

UTILISATION DE LA MÉTHADONE DANS LE TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE AUX OPIACÉS

ÉTAT DE LA SITUATION

MODE D'ACTION DE LA MÉTHADONE

DÉSINTOXICATION OU INTERVENTION BRÈVE DE SUBSTITUTION

TRAITEMENT DE MAINTIEN À LA MÉTHADONE
OU INTERVENTION PROLONGÉE

CERTAINS ASPECTS ADMINISTRATIFS RELIÉS À LA
PRESCRIPTION DE LA MÉTHADONE

RECOMMANDATIONS RELIÉES À L'ORGANISATION
DES SOINS ET DES SERVICES

APPENDICES

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Depuis les changements apportés, en 1996, aux programmes de l'ancien Bureau des drogues dangereuses de Santé Canada relatifs aux stupéfiants et aux drogues contrôlées, la surveillance de la prescription et de la distribution de la méthadone revient au Collège des médecins du Québec et à l'Ordre des pharmaciens du Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens ont réuni un groupe d'experts qui, après avoir revu la littérature

sur la méthadone, consulté divers groupes impliqués et rencontré des patients, ont produit les lignes directrices qui actualisent au Québec les directives publiées en 1992 par Santé Canada.

Le présent document constitue des lignes directrices guidant les médecins et les pharmaciens en leur fournissant un cadre de référence pour le traitement des problèmes complexes et multiples reliés à la dépendance aux opiacés.



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC



Ordre
des pharmaciens
du Québec

1. ÉTAT DE LA SITUATION

Les délais d'attente aux traitements de substitution à la méthadone pourraient être réduits par une plus grande implication des médecins et des pharmaciens.

À l'abstinence totale de drogue, qui était traditionnellement l'objectif premier des traitements de sevrage et de maintien, s'ajoutent maintenant des objectifs de réduction des méfaits.

La dépendance aux opiacés est un phénomène complexe où interagissent des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. L'héroïne fait partie de ces substances qui causent une forte dépendance dont certains utilisateurs réussissent très difficilement à se défaire. La majorité des consommateurs d'héroïne utilisent le produit par voie intraveineuse. La méthadone est actuellement le seul stupéfiant autorisé au Canada pour le traitement de la dépendance aux opiacés. Ce médicament a déjà fait l'objet de très nombreuses études et publications depuis 40 ans. Malheureusement, l'accessibilité au traitement à la méthadone demeure fort réduite malgré les avantages reconnus du traitement; au Québec, seulement de 10 % à 15 % des consommateurs d'héroïne peuvent en bénéficier alors que certains pays européens (notamment la Suisse) réussissent à rejoindre entre 50 % et 60 % de cette clientèle vulnérable. Cette population connaît une morbidité/mortalité plus élevée que celle du même groupe d'âge qui ne fait pas usage de drogue, et nécessite des soins primaires de qualité. Les délais d'attente aux traitements de substitution à la méthadone pourraient être réduits par une plus grande implication des médecins et des pharmaciens.

Les principales indications d'un traitement à la méthadone sont le soulagement du syndrome de sevrage aux opiacés au cours de la désintoxication et son utilisation à long terme comme traitement de substitution aux opiacés. Ce traitement à long terme est reconnu efficace pour diminuer la consommation illicite d'opiacés, réduire la criminalité qui y est associée et permettre une réinsertion sociale. Point important, ces traitements réussissent à mettre le consommateur d'opiacés en contact avec un professionnel de la santé plutôt qu'avec un pourvoyeur de drogue. Les données récentes de la littérature confirment que les patients en maintien présentent des risques moins élevés de contracter des infections dont la transmission est liée à l'utilisation des drogues par voie intraveineuse. La morbidité et

la mortalité associées à l'utilisation de ces substances en sont aussi réduites. De plus, ces traitements de maintien ont un effet positif sur la santé publique en diminuant la propagation des virus du VIH et des hépatites B et C. Personne n'ignore que ces problèmes de santé représentent des pertes et des coûts énormes pour la société. En matière de coût/bénéfice, on estime qu'un patient en traitement de maintien à la méthadone coûte moins de 4 000 \$ par année alors qu'il en coûte entre 40 000 \$ et 60 000 \$ en frais de toutes sortes (judiciaires, incarcération, etc.) dans le cas d'un patient non traité. Rappelons que chaque cas de séropositivité au VIH entraîne des dépenses directes d'environ 100 000 \$.

À l'abstinence totale de drogue, qui était traditionnellement l'objectif premier des traitements de sevrage et de maintien, s'ajoutent maintenant des objectifs de réduction des méfaits. Ce concept de réduction des méfaits vise à diminuer les comportements à risque, à améliorer l'état de santé et à préserver la vie. Cette approche offre une autre possibilité de traitement à ceux pour qui le traitement de désintoxication n'a pas donné les résultats escomptés. La méthadone et l'encadrement psychosocial permettent donc au patient de s'occuper de sa santé, de modifier son style de vie, de changer son comportement et son entourage, de s'occuper de sa famille, de se créer un nouveau réseau et de se réinsérer dans la société.

Le concept de maintien à la méthadone sur une longue période n'est pas nouveau; dès 1963, Dole et Nyswander ont piloté un tel programme à New York. La majorité des pays européens ont maintenant adopté cette approche. Plus près de nous, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont déjà mis officiellement des programmes de maintien en application.

Nous décrivons dans ce guide les principales orientations à suivre dans l'utilisation de la méthadone tant pour l'aide au sevrage que pour une substitution à long terme.

2. MODE D'ACTION DE LA MÉTHADONE

La méthadone est un opioïde synthétique découvert lors de la Seconde Guerre mondiale. Elle a un effet agoniste sur les récepteurs μ du système nerveux, lui conférant ainsi des propriétés analogues à celles de la morphine. Sa biodisponibilité par voie orale est excellente et son pouvoir analgésique est avantageusement comparable à celui de la morphine. Son activité maximale se situe entre 2 et 4 heures postingestion.

La demi-vie de la méthadone est relativement longue et l'effet d'une seule dose chez un patient stabilisé peut durer de 24 à 36 heures, ce qui lui permet de fonctionner normalement sans symptôme de sevrage ni de somnolence. L'occupation des récepteurs morphiniques fait en sorte que l'effet de l'héroïne sera diminué ou annulé si le patient en consomme. Il s'agit d'un phénomène de tolérance croisée aux autres opiacés de sorte que la méthadone bloque l'effet euphorisant produit par l'héroïne. La stabilité sérique n'est atteinte qu'après cinq jours d'administration continue de la substance. Une période de trois à cinq jours est donc nécessaire pour s'assurer de l'efficacité de la dose prescrite.

La méthadone est conjuguée au niveau du foie et excrétée par le rein. Son métabolisme dépend du cytochrome P-450 de sorte que d'autres substances peuvent, par effet inducteur ou inhibiteur, influencer le dosage. Le taux plasmatique nécessaire au maintien de la stabilité du patient se situe habituellement autour de 400 nanogrammes par ml, 24 heures après l'administration de la dernière dose, mais il peut varier d'un patient à l'autre. Par contre, ces dosages sont encore très peu disponibles actuellement.

Aux doses appropriées, la méthadone est sécuritaire, la littérature rapportant des cas d'utilisation prolongée et continue de plus de 15 ans sans effets néfastes importants documentés.

Comme pour les autres opiacés, les principaux effets indésirables sont la constipation, la prise de poids, les œdèmes périphériques, le prurit, la somnolence (surdose), la sudation, la gynécomastie, l'oligo-aménorrhée, une diminution de la libido, une dysfonction sexuelle, etc. Le médecin doit discuter de ces effets avec le patient et les traiter, s'il y a lieu.

La demi-vie de la méthadone est relativement longue et l'effet d'une seule dose chez un patient stabilisé peut durer de 24 à 36 heures, ce qui lui permet de fonctionner normalement sans symptôme de sevrage ni de somnolence.

Aux doses appropriées, la méthadone est sécuritaire, la littérature rapportant des cas d'utilisation prolongée et continue de plus de 15 ans sans effets néfastes importants documentés.

3. DÉSINTOXICATION OU INTERVENTION BRÈVE DE SUBSTITUTION

Enfin, depuis quelques années, l'utilisation d'opiacés (habituellement la méthadone) à doses décroissantes (en service interne ou externe) semble mieux acceptée tant par la clientèle que par les soignants.

Peu exigeante en matière d'engagement à long terme, l'intervention brève de substitution constitue une façon pour le patient de faire l'expérience du traitement.

La majorité des premières demandes d'aide formulées par des patients dépendants de drogues illicites visent l'abstinence.

L'arrêt brusque des opioïdes ne met pas la vie du patient en danger, même si celui-ci éprouve des symptômes de sevrage pendant quelques jours. Certains parviennent à se soustraire sans aide à leur dépendance, mais ils sont rares. La majorité a besoin du soutien offert souvent par des groupes communautaires ou des organisations privées. Certains se voient proposer une pharmacothérapie sans opiacés pendant une courte période avec l'utilisation d'un agoniste α_2 adrénergique, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, de benzodiazépines, de neuroleptiques, etc. Enfin, depuis quelques années, l'utilisation d'opiacés (habituellement la méthadone) à doses décroissantes (en service interne ou externe) semble être mieux acceptée tant par la clientèle que par les soignants. Ce traitement s'échelonne habituellement sur une douzaine de jours en service interne ou sur quelques semaines à quelques mois en service externe (entre 7 et 24 semaines).

3.1 OBJECTIF

L'objectif peut être l'abstinence avec tous les gains biopsychosociaux pouvant s'y rattacher. Survenant souvent en situation de crise, une intervention brève de substitution permet aussi le soulagement de la détresse tout en offrant une investigation et un traitement des maladies fréquemment associées à l'usage d'héroïne, de même que des interventions de prévention. Ce traitement a également comme avantage de mettre le patient en contact avec le réseau de la santé et de fournir de l'aide face aux symptômes de sevrage tout en assurant un certain répit des

problèmes reliés à la dépendance. Peu exigeante en matière d'engagement à long terme, l'intervention brève de substitution constitue une façon pour le patient de faire l'expérience du traitement.

Malheureusement, les rechutes sont nombreuses. Le taux d'échec, considérant la reprise de consommation de drogues illicites comme critère, peut s'élever au delà de 90 % même quelques mois après la fin du sevrage. Le patient doit être invité à consulter de nouveau en cas de rechute. L'intervention brève peut être répétée aussi souvent que la condition du patient le requiert. Éventuellement, le patient pourra peut-être accepter un traitement de substitution prolongé (maintien), lequel constitue l'intervention la plus appropriée pour ce genre de cas.

3.2 CRITÈRES RELATIFS À UNE DÉSINTOXICATION (SERVICE INTERNE OU EXTERNE)

- Consentir au traitement;
- Consentir à la communication médecin-pharmacien;
- Avoir 14 ans et plus. Dans le cas de l'hospitalisation d'un patient âgé de 14 à 18 ans, le titulaire de l'autorité parentale doit être avisé;
- Présenter un diagnostic de dépendance aux opiacés selon le DSM-IV (*voir Critères diagnostiques à l'appendice I*);
- Avoir passé un test urinaire positif à la consommation d'opiacés et présenter une évidence clinique de consommation.

Contre-indication

- Le sevrage durant la grossesse (*voir Grossesse et méthadone à la page 14*).

