



Les drogues de substitution

CPLT

Les drogues de substitution

par

**Daniel F. Cousineau M.D., Ph.D.
Marie-Hélène Gariépy M.Sc.**

**Comité permanent de lutte à la toxicomanie
Octobre 2000**

Dépôt légal :
ISBN : 2-550-36651-4
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.

NOTE SUR LES AUTEURS

Daniel Cousineau détient une maîtrise en pharmacologie et un doctorat en physiologie. Il œuvre comme médecin au Pavillon André-Boudreau de Saint-Jérôme, un centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Il a publié plusieurs travaux de recherche portant sur la toxicomanie chez les jeunes. Il siège sur le Conseil d'administration de la Société médicale canadienne sur l'addiction.

Marie-Hélène Gariépy détient une maîtrise en sociologie de l'Université de Montréal. Elle occupe un poste d'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 (conjugale, sexuelle et familiale). Ses travaux de recherche ont porté sur les jeunes, la violence conjugale et les aidantes naturelles.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	<i>i</i>
AVANT-PROPOS	<i>ii</i>
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES.....	4
CHAPITRE 2 : CLARIFICATION DES CONCEPTS ET MÉCANISMES D’ACTION DES SUBSTANCES.....	5
2.1 Les drogues de substitution : une définition	6
2.2 Les drogues de substitution : quelles sont-elles?	7
2.3 Les drogues de substitution et les opiacés	8
2.4 Les drogues de substitution et la cocaïne.....	9
2.5 Les drogues de substitution et l’alcool	10
2.6 Le sevrage ou le maintien	11
CHAPITRE 3 : LES PRODUITS.....	12
3.1 Drogues de substitution et opiacés.....	12
3.2 Drogues de substitution et cocaïne	15
3.3 Drogues de substitution et alcool.....	16
3.4 Les substances en développement	18
CHAPITRE 4 : LES ATTITUDES DES INTERVENANTS VIS-À-VIS LES DROGUES DE SUBSTITUTION.....	20
4.1 Les répondants	20
4.2 Les attitudes selon le milieu d’intervention	21
4.3 Les attitudes selon le modèle d’intervention	24
4.4 Les attitudes selon la fonction dans l’organisation	25
CHAPITRE 5 : DISCUSSION.....	27
5.1 Les limites de l’étude.....	27
5.2 Analyse des résultats concernant les attitudes vis-à-vis les drogues de substitution.....	28
5.3 Les concepts biologique et psychosocial et leur impact	29
5.4 Pistes de solutions	31
5.4.1 Au niveau des organismes.....	31
5.4.2 Au niveau des utilisateurs.....	32
5.4.3 Au niveau de la recherche	32
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	34
ANNEXE - Grille de collecte de données auprès des intervenants.....	35

REMERCIEMENTS

L'auteur désire d'abord remercier le "Comité permanent de lutte à la toxicomanie" pour lui avoir confié la rédaction d'un document sur les drogues de substitution. Ce défi a été facilité grâce au support indéfectible du directeur général du Pavillon André-Boudreau, monsieur Réal Daoust, qui a toujours convaincu son entourage de la pertinence du qualificatif "biopsychosocial" associé à la toxicomanie. Étant plus à l'aise, comme médecin, avec la partie "bio" de cette expression, la collaboration de collègues pour les composantes "psycho" et "sociale" a été fort appréciée. Ainsi, monsieur Gilbert Richer, détenteur d'une maîtrise en psychologie et clinicien familial avec le domaine de la toxicomanie, a rédigé un texte intégré dans le présent document et traitant des effets des psychotropes sur les états générés par l'anxiété, l'angoisse et la culpabilité. Pour la composante "sociale", nous avons bénéficié de l'expertise de madame Marie-Hélène Gariépy, détentrice d'une maîtrise en sociologie et auteure de plusieurs recherches populationnelles. Madame Gariépy a été la responsable de l'important volet de cette étude concernant les attitudes des intervenants vis-à-vis les drogues de substitution. Elle a ainsi élaboré le questionnaire, procédé à la collecte des données et analysé les résultats portant sur les attitudes, puis elle a rédigé le chapitre 4 de ce document.

