



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Comité permanent de lutte à la toxicomanie

OCTOBRE 2000

Drogues de substitution : pour y voir ***PLUS CLAIR!***

les cahiers du

CPLT

Drogues de substitution : pour y voir plus clair !

est publié par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie Inc.

Auteurs de la version intégrale :

Daniel F. Cousineau

Marie-Hélène Gariépy

Rédaction de la version abrégée :

Guyline Boucher

Agence MÉDIAPRESSE inc.

Soutien à la rédaction :

Jocelyne Forget

Collaborations :

Louise Nadeau

Carole Morissette

Graphisme :

Gilles Drouin

Impression :

Service de reprographie YRDC

Dépôt légal :

ISBN : 2-550-36744-8

Bibliothèque nationale du Canada

Bibliothèque nationale du Québec

Quatrième trimestre 2000

Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.



Avant-propos

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a pour mandat principal de conseiller la ministre de la Santé et des Services sociaux, ainsi que le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse et ministre responsable du Loisir, du Sport et du Plein Air, sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de leur proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier.

Pour mener à bien son mandat, il scrute l'évolution des déterminants et des méfaits de la toxicomanie au Québec. Ses préoccupations portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de substances psychoactives que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Il s'intéresse à la fois aux données issues de la recherche, aux opinions des intervenants et des experts des divers milieux concernés et à celles de la population de l'ensemble du Québec.

En vue de contribuer au transfert des connaissances, le CPLT publie régulièrement les résultats des études qu'il commande, des consultations qu'il mène, de même que le fruit de ses réflexions. Il publie également des fascicules qui constituent, pour un ensemble d'acteurs, des outils en mesure de les guider dans leurs réflexions, leurs échanges et leurs actions en regard de certains thèmes.

C'est dans cette optique que l'étude sur les drogues de substitution a été commandée par le CPLT et qu'elle est ici résumée¹. Produite conjointement par Daniel F. Cousineau et Marie-Hélène Gariépy², elle vise à faire la lumière sur le recours aux drogues de substitution et à présenter l'essentiel des données actuellement disponibles à ce sujet. De quoi permettre au lecteur de mieux comprendre les implications du recours à cette forme de traitement encore controversée.

¹ La version intégrale du rapport, intitulée *Les drogues de substitution*, est disponible, sur demande, au CPLT.

² Daniel F. Cousineau œuvre comme médecin au Pavillon André Boudreau de Saint-Jérôme, un centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Il siège sur le conseil d'administration de la Société médicale canadienne sur l'addiction. Marie-Hélène Gariépy est agente de programmation et de planification à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides. Ses dossiers d'intérêt sont la toxicomanie et la violence.

Nature et action des drogues de substitution

Les problèmes associés aux substances psychoactives revêtent un caractère multidisciplinaire. En ce sens, l'approche thérapeutique privilégiée auprès des personnes aux prises avec une consommation problématique d'alcool et/ou de drogues doit, non seulement intégrer des dimensions psychologique et sociale, mais également un aspect biologique.

C'est que la toxicomanie s'accompagne souvent de problèmes de santé, mais aussi et surtout, parce que l'abus, comme l'arrêt de la consommation de substances psychoactives, peuvent occasionner d'importants problèmes physiques. À titre d'exemple, le sevrage suivant la consommation abusive de diverses substances peut entraîner des symptômes désagréables qui inciteront les personnes toxicomanes à consommer de nouveau. C'est exactement à ce niveau que les drogues de substitution entrent en ligne de compte.

Le mécanisme à la base de leur action est simple. Il fait appel au renforcement négatif de la consommation. *Grosso modo*, il faut savoir que le rôle des drogues peut s'inscrire dans une dimension de renforcement positif et/ou dans une dimension de renforcement négatif. Le renforcement positif équivaut à obtenir par la consommation de drogues des sensations de plaisir, tandis que le renforcement négatif consiste à éviter, avec l'aide de ces mêmes drogues, l'apparition de phénomènes désagréables lors de l'arrêt de la consommation. Or, en prévenant l'apparition de symptômes de sevrage, les drogues de substitution prescrites contribuent au maintien de la sobriété. Il va sans dire qu'elles s'avèrent davantage utiles en présence de produits caractérisés par l'apparition de symptômes sévères à l'arrêt. Les substances les plus connues à ce chapitre sont les opiacés, la cocaïne et l'alcool lorsqu'il est consommé souvent et en grande quantité.

