Le traitement de la dépendance aux opioïdes

Introduction

Comme le savent la plupart des médecins, la pratique appropriée du traitement de substitution aux opiacés (TSO) fait l'objet de nombreuses directives professionnelles. Élaborées par les organismes provinciaux de réglementation et d'autres agences, elles deviennent dans certains cas les normes qui s'appliquent à la prestation de toute thérapie (voir annexe).

Au Nouveau-Brunswick, le Collège s'est montré réticent à choisir arbitrairement une approche plutôt qu'une autre, malgré leurs similarités. Il a jugé bon de permettre aux médecins d'adopter l'une de ces approches établies pour les guider. Ils seraient ainsi en mesure de modifier leur approche en prenant de l'expérience. Ceci dit, afin d'assurer une certaine cohérence, le Collège peut renvoyer les médecins aux lignes directrices les plus récentes de la Nouvelle-Écosse (http://www.cpsns.ns.ca/Portals/0/PDFprograms/Methadone%20Maintenance%20Treatment%20Handbook.pdf) pour les guider en anglais, ainsi qu'aux lignes directrices du Québec (http://www.cmq.org/Public/profil/commun/AProposOrdre/Publications/~/media/4CF7E2D1B394417D91B8AC7767D00976.ashx?71015) qui est actuellement la seule source pour les guider en français.

En tout état de cause, les médecins qui consultent une directive de l'extérieur de la province doivent connaître les particularités du Nouveau-Brunswick, par exemple l'absence d'un système de surveillance à l'heure actuelle. De plus, ces lignes directrices doivent être prises dans le contexte des indications du présent document et s'y ajoutent à titre de normes que doivent respecter ces médecins dans leur pratique.

Bien que notre document fasse souvent mention de la méthadone, il faut se rappeler l'existence d'autres substituts aux opiacés, y compris la buprénorphine (Suboxone). Ce dernier est un médicament différent du point de vue légal et l'approbation directe de Santé Canada ou du Collège n'est pas obligatoire pour en prescrire. Il diffère aussi de la méthadone du point de vue clinique et doit être utilisé différemment, mais plusieurs des présentes indications s'y appliquent néanmoins.

Qualification du prescripteur

Dans certaines provinces, les médecins sont tenus de suivre un programme de perfectionnement professionnel avant d'être autorisés à prescrire de la méthadone. D'autres provinces exigent une période de mentorat auprès d'un autre médecin. Il a été suggéré que de telles conditions peuvent empêcher les médecins de se charger de cette pratique. Certains font remarquer que plusieurs médecins prescrivent de la méthadone depuis plusieurs années et ne devraient pas avoir à suivre ce supplément de formation de manière arbitraire. Plusieurs autres soulignent le fait paradoxal qu'aucune formation n'est exigée pour prescrire les opiacées qui sont la cause première du problème.

Les médecins qui désirent prescrire de la méthadone doivent demander une exemption à Santé Canada et chaque exemption doit être approuvée par le Collège. Les exemptions sont renouvelables aux trois ans. Pour assurer le respect des normes contemporaines les plus strictes, les médecins qui font une première demande pour prescrire de la méthadone doivent faire preuve

d'une expérience de formation connexe récente. Il peut s'agir d'un programme structuré suivi en personne, d'une formation en ligne ou d'un mentorat auprès d'un prescripteur expérimenté. Par la suite, sans que ce soit exigé à chaque demande, ceux et celles qui désirent renouveler leur privilège de prescrire de la méthadone doivent être en mesure de prouver qu'ils ont acquis une expérience de formation appropriée au cours des cinq années qui précèdent.

Aucune approbation officielle n'est nécessaire pour prescrire le Suboxone mais la preuve de formation pourrait être exigée pour ce médicament également Il faut savoir, en dernier lieu, que les connaissances de base nécessaires à la prestation d'un programme efficace de traitement à la méthadone vont bien au-delà du protocole du traitement et doivent inclure la preuve d'une compréhension poussée de tous les aspects de la toxicomanie.

Critères de traitement

De nombreuses lignes directrices recommandent que le patient réponde aux critères du trouble lié à l'abus d'alcool et d'autres drogues, aux termes de la plus récente édition du Manuel diagnostique et statistique (DSM).

Par ailleurs, plusieurs praticiens estiment que ces critères sont trop restrictifs. Un patient pourrait vivre de gros problèmes et ne pas pouvoir répondre à tel ou tel critère pour une foule de raisons. C'est pourquoi nous ne pouvons qu'exhorter les médecins à s'assurer dans la mesure du possible que le patient est effectivement atteint du trouble pour lequel le traitement sera instauré.

