



formation continue

La méthadone, comment et pourquoi ?

Le cadre thérapeutique : pour une entente agréable

Le cadre thérapeutique est constitué de certaines balises, connues du médecin et du patient, qui permettent l'établissement d'un lien de confiance. Sans ces limites, le médecin qui traite la dépendance aux opiacés pourra se sentir rapidement envahi par des demandes auxquelles il ne sait comment répondre.

L'entente (contrat) verbale ou écrite qui s'établit au début du traitement constitue le principal élément du cadre thérapeutique (*tableau I*). La première étape consiste à déterminer avec le patient quels objectifs il vise en prenant de la méthadone, et de voir avec lui comment atteindre ces objectifs. Le contrat comporte aussi les conditions minimales (absences ou retards, modalités de prise du médicament, respect, etc.) que le médecin exige du patient pour continuer à lui prescrire la méthadone. Un contrat doit être respecté, sinon il est inutile. Il est important de ne pas fixer des règles si on n'est pas prêt à intervenir lorsqu'elles sont enfreintes. Par exemple, si l'on accepte une fois de voir le patient lorsqu'il se présente en retard à son rendez-vous, il est probable que ce dernier ne sera

M. Jean Gauthier, travailleur social et chargé d'enseignement clinique à l'unité de médecine familiale du CLSC des Faubourgs, est responsable des services d'appui aux médecins prescripteurs au Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN), à Montréal. La D^{re} Luce Pélissier-Simard, omnipraticienne et professeure adjointe au département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke, exerce à l'unité de médecine familiale de l'hôpital Charles-LeMoine, à Longueuil.

Soigner les patients narcomanes

plaisirs et règles du jeu

par **Jean Gauthier**
et **Luce Pélissier-Simard**

Un des grands intérêts du traitement des narcomanes, en dehors des changements spectaculaires auxquels on assiste, est le privilège d'être témoin d'un parcours où le risque et la marginalité nous informent sur notre propre culture et la remettent en question. Une relation spéciale s'établit s'il y a respect et authenticité, tant pour le patient que pour le médecin. Le cadre thérapeutique et l'évaluation globale sont des moyens qui permettent d'atteindre cette qualité de relation.

Tableau I

Entente au début du traitement à la méthadone

Déterminer les objectifs de traitement avec le patient.

Ex. : travailler, arrêter de consommer de l'héroïne, arrêter la prostitution, finir ses études.

Fixer un moment pour réévaluer si les objectifs sont atteints.

Ex. : dans six mois.

Détailler des moyens pour atteindre les objectifs fixés.

Ex. : consultation psychosociale, déménagement dans un milieu où il n'y a pas de drogue.

Conditions minimales exigées par le médecin :

- Le patient doit se présenter à ses rendez-vous avec le médecin et à la pharmacie comme il est prévu ;
- Climat de franchise, respect mutuel ;
- Le patient doit accepter les tests d'urines demandés ;
- Le patient doit fournir de l'information sur les substances et les médicaments qu'il prend ;
- Pas d'intimidation ;
- Pas de violence ;
- Pas de fraude à la pharmacie, ni à la clinique.

pas à l'heure les fois suivantes. L'entente doit donc être constituée des éléments essentiels pour le médecin.

En fonction des objectifs fixés, il peut être utile d'effectuer une analyse

d'urines pour détecter la présence de substances (*tableau II*). Les lignes directrices sur l'utilisation de la méthadone¹ recommandent de faire des analyses au moins deux fois par mois, de

Marie

Première consultation

Je vais la chercher dans la salle d'attente. Avec son allure marginale, un peu paumée, elle est facile à reconnaître parmi les autres patients. Elle est assise sur le bord de la chaise, le dos courbé, le regard vague, et se lève lentement à l'appel de son nom. Je la précède dans le couloir qui mène à mon cabinet. Je l'invite à s'asseoir, puis je fais de même et je la regarde. Ses pupilles punctiformes et son air égaré, sa voix traînante trahissent une consommation récente. Va-t-elle me faire confiance, me parler, se laisser aider ? Comment établir un contact ?

Elle commence par les questions habituelles. « Tu viens me voir pour avoir de la méthadone, raconte-moi ton histoire. » Elle ne cherche plus d'excuses. Ne joue pas à m'intimider pour que je lui donne ce qu'elle veut. Elle parle avec lassitude de sa vie, dont chaque minute est remplie par l'obsession, la compulsion de trouver de l'argent pour son prochain *hit* d'héroïne. Elle est fière... et reste vague sur la façon dont elle se procure de l'argent. Des amis l'aident. Un ami en particulier.