Les opiacés

La consommation

- **Nature**

Les opiacés regroupent plusieurs substances d'origine naturelle ou synthétique utilisées en médecine, principalement dans le but de soulager la douleur. Ils peuvent aussi provoquer de l'euphorie et du bien-être, soit les sensations habituellement recherchées lors d'une utilisation illicite. Certains opiacés s'avèrent plus puissants pour provoquer ces perceptions agréables. C'est le cas notamment de l'héroïne et l'hydromorphone, mieux connu sous le nom commercial de *Dilaudid^{MC}*.

- **Le cycle de la consommation**

Ce qu'il faut savoir d'entrée de jeu, c'est que le cerveau fabrique lui-même ses propres opiacés. Les plus connus d'entre eux, sont les endorphines. Ils ont la capacité de se lier aux récepteurs des cellules de certaines régions du cerveau et de les activer. Lorsqu'une substance étrangère à l'organisme, telle que l'héroïne, occupe les récepteurs en remplacement des opiacés naturels, ces derniers ne jouent plus leur rôle et le cerveau cesserait de les fabriquer. Ce qui veut dire qu'à l'arrêt de l'utilisation de ces drogues, le cerveau se retrouverait soudainement privé de toutes sources d'opiacés, y compris ses propres endorphines.

- **Le sevrage**

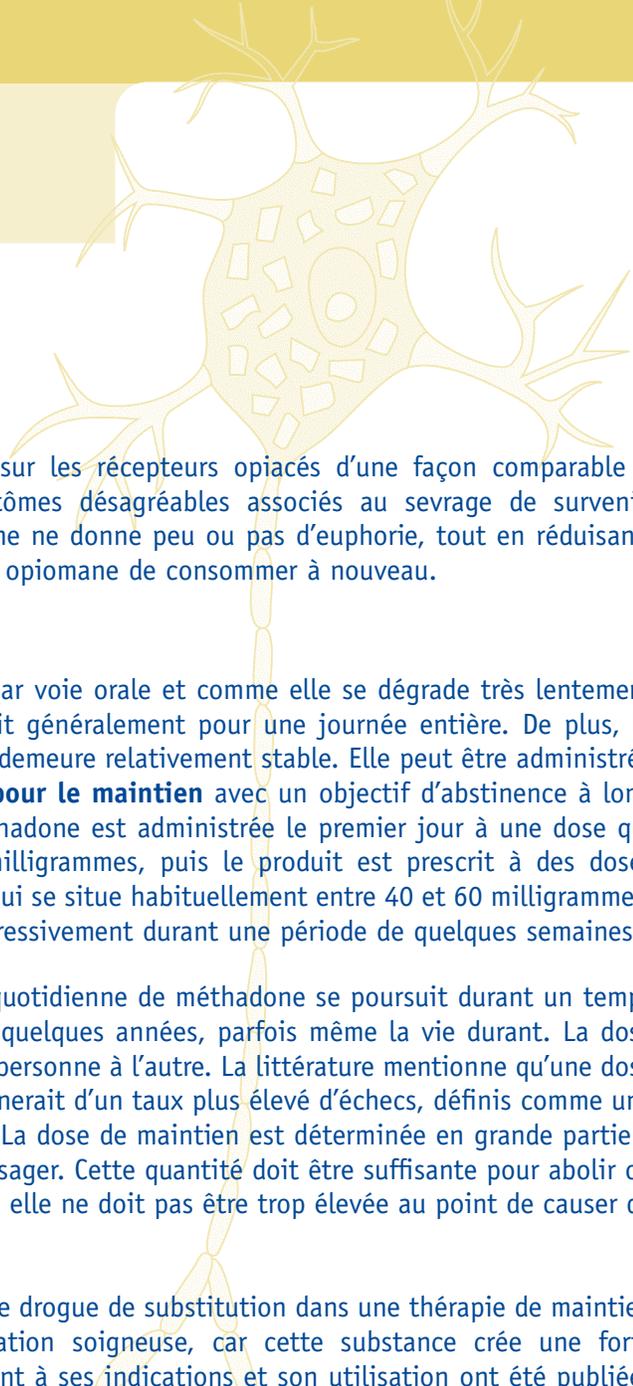
Dans le cas des opiacés, et plus particulièrement de l'héroïne, l'intensité des symptômes de sevrage s'avère telle que la majorité des usagers reprendront leur consommation, à moins d'un recours à des drogues de substitution.

La substitution

LA MÉTHADONE

- **Ce que c'est**

La méthadone représente sans doute la drogue de substitution la plus connue. Synthétisée par les Allemands durant la seconde guerre mondiale, elle servait comme analgésique pour les soldats blessés. L'idée d'utiliser ce produit synthétique chez les narcomanes remonte à plus de 30 ans, alors que ce problème était considéré comme incurable.