3.3 EXIGENCES

- Un examen médical complet avec bilan de santé approprié en fonction des indications cliniques (*voir Dossier médical et Bilan de santé aux appendices 2 et 3*);
- Une évaluation psychosociale détaillée si disponibilité professionnelle ou, à tout le moins, une identification des principaux problèmes psychosociaux associés aux problèmes de consommation de drogues;
- Un contrat de traitement signé par le patient et le médecin ou une annotation détaillée au dossier et faisant état d'un contrat expliqué au patient. Ce contrat doit décrire les règles à observer, les exigences de contrôle et les possibilités de mettre fin au traitement; notons que le contrat peut servir d'outil thérapeutique (*voir Contrat type à l'appendice 4*);
- Une offre des différentes options thérapeutiques suivie d'un plan de traitement individualisé précisant les objectifs, la méthode utilisée, la durée prévue du traitement, la fréquence des visites médicales, la gestion de la médication et le choix d'une pharmacie;
- Une offre de services psychosociaux.

3.4 PHARMACOTHÉRAPIE PAR SUBSTITUTION

- Elle est administrée par voie orale seulement;
- Le dosage est individualisé à chaque patient;
- En externe, la dose initiale se situe habituellement entre 10 et 40 mg, mais elle ne doit jamais dépasser 40 mg par jour, la prudence l'exige. Les problèmes d'intoxication grave surviennent le plus souvent en début de traitement chez les patients sans tolérance à la méthadone. Pour atteindre une stabilité plasmatique, la dose est maintenue pendant 4 à 6 jours. Par la suite, la dose est ajustée selon les signes de sevrage ou d'intoxication (*voir Signes et*

symptômes à l'appendice 14) pour une autre période de 4 à 6 jours avant d'amorcer la baisse progressive. La dose maximale moyenne est d'environ 50 mg par jour. Ce modèle est un exemple d'intervention pour une durée de 7 à 8 semaines. La dose maximale pourrait être majorée, si la durée de l'intervention est plus longue ou si l'objectif est plutôt un répit qu'un sevrage;

- Par la suite, on doit réduire progressivement de 10 % la dose de stabilité tous les 5 jours;
- L'association avec des benzodiazépines ou de l'alcool peut conduire au surdosage en début de traitement; en conséquence, il n'est donc pas recommandé de commencer la prise des benzodiazépines en même temps que celle de la méthadone.
- Une autre médication peut s'avérer nécessaire selon les symptômes du patient (p. ex. : constipation, insomnie).

L'hospitalisation (<14 jours) est habituellement réservée aux patients qui présentent un problème médical et/ou psychosocial instable et à ceux pour qui une désintoxication externe est impossible. L'hospitalisation permet une désintoxication rapide.

3.5 SERVICES PHARMACEUTIQUES RELIÉS À LA DISTRIBUTION DE LA MÉTHADONE

- Le patient choisit une pharmacie parmi celles offrant le service;
- Le médecin communique personnellement avec le pharmacien choisi pour l'informer du nom du patient, du type de programme, des doses, de même que des tests urinaires à effectuer;
- Si le pharmacien accepte de prendre le patient en charge, le médecin avise le patient qu'il ne peut obtenir la méthadone que dans cette pharmacie;

L'association avec des benzodiazépines ou de l'alcool peut conduire au surdosage en début de traitement; en conséquence, il n'est donc pas recommandé de commencer la prise des benzodiazépines en même temps que celle de la méthadone.

L'ordonnance doit inclure la dose quotidienne de méthadone, la durée précise de l'ordonnance et la dose totale.

- L'ordonnance est toujours remise au patient sous enveloppe scellée sur laquelle sont inscrits le nom et l'adresse de la pharmacie où le patient doit se procurer la méthadone. L'ordonnance doit inclure la dose quotidienne de méthadone, la durée précise de l'ordonnance et la **dose totale**; (voir *Ordonnance type* à l'appendice 6);
- La dose quotidienne, diluée dans un excipient liquide ne se prêtant pas facilement à une injection, doit être prise devant le pharmacien et aucune dose ne peut être emportée avec soi. Le patient doit parler après l'ingestion du liquide.

3.6 FRÉQUENCE DES VISITES MÉDICALES

Les visites devraient être hebdomadaires. Selon les besoins du patient, une consultation pour un suivi psychosocial est souhaitable et un suivi postdésintoxication devrait être offert.

3.7 TEST DE DÉPISTAGE DE DROGUES DANS LES URINES

Ce test a pour but de s'assurer que le patient prend des opiacés et il doit être fait avant de commencer le traitement.

Par la suite, on suggère de répéter le test une fois par deux semaines, de façon aléatoire.

Les urines sont examinées en fonction des drogues et des médicaments dont fait habituellement usage de façon abusive le patient ou les personnes de son milieu.

Les spécimens d'urines pour les tests faits en pharmacie sont obtenus devant témoin afin d'authentifier l'échantillon, ou ils sont vérifiés par détection thermique*.

3.8 DOSSIER MÉDICAL

Le dossier médical devrait contenir les mêmes éléments, qu'il s'agisse de désintoxication ou du programme de maintien à la méthadone (voir *Dossier médical* à l'appendice 2).

3.9 DOSSIER PHARMACEUTIQUE

En plus des éléments requis par la réglementation, le dossier du pharmacien devrait contenir les mêmes informations pour la désintoxication que pour le programme de maintien à la méthadone (voir *Dossier pharmaceutique* à l'appendice 8).

* Détection thermique : vérification de la température des urines obtenues.

4. TRAITEMENT DE MAINTIEN À LA MÉTHADONE OU INTERVENTION PROLONGÉE

Lors du traitement de maintien, la méthadone est administrée oralement tous les jours pendant une période non prédéterminée et généralement prolongée. La méthadone est utilisée en guise de substitut à l'héroïne ou à d'autres drogues analogues à la morphine. Généralement, la dose administrée est stable après un ajustement posologique.

Au traitement de substitution à la méthadone devraient s'ajouter des services de soutien psychologique et social susceptibles d'améliorer l'efficacité de la pharmacothérapie.

4.1 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Réduction du taux de morbidité et de mortalité;
- Amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie*;
- Réduction de l'utilisation des drogues*;
- Diminution du nombre d'injections intraveineuses*;
- Diminution des comportements à risque;
- Réduction de la transmission de certaines infections (VIH, hépatite A, B et C, TB, MTS, etc.);
- Modification du style de vie;
- Diminution des activités illicites*;
- Réinsertion sociale notamment à la cellule familiale*;
- Amélioration du rapport coût/bénéfice (coût du traitement c. coût des services de santé, du soutien financier, des coûts judiciaires)*;
- Protection de la santé publique.

4.2 CRITÈRES D'ADMISSION AU TRAITEMENT

- Consentement libre et éclairé au traitement et consentement à la communication médecin-pharmacien;
- Diagnostic de dépendance tel qu'établi par le DSM-IV ou comportement qui met la vie du patient en danger;
- Patient âgé de 14 ans et plus. Obtention, si possible, du soutien des parents ou des autorités responsables dans le cas de patients âgés de 14 à 18 ans;
- Consommation antérieure significative et/ou plusieurs tentatives infructueuses de sevrage ou d'abstinence;
- Confirmation de la prise d'opioïdes par un test urinaire et par l'histoire médicale;
- Engagement à respecter les conditions du programme et à signer un contrat;
- Priorité d'accès :
 - grossesse (voir *Grossesse et méthadone* à la page 14),
 - situation médicale particulière telle que VIH, endocardite, septicémie, arthrite septique, comportement suicidaire ou tout autre comportement mettant la vie du patient en danger.

4.3 ÉVALUATION MÉDICALE ET PSYCHOSOCIALE

- Évaluation médicale : cette évaluation doit être faite avant le début du traitement. Elle a pour objectif de documenter la dépendance, d'évaluer les complications en relation avec l'abus de drogues (hépatite A, B, C, VIH-sida, TB), les autres problèmes médicaux, les problèmes psychiatriques et les comportements à risque, et de recommander un plan de traitement global et réaliste (voir *Dossier médical* à l'appendice 2);

Lors du traitement de maintien, la méthadone est administrée oralement tous les jours pendant une période non prédéterminée et généralement prolongée.

* La littérature scientifique a déjà objectivement démontré ces bénéfices découlant des programmes de maintien à la méthadone.

Le plan de traitement doit comprendre, entre autres, les objectifs médicaux, psychosociaux et pharmaceutiques réalisables, les attentes du patient, la méthode utilisée, l'intensité du suivi et le moment de la réévaluation des objectifs.

- Bilan de santé (voir l'appendice 3);
- Évaluation psychosociale : cette évaluation devrait être faite simultanément à l'évaluation médicale par des professionnels qualifiés et devrait être complétée avant d'entreprendre le traitement, sauf en cas d'urgence. Elle devrait être répétée aussi souvent que nécessaire en cours de traitement. L'évaluation sociale devrait se faire à l'aide d'outils validés. Malheureusement, l'évaluation psychosociale ne peut pas toujours être complétée, faute de ressources, particulièrement lorsque le médecin traite le patient en cabinet privé. Le médecin devrait alors, à tout le moins, identifier les principaux problèmes psychosociaux associés à l'abus de drogues et obtenir les expertises nécessaires selon les besoins. Les services psychosociaux peuvent parfois être refusés par le patient, ce qui ne constitue pas une contre-indication pour commencer ou poursuivre les traitements médicaux.

Les programmes qui offrent des services de soutien psychologique et social ont un taux de succès plus élevé.

4.4 CONTRAT

Le contrat représente le consentement du patient et son engagement au traitement de substitution par la méthadone. Ce contrat, qui peut être aussi un outil thérapeutique, doit tenir compte des objectifs du patient. Il devrait décrire clairement les responsabilités et les obligations de chacune des parties et être signé par le patient et par le médecin. Une copie devrait être remise au patient et l'original conservé au dossier (voir *Contrat type* à l'appendice 5).

4.5 PLAN DE TRAITEMENT

Le plan de traitement doit comprendre, entre autres, les objectifs médicaux, psychosociaux et pharmaceutiques réalisables, les attentes du patient, la méthode utilisée, l'intensité du suivi et le moment de la réévaluation des objectifs.

4.6 ÉVALUATION PHARMACEUTIQUE

- Consentement du patient à l'échange d'information entre les professionnels impliqués dans le traitement;
- Histoire pharmacothérapeutique;
- Habitude(s) de vie;
- Maladie(s) chronique(s);
- Histoire antérieure de consommation de médicaments et de drogues;
- Médicament(s) actuel(s) prescrit(s);
- Médicament(s) en vente libre;
- Information sur l'utilisation de la méthadone;
- Communication avec les autres pharmaciens (voir *Communication entre pharmaciens* à l'appendice 10);

4.7 DOSSIER MÉDICAL

Voir à l'appendice 2 les éléments essentiels à la tenue des dossiers.

4.8 DOSSIER PHARMACEUTIQUE

En plus des éléments requis par la réglementation, le dossier du pharmacien devrait contenir les mêmes informations supplémentaires pour la désintoxication que pour le traitement de maintien à la méthadone (voir *Dossier pharmaceutique* à l'appendice 8).

4.9 FRÉQUENCE DES VISITES MÉDICALES

Les visites médicales doivent être au moins hebdomadaires durant la période de titrage des doses et, par la suite, les visites peuvent s'espacer graduellement selon les besoins du patient (de 6 à 8 semaines lorsque le patient a atteint la stabilité).

4.10 PRINCIPES D'UTILISATION DE LA MÉTHADONE DANS UN TRAITEMENT DE MAINTIEN

Dose de départ

Utilisée uniquement par voie orale, la méthadone doit remplacer l'héroïne ou les autres opiacés et doit être administrée en doses suffisantes pour éviter les symptômes de sevrage et la recherche compulsive d'héroïne et ne pas créer un état d'intoxication.

La dose initiale doit être individualisée en fonction de la consommation antérieure du patient. Elle est environ de 20 à 30 mg/jr et elle ne doit pas dépasser 40 mg/jr afin d'éviter toute possibilité d'intoxication grave qui survient surtout en début de traitement. Cette dose initiale doit être ajustée au cours des 4 à 6 jours suivants, selon les symptômes de sevrage ou d'intoxication. La consommation concomitante d'alcool ou de benzodiazépines qui potentialisent la méthadone peut conduire à un surdosage.

