantes des opiacés*, Module d'enseignement sur les aspects psychosociaux de l'intervention et Manuel du participant, en collaboration avec le CRAN et le MSSS, recueil de textes.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (2001). *Programme de formation relié au traitement à la méthadone pour les personnes héroïnomanes*, Module de formation pour les pharmaciennes et les pharmaciens, lectures préliminaires et Manuel du participant, en collaboration avec l'Ordre des pharmaciens et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (1999). *Programme de formation relié au traitement à la méthadone*, Module des participants (médecins), Montréal, Faculté de médecine.

VALLEUR, M. (2004). « Comment se pose aujourd'hui la question du sevrage: les traitements de substitution doivent-ils constituer les traitements de première intention dans la dépendance aux opiacés? », Conférence de consensus, Fédération française d'addictologie (FAA), document de travail, tome 1, p. 14-20, Lyon, 23 et 24 juin.

VIGNAU, J. (2004). « Quels sont les intérêts, le degré d'adaptabilité aux situations pratiques de prescription, les limites des cadres définis pour l'utilisation des deux médicaments de substitution aux opiacés? Peuvent-ils évoluer? », Conférence de consensus, Fédération française d'addictologie (FAA), document de travail, tome 1, p. 113-124, Lyon, 23 et 24 juin.

WALL, R., J. REHM, B. FISHER, B. BRANDS, L. GLIKSMAN, J. STEWART, W. MELVED et J. BLAKE (2000). «Social costs of Untreated Opioid dependence», *Journal of Urban Health*, vol. 77, n° 4, p. 688-722.

WIEVIORKA, S. (1996). «Réflexions à propos de la formation et de la supervision des équipes impliquées en France dans le traitement des toxicomanes par la méthadone», *Psychotropes*, vol. 2, n° 4, p. 87-94.

[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)