- **Son action**

Dans le cerveau, la méthadone agit sur les récepteurs opiacés d'une façon comparable à l'héroïne, empêchant ainsi les symptômes désagréables associés au sevrage de survenir. Contrairement à l'héroïne, la méthadone ne donne peu ou pas d'euphorie, tout en réduisant, ou en abolissant, le désir intense d'un opiomane de consommer à nouveau.

- **Son administration**

La méthadone peut être administrée par voie orale et comme elle se dégrade très lentement dans l'organisme, une seule dose suffit généralement pour une journée entière. De plus, la concentration du produit dans le sang demeure relativement stable. Elle peut être administrée **soit pour le sevrage** d'opiacés, **soit pour le maintien** avec un objectif d'abstinence à long terme. Dans le cas du sevrage, la méthadone est administrée le premier jour à une dose qui varie généralement entre 10 et 30 milligrammes, puis le produit est prescrit à des doses croissantes pour atteindre un plateau qui se situe habituellement entre 40 et 60 milligrammes. Par la suite, la dose diminue très progressivement durant une période de quelques semaines.

Dans le cas du maintien, l'utilisation quotidienne de méthadone se poursuit durant un temps prolongé, variant de plusieurs mois à quelques années, parfois même la vie durant. La dose journalière varie alors beaucoup d'une personne à l'autre. La littérature mentionne qu'une dose en bas de 60 milligrammes s'accompagnerait d'un taux plus élevé d'échecs, définis comme une reprise de la consommation d'opiacés. La dose de maintien est déterminée en grande partie à partir des sensations subjectives de l'utilisateur. Cette quantité doit être suffisante pour abolir ou amenuiser le désir de consommer, mais elle ne doit pas être trop élevée au point de causer de la léthargie ou de la somnolence.

La prescription de la méthadone comme drogue de substitution dans une thérapie de maintien à long terme nécessite une planification soigneuse, car cette substance crée une forte dépendance. Des lignes directrices quant à ses indications et son utilisation ont été publiées récemment par le Collège des médecins du Québec.

- **Ses effets secondaires**

- sueurs abondantes ;
- constipation opiniâtre ;
- gain de poids important ;
- impuissance chez l'homme ;
- anorgasmie chez la femme.

- **Son efficacité**

Les paramètres utilisés pour évaluer l'efficacité du traitement à la méthadone varient. Ceux-ci peuvent référer à la mortalité, à la réduction des méfaits, aux coûts sanitaires ou encore à la sobriété. Cependant, plusieurs études évaluatives ont permis de démontrer l'efficacité de cette substance dans le traitement des héroïnomanes. Fort utile au niveau du sevrage, elle permet, en effet, aux héroïnomanes de se débarrasser de leur produit de dépendance, sans éprouver les durs symptômes de retrait. Elle permet également à bon nombre d'entre eux de maintenir, à plus long terme, leur abstinence d'opiacés. Non seulement empêche-t-elle l'héroïnomanie d'éprouver le désir de consommer (communément appelé craving), mais s'il consomme, elle bloque l'effet euphorisant de l'héroïne. Il a aussi été démontré que ce produit de substitution contribue, de façon significative, à la réduction de la consommation d'autres drogues illicites, à la réduction des activités criminelles, à la prévention de la transmission du VIH et des hépatites et à la réduction de la mortalité parmi les usagers d'héroïne. Elle contribue aussi à la rétention en traitement. Par ailleurs, l'efficacité peut être compromise s'il y a réduction prématurée de la dose et si l'on met une pression sur les patients pour qu'ils deviennent trop rapidement abstinents de méthadone.³ En contrepartie, certains voient dans le maintien à la méthadone sur une plus longue période, le remplacement d'une substance de dépendance par une autre.

LES SUBSTANCES EN DÉVELOPPEMENT

Actuellement prescrites aux États-Unis, la **buprénorphine** et la **lévo-alpha acétyl méthadol** pourraient bientôt être disponibles au Québec. Elles sont très près de la méthadone, mais contrairement à elle, nécessitent seulement deux à trois doses par semaine. Leur place dans le traitement n'apparaît toutefois pas évidente actuellement. Le fait de prendre un médicament seulement deux ou trois fois par semaine peut sembler intéressant et avantageux, mais, dans les faits, plusieurs opiomanes qui reçoivent une drogue de substitution ont avantage à être suivis régulièrement par un professionnel de la santé. Or, la méthadone requiert d'être bue sur une base quotidienne et ce geste se fait normalement en présence du pharmacien. Cette interaction continue entre l'opiomane en réadaptation et le pharmacien, lequel communique directement avec le médecin qui prescrit la drogue de substitution, peut représenter un atout important qui vaut souvent la peine d'être maintenu, dans bon nombre de cas.