Elle a 21 ans, son corps si mince lui donne l'air d'une adolescente. Marie consomme du *smack* quotidiennement depuis quatre ans déjà. Avant, elle a pris beaucoup de *pot* et de bière. Elle a vécu deux ans dans un centre d'accueil. Depuis quelques mois, elle partage un appartement avec un ami qui se drogue lui aussi. Ses parents habitent sur la Rive-Sud. Le contact n'est pas rompu, mais les relations sont difficiles. Ils sont au courant de sa démarche, mais se méfient de cette « drogue que le médecin prescrit ».

Je l'examine : un visage doux qu'elle a orné d'anneaux, des tatouages macabres, des cheveux longs emmêlés de couleur indéfinissable. Sur ses bras, surtout le gauche, sur ses pieds, des cicatrices de piqûres, dont certaines toutes fraîches.

Je fais l'examen clinique habituel. Puis nous recommençons à parler. Je lui demande si elle a des projets, des rêves.

Ses yeux s'allument, une ombre passe sur son visage. Elle soupire : « J'aimerais faire des études en graphisme, mais avant, il faut que je finisse mon 5^e secondaire. » Je vérifie ce qu'elle sait de la méthadone. Elle la connaît bien et connaît même toutes mes habitudes de prescription et les règles relatives aux privilèges d'apporter ses doses, aux tests d'urines... Son amie Élyse, qui est aussi ma patiente, lui a déjà tout expliqué.

Nous nous entendons sur un contrat, sur ses responsabilités et les miennes (*tableau I*). Surtout, je lui reparle de son désir de devenir graphiste. En examinant comment elle met en place les conditions qui lui permettront de réaliser ce rêve, nous pourrions voir si le traitement sera un succès pour elle. On fixe un rendez-vous dans une semaine. Je lui donne son ordonnance cachetée, dont je fais une photocopie pour éviter d'avoir à tout écrire dans mon dossier, puis j'appelle le pharmacien. Je demande un prélèvement d'urines (*tableau II*) pour documenter sa consommation. Marie remplit les papiers pour obtenir une copie du dossier des hôpitaux où elle a consulté.

Deuxième consultation

« Qui est ce monsieur qui est assis avec Marie ? Son ami ? Son père ? » Elle me dit que c'est son père, qui est allé la chercher chez elle, au centre-ville, pour la conduire à ce rendez-vous. Elle est déçue d'avoir consommé encore cette semaine, mais les doses de méthadone que j'ai pu lui donner étaient encore trop faibles pour qu'elle se sente bien.

Elle n'a pris de l'héroïne qu'une fois par jour, le soir. Aujourd'hui, elle n'en a pas encore « fait »... Elle me le dit et je le vois dans ses yeux, qui sont brillants et qui, cette fois, me regardent directement. En voyant que je comprends pourquoi elle a consommé, elle semble soulagée et me dit qu'elle est contente et encouragée.

Elle aimerait déménager sur la Rive-Sud pour s'éloigner du milieu de la drogue. Ses parents ne sont pas prêts à la reprendre, elle leur en a fait voir de toutes les couleurs dans les dernières années. Son père vient la voir, mais sa mère n'est plus capable... Elle change subitement de sujet. « Ah oui... mon *chum* consomme aussi. Aurais-tu de la place pour lui dans ton programme ? »

Il se pique devant elle et elle ne se sent pas capable de résister. Moi non plus... je pense bien que je vais prendre un nouveau patient.

façon aléatoire, pendant les trois premiers mois d'un traitement d'entretien. Par la suite, si les résultats sont négatifs, les tests d'urines peuvent être effectués une fois par mois. Les urines sont habituellement prélevées à la pharmacie, sous supervision directe ou par détection thermique, dans les pharmacies qui offrent ce service (phar-

macies du niveau I). Après 12 mois de résultats négatifs, le médecin décide de la fréquence des tests de dépistage urinaire.

Le dernier aspect important du cadre thérapeutique est la prise en charge du traitement à la méthadone par le patient (*tableau III*). Auparavant utilisée comme un moyen de « récom-

penser » l'abstinence, la possibilité d'apporter des doses de méthadone avec soi sert actuellement à améliorer la qualité de vie des patients (travail, relations familiales et sociales, etc.). Sauf en période de crise, on présume que le patient est capable de prendre adéquatement son médicament s'il garde sa méthadone de façon sécuritaire.