Le titrage de la méthadone se fait par palier de 5 mg jusqu'à un maximum de 20 mg à la fois, selon les symptômes du patient et sa consommation antérieure. Il faut porter une attention particulière au patient qui prend d'autres médicaments susceptibles d'influencer le métabolisme de la méthadone tels que la cimétidine, la carbamazépine, etc. (*voir Signes et symptômes à l'appendice 14*).

Une évaluation médicale devrait être refaite lorsque la dose dépasse 120 mg par jour, avec justification clairement inscrite au dossier.

Quelques rares patients métabolisent rapidement la méthadone et, malgré des doses élevées, n'obtiennent pas la réponse thérapeutique attendue. L'augmentation de la dose risque de produire des signes d'intoxication de 2 à 4 heures après ingestion. On peut alors fractionner la dose en 2 prises quotidiennes pour maintenir un taux plasmatique adéquat.

Le fractionnement des doses demeure exceptionnel et doit être clairement justifié au dossier.

Les critères pour augmenter les doses sont :

- les signes et les symptômes de sevrage (*voir Signes et symptômes à l'appendice 14*);
- la non-diminution de la quantité ou de la fréquence de consommation d'opiacés;
- l'obsession du besoin de consommer;
- l'utilisation d'une médication induisant une augmentation du métabolisme de la méthadone (*voir à l'appendice 15*)

Doses de maintien

Une fois le patient stabilisé, sans symptômes de sevrage ou de surdosage, la dose devrait être maintenue au même niveau pendant plusieurs mois. Le médecin devra mettre en garde le patient asymptomatique qui souhaite rapidement diminuer ses doses, croyant alors ses problèmes résolus.

La dose de maintien doit être individualisée selon les besoins et la tolérance de chacun. La dose moyenne varie entre 80 mg et 90 mg par jour.

Il est reconnu par de nombreux experts que les ajustements de doses individualisées permettent un meilleur taux de rétention et une fidélité accrue au traitement.

4.11 SERVICES PHARMACEUTIQUES RELIÉS À LA DISTRIBUTION DE LA MÉTHADONE

Au Québec, la méthadone est obtenue par l'entremise des pharmacies. Le patient est habituellement dirigé vers une pharmacie choisie par lui et son médecin. La dose de méthadone prescrite est habituellement diluée dans du jus (*voir Préparation des doses individuelles à l'appendice 12*) que le patient doit boire devant le pharmacien. En début de traitement, le patient ne peut pas emporter la méthadone et il doit se présenter quotidiennement à la pharmacie.

La dose initiale doit être individualisée en fonction de la consommation antérieure du patient.

Il est reconnu par de nombreux experts que les ajustements de doses individualisées permettent un meilleur taux de rétention et une fidélité accrue au traitement.

Cet outil thérapeutique ne peut se substituer au dialogue et à la relation qui doit s'établir avec le patient, ni remplacer le jugement clinique du médecin.

Lorsque le patient ne se présente pas à la pharmacie pour recevoir sa dose de méthadone, le pharmacien ne peut lui servir cette dose ultérieurement. Si l'omission de se présenter à la pharmacie est de 3 jours consécutifs et plus, le pharmacien en avise le médecin afin que ce dernier procède à une réévaluation et à un ajustement de la posologie. Cette mesure n'est pas disciplinaire mais plutôt sécuritaire, puisque la tolérance aux opiacés décroît rapidement.

En début de traitement, le médecin doit communiquer avec le pharmacien qui offrira les services encadrés de distribution de méthadone. Il l'avise du nom du patient, de la dose prescrite et des tests urinaires à effectuer, s'il y a lieu. L'ordonnance est remise au patient dans une enveloppe cachetée avec le nom et l'adresse du pharmacien inscrits sur l'enveloppe. Si ces dispositions ne sont pas respectées, le pharmacien peut décider de ne pas accepter l'ordonnance. Celle-ci doit inclure la dose quotidienne, la durée précise de la validité de la prescription, la quantité **totale** de méthadone ainsi que le nombre de privilèges et de tests urinaires, le cas échéant (voir *Ordonnance type à l'appendice 7*). Si le patient change de pharmacie, le médecin doit en aviser les deux pharmaciens concernés pour éviter que ce patient ne reçoive de la méthadone de chacun d'eux.

4.12 TESTS URINAIRES

Le dépistage urinaire, tout comme le questionnaire du patient, constitue un outil diagnostique et thérapeutique qui informe sur la consommation et peut s'avérer utile pour :

- révéler des interactions pharmacologiques;
- prévenir des risques d'intoxication;
- documenter l'abstinence ou la consommation;
- ajuster la posologie de la méthadone;
- modifier le plan de traitement;
- accorder des privilèges.

Les dépistages urinaires, là où ils sont disponibles, sont faits de façon aléatoire, dans un climat de respect de la personne et sans but punitif.

L'interprétation des résultats et la valeur qu'on lui accordera doit se faire à la lumière des objectifs du traitement pour en maximiser l'efficacité et en réduire les risques. La présence dans les urines de toutes substances qui interfèrent pharmacologiquement avec la méthadone, soit pour en réduire ou en augmenter les effets ou pour en augmenter les risques de toxicité, doit être prise en considération.

Cet outil thérapeutique ne peut se substituer au dialogue et à la relation qui doit s'établir avec le patient, ni remplacer le jugement clinique du médecin :

- Les urines doivent être recueillies avant le traitement, afin de valider le diagnostic de prise de narcotiques;
- Les urines doivent être recueillies sous surveillance directe ou vérifiées par détection thermique, **au moins** deux fois par mois, de façon aléatoire, pendant les trois premiers mois du traitement. Le client est avisé la veille du prélèvement et les urines doivent être analysées;
- Après les trois premiers mois de résultats négatifs à la présence de substances non autorisées, les urines sont recueillies **au moins** une fois par mois, de façon aléatoire, sous surveillance directe, ou vérifiées par détection thermique et soumises à l'analyse. Le client est avisé la veille du prélèvement;
- Par ailleurs, si la présence de substances non autorisées a été décelée, les urines continuent d'être recueillies et analysées au moins deux fois par mois;
- Après douze mois de résultats négatifs, les urines peuvent être recueillies et analysées selon le jugement clinique du médecin;
- À noter que le médecin se réserve le droit de demander une analyse des urines aussi souvent qu'il le juge nécessaire selon son évaluation clinique;

- Le résultat des analyses d'urines devrait être communiqué au pharmacien afin de faciliter le suivi.

4.13 FIDÉLITÉ DE L'ENGAGEMENT AU TRAITEMENT : PRIVILÈGE ACCORDÉ LORSQUE LA STABILITÉ EST ATTEINTE

Définition

Un «privilège» se définit comme étant l'autorisation d'emporter avec soi, durant une période de sept jours, la dose d'une journée de méthadone. Il faut noter que les doses perdues ou détruites ne sont pas remplacées, le patient assurant l'entière responsabilité de l'utilisation pour les fins convenues et pour la sécurité des personnes de son environnement.

Critères

Le seuil de toxicité de la méthadone étant bas, la gestion et les mesures de contrôle de la médication doivent être présentées comme des mesures de sécurité. Les patients qui vivent dans des milieux de consommation de drogues peuvent avoir des difficultés à conserver leur médication pour eux. Tant qu'ils ne sont pas stabilisés, ils sont susceptibles d'avoir de la difficulté à gérer eux-même cette médication. L'accord du privilège confirme les acquis du patient et facilite les efforts de ce dernier pour retrouver un mode de vie responsable et constructif.

L'obtention du privilège d'apporter la méthadone avec soi est donc basée sur la capacité du patient de gérer sa médication, capacité qui se manifeste par la stabilité démontrée dans son fonctionnement, dans l'atteinte de certains des objectifs poursuivis et dans le résultat des dépistages urinaires.

Dans un premier temps, la stabilité se définit selon le comportement général, l'organisation du milieu de vie, la prise de responsabilité telle que l'ingestion quotidienne de

la méthadone devant le pharmacien, la présence aux rendez-vous et l'observance des règles du contrat.

Dans un deuxième temps, on juge de la stabilité avancée par la reprise des responsabilités en regard de la santé, de la famille et des enfants, du travail volontaire, de la scolarité, de l'emploi ou de tout autre rôle qui témoigne d'une meilleure intégration sociale.

Avant d'accorder le privilège, le médecin doit évaluer la capacité du patient à gérer de façon sécuritaire la prise et la possession de la méthadone et, de façon concomitante, la consommation de toute autre substance qui pourrait présenter des risques d'intoxication ou entraver gravement les buts poursuivis par le traitement.

Modalités

Aucun privilège n'est accordé dans les trois premiers mois du traitement.

Si le patient présente une stabilité dans son fonctionnement et dans son environnement, et selon les résultats du dépistage urinaire et l'interprétation qu'on en fait, un premier privilège est accordé pour une durée de trois mois. Un deuxième et/ou un troisième privilège peuvent être accordés pour les trois mois suivants, en considérant les habiletés et les capacités dont le patient a fait preuve. Mais, selon sa signification clinique, la présence dans les urines de substances illicites ou non autorisées peut, selon le cas, constituer une contre-indication au privilège.

Par la suite, un quatrième et/ou un cinquième privilège pourraient être accordés trois mois après l'obtention du troisième privilège, selon les progrès démontrés par le patient dans l'atteinte des objectifs non seulement d'abstinence de substances, mais aussi de reprise de responsabilités et d'une meilleure intégration sociale.

Le maximum étant de 5 privilèges en 7 jours, cela signifie que le patient n'aura à se présenter à la pharmacie que deux fois par

Un «privilège» se définit comme étant l'autorisation d'emporter avec soi, durant une période de sept jours, la dose d'une journée de méthadone.

L'obtention du privilège d'apporter la méthadone avec soi est donc basée sur la capacité du patient de gérer sa médication, capacité qui se manifeste par la stabilité démontrée dans son fonctionnement, dans l'atteinte de certains des objectifs poursuivis et dans le résultat des dépistages urinaires.

Le maximum étant de 5 privilèges en 7 jours, cela signifie que le patient n'aura à se présenter à la pharmacie que deux fois par semaine.

Les privilèges peuvent être annulés en tout temps, si le patient ne respecte pas le contrat ou si le médecin, ou le pharmacien, croit que la sécurité du patient ou de l'entourage est compromise.

semaine. Une visite à la pharmacie implique l'ingestion de la dose totale de cette journée. Le patient qui peut apporter des doses à domicile doit être informé qu'on peut lui demander, en tout temps, de se présenter à la pharmacie ou au cabinet du médecin et d'apporter avec lui les doses restantes. Vous trouverez à l'appendice 16 un algorithme de l'obtention des privilèges.

Le médecin pourrait, selon son évaluation du patient et son jugement clinique, modifier cet échancier, mais les dérogations devraient demeurer exceptionnelles et être justifiées au dossier, et le pharmacien devrait en être avisé. Par ailleurs, si le patient redevient instable, un ou plusieurs privilèges peuvent être soustraits.

Les privilèges peuvent être annulés en tout temps, si le patient ne respecte pas le contrat ou si le médecin, ou le pharmacien, croit que la sécurité du patient ou de l'entourage est compromise. Rappelons ici certaines situations où les privilèges peuvent être retirés :

- Évidence que le patient ne respecte pas le contrat de départ;
- Consommation soutenue de drogues non autorisées;
- Évidence de tests urinaires ou d'ordonnances falsifiés;
- Évidence de tentative de vente ou de partage de méthadone ou toute autre diversion du médicament;
- Compromission de la sécurité du patient ou de l'entourage.