³ Ward, J., Hall, W. et Mattick, R.P. (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. *The Lancet*, Vol 353, 221-226.

La cocaïne

La consommation

- **Le cycle de la consommation**

Certaines cellules du cerveau libèrent, durant la stimulation, un neurotransmetteur responsable du bien-être et du plaisir. Appelée dopamine, cette hormone, une fois libérée, ira se fixer à la surface d'autres cellules afin de créer des sensations agréables. Lorsque la stimulation est arrêtée, la cellule cesse de relâcher la dopamine et procède même à une récupération du matériel déjà libéré. La cocaïne force la cellule à libérer la dopamine et empêche sa récupération. Résultat: la concentration de dopamine au niveau des récepteurs devient alors très élevée et les sensations agréables augmentent de façon marquée chez l'utilisateur. Toutefois, ces actions répétées de la cocaïne consommée durant une période prolongée vide la cellule de son contenu de dopamine et la drogue cause ainsi de moins en moins de plaisir.

- **Le sevrage**

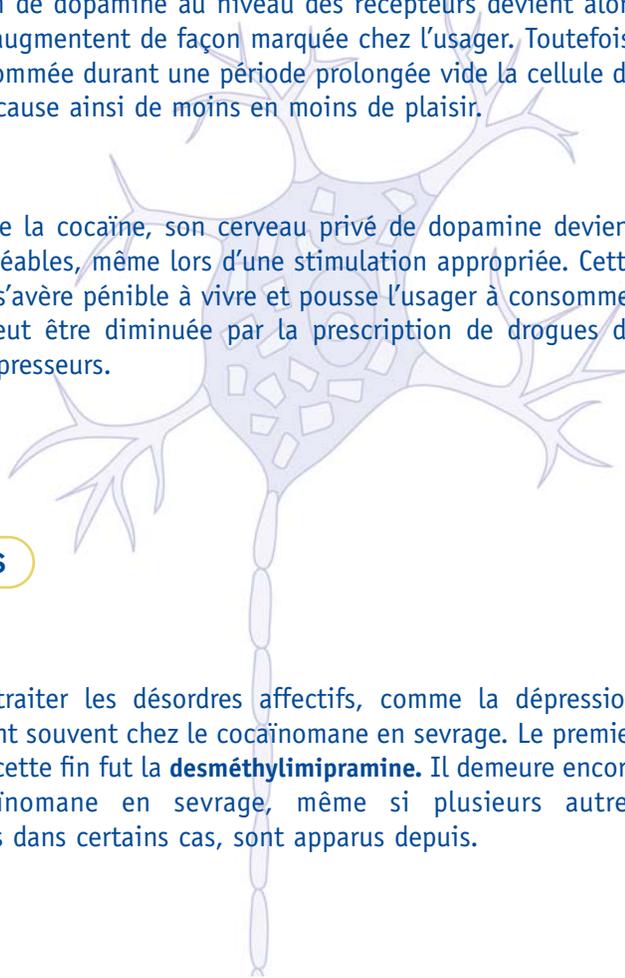
Lorsque l'utilisateur cesse de consommer de la cocaïne, son cerveau privé de dopamine devient incapable de générer des sensations agréables, même lors d'une stimulation appropriée. Cette perte de plaisir, appelée «anhédonie», s'avère pénible à vivre et pousse l'utilisateur à consommer de nouveau. Or, cette «anhédonie» peut être diminuée par la prescription de drogues de substitution, en l'occurrence des antidépresseurs.

La substitution

LES ANTIDÉPRESSEURS

- **Ce que c'est**

Les antidépresseurs sont utiles pour traiter les désordres affectifs, comme la dépression majeure ou la perte de plaisir qui survient souvent chez le cocaïnomanie en sevrage. Le premier médicament de ce type qui fut utilisé à cette fin fut la **desméthylimipramine**. Il demeure encore régulièrement utilisé chez le cocaïnomanie en sevrage, même si plusieurs autres antidépresseurs, peut-être plus efficaces dans certains cas, sont apparus depuis.



- ***Leur action***

En augmentant la concentration de la dopamine sur les récepteurs, les antidépresseurs contrebalancent, au moins en partie, une plus faible libération de dopamine cellulaire chez l'utilisateur en sevrage de cocaïne et évitent que les symptômes de sevrage apparaissent.

- ***Leur administration***

Les antidépresseurs sont administrés par voie orale. L'utilisateur doit cependant savoir qu'une amélioration de l'humeur ne survient pas avant une période minimale de dix jours et qu'il faut attendre jusqu'à trois semaines avant de pouvoir évaluer l'action véritable du produit. Cette période de latence peut facilement devenir une attente difficile pour le cocaïnomanie en sevrage.