Tableau II

Utilité des tests d'urines pour le dépistage de substances

- Confirmer que le patient prend des opiacés avant le début du traitement ;
- Vérifier si le patient prend de la méthadone ou d'autres substances au début ou au cours du traitement s'il y a crainte de fraude ou de surconsommation ;
- Amorcer le dialogue sur la consommation d'autres substances dont le patient n'aurait pas parlé parce qu'il ne les juge pas problématiques ;
- Démontrer l'abstinence du patient, à sa demande ;
- Prévenir les risques d'intoxication.

Évaluation psychosociale du patient

On peut envisager le traitement à la méthadone dans une perspective étroite : on substitue à l'héroïne un médicament administré par la bouche afin de réduire les infections contractées par l'injection intraveineuse et les problèmes liés à la consommation de drogues. La consommation d'héroïne est malheureusement associée à une nuée d'autres problèmes, qu'il faut aussi traiter si l'on veut aider le patient à améliorer sa santé globale. Traçons un parallèle avec le diabète : il ne suffit pas de remplacer l'insuline endogène par des injections d'insuline exogène, il faut aussi aider le patient à modifier son mode de vie et traiter les problèmes qui y sont associés, comme l'hypercholestérolémie et l'hypertension. Chez le patient héroïno-

Tableau III

Prise en charge du traitement à la méthadone par le patient

- Au début du traitement, le patient doit prendre quotidiennement sa méthadone.
- Quand l'état du patient se stabilise (habituellement, respect du contrat initial pendant trois mois), il peut progressivement contrôler lui-même la prise du médicament, c'est-à-dire apporter le médicament avec lui. On recommande de lui donner une dose par semaine pour une période de trois mois. On vérifie s'il est capable de conserver la méthadone de façon sécuritaire, sans perte, vol, vente, bris, prise erratique. S'il démontre qu'il prend bien en charge son traitement, il peut obtenir le privilège d'apporter une deuxième et une troisième dose pour une autre période de trois mois. Par la suite, s'il travaille, retourne aux études, retrouve une vie normale, il peut apporter jusqu'à cinq doses par semaine avec lui.
- Les lignes directrices du Collège des médecins proposent un algorithme concernant l'octroi des privilèges d'auto-prise en charge (*figure 1*).

mane, le médecin peut évaluer :

- le **problème de toxicomanie**, à l'héroïne et à d'autres substances ;
- les **problèmes associés** : difficulté à recourir aux services de santé, problèmes d'intégration au marché du travail, implication dans des activités illégales, environnement social inadéquat, difficultés familiales, maladies psychiatriques masquées (ou) traitées par des drogues illicites.

Une évaluation globale permettra au médecin et au patient de voir les différents aspects problématiques à travailler. Les toxicomanes ont souvent l'impression que tout ira bien dans leur vie s'ils arrêtent de consommer. Le patient peut avoir de la difficulté à mettre

de côté cette pensée magique après que la partie principale de sa vie a tourné autour de cette unique dépendance. Souvent pris dans l'urgence quotidienne de se procurer et de consommer de la drogue, il a perdu de vue des pans importants de son passé et de sa situation actuelle. Après avoir pris conscience du tableau d'ensemble, il lui sera plus facile d'accepter de prendre le temps et les moyens nécessaires pour régler ses autres problèmes.

Dans les programmes bien organisés de soins aux toxicomanes, une évaluation psychosociale est généralement effectuée à l'aide d'un outil standardisé, l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT). L'IGT permet de tracer

