

## **METHADONE : GUIDE PRATIQUE POUR PRESCRIPTEURS**

**Source :** Baron Edmond de Rothschild Chemical Dependency Institute  
of Beth Israel Medical Center , New York

**Translated by:** Dr. Mario Sanchez

### **COMMENTAIRES GENERAUX**

Dans les limites autorisées par les lois et réglementations locales, la méthadone doit être prescrite et distribuée poursuivant la même éthique et le même professionnalisme que concerne n'importe quel autre acte médical.

Les médecins prescripteurs et autres responsables – pharmaciens – doivent encourager et faciliter la disponibilité de la plus large palette de traitements possibles, et de dispositif de soins, tant qu'assister dans le transfert de patients à leur demande.

Le corpus existant de la large expérience dans la prescription de méthadone doit être utilisé de manière exhaustive. Il est accessible par la littérature professionnelle et scientifique, à travers de divers sites Web ou par la consultation auprès de collègues.

Le traitement par méthadone – même lorsqu'il est administré pendant plusieurs dizaines d'années – ne s'associe avec aucun effet nocif pour l'organisme.

Le quotidien de ces patients peut être, au début du traitement, d'un certain désordre, ce qui nécessite parfois des institutions de soins qui garantissent un certain degré d'assistance et de structuration. Tout souci de contrôle initial (nombre de jours de traitement administrés par visite), doit être réévalué au fur et à mesure que l'évolution vers une stabilité s'affirme, en permettant de détendre ou de faire disparaître le plus possible les contraintes.

### **DOSAGE**

**Général: Commencez doucement, avancez doucement – mais vissez haut**

- **Primum non nocere:** Les estimations du degré de dépendance et tolérance sont invérifiables. Elles ne doivent en aucun cas être à la base des dosages initiaux qui pourraient, si l'estimation était incorrecte, être à l'origine d'une surdose.
- Il n'y a pas d'enjeu moral entre une dose plus « forte » et une dose « faible ».
- Le traitement par méthadone doit totalement être dissocié d'une conception de « récompense » ou d'une menace de « punition ».

## DOSAGE

### Spécifique :

- La dose initiale ne doit pas excéder les 30 mg
- Les dosages doivent être augmentés et réduits graduellement. Autant pour la sécurité que pour le confort, les petits changements (par exemple, 5mg à chaque fois) dans les intervalles les plus prolongés (par exemple, tous les cinq jours) doivent être indiqués lorsque les patients restent aux dosages les plus bas (jusqu'à 60mg/jour), alors que des changements plus importants et plus fréquents (par exemple 10 mg à chaque fois tous les trois jours) seront possibles en toute sécurité avec des dosages plus importants.
- De manière générale, les dosages plus importants en méthadone sont associés avec une meilleure évolution thérapeutique que les dosages les plus faibles. La fourchette optimale pour la plupart de patients se situe entre 80-120 mg par jour.
- Lorsque le sujet se plaint de non ou de trop d'imprégnation par la méthadone, considérez la possibilité d'augmenter – mais aussi de diminuer – la dose quotidienne ; ceci peut être particulièrement vrai pour les femmes enceintes et/ou pour les patients qui reçoivent un traitement antirétroviral.

## SERVICES de SOINS CONCOMITANTS

- Le plus de services thérapeutiques concomitants pourront être proposés, le mieux. Ces services ne doivent pas pour autant être excluant d'une prise en charge, ni encore moins obligatoires.
- Un des obstacles majeurs au traitement de substitution ou maintenance par méthadone, est celui de la stigmatisation qui peut les accompagner. Ce stigma est généré par la maladie, le patient (l'abstinence comme « seul état de pureté » valable) et le traitement (infantilisation, contraintes exagérées). Les patients doivent être soutenus contre cette stigmatisation indue, et le médecin prescripteur devra être à la recherche de toute opportunité pour éduquer le public (la famille et les proches des patients, sans oublier, le plus souvent, ses propres collègues)

## POURSUITE DE SOINS

- Aussi largement que possible, tous les arrangements nécessaires à la poursuite du traitement doivent être faits, pour les patients qui ne devraient intégrer une institution (par exemple : prison, hôpital) ou qui les quitteraient.
- Sauf dans les cas où vous disposeriez d'une documentation attestant d'un dosage supérieur en méthadone préalablement administré, vous devrez poursuivre pour tout nouveau patient les indications d'une installation de traitement.

## CONTRÔLE URINAIRE, METHADONEMIE

- L'intérêt de ces examens, comme celle d'autres possibles, doit être analysée en termes de coût / bénéfice, en rapport à l'utilisation de ces fonds envers d'autres prestations que les institutions pourraient offrir aux patients.
- L'observation du patient durant l'urination (dans un souci de contrôle accru) est humiliant, et bien entendu contraire à l'éthique qui sera la plus à même de bénéficier le rapport médecin / malade.
- Les résultats de laboratoire ne doivent pas être validés, quelque soit la méthode de leur obtention, s'ils restent contraires ou inconsistants envers l'examen clinique.

## OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

- Les objectifs du traitement peuvent viser l'usage d'héroïne ou d'un autre produit, les risques de transmission du VIH, relations, emploi, logement ou autres –, mais ils doivent être fixés d'un commun accord entre le clinicien et le patient, et non pas imposés par le prescripteur.

## CONSENTEMENT ECLAIRÉ – CONSIDERATIONS SPECIALES aux TRAITEMENT DES ADDICTIONS

- Le patient doit être informé, à l'initiation du traitement, si le prescripteur est sous obligation envers l'Etat ou une autre tierce partie – par exemple : un Tribunal, l'employeur, un membre de la famille, ou autre. Même lorsque ce n'est pas le cas, il faut assumer que dans un grand nombre de pays les patients n'accréditeront pas de la protection de la confidentialité du dossier médical, et cette sensation –justifiée ou pas – pourra affecter la relation thérapeutique.
- Les patients doivent être prévenus des causes spécifiques qui pourraient amener à une interruption **involontaire** du traitement ainsi que des mécanismes d'appel possibles devant un tel cas de figure.
- Les patients qui envisageraient une interruption **volontaire** du traitement doivent être informés de la forte probabilité de rechute subséquente.