En raison de son effet de somnolence, la desméthylimipramine se prend généralement au coucher. La dose efficace pour obtenir une amélioration de l'humeur varie entre 100 et 200 milligrammes, mais elle peut parfois dépasser cette quantité. Une stratégie régulièrement utilisée consiste à réserver ce traitement pharmacologique pour le cocaïnomanie qui éprouve toujours une tristesse profonde après plusieurs mois de sobriété.

- ***Leurs effets secondaires***

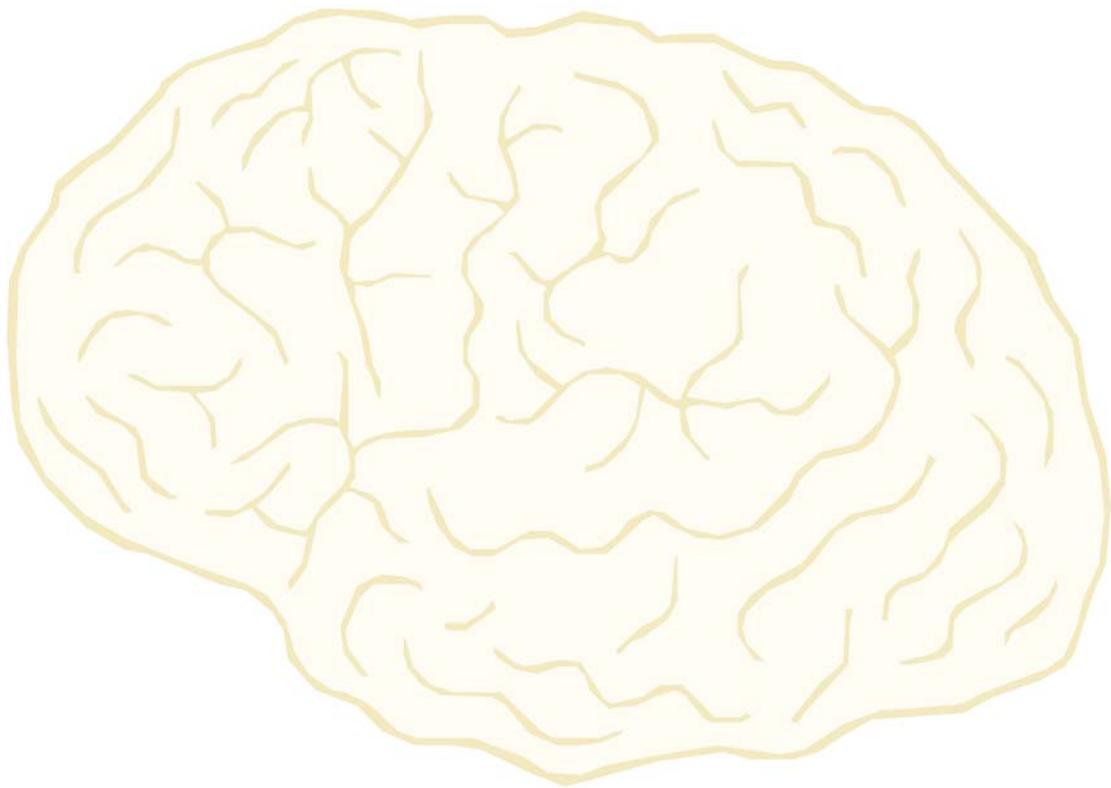
- somnolence ;
- sécheresse de la bouche ;
- vision trouble ;
- étourdissements ;
- dysfonctions érectiles.

- ***Leur efficacité***

Bien qu'ayant suscité beaucoup d'espoir au départ, notamment au cours des deux premiers mois de sobriété, la desméthylimipramine n'est pas une solution miracle. Beaucoup de personnes tolèrent mal les effets secondaires de ce médicament et il n'est plus systématiquement utilisé chez le cocaïnomanie en sevrage. Quant aux antidépresseurs plus récents, qui seraient plus efficaces contre la dépression et qui seraient également moins susceptibles de créer des effets secondaires, il demeure encore difficile d'évaluer objectivement leur supériorité sur la desméthylimipramine.

LES SUBSTANCES EN DÉVELOPPEMENT

De nombreux intervenants rêvent de pouvoir compter sur une substance comparable à la méthadone pour la cocaïne, soit une substance absorbable par voie orale et qui se lie fortement aux récepteurs de la dopamine du cerveau, sans provoquer d'effets secondaires. Des substances actuellement en développement, soit des **agonistes dopaminergiques**, offrent certains espoirs en ce sens.