Si, après six mois, le patient n'a pas atteint suffisamment de stabilité pour obtenir un privilège, le plan d'intervention doit être réévalué.

Notons enfin que la dose totale maximale à apporter ne devrait pas excéder 600 mg (pour un total de 5 privilèges). Cela peut être contraignant pour les patients qui nécessitent une dose élevée et qui respectent les règles du contrat depuis une longue période (4 ou 5 privilèges). Des accommodations au programme de

distribution de la méthadone devraient alors être déterminées avec le pharmacien.

Les motifs liés aux exigences du travail ou des études ne justifient pas l'autorisation d'emporter sa dose de méthadone en dehors des privilèges obtenus.

4.14 CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

Détention

Les milieux de détention doivent assurer une continuité de traitement. Dans les cas où le centre de détention ne peut fournir la médication, la distribution de la méthadone sera exécutée, de façon temporaire, par un pharmacien offrant ce service. La méthadone sera acheminée sous pli cacheté et remise de main en main au personnel infirmier qui signera un bordereau de livraison.

Événements spéciaux tels que vacances, décès, mariage, hospitalisation, etc.

En ce qui concerne les vacances au Québec, le patient peut se procurer sa dose quotidienne dans une pharmacie qui offre le service encadré de distribution de la méthadone et qui accepte de recevoir le patient. La demande doit être faite au médecin traitant ou au pharmacien au moins deux semaines avant la date du départ afin que les arrangements soient pris avec le ou les pharmaciens qui recevront ce patient.

Dans le cas de situations imprévues (p. ex. : le décès d'un proche) où un déplacement est nécessaire, une autorisation d'apporter une ou quelques doses pourrait être exceptionnellement accordée, si les conditions cliniques le permettent, ou encore le patient, après avoir fait une demande spécifique, pourrait se procurer sa dose dans une pharmacie offrant un service de distribution de méthadone.

En cas d'hospitalisation, des ententes doivent être prises entre le médecin traitant et le médecin de l'hôpital pour assurer la continuité du traitement.

4.15 COUNSELLING PHARMACEUTIQUE

Afin d'améliorer les résultats cliniques et pharmacothérapeutiques reliés au traitement de substitution par la méthadone, des services de *counselling* doivent être offerts. Le pharmacien reçoit le client dans l'aire de confidentialité (tous les jours pour les patients sans privilège). Ce contact régulier lui permet d'évaluer l'évolution du traitement et, ainsi, d'assurer la continuité des soins avec l'équipe pluridisciplinaire ou avec le médecin traitant. Des notes d'évolution résumant les interventions doivent figurer aux dossiers des patients.

4.16 RÔLE DU PHARMACIEN

Le pharmacien devrait faire partie de l'équipe traitante et travailler en étroite collaboration avec celle-ci, même si le patient n'est pas pris en charge par une équipe pluridisciplinaire.

Aspect physique

Le pharmacien constate de façon quotidienne l'état du client concernant :

- les indices d'intoxication ou de sevrage;
- le changement de son apparence (propreté, tenue vestimentaire, habitudes de vie);
- son état de santé apparent.

Aspect pharmacothérapeutique

- Suivi de l'efficacité et de la toxicité;
- Présence d'un besoin obsessionnel de drogues;
- Détresse psychologique;
- Effets indésirables;
- Interactions médicamenteuses;
- Supervision directe de la prise de méthadone (faire parler le patient après l'ingestion);
- Prise de médication de vente libre ou obtention d'ordonnances par l'entremise d'autres prescripteurs et interférant avec le plan de traitement;
- Avis d'achat de seringues.

Une échelle de confort devrait être établie afin d'évaluer le plus objectivement possible l'état du patient (voir *Dossier pharmaceutique* à l'appendice 8).

Le pharmacien refuse de servir la dose de méthadone, si le patient se présente intoxiqué par des drogues, des médicaments ou de l'alcool.

Contact et/ou consultation avec le médecin et/ou avec les intervenants psychosociaux

- Selon l'évaluation faite par le pharmacien, dès que la situation l'exige.

Gestion des contrôles urinaires

- Établissement du calendrier de collecte d'échantillons aux fins d'analyse, surveillance de la collecte de l'échantillon, expédition au laboratoire, discussion des résultats, s'il y a lieu, et inscription des résultats des analyses d'urines au dossier.

Devoir administratif

- Attester auprès du réseau des affaires sociales la présence quotidienne des patients à la pharmacie afin d'obtenir certains remboursements de frais;
- Contrôler les achats et les ventes de méthadone;
- Procéder à un inventaire perpétuel de la poudre de méthadone et des solutions mères;
- S'assurer que le médecin prescripteur a reçu l'autorisation spécifique de prescrire de la méthadone.

Préparation d'une solution mère

(Voir l'appendice 11)

Préparation des doses individuelles et étiquetage de la préparation

(Voir l'appendice 12)

Le pharmacien reçoit le client dans l'aire de confidentialité (tous les jours pour les patients sans privilège). Ce contact régulier lui permet d'évaluer l'évolution du traitement et, ainsi, d'assurer la continuité des soins avec l'équipe pluridisciplinaire ou avec le médecin traitant.

Une échelle de confort devrait être établie afin d'évaluer le plus objectivement possible l'état du patient.

Étant donné les risques plus élevés d'avortement spontané ou d'accouchement prématuré, un sevrage rapide de l'héroïne ou des autres opiacés n'est pas recommandé durant la grossesse.

À cause de la complexité des problèmes et des risques auxquels elles font face, ces patientes devraient être dirigées vers des centres appropriés pouvant offrir des services spécialisés tant pour la mère que pour l'enfant.

4.17 GROSSESSE ET MÉTHADONE

Étant donné les risques plus élevés d'avortement spontané ou d'accouchement prématuré, un sevrage rapide de l'héroïne ou des autres opiacés n'est pas recommandé durant la grossesse. Par ailleurs, la grossesse est une indication pour une thérapie de substitution à la méthadone, même si le fœtus est exposé à la méthadone *in utero*. La thérapie de substitution à la méthadone offre à la mère et au bébé de meilleurs résultats thérapeutiques que l'usage continu d'héroïne ou d'opiacés et assure des opportunités d'intervention à l'intérieur du système de santé (meilleur suivi prénatal et organisation de vie plus compatible au rôle de parent). La grossesse permet donc une priorité d'accès à un traitement de maintien à la méthadone.

Au dernier trimestre de la grossesse, les doses de méthadone peuvent être augmentées afin de maintenir la concentration plasmatique qui assure un niveau de confort et de stabilité à la patiente. Ces doses sont diminuées dans les jours suivant l'accouchement. Les nouveau-nés peuvent présenter des symptômes de sevrage jusqu'à 14 jours après la naissance et ils sont souvent de poids inférieur.

L'allaitement peut être compatible avec la prise de méthadone par la mère, selon certaines conditions, et à l'exception des mères qui continuent d'abuser d'autres drogues, mais ce sujet doit être discuté avec l'équipe médicale spécialisée s'occupant de la mère et de l'enfant.

À cause de la complexité des problèmes et des risques auxquels elles font face, ces patientes devraient être dirigées vers des centres appropriés pouvant offrir des services spécialisés tant pour la mère que pour l'enfant.

4.18 INTERRUPTION VOLONTAIRE DU TRAITEMENT DE MAINTIEN

Il est possible, après une certaine période de traitement et de stabilité clinique, que le patient envisage un sevrage de la méthadone. Ce sevrage devra se faire uniquement lorsque le patient s'y sentira prêt, et au rythme qu'il pourra tolérer.

Il y a avantage à étaler le sevrage sur une période prolongée de plusieurs mois, même d'une année. Ce n'est souvent qu'après une réduction de 30 % à 50 % de la dose initiale que les symptômes d'inconfort véritable apparaissent. Notons qu'un nombre significatif de patients en sevrage auront des difficultés telles qu'ils devront prolonger la période prévue ou stabiliser les doses pendant plusieurs mois. Certains ne peuvent tout simplement pas cesser totalement la méthadone et devront accepter d'en prendre pendant plusieurs années.

La dose est habituellement réduite de 10 % à la fois et les intervalles entre les réductions doivent être de plus d'une semaine. Lorsque la dose quotidienne est peu élevée, la réduction devra parfois se faire milligramme par milligramme.

Un suivi doit être assuré même après un sevrage complet, étant donné la persistance de certains symptômes de retrait pendant une longue période.

Une interruption de traitement souhaitée par un patient jugé «instable» doit amener une réévaluation de la situation et une révision du plan de traitement, s'il y a lieu.

4.19 INTERRUPTION DU TRAITEMENT

Certaines situations telles que violence, menaces ou autres intimidations, utilisation inappropriée ou trafic de stupéfiants, etc. peuvent nécessiter la cessation immédiate du traitement. Lorsque la relation entre le patient et l'équipe traitante n'est plus possible, le traitement doit être interrompu et le patient doit en être clairement informé. Pour des raisons éthiques, il serait souhaitable que le patient soit dirigé, lorsque possible, vers une autre ressource; une ordonnance de retrait rapide à raison de 10 % par jour, sans aucun privilège, pourrait être accordée au départ, selon le cas.

4.20 AUTRES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

Il existe actuellement d'autres médicaments qui pourraient remplacer la méthadone dans le traitement de la dépendance aux opiacés. La buprénorphine, un opiacé synthétique, agoniste-antagoniste, de même que le lévoalpha acéthylméthadol (Laam^{MD}) sont de ceux-là. Ils ne sont actuellement pas encore officiellement reconnus au Canada comme traitement de substitution à l'héroïne, mais ils pourraient être utilisés dans un avenir rapproché. Cela permettrait d'élargir la gamme des produits disponibles et d'offrir un plus grand choix au médecin qui doit adapter le traitement selon la situation clinique.

4.21 TRAITEMENT DE LA DOULEUR ET PROGRAMME DE MÉTHADONE

Face aux problèmes de douleur reconnus, il importe que le patient prenant déjà de la méthadone soit traité comme tout autre patient ayant un problème identique (traumatisme, chirurgie, etc.).

En conséquence des phénomènes de tolérance, l'effet analgésique de la méthadone peut être amoindri, voire annulé, et les patients auront un besoin additionnel d'analgésique avec une dose totale augmentée et

un intervalle posologique plus rapproché, comparativement à un patient ayant la même pathologie et n'ayant jamais consommé d'opiacés.

Le médecin doit évaluer la douleur et prescrire la dose adéquate d'analgésique pour une durée jugée suffisante, comme pour tout autre patient. Si le patient nécessite une analgésie pour une période relativement longue, il faut prévoir le fractionnement des quantités prescrites.

Une attention particulière doit être apportée aux patients prenant de la méthadone depuis peu de temps et n'ayant pas encore acquis de tolérance à ce produit.

Les médicaments agonistes-antagonistes tels que la pentazocine (Talwin^{MD}), le tartrate de butorphanol (Stadol^{MD}) et le chlorhydrate de nalbuphine (Nubain^{MD}) sont à proscrire, car ils peuvent provoquer un sevrage aigu.

Il est du devoir du patient d'informer tout médecin autre que son médecin prescripteur de méthadone qu'il suit un tel traitement. Le *double doctoring* pour une ordonnance de stupéfiants demeure un acte criminel au Canada.

Lorsque le problème de douleur est prévisible, par exemple à l'occasion d'une chirurgie électorale, le médecin traitant devrait communiquer avec le chirurgien (voir *Lettre type* à l'appendice 9).

4.22 COMORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE : DÉPENDANCE AUX OPIACÉS ET PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

La prévalence des problèmes psychiatriques est élevée chez les patients toxicomanes avec une dépendance à l'héroïne. Des problèmes d'ordre affectif, d'anxiété sévère ou de troubles de personnalité sont fréquents. L'identification de ces problèmes est importante puisque les narcotiques peuvent être utilisés par le patient pour le contrôle de ces symptômes. Un examen mental est donc essentiel et exige parfois une expertise psychiatrique.