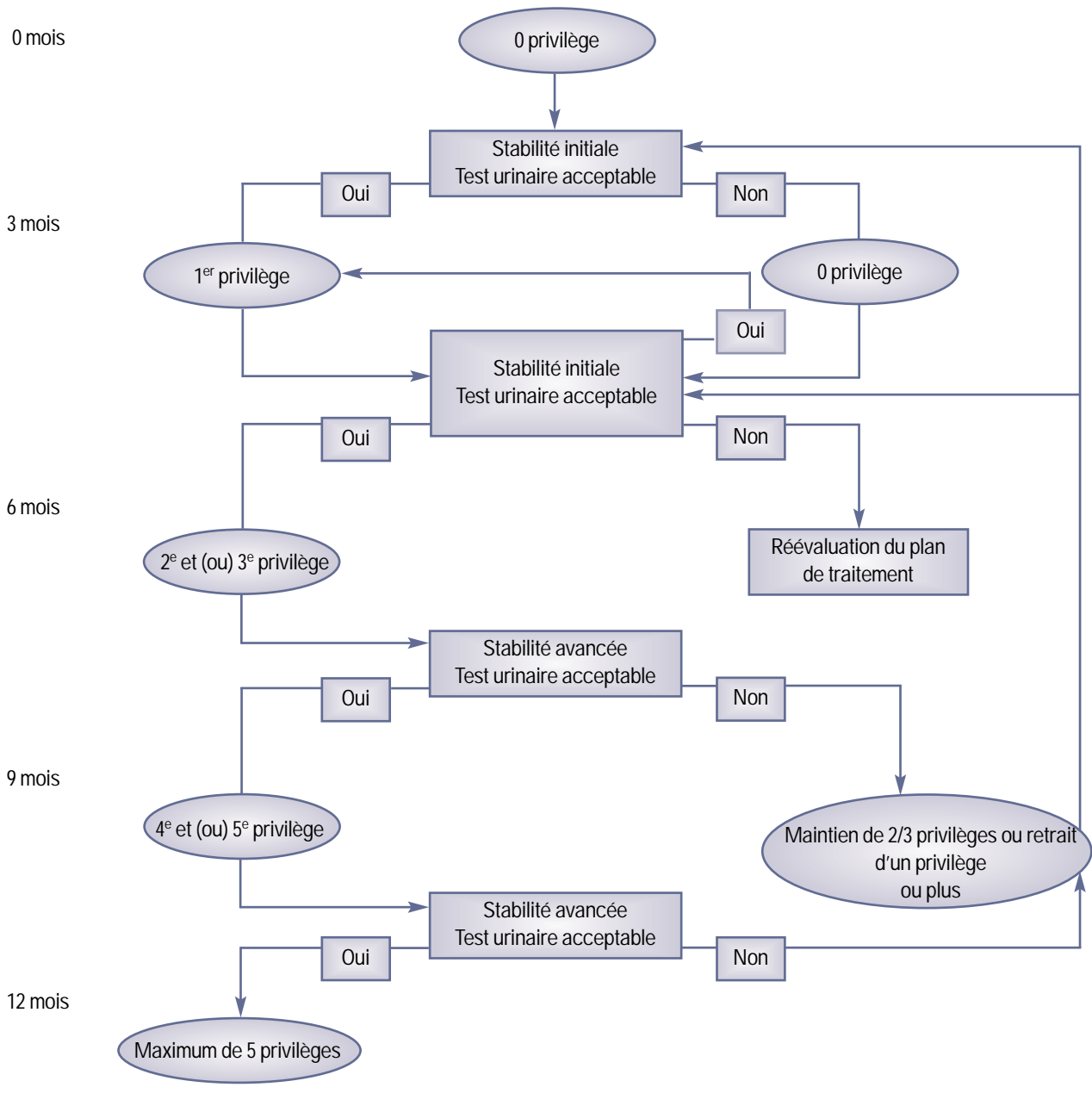
Le contrat thérapeutique doit être respecté, sinon il est inutile. Il est donc important de ne pas fixer des règles qu'on n'est pas prêt à expliquer et à appliquer.

Le toxicomane, pris dans l'urgence quotidienne de se procurer et de consommer de la drogue, a souvent perdu de vue des pans importants de son passé et de sa situation actuelle. Il a l'impression que tout ira bien dans sa vie s'il arrête de consommer.

Repères

Figure 1

Algorithme concernant l'octroi des privilèges d'auto-prise en charge



60

un portrait global qui sera utile tant à l'équipe soignante qu'au patient². Le tableau IV présente une synthèse des aspects que l'IGT permet d'évaluer. En abordant ces aspects, le médecin

pourra avoir une vision claire du plan d'intervention. L'évaluation permet une compréhension juste de ce que vit le patient, favorise une bonne alliance thérapeutique et permet au

médecin de mieux négocier le plan de traitement, y compris l'orientation du patient pour un suivi psychosocial. Il est possible de demander à un centre spécialisé, entre autres

Tableau IV

Évaluation psychosociale du patient héroïnomanie

Abus de substances

- Stade de changement face à la toxicomanie
Marie arrête de prendre de l'héroïne, mais ne veut pas arrêter de prendre du cannabis ni de la cocaïne par voie nasale, qu'elle consomme avec des amis même si elle n'aime plus vraiment ça. La méthadone lui permet d'arrêter de prendre de l'héroïne et d'avoir une meilleure situation sociale (logement, amis qui ne prennent pas d'héroïne). Cependant, elle n'est pas consciente des autres aspects problématiques de sa consommation et n'envisage aucune mesure pour arrêter de prendre les autres substances.