L'alcool

La consommation

- **Le cycle de la consommation**

L'alcool possède de multiples effets, mais, afin de comprendre l'action de drogues de substitution, il suffit de retenir que cette molécule diminue l'excitabilité des cellules nerveuses par un effet au niveau de leurs membranes. Cette action explique en outre que, lors d'une augmentation graduelle de sa concentration dans le sang, l'effet «relaxant» de l'alcool se transforme progressivement en une sédation, puis, éventuellement, en un coma et même, parfois, en un arrêt respiratoire et, donc, par la mort.

- **Le sevrage**

Lors du sevrage d'alcool, les cellules du cerveau, appelées neurones, deviennent hyperexcitables. Ce phénomène explique l'anxiété et les tremblements de l'alcoolique qui vient d'arrêter de boire. Lorsque cette hyperexcitabilité cellulaire s'accroît, les convulsions et, parfois même, le délire peuvent survenir, ce qui constitue un sérieux problème de santé et même une menace pour la vie.

La substitution

LES BENZODIAZÉPINES

- **Ce que c'est**

Les benzodiazépines ont pour rôle de diminuer l'anxiété. Les plus connus d'entre eux sont les tranquillisants mineurs tels que les *Valium^{MC}* ou les *Ativan^{MC}*.

- **Leur action**

Les benzodiazépines partagent une action commune avec l'alcool, soit celle de diminuer l'excitabilité des membranes cellulaires. Leur administration lors du sevrage normalise en quelque sorte l'état membranaire du neurone, diminuant d'autant les symptômes de sevrage.

- **Leur administration**

La prescription de benzodiazépines dans le contexte d'une utilisation à court terme s'avère fort simple. Un protocole régulièrement employé consiste à administrer 20 milligrammes de **diazépam** (*Valium^{MC}*) par la bouche, à trois reprises, avec une heure d'intervalle entre chaque dose. Un autre 20 milligrammes sera prescrit après une douzaine d'heures si les symptômes persistent. Il n'y a plus d'autres médicaments à donner par la suite.

L'usage de benzodiazépines chez le dépendant à l'alcool se limite généralement au début du sevrage. Il existe cependant des conditions où la prescription de benzodiazépines peut s'inscrire dans une stratégie de maintien de la sobriété. Il s'agit de cas où l'usage abusif d'alcool sert à calmer une anxiété importante ou un trouble de panique, soit des symptômes qui appartiennent à un état appelé toxicomanie secondaire. Ce diagnostic reste cependant délicat à poser et nécessite habituellement une expertise psychiatrique. Règle générale, la durée de l'utilisation ne devrait pas dépasser l'indication thérapeutique, qui est de deux à quatre semaines, pour éviter que ne s'installe une nouvelle dépendance.

- **Leur effet secondaire**

– somnolence.

- **Leur efficacité**

L'utilisation des benzodiazépines comme drogue de substitution pour le sevrage d'alcool soulève peu de polémique. Elle devient toutefois plus litigieuse lorsqu'on l'envisage pour le maintien à long terme. C'est qu'une personne susceptible de développer une dépendance à l'alcool s'avère également susceptible d'éprouver les mêmes problèmes avec les benzodiazépines. Cette situation signifie que l'utilisation de benzodiazépines visant à maintenir la sobriété chez un alcoolique peut fonctionner dans certains cas, mais pour un temps limité seulement.

LES SUBSTANCES EN DÉVELOPPEMENT

Contrairement à ce qui se produit dans le cas des opiacés et de la cocaïne, il n'existe pas de récepteurs spécifiques pour l'alcool. Il semble donc théoriquement impossible d'obtenir pour l'alcool un agoniste qui puisse agir efficacement comme drogue de substitution.

Ceci étant dit, bien qu'agissant différemment des autres drogues de substitution, il apparaît de plus en plus évident qu'une substance comme la **naltrexone** peut diminuer la consommation problématique d'alcool.

Le cannabis

La consommation

- **Le cycle de la consommation**

L'usage abusif de cannabis cause des perturbations importantes qui s'apparentent à un phénomène dépressif.

- **Le sevrage**

L'arrêt d'une consommation régulière et prolongée de cette drogue s'accompagne souvent de troubles psychologiques tels la tristesse, la perte d'énergie et des difficultés de concentration. Ces problèmes peuvent être fort incommodants et persister durant plusieurs semaines.