Lorsque la relation entre le patient et l'équipe traitante n'est plus possible, le traitement doit être interrompu et le patient doit en être clairement informé.

Face aux problèmes de douleur reconnus, il importe que le patient prenant déjà de la méthadone soit traité comme tout autre patient ayant un problème identique (traumatisme, chirurgie, etc.).

5. CERTAINS ASPECTS ADMINISTRATIFS RELIÉS À LA PRESCRIPTION DE LA MÉTHADONE

5.1 EXEMPTION SPÉCIFIQUE

Conformément à l'article 56 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRDS), une exemption du ministre fédéral de la Santé est nécessaire pour prescrire la méthadone. Le Collège des médecins collabore avec le gouvernement fédéral pour faciliter l'accès aux traitements de désintoxication et de maintien à la méthadone ainsi qu'aux traitements à des fins analgésiques. Des discussions ont été amorcées entre le Collège des médecins et Santé Canada afin que le Collège puisse jouer un plus grand rôle dans le processus d'obtention et d'exemption. Les médecins seront informés en temps opportun de tout changement potentiel dans le processus.

5.2 LISTES DES MÉDECINS ET DES PHARMACIENS

La liste des médecins autorisés à prescrire de la méthadone ainsi que la liste des pharmaciens offrant le service demeurent confidentielles. Les pharmaciens ont l'obligation de s'assurer que le médecin qui prescrit de la méthadone est effectivement autorisé à le faire. Ils doivent donc communiquer avec le syndic du Collège des médecins au (514) 933-4441, poste 213 ou au 1 888 MÉDECIN, poste 213 afin d'obtenir confirmation de l'information.

5.3 RÈGLES RELATIVES À L'ORDONNANCE DE LA MÉTHADONE

Tous les pharmaciens peuvent acheter de la méthadone en vertu des Règlements sur les stupéfiants. Il faut retenir que la méthadone est un stupéfiant; à cet égard, une ordonnance verbale, ou transmise par télécopieur et aucun renouvellement ne sont permis. Toutefois, il y a possibilité d'exécution partielle comme pour tous les médicaments de cette classe.

5.4 PARTICULARITÉS DE L'ENVIRONNEMENT DE PRATIQUE DES PHARMACIENS

L'Ordre des pharmaciens précisera les exigences de l'environnement de pratique des pharmaciens qui offrent des services encadrés de distribution de méthadone.

Le pharmacien offrant ce service devra pouvoir disposer d'une balance d'une sensibilité de 0,01 g (10 mg).

L'espace confidentiel dont il dispose devra être réel et non virtuel. La disponibilité de toilettes à proximité est requise pour offrir les services lorsque des contrôles urinaires sont demandés.

L'Ordre n'entend pas pour le moment restreindre le nombre de patients qu'un pharmacien peut servir. Toutefois, certains critères limiteront certainement le nombre de patients qu'un pharmacien peut prendre en charge. Parmi ces critères, qui restent à définir par le Comité d'inspection professionnelle, notons :

1. la complexité des cas;
2. le respect des lignes directrices formulées par l'Ordre des pharmaciens du Québec et le Collège des médecins du Québec;
3. la gestion des dossiers, notamment en ce qui concerne les notes aux dossiers, les refus et la rédaction des opinions ou avis pharmaceutiques;
4. la gestion des stupéfiants;
5. le respect des normes déjà en vigueur, notamment la norme sur la délégation des actes en pharmacie.

Rien dans le présent document n'empêche que l'admission gratuite à un programme structuré soit conditionnelle à des critères particuliers tels que :

- l'exigence de frais pour les contrôles urinaires le cas échéant;
- le choix d'un pharmacien spécifique avant la stabilité avancée;
- certains critères de bonne entente tels que formulés dans un contrat thérapeutique (absence de violence, modalités d'exclusion d'un programme, etc.).

5.5 FORMATION

La problématique du traitement de la toxicomanie aux opiacés étant complexe, le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens favorisent et encouragent fortement une formation théorique et clinique.

Avant d'appuyer les demandes des médecins en les recommandant au ministre fédéral de la Santé pour une exemption en vertu de la LRDS, le Collège des médecins exigera vraisemblablement, entre autres, une formation spécifique (ou équivalente) telle que celle actuellement offerte par la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre et agréée par le Service de l'Éducation Médicale Continue de l'Université de Montréal.

6. RECOMMANDATIONS RELIÉES À L'ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES

Le Collège des médecins recommande aux médecins exerçant en cabinet privé de s'associer à un réseau de médecins ou à un programme multidisciplinaire structuré pour le traitement des toxicomanies aux opiacés afin de faciliter la communication, la formation et l'organisation des soins et d'éviter l'isolement.

En matière d'organisation de services et de soins, le Collège des médecins suggère que les nouveaux patients (ou les nouvelles demandes de méthadone) soient d'abord évalués et stabilisés par une équipe multidisciplinaire avant d'être dirigés vers les médecins de famille dans la communauté.

Inversement, le système devrait permettre aux médecins de famille qui font face à un patient instable de consulter rapidement une équipe multidisciplinaire ou d'orienter ce patient vers cette dernière.

Le Collège des médecins recommande que les médecins exerçant en cabinet privé se limitent à une clientèle de 15 à 20 patients recevant de la méthadone.

Pour sa part, l'Ordre des pharmaciens encourage la formation d'un réseau d'entraide qui pourrait servir, s'il est créé, de soutien aux pharmaciens nouvellement impliqués dans la distribution de méthadone, et qui pourrait voir au maintien de compétence des autres pharmaciens concernés.

CONCLUSION

Malgré l'ensemble du débat, il faut retenir que la prévalence de la comorbidité associée à la consommation des opiacés justifie à elle seule le traitement.

Le concept de la réduction des méfaits suggère d'évacuer la notion d'abstinence à tout prix. Il convient alors, pour des raisons de santé publique, qu'un plus grand nombre de médecins et de pharmaciens s'impliquent

auprès de cette clientèle vulnérable, à risque élevé, afin de lui fournir les soins et les services requis. Le traitement de substitution (bref ou de maintien) constitue un service médicalement requis et devant être accessible dans un délai raisonnable pour préserver la vie et la santé du patient.

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

D^r Michel Brabant, omnipraticien,
Hôpital Saint-Luc du CHUM

D^r Sidney Feldman, interniste, Hôpital
Général Juif – Sir Mortimer B. Davis

M^{me} Louise Petit, pharmacienne, J. Matte
et L. Petit, pharmaciennes

D^r Marcel Provost, omnipraticien, Collège
des médecins du Québec

M^{me} Danielle Viens, pharmacienne, Ordre
des pharmaciens du Québec

REMERCIEMENTS

Le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec tiennent à remercier les personnes suivantes qui ont participé aux consultations ou qui ont commenté le travail : M. Joseph Amiel, pharmacien, D^r Lise Archibald, M^{me} Hélène Beaulieu, pharmacienne au ministère de la

Santé et des Services sociaux, D^r Alain Bérubé, D^r Suzanne Brissette, D^r Julie Bruneau, D^r Daniel Cousineau, M^{me} Héliette Feldman, psychologue, M. Jean-François Guévin, pharmacien, D^r Pierre Lauzon, D^r Carole Morissette, M. Livio Parolin, pharmacien, M. Jean Provost, pharmacien.

APPENDICE 1

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DSM-IV

CRITÈRES DE DÉPENDANCE À UNE SUBSTANCE

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. **Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :**
 - a) besoins de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré;
 - b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance;
2. **Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :**
 - a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des Critères de sevrage à une substance spécifique);
 - b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage;
3. **La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue;**
4. **Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance;**
5. **Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance** (p. ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), **à utiliser le produit** (p. ex., fumer sans discontinuer), **ou à récupérer de ses effets;**
6. **Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance;**
7. **L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance** (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

Spécifier si :

Avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage (c.-à-d. des items 1 ou 2);

Sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage (c.-à-d. tant de l'item 1 que de l'item 2).

Codification de l'évolution de la dépendance au cinquième caractère

- 0 Rémission précoce complète
- 0 Rémission précoce partielle
- 0 Rémission prolongée complète
- 0 Rémission prolongée partielle
- 2 Traitement par agoniste
- 1 En environnement protégé
- 4 Légère / Moyenne / Grave

APPENDICE 2

DOSSIER MÉDICAL

LE DOSSIER MÉDICAL DEVRAIT CONTENIR LES ÉLÉMENTS SUIVANTS :

- Histoire détaillée de la dépendance aux différentes drogues incluant l'alcool et le tabac;
 - Histoire détaillée de la consommation récente de toutes les drogues, prescrites ou non (dose, voie d'administration, fréquence par jour, nombre de jours par mois, moment de la dernière consommation);
 - Histoire de sevrage antérieur ou de programme de désintoxication;
 - Histoire d'intoxication (surdosage ou *overdose*);
 - Histoire psychiatrique et gestes suicidaires;
 - Histoire des autres problèmes médicaux incluant les traumatismes (résultats d'agression ou d'accident) et la revue des fonctions biologiques;
 - Identification des principaux problèmes sociaux : famille, enfants, emploi, situation financière, problèmes judiciaires, etc.;
 - Antécédents infectieux et immunisation :
 - Hépatite A, B, C,
 - VIH,
 - MTS,
 - TB,
 - autres;
 - Comportements à risque :
 - partage de matériel d'injection (récent ou ancien),
 - comportement sexuel;
 - Examen physique complet avec attention particulière :
 - paramètres fondamentaux notamment la taille, le poids, l'indice de masse corporelle,
 - apparence générale incluant les signes d'intoxication et de sevrage,
 - site d'injection aux membres et au cou (thrombophlébite),
 - auscultation cardiaque (souffle) et pulmonaire,
 - signe de maladie hépatique,
 - santé dentaire,
 - cloison nasale,
 - lésions cutanées,
 - examen génital;
 - Examen mental structuré si indiqué;
 - Examens complémentaires détaillés (*voir Bilan de santé à l'appendice 3*);
 - Listes des problèmes ou diagnostics;
 - Plan de traitement avec annotation des informations et des règles expliquées aux patients – le «contrat» thérapeutique;
 - Ordonnance : prescription de la méthadone avec la dose quotidienne, la durée précise de la prescription, la dose totale, le nombre de privilèges autorisés, le nombre de tests urinaires à effectuer, s'il y a lieu, et le nom de la pharmacie vers laquelle le patient est dirigé;
 - Date du prochain rendez-vous.
- Ajoutons que le médecin doit s'assurer que les critères cliniques pour le diagnostic et le traitement de la dépendance à l'héroïne sont bien inscrits dans le dossier.

Notes d'évolution

Consignées à chacune des visites, les notes d'évolution devraient fournir de l'information sur les signes et les symptômes de sevrage ou de surdosage de méthadone ainsi que sur les effets secondaires. Elles devraient, de plus, contenir les renseignements suivants :

- Évolution du problème de dépendance et des autres problèmes identifiés;
- Apparition de nouveaux problèmes, s'il y a lieu;
- Consommation de drogues et/ou d'autres substances depuis la dernière visite;
- Résultat des examens complémentaires, s'il y a lieu, ainsi que conduite à tenir en découlant;
- Justification de tout changement de dose ou de plan d'intervention, plus particulièrement en cas de doses élevées (>120 mg/jour) et de doses fractionnées;
- Prochain rendez-vous et nouvelle ordonnance.

Ajoutons qu'un résumé de toute communication pertinente avec un autre professionnel de la santé à la suite d'un appel téléphonique du pharmacien ou d'une réunion multidisciplinaire devrait être noté au dossier.