Certains autres critères sont aussi proposés. Certains programmes insistent sur la preuve de la présence d'opiacés chez le patient au moyen d'une analyse d'urine positive. D'autres suggèrent que le patient ait des antécédents documentés d'une toxicomanie d'une durée d'au moins un an. Des traitements antérieurs doivent aussi avoir échoué. Pour sa part, le Collège n'en fait pas des exigences absolues. Comme dans toute situation, le jugement sur chaque cas doit reposer sur l'ensemble des faits propres au cas. Autrement dit, les patients peuvent présenter un trouble important qui justifie le traitement sans répondre à tous et chacun des critères précisés.

De nombreuses lignes directrices suggèrent aussi que le médecin doive être raisonnablement convaincu que le patient bénéficiera du traitement à la méthadone. Cependant il est souvent mentionné qu'il n'est pas toujours possible d'obtenir cette certitude. La méthadone ne traite que la toxicomanie aux opiacés, sans égard aux autres aspects de la vie du patient. Il est avancé que ces autres aspects pourraient avoir pour effet de porter le médecin à préjuger de la question.

Il pourrait néanmoins s'avérer utile de déterminer si le patient est disposé à prendre l'important engagement à long terme nécessaire pour suivre ce traitement en continu, car il lui faut subir des évaluations cliniques continues, consulter en pharmacie et recevoir d'éventuels services d'appoint sur une longue durée. Des difficultés de déplacement et le manque de ressources personnelles pourraient se répercuter sur la capacité du patient à remplir ces exigences.

Ententes de traitement

En général les lignes directrices recommandent que les patients signent un document, qu'on appelle souvent une « entente de traitement », exposant certaines attentes liées au traitement et certaines des obligations des patients. Une approche de ce genre peut contribuer utilement à l'éducation du patient et mettre l'accent sur les conditions de traitement qui sont importantes pour la sécurité du patient, par exemple. Par contre, le mot « entente » laisse supposer qu'il s'agit d'une forme de contrat en vertu duquel le patient promet certaines choses. Plusieurs avancent que les patients ayant besoin du traitement ne sont pas en position d'endosser ces obligations délibérément. Ils pourraient se sentir contraints si le seul moyen de commencer le traitement consiste à signer ce document. De plus, en raison des effets de leur maladie, ils pourraient ne pas être en mesure de comprendre entièrement tous les aspects d'une entente. La présentation d'un document à signer étant consignée au dossier, la seule conclusion permise par la suite serait que des questions précises ont été abordées avec le patient mais nullement que ce dernier les comprend entièrement.

Il est à remarquer qu'une entente signée au préalable ne soustrait pas le médecin à ses obligations professionnelles. Un médecin ne peut forcer un patient à renoncer à son droit à des soins appropriés sur la foi d'un document. S'il survient des problèmes liés au traitement, ils doivent être abordés dans le contexte de la situation du moment, sans faire appel à des dispositions auxquelles le patient aurait consenti des mois ou des années auparavant. La plainte la plus souvent formulée à cet égard est l'interruption involontaire de la thérapie. Un patient ne peut consentir d'avance à cette interruption en conséquence d'une situation qui ne justifierait pas le recours à cette mesure sinon.

Finalement, bien que certains collèges exigent que toutes les ententes de ce genre soient déposées à leur bureau, le Conseil estime que cela n'apporterait pas nécessairement d'amélioration aux soins dispensés à ces patients.

Électrocardiogrammes avant le traitement

Ce sujet porte à controverse. Certains programmes insistent sur le dépistage d'un intervalle QTc prolongé avant le début du traitement. Un examen plus exhaustif de la question porte à croire que les avantages n'en sont pas établis scientifiquement. En même temps il s'agit pour le patient d'un obstacle de plus à franchir, même s'il est mineur, qui pourrait le dissuader de suivre le traitement.

Beaucoup de médecins adoptent une approche sélective appropriée à l'égard des cardiogrammes. On y fait appel pour des motifs cliniques précis ou en présence d'antécédents familiaux ou d'une élévation de la dose efficace au-delà d'un niveau déterminé. De plus, d'autres médicaments interagissent notoirement avec la méthadone, et aggravent ce problème. Les médecins doivent tenir compte de ces interactions.