La substitution

LES SUBSTANCES EN DÉVELOPPEMENT

Malheureusement, il n'existe pas actuellement de substance qui puisse agir efficacement comme drogue de substitution, lorsque l'arrêt d'une consommation régulière et prolongée de cannabis s'accompagne de perturbations importantes. Un tel produit serait pourtant fort utile, considérant la difficulté de maintenir l'abstinence de cannabis chez la personne qui a abusé de cette drogue. Il faut dire que le cannabis n'est plus du tout la «drogue douce» d'autrefois et son usage est trop souvent banalisé. En effet, l'amélioration des techniques de culture de la marijuana a fortement augmenté dans cette plante le contenu de tétrahydrocannabinol (THC), qui demeure le principal produit actif de la drogue. La concentration en THC aurait quintuplé au fil des ans.

Ce qu'en pensent les intervenants...

La compréhension d'un phénomène est une étape importante pour la modification d'un comportement, mais elle ne s'avère pas toujours suffisante. Une attitude favorable représente en effet un autre élément essentiel dans ces circonstances. Ainsi, un intervenant en toxicomanie pourrait très bien connaître les drogues de substitution et ne pas les utiliser en raison d'une attitude défavorable vis-à-vis ces produits.

Au moyen de questions fermées et de questions à développement, les auteurs de l'étude ont donc vérifié la connaissance des drogues de substitution par les répondants, leur position personnelle et celle de leur organisation quant à l'utilisation de ces drogues dans le traitement des personnes toxicomanes. Au total, 21 organisations provenant tant des secteurs public, privé et communautaire ont contribué à la démarche, dont voici l'essentiel des résultats.

LES ATTITUDES SELON LE MILIEU D'INTERVENTION

- L'ensemble des répondants du **réseau public** se disent en accord (40%) ou plutôt en accord (60%) avec l'utilisation des drogues de substitution. Ces traitements sont jugés utiles et nécessaires pour les cas plus chroniques, ainsi que dans les cas de co-morbidité (santé mentale), et ils sont perçus comme une modalité efficace et bien documentée pour le traitement des héroïnomanes.
- Au niveau des établissements du **réseau privé**, les trois-quarts des répondants indiquent être soit en accord (65%), soit plutôt en accord (12%), avec l'utilisation des drogues de substitution dans le traitement des personnes toxicomanes, tandis que le quart des répondants sont en désaccord. Ces traitements sont vus comme une alternative essentielle à l'usage habituel de drogues, dont les effets sont appréciables mais également comme une méthode qui maintient le client dans sa dépendance, transférant celle-ci d'une substance à l'autre, sans modification comportementale réelle, ni modification du contexte social.
- Dans le cas des **organismes communautaires**, 100% des répondants se disent soit en accord (43%) ou soit plutôt en accord (57%) avec l'utilisation des drogues de substitution. Pour certains, ces traitements sont des moyens de dernier recours et doivent être utilisés à bon escient. Pour d'autres, l'utilisation des drogues de substitution permet de rejoindre une plus grande clientèle, entre autres celle qui accumule des échecs dans des thérapies traditionnelles; elle entraîne une réduction des risques associés à la consommation et elle permet aussi une réinsertion sociale possible des clients.

LES ATTITUDES SELON LE MODÈLE D'INTERVENTION

- Les tenants du modèle psychosocial apparaissent comme ceux favorisant le plus les drogues de substitution, suivis de près par ceux privilégiant la réduction des méfaits. Pour ces deux groupes, 100% des répondants sont soit en accord ou soit plutôt en accord avec les drogues de substitution. Ce profil diffère parmi les adeptes du modèle d'intervention des Alcooliques anonymes (AA) ou *Minnesota Model*, puisque 40% des répondants déclarent être en désaccord avec les drogues de substitution et seulement 20% totalement en accord.

LES ATTITUDES SELON LA FONCTION DANS L'ORGANISATION

Les réponses au questionnaire ont permis d'établir que la position des répondants à l'égard de l'utilisation des drogues de substitution varie en fonction du poste qu'ils occupent dans une organisation. Ainsi, de manière générale :

- l'ensemble des intervenants sont en accord (83%), ou plutôt en accord (17%), avec l'utilisation de ces produits ;
- plus de 80% des coordonnateurs sont aussi en accord ou plutôt en accord, mais avec seulement 23% d'entre eux qui sont totalement en accord donc, une position plus mitigée ;
- enfin, plus de 80% des directeurs sont aussi en accord (50%) ou plutôt en accord (33%) avec cette utilisation.

Pistes de solutions

AU NIVEAU DES ORGANISMES

Nous l'avons vu précédemment, la position des organismes à l'égard de l'utilisation des drogues de substitution diffère grandement d'un à l'autre. Les tenants des différentes approches semblent toutefois trouver un terrain d'entente lorsque la prescription de drogues de substitution est jumelée à un suivi psychosocial. Les études démontrent d'ailleurs la supériorité de cette combinaison thérapeutique, comparativement à l'utilisation isolée de drogues de substitution.