À la fin du traitement, le médecin devrait informer le patient des possibilités de services ou de programmes offerts en cas de récurrence et devrait inscrire cet acte au dossier.

APPENDICE 3

BILAN DE SANTÉ AVANT UN TRAITEMENT À LA MÉTHADONE

- Recherche d'opiacés et de toute autre substance dans les urines
 - Analyse d'urines
 - Dépistage de la grossesse
 - PPD
 - FSC
 - Créatinine
 - Bilirubine totale
 - AST, ALT
 - VDRL
 - HbsAg
 - Anti Hbs
 - Anti hépatite A
 - HCV
 - Anti VIH après *counselling* et obtention du consentement
 - Dépistage des autres MTS si indiqué
 - Recommandations selon le groupe d'âge et selon le sexe : cholestérol, mammographie, cytologie gynécologique, etc.
- et vaccination le cas échéant
- Les examens complémentaires doivent être justifiés par l'observation médicale.

APPENDICE 4

CONTRAT TYPE : DÉSINTOXICATION

CONTRAT DE L'UNITÉ DE DÉSINTOXICATION ET PRÉVENTION-SANTÉ-TOXICOMANIE DE L'HÔPITAL SAINT-LUC DU CHUM

La participation au programme est libre et volontaire. Le personnel de la clinique vous garantit une stricte confidentialité : aucune information ne sera divulguée à des tiers sans votre consentement.

La période de sevrage est une période où votre désir de consommer sera souvent très difficile à contrôler. Pour augmenter vos chances de succès, nous vous recommandons de vous abstenir de toute substance psychoactive (incluant l'alcool et le cannabis) à l'exception des médicaments prescrits par les médecins du programme. Cela inclut même les substances qui, dans le passé, ne semblent pas vous avoir posé de problème.

ENGAGEMENT AU PROGRAMME

- Je m'engage à respecter mes rendez-vous à la clinique et à la pharmacie. Je me présenterai non intoxiqué et à l'heure précise à ces rendez-vous. Le fait de ne pas me présenter ou de me présenter intoxiqué à la clinique ou à la pharmacie peut entraîner l'interruption de mon traitement. Si je ne me présente pas à la pharmacie 2 jours de suite : ma prescription de méthadone sera cessée automatiquement. Advenant que mardi à 15 h je ne me suis pas présenté à la clinique externe, la pharmacie sera avisée de la fin de mon programme.
 - J'accepte de fournir des spécimens d'urines quand on me le demandera pour une recherche de substances à des fins thérapeutiques.
 - La prescription qui me sera remise dans une enveloppe scellée est sous mon entière responsabilité. Je devrai la remettre non ouverte à ma pharmacie désignée. Je m'engage à toujours présenter ma prescription à cette même pharmacie durant toute la durée de mon programme.
 - Les comportements violents, menaces, intimidation, vente de drogue ou de la médication prescrite, vol, falsification de prescriptions, faits par moi ou par quelqu'un qui m'accompagne, entraînent l'exclusion immédiate du programme. L'Hôpital Saint-Luc et/ou le pharmacien déposeront des plaintes à la police, le cas échéant.
- J'ai lu ou on m'a fait lecture de cet engagement au programme. On a répondu aux questions que je me posais et j'accepte librement et volontairement de m'engager dans ce programme.

Signature :

Témoin :

APPENDICE 5

CONTRAT TYPE : PROGRAMME DE MAINTIEN À LA MÉTHADONE

CONTRAT DU PROGRAMME DE MÉTHADONE POUR PERSONNE NARCOMANE DU CENTRE DE MÉDECINE FAMILIALE HERZL, HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF – SIR MORTIMER B. DAVIS

1. Je déclare être dépendant de narcotique depuis ans.
2. Je demande à être admis (ou réadmis) au programme de maintien par méthadone, et ce, de par ma propre volonté.
3. Je m'engage à respecter l'heure fixée pour tous mes rendez-vous tant à la clinique qu'à la pharmacie.
4. J'accepte de me rendre tous les jours à la pharmacie pour prendre ma dose de méthadone jusqu'à ce qu'on me donne le privilège de ramener ma première dose à la maison.
5. J'accepte de fournir des spécimens d'urines de façon supervisée lorsque demandé.
6. Puisque ce programme consiste aussi en un programme de recherche, j'accepterai de répondre à tous les questionnaires qui me seront soumis. Les réponses données dans ces questionnaires de même que toute information à mon dossier seront traitées de façon strictement confidentielle.
7. Je comprends que les comportements suivants survenant à la clinique ou à la pharmacie ne seront pas tolérés et auront comme conséquence mon renvoi automatique du programme : violence, intimidation, attitude menaçante envers le personnel, vente ou vol de drogues. Toute plainte à mon endroit sera retransmise aux autorités policières.
8. Je comprends que le privilège d'amener une ou des doses de méthadone à mon domicile ne me sera pas accordé avant une période de trois mois de traitement. Ce privilège me sera accordé seulement après un test d'urines négatif en ce qui a trait aux narcotiques, à l'exception des drogues prescrites par mon médecin traitant, ou tout autre intervenant impliqué dans mon dossier à l'intérieur du programme. Le privilège d'amener une ou des doses de méthadone à domicile peut m'être retiré en tout temps si ces conditions ne sont pas respectées.
9. Je comprends que toute dose de méthadone apportée à domicile est sous mon entière responsabilité et ne sera pas remplacée si elle est volée, perdue, s'il y a bris du contenant, dégradation, ou vomissements de ma part, etc.
10. Je sais que ce programme comprend divers types de thérapies : thérapie individuelle, thérapie de couple, thérapie familiale ou de groupes. Selon mes besoins, qui seront établis par le programme, une ou plusieurs thérapies me seront proposées. Je comprends que je devrai y assister, et ce, en plus des visites régulières établies par mon médecin traitant.
11. Lors de mes rendez-vous à la clinique, je devrai patienter dans la salle d'attente prévue à cette fin. Sous aucun prétexte, il ne sera toléré que je flâne dans l'hôpital ou dans tout autre endroit non prévu à ces fins.
12. Le but premier de ce programme est de me permettre d'apprécier la vie sans que je sois dépendant des drogues. Lorsque mon spécimen d'urines sera analysé, l'équipe médicale procédera au dépistage de narcotiques ainsi que de substances telles que les tranquillisants, la cocaïne et les médicaments pour faciliter le sommeil. Je comprends donc que je dois restreindre toute consommation de ces drogues à moins que cela ne me soit prescrit par mon médecin, ou par un autre médecin impliqué dans ce programme. Je sais aussi que toute utilisation de drogues mentionnées plus haut sera considérée au même titre que les drogues obtenues illégalement (222, etc.).
13. Je comprends que si je me présente à la pharmacie intoxiqué soit par des drogues, de l'alcool ou tout autre médicament, le pharmacien sera dans l'obligation de suspendre ma dose de méthadone pour cette journée et je devrai attendre au lendemain pour recevoir ma dose quotidienne. Les mêmes conditions seront appliquées lors des rendez-vous à la clinique; si elles ne sont pas respectées, mon rendez-vous sera reporté à un autre moment.
14. Si, après une période de trois mois, j'ai respecté ce dit contrat (être à temps aux rendez-vous, sans aucune consommation autre que celles prescrites, etc.), il me sera possible de me retirer du programme si je juge qu'il ne répond pas à mes besoins. Dans cette situation, l'équipe médicale verra à retirer de façon progressive les traitements à la méthadone en diminuant les doses de façon quotidienne.

CONTRAT TYPE : PROGRAMME DE MAINTIEN À LA MÉTHADONE (SUITE)

15. Les intervenants participant à mon dossier ont la responsabilité de voir à ce que mes besoins soient respectés, et ce, même dans les périodes difficiles. Si je crois que les décisions prises par vos intervenants ne sont pas adéquates, il me sera possible de demander l'intervention du coordonnateur principal du programme en en faisant la demande par écrit.

16. Je m'engage à respecter ce contrat avec tout ce qu'il implique. Je déclare avoir lu et compris toutes les clauses de ce contrat et en avoir reçu copie.

Signature du patient

Signature du témoin

**Bienvenue à notre clinique, nous espérons en toute sincérité
que vous atteindrez les buts que vous vous êtes proposé d'atteindre.**

APPENDICE 6

ORDONNANCE TYPE – TRAITEMENT DE DÉSINTOXICATION

ORDONNANCE DU PROGRAMME DE DÉSINTOXICATION DE L'HÔPITAL SAINT-LUC DU CHUM

Date : _____

Pharmacie : _____

Prescription de méthadone

<i>Date</i>	<i>Jour</i>	<i>Dose</i>						
<table border="1"><tr><td>Jour</td><td>Mois</td><td>Année</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Jour	Mois	Année				1	mg
Jour	Mois	Année						
<table border="1"><tr><td>Jour</td><td>Mois</td><td>Année</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Jour	Mois	Année				2	mg
Jour	Mois	Année						
<table border="1"><tr><td>Jour</td><td>Mois</td><td>Année</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Jour	Mois	Année				3	mg
Jour	Mois	Année						
<table border="1"><tr><td>Jour</td><td>Mois</td><td>Année</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Jour	Mois	Année				4	mg
Jour	Mois	Année						
<table border="1"><tr><td>Jour</td><td>Mois</td><td>Année</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Jour	Mois	Année				5	mg
Jour	Mois	Année						
<table border="1"><tr><td>Jour</td><td>Mois</td><td>Année</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Jour	Mois	Année				6	mg
Jour	Mois	Année						
	<i>Dose totale</i>	mg						

La méthadone doit être mélangée dans au moins 100 ml de jus d'orange et être prise sous le contrôle visuel du pharmacien. Aucune dose ne peut être apportée par le bénéficiaire. La prescription doit vous parvenir dans une enveloppe cachetée.

Ne pas dispenser si le bénéficiaire se présente dans une autre pharmacie que celle citée en rubrique.

Ne pas dispenser si le bénéficiaire est sous l'effet de l'alcool ou intoxiqué par des médicaments ou des drogues.

Signature du médecin _____

APPENDICE 7

ORDONNANCE TYPE – TRAITEMENT DE MAINTIEN À LA MÉTHADONE

ORDONNANCE DU PROGRAMME DE MAINTIEN À LA MÉTHADONE DU CENTRE DE MÉDECINE FAMILIALE HERZL, HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF – SIR MORTIMER B. DAVIS

Analyses d'urines aux dates suivantes :
Urine analysis for these dates:

Jour	Mois	Année

Jour	Mois	Année

Jour	Mois	Année

Jour	Mois	Année

Supervisées
Supervised

Détection thermique
Heat-Strip

Non supervisées
Not supervised

Nom / *Name:* _____

Adresse / *Address:* _____

Médicament : méthadone / *Medication: Methadone*

Dose totale pour la période du :
Total dose for the period starting:

Jour	Mois	Année	au	Mois	Année
			to		

Posologie quotidienne :
Daily dosage:

Le patient doit prendre sa dose
quotidienne **devant le pharmacien.**
*The patient has to take his dose
in the presence of the pharmacist.*

Les jours suivants : _____

For the following days: _____

Le patient ne peut jamais apporter plus de mg chez lui.
The patient cannot take more than *mg with him.*

Toutes les doses du médicament doivent être diluées dans 50 ml ou 100 ml de boisson gazeuse ou de jus.
All doses of the medication must always be diluted in 50 ml or 100 ml of soft drink or juice.