Instauration du traitement

La demi-vie de la méthadone est longue et les premières prises peuvent donc donner lieu à une concentration sanguine élevée, mais à retardement, ce qui représente un danger. C'est pourquoi les deux premières semaines de traitement peuvent être les plus dangereuses pour le patient. Les renseignements sur les doses d'instauration du traitement sont disponibles auprès d'autres sources. Ce qui importe pour le médecin, c'est de décider de l'approche qui posera le moins de risque pour le patient; il doit aussi déterminer la fréquence de réévaluation du patient afin de prévenir les

difficultés. Le calendrier des évaluations doit être établi selon la disponibilité des ressources. De nombreux médecins reçoivent leurs patients une fois par semaine durant la phase initiale. Il en ressort qu'un médecin ne doit pas initier une thérapie à la méthadone à moins d'être disponible pour évaluer le patient au besoin. Par ailleurs, certains médecins exercent dans un milieu où d'autres professionnels de la santé, dont des infirmières et des pharmaciens, sont accessibles aux clients durant la période initiale et par la suite. Selon la disponibilité de ces ressources, le médecin prescripteur peut déterminer à quelle fréquence il devra personnellement assurer le suivi.

Traitement de maintien

De nombreux patients auront besoin d'une dose plus élevée que celle fournie initialement. Les médecins doivent s'attendre à cela et être disposés à leur en prescrire suffisamment pour établir une certaine stabilité, tout en respectant les lignes directrices en vigueur. Il apparaît que la réussite du traitement est associée à des doses plus élevées en général. Cependant le dosage doit être individualisé.

Il existe également une variation entre les médecins dans la fréquence d'évaluation des patients en régime stable. À certaines étapes, les consultations peuvent être trimestrielles, mais plusieurs médecins préfèrent voir ces patients tous les mois pendant une longue période. Encore là, la disponibilité d'autres praticiens en santé pourrait influencer le calendrier de ces consultations.

Dépistage urinaire de drogues

Les tests de dépistage aléatoires et impromptus de drogues licites et illicites demeurent controversés. On estime traditionnellement que si les patients sont traités à l'aide de la méthadone pour éliminer leur toxicomanie aux opiacés, il s'ensuit en toute logique que tout problème éventuel lié à d'autres drogues doit être abordé de front. Ce n'est qu'en « forçant » les patients à l'abstinence de drogue qu'ils recouvreront la santé et seront productifs. La consommation de drogues illicites, par exemple, continuerait de les exposer à une sous-culture malsaine. Il ne serait pas logique d'ignorer ou de tolérer l'usage continu de divers médicaments éventuellement néfastes.

Par contre, d'autres avancent que le traitement à la méthadone ne combat qu'un seul problème, soit la toxicomanie aux opiacés. Il n'a aucun effet spécifique sur l'usage d'autres médicaments. Non seulement les patients vont-ils souvent continuer d'utiliser un médicament ou un autre, mais il faut s'attendre à ce qu'ils le fassent. Cependant, quand ils sont stabilisés quant à leur dépendance aux opiacés, il arrive souvent que les autres aspects se règlent également, à mesure que s'améliorent leur bien-être et leur état de santé général.

La question de l'usage qui sera fait des résultats du test de dépistage urinaire de drogues a beaucoup rapport avec la manière d'administrer le test. S'il doit être utilisé dans un but plus ou moins punitif, les normes selon lesquelles a lieu le dépistage (impromptu, aléatoire) sont importantes. Si au contraire il s'agit d'une méthode d'évaluation continue des habitudes de vie du patient, les normes précises de prélèvement importent moins. On en vient à conclure qu'une approche rigide au dépistage pourrait constituer un nouvel empêchement à la poursuite du traitement de substitution aux opiacés (TSO).

Pour ces raisons, les médecins doivent eux-mêmes déterminer l'approche individuelle à tenir avec chacun des patients.

Exécution des ordonnances

La préparation liquide de méthadone est presque toujours dispensée directement d'une pharmacie sous forme de dose orale administrée devant témoin. Généralement parlant, les patients doivent pouvoir choisir la pharmacie à fréquenter. Normalement on ne doit pas les diriger vers telle ou telle pharmacie et la poursuite du traitement ne doit pas dépendre de l'utilisation d'une pharmacie en particulier. Par exception, le médecin pourrait se soucier de questions de sécurité pertinentes. Quoi qu'il en soit, les patients devraient toujours faire affaire avec la même pharmacie. S'ils souhaitent changer de pharmacie, cette question doit être examinée avec le médecin.

Doses à emporter

Après être demeurés stables pendant une période raisonnable, souvent prédéterminée, les patients peuvent être autorisés à emporter à domicile un certain nombre de doses quotidiennes dispensées à l'avance par la pharmacie. La période minimum de stabilité peut varier mais s'établit généralement autour de trois mois. Certains considèrent la possibilité d'emporter des doses à la maison comme un privilège qui doit être mérité. Ce privilège peut être retiré en conséquence de l'application de certains critères.

Par contre, plusieurs estiment que la possibilité d'emporter des doses à domicile a un effet positif sur la poursuite du traitement. Pour cette raison, la plupart des patients devraient s'acheminer vers cette pratique, et ne devraient se voir retirer ce privilège que dans des circonstances exceptionnelles.