Il faut donc :

favoriser une utilisation optimale des drogues de substitution en la jumelant le plus possible à un suivi psychosocial, dans le cadre d'une approche multidisciplinaire.

AU NIVEAU DES UTILISATEURS

Il existe, au niveau de la population en général, une certaine résistance face aux drogues de substitution et, plus particulièrement, face à la méthadone qui est parfois vue comme l'approvisionnement étatique d'une drogue à un abuseur. La population devrait plutôt savoir que la prescription de cette médication répond à un besoin essentiel et qu'elle favorise la réinsertion sociale.

Il faut donc :

faire connaître et faire respecter le principe voulant que l'approche thérapeutique, dans le traitement de la toxicomanie, demeure individualisée et, qu'en conséquence, l'utilisation des drogues de substitution puisse demeurer le libre choix de la personne dans un contexte de décision éclairée.

La mise en place récente d'un **comité de personnes bénéficiant d'un traitement à la méthadone** pourra aussi possiblement contribuer à améliorer la perception de la population face aux drogues de substitution.

Enfin, permettre **la diffusion des connaissances et de l'information** sur les drogues de substitution par les usagers eux-mêmes pourrait aussi dédramatiser, pour certains, l'usage de ces produits.

AU NIVEAU DE LA RECHERCHE

Une amélioration des connaissances s'avère également importante si on veut optimiser l'utilisation des drogues de substitution et convaincre les décideurs politiques, ainsi que les intervenants, de leur pertinence et de leur rentabilité dans le traitement des toxicomanies.

Il faut donc :

- mieux connaître les perturbations neurophysiologiques durables, sinon permanentes, qu'un usage prolongé de psychotropes chez l'humain peut entraîner; une démonstration objective de ces changements pourrait constituer un rationnel solide sur lequel baser l'utilisation des drogues de substitution;
- tenter de relever le défi principal de la recherche qui consiste à synthétiser la drogue de substitution idéale, c'est-à-dire une molécule absorbable par la bouche, éliminée très lentement par l'organisme, qui enlève complètement l'envie de consommer le psychotrope, en étant exempte d'effets secondaires et dont l'utilisation peut être arrêtée, sans éprouver de symptômes de retrait;
- maintenir la réalisation d'études sur l'impact des drogues de substitution, non seulement sur la sobriété, mais également sur la qualité de vie et la réinsertion sociale de la personne.

Références bibliographiques

Brabant, M. (2000). Évaluer la personne héroïnomane. *Le médecin du Québec*, 35 (5), 43-47.

Bratter, T.E. et Forrest, G.G. (1985). *Alcoholism and substance abuse*. New-York: Free Press ed.

Brisson, P. (1988). *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Montréal: G. Morin ed.

Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., Nich, C., Gordon, L.T., Wirtz, P.W. et Gawin, F. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence. Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives General Psychiatry*, 51 (12), 989-997.

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

Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec (1999). *Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés*. Montréal: auteur.

Dore, G.M., Walker, J.D., Paice, J.R. et Clarkson, S. (1999). Methadone maintenance treatment outcomes from the Otago methadone programs. *New Zealand Medical Journal*, 112 (1100), 442-445.

Kranzles, H.R., Amin, H., Modesto Lowe V. et Oncken, C. (1999). Pharmacologic treatment for drug and alcohol dependence. *Psychiatric North America*, 22 (2), 401-423.

Lauzon, P. (1996). L'État et la profession médicale: doivent-ils fournir de la drogue aux toxicomanes? *Le médecin du Québec*, 31 (1), 35-40.

McKim, W.A. (1997). *Drugs and behavior*. New-Jersey: Prentice Hall, second edition.

McLellan, A.T., Arndt, I.O., Metzger, D.S., Woody, G.E. et O'Brien, P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal American Medical Association*, 269 (15), 1953-1959.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1990). *Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes*. Québec: MSSS.



Rothbard, A., Alterman, A., Rutherford, M., Liu, F., Zelinski, S. et McKay, J. (1999). Revising the effectiveness of methadone treatment on crime reductions. *Journal Substance Abuse Treatment*, 16 (4), 329-335.

Santé et Bien-être social Canada (1992). *L'utilisation des opioïdes dans le traitement de la dépendance aux opioïdes*. Ottawa: auteur.

Ward, J., Hall, W., et Mattick, R.P. (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. *The Lancet*. Vol 353, 221-226.