Le qualificatif "biopsychosocial" trouve toute sa signification dans la composition du groupe de travail au sein de laquelle l'auteur a le plaisir d'évoluer. Une équipe composée d'infirmières, de criminologues, de psychologues, d'éducateurs spécialisés et de travailleurs sociaux oeuvre de concert auprès de personnes éprouvant des problèmes reliés aux psychotropes. Un profil aussi hétérogène de formations produit des discussions mutuellement enrichissantes et résulte en des plans thérapeutiques superbement adaptés au patient. De plus, cet apport professionnel bonifie l'impact de prescriptions de drogues de substitution en greffant une approche psychosociale à l'intervention pharmacologique. C'est à ses collègues que l'auteur désire dédier ce travail en guise de remerciements, ainsi qu'à tous les intervenants psychosociaux et de santé du Québec.

AVANT-PROPOS

Le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie est principalement de conseiller la ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la Jeunesse sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de leur proposer les priorités d'action ou les domaines d'intervention à privilégier. Pour mener à bien son mandat, le Comité 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 psychotropes que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Le Comité permanent 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.

Dans le cadre de ce mandat, le Comité permanent cherche à la fois à fournir un portrait global de l'ensemble de la situation qui prévaut au Québec en matière de toxicomanie, à clarifier les liens existants avec d'autres problèmes sociaux et à approfondir certains aspects plus spécifiques de la problématique.

Or, l'un des aspects qui interroge bon nombre d'intervenants quant au traitement des toxicomanes, c'est celui du recours aux drogues de substitution. Dans le but de faire la lumière sur cette question, le CPLT a commandé au Dr Daniel Cousineau une étude qui présente l'essentiel des données actuellement disponibles. Ce rapport devrait permettre au lecteur de mieux comprendre les implications du recours à cette forme de traitement.

INTRODUCTION

Il est maintenant clairement établi que l'usage abusif d'alcool et/ou de drogues comporte à la fois des dimensions biologique, psychologique et sociale, d'où l'expression "biopsychosocial". Cette expression implique, en outre, que les problèmes associés aux substances psychoactives revêtent un aspect multidisciplinaire. Comme corollaire à cet énoncé, l'approche thérapeutique des personnes aux prises avec une consommation problématique d'alcool et/ou de drogues doit intégrer un aspect biologique et ce, simultanément avec des dimensions psychologique et sociale. Un traitement médical dans ces circonstances revêt d'autant plus d'importance du fait que les usagers de psychotropes aux prises avec des problèmes de consommation éprouvent régulièrement des difficultés avec leur santé.

A prime abord, on pourrait croire que les atteintes organiques des utilisateurs de drogues et/ou d'alcool résultent principalement d'un effet direct des produits consommés. A cet égard, les intervenants en toxicomanie connaissent bien la relation entre la cirrhose du foie et une consommation élevée d'alcool. Toutefois, même si cette conception d'un impact direct sur la santé demeure toujours véridique, il faut savoir que les troubles organiques qui affligent régulièrement les alcooliques ou les toxicomanes résultent souvent de mauvaises habitudes de vie reliées à l'usage abusif des substances. Par ailleurs, le traitement biologique de la toxicomanie devient plus spécifique lorsqu'on considère la relation entre le produit et le consommateur. En effet, l'utilisation prolongée d'un psychotrope produit régulièrement des changements au niveau de plusieurs fonctions organiques de l'utilisateur. Lorsqu'il implique le système nerveux central, ce phénomène se traduit par des modifications de la concentration des neurotransmetteurs qui sont des molécules responsables de la transmission d'informations et de sensations au niveau du cerveau.. A titre d'exemple, la cocaïne produit une libération importante par certaines structures cérébrales de molécules impliquées dans la sensation de plaisir. Cet effet explique l'euphorie et la sensation de bien-être recherchées par les usagers de cette drogue. Cependant, cette libération excessive et prolongée de neurotransmetteurs provoque une baisse marquée de leur contenu dans le cerveau qui se trouve en quelque sorte privé des substances responsables de la transmission de sensations agréables. Il devient alors

facile de comprendre que l'arrêt d'une utilisation prolongée de cocaïne s'accompagne d'une tristesse importante chez l'utilisateur qui sera alors enclin à consommer de nouveau. Les progrès de la pharmacologie permettent maintenant d'intervenir afin de pallier au niveau de ces changements induits par la cocaïne. Dans de telles circonstances, le but de cette action de nature médicale vise plus particulièrement à rétablir un niveau normal de neurotransmetteurs dans le cerveau, afin d'atténuer les symptômes de tristesse et de perte de plaisir chez l'utilisateur qui vient de cesser de consommer la cocaïne. Cette action de nature médicale implique la prescription de **drogues de substitution**.