Cela dit, le médecin doit reconnaître le potentiel de détournement associé à ce privilège. Le détournement pourrait être volontaire de la part du patient, ou involontaire, par exemple lorsque le médicament est laissé à la portée des enfants. La meilleure solution est d'autoriser le patient à emporter des doses à domicile au cas par cas. Le médecin doit avoir la certitude que le patient prendra le médicament à la maison exactement comme il l'a prescrit. Il doit aussi avoir confiance que le patient gardera le médicament en sécurité, dans un casier verrouillé, pour en prévenir l'usage abusif.

Counselling

Autrefois, la prestation aux patients en traitement d'un programme structuré de counselling était jugée essentielle pour les acheminer vers un état de santé optimal. Dans certains cas, le counselling était obligatoire pour la poursuite du traitement. En revanche, des études de grande envergure ont remis en question l'apport du counselling à l'ensemble des résultats. Par conséquent, les chercheurs estiment que l'absence de services de counselling dans certains cas ne devrait pas empêcher l'initiation d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO).

Pour le médecin, il semble être d'importance critique qu'il comprenne que l'abus d'opiacés n'est probablement qu'un parmi les nombreux problèmes du patient. C'est donc dire qu'il ne faut jamais traiter la toxicomanie isolément mais plutôt dans le contexte de la vie du patient : ce dernier pourrait avoir besoin d'aide pour d'autres aspects également. Le médecin doit alors déterminer quelles ressources sont disponibles comme aide supplémentaire dont le patient pourrait profiter.
.

Interruption involontaire

Aucun autre motif de plainte n'est plus fréquent dans le traitement de substitution aux opiacés (TSO). La décision par le médecin d'interrompre le traitement se fonde sur plusieurs facteurs,

dont les comportements inappropriés, l'inobservation et le détournement. Dans certains cas les médecins se fient aux ententes préalables pour appuyer leur décision.

Des lignes directrices ne sauraient détailler tous les problèmes qui pourraient faire surgir la possibilité d'une interruption involontaire. Le médecin peut peser ces problèmes dans le contexte de sa pratique et de ses patients. Il pourra déterminer à l'avance les sortes de problèmes qui soulèveraient la possibilité d'une interruption et en faire part à ses patients dès le départ, mais quand les circonstances prévues surviennent, la décision d'interrompre doit se baser sur les faits actuels du cas.

D'autre part, des études signalent que l'interruption involontaire constitue un échec du traitement. En principe il faut éviter les échecs au traitement en médecine. Il faut donc prévoir, et prévenir si possible, les circonstances où l'échec s'imposerait.

Il faut aussi mentionner que les comportements inappropriés, qu'il s'agisse par exemple de la consommation de substances inappropriées ou de manifestations d'agressivité dans le contexte du traitement, pourraient signaler la présence de troubles de santé mentale non résolus. Les médecins doivent être conscient de cela et considérer s'il est souhaitable d'intervenir dans ce contexte.

Les patients dont l'état nécessite le traitement de substitution aux opiacés (TSO) ne sont pas généralement réputés de toujours prendre les bonnes décisions. Leur approche peut être impulsive, sans grande réflexion et sans le souci de veiller à leurs intérêts. C'est pourquoi toute situation qui se présente doit être évaluée soigneusement. S'il y a non concordance des faits, il faut régler cette question. Il serait bon de trouver des solutions autres que l'interruption de traitement, par exemple le retrait du privilège d'emporter des doses à domicile. Quelle que soit la décision, elle doit être basée strictement sur les problèmes liés au programme de traitement, sans déborder sur ce qui se passe à l'extérieur, tels que le comportement du patient dans d'autres contextes.

Il peut se présenter des difficultés qui semblent propres au programme de traitement en particulier. Elles pourraient se rapporter à la personne du médecin, à son bureau ou à la pharmacie participante, par exemple. Le cas échéant, si le médecin estime qu'il ne peut lui-même dispenser un traitement continu, il a l'obligation primordiale de fournir une aide raisonnable pour le transfert du patient vers un autre programme. À tout le moins, le patient doit être informé des autres ressources en place. Ce n'est que si le médecin a confirmé qu'aucune autre solution ne s'offre au patient qu'un sevrage pourra être envisagé. Il faut se rappeler que ce même médecin avait d'abord instauré le traitement à la méthadone après détermination que ce traitement était dans l'intérêt du patient. Par conséquent, la décision d'interrompre le traitement doit être précédée d'une détermination que la prestation du traitement de substitution aux opiacés (TSO) n'est plus dans l'intérêt du patient. Le médecin doit être en mesure de confirmer ce jugement s'il survient un différend.