Signature : _____

N° de permis / *Lic. No:* _____

Date : _____

APPENDICE 8

DOSSIER PHARMACEUTIQUE

Évolution hebdomadaire de l'état du patient sous traitement à la méthadone

Nom :

Dossier :

Semaine du

Jour	Mois	Année

au

Jour	Mois	Année

Dose

	mg
--	----

Médication actuelle et posologie : (annexer copie du dossier-patient)

Commentaires :

Objectif(s) de la semaine :

Échelle hebdomadaire de confort

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Très confortable							
Confortable							
Gênant							
Pénible							
Sévère							
Insupportable							

DOSSIER PHARMACEUTIQUE (SUITE)

Fiche quotidienne du jour 1 au jour 7

Jour : _____ Heure : _____

Apparence : _____ Sobriété : _____

Prélèvement d'urines : _____

Commentaires : _____

Suivi : _____

Signature du pharmacien : _____

Objectifs atteints : _____

Bilan de la semaine

Changement significatif dans : l'hygiène corporelle; la tenue vestimentaire; le comportement.

Observations cliniques

Appétit : _____

Constipation : _____

Diaphorèse : _____

Test d'urines

Envoyé le :

Jour	Mois	Année

Test de chaleur : _____

Résultats :

Narcotiques Benzodiazépines PCP

Commentaires : _____

Signature du pharmacien : _____

*Source : J. Matte et L. Petit, pharmaciennes

APPENDICE 9

LETTRE TYPE CONCERNANT L'ANALGÉSIE POUR UN PATIENT EN TRAITEMENT À LA MÉTHADONE

Lettre type du Centre de recherche et d'aide pour narcomane (CRAN)

Nom du patient : _____

Date de naissance :

Jour	Mois	Année

Cher Docteur,

Ce patient est traité avec de la méthadone et il reçoit présentement mg par jour. La méthadone est un opioïde synthétique et ce médicament agit sur les mêmes récepteurs que la morphine au niveau du système nerveux central. Ayant une demi-vie moyenne de 24 heures, cette substance peut être administrée par la bouche une seule fois par jour et elle permet au patient de maintenir un état stable. La dose qui est administrée au patient est suffisante pour le maintenir dans un état stable; cependant, elle n'a aucun effet analgésique étant donné la tolérance du patient à cette substance.

Si, à la suite d'une intervention médicale, chirurgicale, dentaire, ce patient avait besoin d'un médicament analgésique, vous pouvez lui en prescrire en plus de sa méthadone selon les paramètres suivants :

1. Si vous estimez que la douleur sera peu sévère, le patient peut recevoir des **analgésiques non narcotiques** comme les AINS.
2. Si vous jugez que la douleur sera suffisamment sévère pour nécessiter une prescription de **narcotiques**, il faut **éviter** de prescrire du Talwin ou de la Nubain, car ces deux substances ont un effet antagoniste qui peut précipiter le syndrome de sevrage chez les personnes maintenues à la méthadone. Tous les autres analgésiques narcotiques sont compatibles avec la méthadone (codéine, oxycodone, hydrocodone, morphine, demerol, fentanyl, hydromorphone). Si vous en prescrivez, vous pouvez administrer les mêmes doses que vous prescririez à un autre patient, et ce, en plus de sa méthadone. Certains patients maintenus à la méthadone sont extrêmement tolérants aux effets analgésiques des narcotiques et peuvent nécessiter des doses plus considérables que les doses habituelles. Il faut donc évaluer cliniquement ces patients et ajuster la dose à leur réponse thérapeutique.

Si ce patient, à la suite d'une anesthésie générale ou pour toute autre raison, ne pouvait rien ingérer *per os* pendant plusieurs jours, on devra lui administrer par voie parentérale des doses de morphine équivalentes à sa dose quotidienne de méthadone, et qui pourront débiter 24 heures après sa dernière dose de méthadone. La morphine administrée de façon parentérale en doses fractionnées est équivalente milligramme pour milligramme à la méthadone administrée *per os*. Ainsi, un patient recevant 60 mg de méthadone *per os* par jour devrait se sentir stable avec 10 mg de morphine administrée par voie parentérale aux 4 heures, pour un total de 60 mg par jour. Si le patient avait besoin d'analgésie, il faudra augmenter sa dose en conséquence et surveiller cliniquement la réponse thérapeutique.

Autres informations pertinentes

Si vous désirez de plus amples informations, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Meilleures salutations.

Pharmacie du patient :

APPENDICE 10

COMMUNICATION ENTRE PHARMACIENS

Sommaire pharmaceutique confidentiel		Nom/prénom :
Origine	Destinataire	N.A.M. :
<input type="checkbox"/> Pharmacien communautaire	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Pharmacien d'établissement	<input type="checkbox"/>	_____
Situation : <input type="checkbox"/> hospitalisation		_____
<input type="checkbox"/> fin d'hospitalisation		_____
<input type="checkbox"/> consultation externe		_____
<input type="checkbox"/> autre		_____
		Diagnosics : _____

		Allergies : _____

Médication active		
Nom/posologie/indication		
1	_____	
2	_____	
3	_____	
4	_____	
5	_____	
Médication cessée		

Problèmes liés à la pharmacothérapie (PRP)		
PRP : <input type="checkbox"/> Action prise / suggérée :	<input type="checkbox"/> Suivi suggéré :	_____
PRP : <input type="checkbox"/> Action prise / suggérée :	<input type="checkbox"/> Suivi suggéré :	_____
PRP : <input type="checkbox"/> Action prise / suggérée :	<input type="checkbox"/> Suivi suggéré :	_____
Commentaires :		

Nom du pharmacien :		Permis :
_____		_____
Signature :		Date :
_____		_____
Tél. :	Télec. :	
_____	_____	

But : ce formulaire est conçu pour faciliter la transmission d'informations essentielles entre pharmaciens d'établissements de santé et pharmaciens communautaires.

APPENDICE 11

PRÉPARATION D'UNE SOLUTION MÈRE

Afin de faciliter la manipulation et limiter les possibilités d'erreurs, nous suggérons la préparation d'une solution mère de façon à diminuer les calculs.

Par exemple, il est facile de faire une solution mère de 1 mg/ml (dans de l'eau déminéralisée) de sorte que, pour une dose de 40 mg, nous prélevons 40 ml et complétons le volume avec l'excipient choisi.

La stabilité des solutions mères ne pose pas de problème. Cependant, afin d'éviter la croissance bactérienne, nous recommandons de préparer ces solutions pour une période maximale de 1 à 2 semaines et de les conserver au réfrigérateur. De plus, comme pour toute préparation magistrale, la durée de conservation ne devrait pas excéder 1 mois (norme sur les dates de péremption).

Les étiquettes de ces bouteilles de solutions doivent comporter les renseignements suivants :

Date de fabrication
Numéro de lot
Quantité
Date de péremption
Préparateur
Vérificateur

Des registres de préparation doivent donc être tenus, autant pour la poudre que pour la solution mère.

APPENDICE 12

PRÉPARATION DES DOSES INDIVIDUELLES

La méthadone doit être fournie au patient en solution dans un volume de 100 ml d'un excipient ne se prêtant pas facilement à une injection. Le tableau ci-dessous précise la stabilité de la méthadone en solution dans quelques excipients couramment utilisés. Ces excipients sont préparés selon les directives des fabricants respectifs.

Excipients	Stabilité (température ambiante) 20-25 °C	Stabilité (réfrigération) 5 °C
Kool-Aid (raisin)	17 jours	55 jours
Tang (orange)	11 jours	49 jours
Jus de pomme Allen	9 jours	47 jours
Crystal light (raisin)	8 jours	34 jours
Crystal light (raisin mais additionné de 0,1 % de benzoate de sodium)	29 jours	Non déterminée

Étiquetage de la préparation

Lorsque les solutions sont préparées d'avance, le pharmacien doit préparer les étiquettes conformément aux règlements et normes en vigueur. Chaque étiquette devra donc contenir :

- Nom et prénom du patient et numéro d'ordonnance, médicament (nom du médicament, teneur, posologie et quantité), prescripteur, dates de service et de péremption, identité du pharmacien propriétaire (nom, prénom, adresse et numéro de téléphone) ainsi que le mode de conservation. Il doit

en plus inclure une mise en garde indiquant que **le médicament contient des principes actifs en quantité telle qu'il peut être très toxique s'il est consommé par une personne à qui il n'est pas destiné.**

Il est recommandé que les doses soient fournies dans des bouteilles ambrées (le produit pouvant être altéré par la lumière), individuelles et quotidiennes, et évidemment munies de bouchons de sécurité.

APPENDICE 13

INVENTAIRE DE POUDRE DE MÉTHADONE

Date de réception :			Jour	Mois	Année	Numéro de facture :	
Date	Quantité de méthadone (mg)	Pesée (mg)	Quantité restante (mg)	Initiales du préparateur	Initiales du pharmacien	N° de lot de sol. mère	

N. B. : Nous vous suggérons de faire une feuille d'inventaire par format de méthadone.

INVENTAIRE PERPÉTUEL POUR LES SOLUTIONS MÈRES

Solution mère n° :				Date :		
Quantité initiale de sol. mère (ml)	Date	Dose du patient (ml)	N° R_x	Initiales du préparateur	Initiales du pharmacien	Quantité restante de sol. mère (ml)

N. B. : Nous suggérons de faire une feuille par lot de solution mère.

APPENDICE 14

SIGNES ET SYMPTÔMES

Sevrage

- Insomnie
- Rhinorrhée
- Bâillement
- Mydriase
- Piloérection, frisson
- Anxiété
- Agitation
- Douleur abdominale - diarrhée
- Douleur musculo-squelettique

Intoxication

- Léthargie
- Ralentissement psychomoteur
- Somnolence, coma
- Dépression respiratoire