Le concept et les modes d'action de drogues de substitution régulièrement utilisées seront présentés au chapitre deux de ce document. Toutefois, avant d'aborder ces sujets, il importe de soulever l'importance du phénomène des attitudes à l'égard des drogues de substitution. En effet, les intervenants en toxicomanie réagissent de façon fort différente vis-à-vis ces produits. Certains d'entre-eux manifestent beaucoup de réticence à l'idée même de leur simple usage, tandis que d'autres estiment leur utilisation comme un incontournable pour la réadaptation des toxicomanes. Par ailleurs, même si cette variation d'attitudes vis-à-vis des drogues de substitution s'avère un phénomène connu des intervenants en toxicomanie, il demeure encore difficile d'en expliquer les raisons. Ainsi, pour certains intervenants, le développement et le maintien de la toxicomanie obéissent en grande partie à des lois biologiques. Dans ce contexte, des dérèglements de fonctions neurophysiologiques rendraient un individu davantage susceptible de développer une dépendance vis-à-vis certains psychotropes. Il existe même à l'égard de cette approche une science relativement nouvelle, soit la pharmacologie behaviorale. Il devient alors facile de comprendre l'importance que revêtent les drogues de substitution pour les tenants de cette approche. Vue sous cet angle, la prescription de méthadone chez un héroïnomanie peut apparaître aussi essentielle à la vie que l'insuline pour un diabétique et ce, même si l'héroïnomanie est sevré de sa substance depuis plusieurs mois.

Pour d'autres intervenants, les lois biologiques agissent peu ou pas au niveau du développement et du maintien de la toxicomanie. Ces phénomènes interviendraient tout au plus dans certains mécanismes de maintien de la dépendance pour certains psychotropes. Ainsi, nul ne peut nier que l'alcoolique éprouve des symptômes de sevrage physique

importants lors de l'arrêt de consommation de son produit. Ces dérèglements organiques pourraient alors favoriser le maintien de la consommation chez un dépendant soucieux de ne pas éprouver ces pénibles symptômes de retrait. Par ailleurs, l'influence de la sphère organique se limiterait au niveau biologique, et les autres aspects du développement et du maintien de la dépendance seraient davantage tributaires de facteurs psychosociaux. Dans ces conditions, l'utilisation de drogues de substitution devient aléatoire et elle pourrait même équivaloir à remplacer tout simplement une dépendance par une autre.

Le débat entourant les drogues de substitution semble pour l'instant difficile à résoudre. En effet, l'état des connaissances actuelles ne permet pas d'infirmer ou de confirmer l'importance d'un rôle biologique chez l'humain dans le maintien de la dépendance aux psychotropes. Par contre, une meilleure compréhension du mode de fonctionnement des drogues de substitution ferait en sorte que les attitudes vis-à-vis ces produits reposent sur des décisions éclairées. Ce document vise donc à informer l'ensemble des intervenants en toxicomanie sur les mécanismes d'action de ces produits et il s'adresse aussi bien au travailleur de rue qu'au professionnel de la santé. Après la consultation de cet ouvrage, le lecteur sera mieux en mesure de comprendre les mécanismes neurophysiologiques des drogues de substitution et il possèdera des notions pharmacologiques pertinentes sur ces substances. Le document accorde une place plus particulière à la méthadone, en raison de l'usage grandissant de ce produit, qui demeure un narcotique contrôlé. Les drogues de substitution peuvent aussi comprendre des médicaments tels les benzodiazépines et les antidépresseurs et ces substances seront donc incluses dans ce travail.

La compréhension d'un phénomène demeure 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. D'ailleurs, certains milieux de réadaptation, pourtant bien équipés sur le plan médical, procèdent au sevrage d'opiacés sans aucune médication et il excluent la méthadone dans leur stratégie de maintien de la sobriété. Une situation comparable prévaut pour la prescription d'antidépresseurs chez les cocaïnomanes. Certains médecins y recourent de façon systématique et d'autres rarement. Les

intervenants en toxicomanie doivent respecter ces variations d'attitudes vis-à-vis les drogues de substitution et plutôt voir dans ces diverses positions des occasions d'échanges pour des idées et des stratégies. Dans le but de favoriser cette dynamique, il a été tenté, dans la mesure du possible, de documenter les attitudes des intervenants en toxicomanie vis-à-vis les drogues de substitution et ce, tant dans le secteur public que privé. Les données issues de cette recherche pourraient s'avérer utiles non seulement pour les intervenants en toxicomanie, mais également pour l'ensemble des travailleurs oeuvrant auprès de ces personnes.