Santé

- Le fait qu'elle néglige de se soigner est-il un indice de détresse ?
Elle a arrêté toute injection et admet avoir joué à la roulette russe avec sa vie en s'injectant n'importe quoi, sans précaution. Malgré son hépatite C, elle consomme souvent de l'alcool et ne consulte pas l'hépatologue que vous lui avez recommandé.
- Quelles ont été ses relations antérieures avec les médecins ?
Elle manque des rendez-vous et vous cache longtemps qu'elle consomme de la marijuana de crainte de perdre son traitement avec la méthadone, parce qu'elle n'arrive pas à faire confiance. Elle sait que des amis ont perdu leur traitement pour cette raison.

Emploi et ressources

- Plan réaliste de retour au travail ?
Elle parle régulièrement de son projet de devenir graphiste, mais imagine difficilement pouvoir finir son 5^e secondaire, car elle a eu de nombreux échecs scolaires.
- Fonctionnement antisocial ou marginal ?
Elle travaille dans un restaurant depuis deux semaines mais a eu beaucoup de difficulté à arrêter de danser, à rompre avec son *sugar daddy*. Elle a de la difficulté à vivre avec si peu d'argent.

Aspects légaux

- Incarcération prévisible ?
Pas d'incarcération prévisible.
- Comportements illégaux à d'autres fins que la consommation ?
Elle n'a jamais fait de prostitution mais a commencé jeune à danser : « Parce que c'était très payant et que ça ne me dérangeait pas. »
- Dangereuse ?
Elle est plus victime que dangereuse.

Vie familiale et sociale

- Isolement social ?
Elle a peu d'amis qui ne consomment pas. Elle nous demande de proposer un traitement à ses deux meilleurs amis.
- Proches qui consomment ?
Elle s'est séparée de son conjoint il y a un mois : « Il me contrôlait. » Ils avaient pris le traitement à la méthadone ensemble et elle l'a quitté en concluant qu'il n'arrêterait jamais « ses folies », c'est-à-dire de frauder pour gagner de l'argent.
- Réactions de l'entourage face au changement qu'entraîne la prise de la méthadone
Sa mère est contente qu'elle aille mieux, mais Marie est triste de moins la voir depuis plusieurs mois. Elle se sent abandonnée.
- Agressions antérieures
Agression sexuelle pendant un an, à l'âge de huit ans, par un ami de son père. Elle n'en a pas parlé à ses parents, qui étaient en conflit depuis qu'ils s'étaient séparés.

Aspects psychologiques

- Problèmes psychiatriques et « autotraitement » avec les drogues ?
Marie a commencé à prendre de l'héroïne à 16 ans. Elle dit s'être sentie bien à ce moment pour la première fois de sa vie : « Ça calmait tout. » Elle est étonnée lorsque vous dites qu'elle a peut-être fait une dépression lorsqu'elle était en conflit avec son père (de 11 à 16 ans), qu'elle décrit comme « contrôlant ».

au CRAN, de faire l'évaluation d'un patient et de vous la transmettre avec l'accord du patient. Cette évaluation aide parfois à décider à quels services psychosociaux il faut avoir recours.

Orientation pour un suivi psychosocial : indications et ressources

Quand le problème aigu de consom-

mation d'opiacés est résolu, les autres difficultés du patient resurgissent. Par ailleurs, plusieurs patients peuvent améliorer leur qualité de vie de manière satisfaisante, par eux-mêmes ou

Tableau V

Ressources communautaires utiles pour le médecin

Services psychosociaux pour les patients sous méthadone

Montréal

- Le CRAN (services individuels ou familiaux, bilingues) : (514) 527-6939
- Le Centre Le Portage (externe et interne) : (514) 939-0202
- Le Centre Dollard-Cormier (francophone) : (514) 385-0046
- Le Pavillon Foster (anglophone, services externes) : (514) 486-1304

Dans les autres régions

- Les centres de réadaptation publics, dans la vaste majorité des régions, collaborent déjà avec des médecins prescrivant de la méthadone.