APPENDICE 15

MÉDICAMENTS POUVANT MODIFIER LE NIVEAU PLASMATIQUE DE LA MÉTHADONE OU SON EFFET

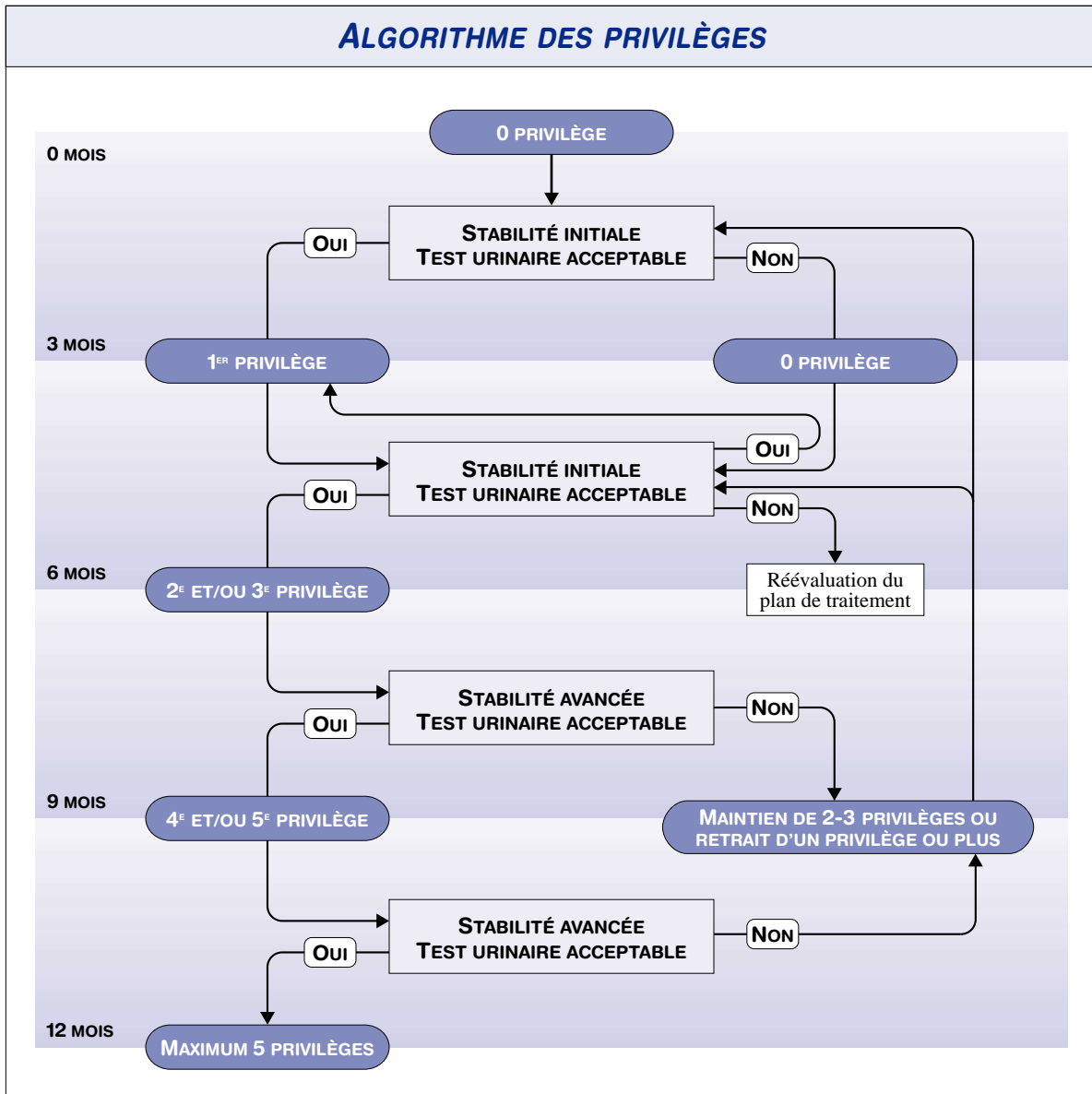
Diminuer

- Barbituriques
- Carbamazépine
- Éthanol (usage chronique)
- Phénytoïne
- Rifampine
- Acide ascorbique et acidifiants urinaires

Augmenter

- Amitriptyline
- Cimétidine
- Éthanol (intoxication aiguë)
- Diazépam
- Fluvoxamine
- Ketoconazole
- Alcalinisants urinaires

APPENDICE 16



Les privilèges 2 et 3 peuvent être octroyés simultanément ou à des temps différents selon l'évolution du patient et le jugement du médecin. Il en est de même pour les privilèges 4 et 5.

Stabilité initiale : Respect des rendez-vous
Respect du contrat

Stabilité avancée : Réinsertion sociale
Intégration de responsabilités

BIBLIOGRAPHIE

1. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. – *Ressources en toxicomanie dans la région Montréal-Centre*. – Montréal : la Régie, mars 1999. – 8 p
2. *Heroin maintenance treatment: research summary*. – Ethan A. Nadelman, Director. – New York: The Lindesmith Center, June 1998. – 28 p
3. Chevalier, S.; Charland, C. – *La toxicomanie à Montréal-Centre : faits et méfaits*. – Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Direction de la santé publique, nov. 1997. – 80 p. Annexes. – ISBN 2-89494-105-6
4. *Workshop on addiction medicine & methadone maintenance*. – Vancouver: College of Physicians & Surgeons of British Columbia, April 25, 1998. – 59 p
5. Cousineau, D. – «L'héroïnomanie». – *Le Médecin du Québec*. – Vol. 31, n° 1 (janv. 1996). – P.31-81
6. Sutton, N. – «College to administer Ontario methadone program». – *Members' Dialogue*. – Vol. 4, n° 4 (July/August 1996). – P.8-11
7. Pélessier-Simard, L. – «Le patient toxicomane». – *Le Médecin du Québec*. – Vol. 26, n° 6 (juin 1994). – P.29-114
8. Kahan, M.; Sutton, N. – «Opiate – dependent patients receiving methadone». – *Canadian Family Physician = Le Médecin de famille canadien*. – Vol. 42 (Sept. 1996). – P.1769-1778
9. Lauzon, P. – «Les modèles d'intervention avec méthadone développés au Québec, 1986-1996». – *Psychotropes*. – N° 4 (déc. 1996). – P.7-14
10. Nestler, E.J.; Aghajanian, G.K. – «Molecular and cellular basis of addiction». – *Science*. – Vol. 278, n° 5335 (Oct. 3, 1997). – P.58-63
11. Dongier, M. – «La «toxicomanie» fait place à la «dépendance»». – *Le clinicien*. – Vol. 13, n° 2 (fév. 1998). – P.80-81
12. Bruneau, J. – «Les dépendances, plus qu'une question de volonté». – *Le clinicien*. – Vol. 13, n° 2 (fév. 1998). – P.82-95
13. Lowenstein, W. – *La méthadone et les traitements de substitution*. – Paris : Doin éditeurs, 1995. – 160 p. – (Collection Conduites). – ISBN 2-7040-0812-4
14. National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. – «Effective medical treatment of opiate addiction». – *JAMA*. – Vol. 280, n° 22 (Dec. 9, 1998). – P.1936-1943
15. *National consultation meeting on methadone maintenance treatment*. – Ottawa : Health Canada, Feb. 19 and 20, 1998. – [53] p
16. Lauzon, P.; Bruneau, J. – *Formation sur l'utilisation de la méthadone en médecine de première ligne : cahier du participant*. – Montréal : janv. 1998. – 54 p. Annexes
17. The College of Physicians and Surgeons of Ontario; Addiction Research Foundation; Ontario College of Pharmacists. – «Methadone maintenance guidelines». – *Formation sur l'utilisation de la méthadone en médecine de première ligne : cahier du participant*. – Montréal : janv. 1998. – Annexe
18. Addiction Research Foundation; Brands, B.; Brands, J. – *Methadone maintenance: a physician's guide to treatment*. – Toronto: the Foundation, 1998. – 124 p. – ISBN 088868-317-0
19. U.S. Department of Health and Human Services. National Institute on Drug Abuse *et al.* – *Methadone maintenance treatment: translating research into policy [avec] Adding "value" to CSAT demonstrations: the what, how and why of cost analysis*. – Bethesda: NIDA, Nov. 1995. – Pag. multiple
20. Strain, E.C. *et al.* – «Moderate – vs high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: a randomized trial». – *JAMA*. – Vol. 281, n° 11 (March 17, 1999). – P.1000-1005
21. Comité sur les traitements et les services cliniques associés à la méthadone. – *Rapport présenté au sous-ministre adjoint à la Santé publique*. – Préparé par Richard Cloutier. – S.l. : 9 avril 1999. – Non publié. – 27 p
22. Université de Montréal. Faculté de l'éducation permanente. Certificat en toxicomanies : prévention et réadaptation (20^e, 12-14 mars 1999, Montréal). – *Drogues par injection : enjeux pour la société = Injection drug use: societal challenges*. – Montréal : l'Université, avril 1999. – 204 p. – ISBN 2-553-00732-9
23. Morissette, C. – *Une politique de santé cohérente en matière de drogues au Québec : paradoxe, utopie ou réalité?* – Montréal : 7 mars 1999. – Non publié. – 17 p
24. *Id.* – *L'accès à la méthadone : une perspective de la santé publique*. – Montréal : nov. 1997. – Non publié. – [21] p
25. Brown, H.L. *et al.* – «Methadone maintenance in pregnancy: a reappraisal». – *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. – Vol. 179, n° 2 (Aug. 1998). – P.459-463
26. Kaltenbach, K.; Berghella, V.; Finnegan, L. – «Opioid dependence during pregnancy: effects and management». – *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. – Vol. 25, n° 1 (March 1998). – P.139-151

27. Remis, R.S.; Leclerc, P.; Vandal, A.C. – *La situation du SIDA et de l'infection au VIH au Québec, 1996*. – Québec : MSSS. Direction générale de la santé publique, 1999. – 61 p. Annexes. – ISBN 2-550-34084-1
28. College of Physicians & Surgeons of British Columbia. – *British Columbia methadone program*. – Vancouver: the College, Nov. 1997. – [13] p
29. Canada. Santé Canada. Direction générale de la protection de la santé. Direction des médicaments. – *L'exécution d'ordonnances de méthadone dans le traitement de la dépendance aux opioïdes : directives aux pharmaciens*. – Ottawa : Ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1994. – 17 p. – ISBN 0-662-61-287-6
30. Payte, J.T. – *Opioid dependence: a practical guide to pharmacotherapy*. – Vancouver: Aug. 25, 1995. – [29] p
31. Compton, P. – «Pain tolerance in opioid addicts on and off naltrexone pharmacotherapy: a pilot study». – *Journal of Pain and Symptom Management*. – Vol. 16, n° 1 (July 1998). – P.21-28
32. Kent, H. – «Harm-reduction strategies weapon of choice in BC's battle with drug addiction». – *CMAJ*. – Vol. 155, n° 5 (Sept. 1, 1996). – P.571-573
33. Nadelmann, E. *et al.* – *The harm reduction approach to drug control: international progress*. – New York: Aug. 1994. – 59 p
34. Dole, V.P. – «Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction». – *JAMA* – Vol. 260, n° 20 (Nov. 25, 1988). – P.3025-3029
35. Brands, B.; Marsh, D.C. – «Methadone maintenance treatment: a canadian perspective». – *CMAJ*. – Vol. 157, n° 4 (Aug. 15, 1997). – P.399-401
36. Latowsky, M.; Kallen, E. – «Mainstreaming methadone maintenance treatment: the role of the family physician». – *CMAJ* – Vol. 157, n° 4 (Aug. 15, 1997). – P.395-398
37. Anderson, J.F. *et al.* – «Effectiveness of notification and group education in modifying prescribing of regulated analgesics». – *CMAJ* – Vol. 154, n° 1 (Jan. 1, 1996). – P.31-39
38. Millar, J.S. – «A time for everything: changing attitudes and approaches to reducing substance abuse». – *CMAJ* – Vol. 159, n° 5 (Sept. 8, 1998). – P.485-487
39. Warner, E.A.; Kosten, T.R.; O'Connor, P.G. – «Pharmacotherapy for opioid and cocaine abuse». – *Medical Clinics of North America*. – Vol. 81, n° 4 (July 1997). – P.909-925
40. Québec. MSSS. – *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. – Québec : le Ministère, 1997. – 103 p. – ISBN 2-550-31210-4
41. Commission fédérale des stupéfiants. Groupe de travail méthadone de la sous-commission «Drogue». – *Rapport sur la méthadone : utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse*. – 3^e éd. – Berne : Office fédéral de la santé publique, déc. 1995. – 140 p
42. Canada. SBES. Direction générale de la protection de la santé. Direction des médicaments. Bureau des drogues dangereuses. – *L'utilisation des opioïdes dans le traitement de la dépendance aux opioïdes*. – Ottawa : Ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1992. – 17 p. – ISBN 0-662-59256-5

Publication du

Collège des médecins du Québec

2170, boulevard René-Lévesque Ouest

Montréal (Québec) H3H 2T8

Téléphone : (514) 933-4441

ou 1 888 MÉDECIN

Télécopieur : (514) 933-3112

Adresse Internet : <http://www.cmq.org>

Courrier électronique : info@cmq.org

et de

L'Ordre des pharmaciens du Québec

266, rue Notre-Dame Ouest

Bureau 301

Montréal (Québec) H2Y 1T6

Téléphone : (514) 284-9588

Télécopieur : (514) 284-3420

Adresse Internet : <http://www.opq.org>

Coordination :

Collège des médecins du Québec

Service des affaires publiques et des communications

Révision linguistique : Louise Verreault

Graphisme : Denis L'Allier, Designer graphique inc.

Impression : Bowne de Montréal

Reproduction autorisée avec mention de la source.

Dépôt légal : 4^e trimestre 1999

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

Note : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour alléger la présentation.

La version française intégrale de ces lignes directrices est disponible sur le site Internet du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

An English version will soon be available upon request.