Services de soutien pour les médecins prescripteurs au Québec :

CRAN (tél. : [514] 527-6939)

- **Information** (services disponibles, pharmacies, etc.)
- **Consultation** auprès d'un médecin expert ou d'un intervenant psychosocial (service provincial)
- **Évaluation de patients, orientation et transfert de patients dans un état stable** dans la collectivité
- **Supervision** sur demande
- **Formation** (en collaboration avec le service de désintoxication du Centre hospitalier de l'Université de Montréal [CHUM], le bureau de l'éducation médicale continue [EMC] de l'Université de Montréal et le Conseil québécois de coordination sur le sida [CQCS]). Tél. : (514) 343-6367

avec l'aide de leur entourage. S'ils sont motivés à comprendre et à régler les autres aspects problématiques de leur vie, ils sont généralement prêts à consulter un intervenant psychosocial pour entreprendre une démarche de psychothérapie. Dans beaucoup de cas, il y a avantage à aider le patient et son entourage à le faire dès le début du traitement. Les changements majeurs dans la vie du patient provoquent souvent des bouleversements impor-

tants autour de lui : soulagement, confusion, difficulté à faire confiance, etc. Le rôle du médecin est d'aider le patient et son entourage à trouver une source d'aide accessible et adaptée à leurs besoins. Le *tableau V* offre une liste de ressources possibles.

Mais le patient ne voit pas toujours clairement les difficultés autres que la dépendance à l'héroïne³. Le médecin peut alors, par différentes stratégies, l'amener à reconnaître le problème et

à consulter. Voici quelques moyens de susciter l'intérêt du patient sur un aspect du problème que l'utilisation de la méthadone n'a pas réglé, a révélé ou a déclenché :

- Vérifier avec le patient à quels changements il s'attend, à quoi s'attendent ses proches, quels changements il considère comme possibles ;
- Demander au patient de préciser quels sont ses liens avec le milieu de la drogue et ses rituels de consommation (difficultés de transition entre la vie du toxicomane et la vie « après », deuil du rite d'injection) ;
- Situer les changements réalisés dans une perspective à long terme, à partir des objectifs initiaux ;
- Vérifier comment le patient et son entourage acceptent l'utilisation de la méthadone ;
- Demander une évaluation à un centre spécialisé en toxicomanie pour mieux comprendre ;
- Faire un génogramme incluant les problèmes de toxicomanie et de santé mentale dans la famille du patient.

LE TRAITEMENT À LA MÉTHADONE a généralement des effets spectaculaires sur la qualité de vie du patient et de son entourage⁴. Très gratifiante pour le médecin à certains égards, cette pratique exige cependant qu'il ne minimise pas le défi que représente la réadaptation psychosociale du patient⁵.

En premier lieu, le médecin devra bien reconnaître ses propres besoins et limites et proposer un cadre thérapeutique dans lequel il se sentira à l'aise et respecté. Un tel cadre a aussi pour objectif d'aider le patient à rechercher une bonne qualité de vie. □

Date de réception : 3 février 2000.

Date d'acceptation : 16 février 2000.

Mots clés : méthadone, relation médecin-patient, dépendance aux opiacés.

Le patient ne voit pas toujours clairement les difficultés autres que la dépendance à l'héroïne. Le médecin peut alors, par différentes stratégies, l'amener à reconnaître le problème et à consulter.

Repère

formation continue

Summary

Treating heroin addicts. Treating heroin addicts with methadone can give doctors a lot of satisfaction. Spectacular changes occur in the patient's life and a significant relationship develops between physician and patient. This is possible when rules are clearly established in the initial contract, with the proper use of urine tests and with progressive self-control of the medication. Global evaluation of the patient, recourse to psychosocial resources by the patient and use of prescription support by the physician, are other ways to appreciate the experience of prescribing methadone.

Key words: methadone, doctor-patient relationship, opiate dependence.

Bibliographie

1. Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec. *Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés. Lignes directrices.* Montréal : CMQ et OPQ, octobre 1999.
2. Guyon L, Landry M, Brochu S, Bergeron J. *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes. L'indice de gravité d'une toxicomanie (STI/IGT).* Québec : Les presses de l'Université Laval, 1998.
3. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983 ; 51 : 390-5.
4. Ball JC, Ross A. *The Effectiveness of methadone maintenance treatment.* New York : Springer-Verlag, 1991 : 283 pages.
5. Deglon JJ. *Le traitement à long terme des héroïnomanes par la méthadone.* Genève : Éditions Médecine et Hygiène, 1982.

L'aide d'aujourd'hui.
L'espoir de demain.

INFO : 1-888-MÉMOIRE

Société Alzheimer

Module d'autoformation



En vente chez Somabec et au stand d'accueil
des congrès de formation continue de la FMOQ

Renseignements : 1 800 361-8118

Télécopieur : (450) 774-3017

Courriel : bp295@somabec.qc.ca