CHAPITRE 1 : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Ce document sur les drogues de substitution aborde deux thèmes principaux. Le premier traite des aspects physiologiques régissant l'activité de ces substances et présente les principaux produits de cette classe de médicaments. Sous le deuxième thème, nous examinons les attitudes des intervenants vis-à-vis les drogues de substitution.

Les intervenants oeuvrant auprès des toxicomanes occupent différents champs d'activité et on retrouve ainsi des médecins, des infirmières, des pharmaciens, des éducateurs spécialisés, des psychologues, des criminologues et des travailleurs sociaux. Les organismes impliquent aussi des bénévoles possédant des qualifications très diverses. Cette monographie s'adresse ainsi à un groupe de personnes caractérisé par un éventail très large quant aux types de formations. Tous ces intervenants désirent vraisemblablement se familiariser avec des données utiles pour comprendre les mécanismes d'action des drogues de substitution. Le but de ce travail vise donc à rendre accessible à un public très hétérogène des connaissances scientifiques sur les drogues de substitution. L'approche retenue pour les chapitres deux et trois consiste donc en une "synthèse vulgarisée" de notions portant sur la physiologie et la pharmacologie des drogues de substitution. Les ouvrages consultés à cette fin sont présentés en bibliographie. La mise à jour de ces connaissances a été faite en consultant des articles sur différents sites internet identifiés avec les bases de données *Medline*, de même qu'avec le site de l'*American Society for Addiction Medicine*.

Le deuxième thème portant sur les attitudes vis-à-vis les drogues de substitution a été alimenté avec un sondage utilisant un questionnaire. Grâce à la collaboration des responsables du dossier toxicomanie dans les régions régionales, il a été possible d'obtenir le nom des centres de réadaptation publics, de centres privés, ainsi que d'organismes communautaires oeuvrant en alcoolisme et toxicomanie dans différentes régions de la province. Des questions fermées et des questions à développement ont été élaborées touchant notamment 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.

La majorité des responsables représentés par des directeurs généraux, des coordonnateurs cliniques et des intervenants ont été contactés par téléphone, afin de connaître leur intérêt et leur disponibilité pour répondre au questionnaire qui leur était ensuite acheminé par télécopieur.

Il faut comprendre que ce sondage n'a pas la prétention de représenter l'opinion de l'ensemble des organisations oeuvrant en toxicomanie. Il représente les divers points de vue de ceux qui ont bien voulu participer à la démarche.

CHAPITRE 2 : CLARIFICATION DES CONCEPTS ET MÉCANISMES D'ACTION DES SUBSTANCES

Cette partie du document vise l'acquisition de connaissances pertinentes pour comprendre les mécanismes d'action des drogues de substitution tels la méthadone, les antidépresseurs et les benzodiazépines. Rappelons que les médecins peuvent prescrire ces produits chez les opiomanes de même que chez les alcooliques et les cocaïnomanes. Une présentation complète des processus neurophysiologiques impliqués dans l'action des drogues de substitution utilisées chez ces trois groupes de toxicomanes déborderait très largement les notions présentées dans les deux pages suivantes. Par contre, ceux qui possèdent une

formation sur la physiologie et la pharmacologie des psychotropes connaissent déjà ces notions qui sont par ailleurs accessibles aux non initiés. Le lecteur intéressé à approfondir ce sujet pourra consulter l'ouvrage de l'auteur W.A. McKim cité dans la section bibliographique.

2.1 LES DROGUES DE SUBSTITUTION : UNE DÉFINITION

Lorsqu'il est question de drogues de substitution, la première idée qui nous vient à l'esprit est celle de la méthadone, qui représente le traitement de substitution le plus répandu au Canada. Le Petit Robert définit le mot substitution par "*action de substituer*". Le verbe substituer quant à lui veut dire "*mettre quelque chose ou quelqu'un à la place de quelque chose ou de quelqu'un d'autre pour faire jouer le même rôle*". Dans le domaine des drogues, cette définition de la substitution pourrait donc être interprétée comme l'utilisation d'un produit à la place de la drogue pour faire jouer le même rôle.

Dans un contexte aussi délicat que celui des drogues, il devient important de déterminer ce que veut dire "*le même rôle*"? Le rôle des drogues se joue essentiellement au niveau du système nerveux central et il peut s'inscrire dans une dimension de renforcement positif et/ou dans une dimension de renforcement négatif. *Grosso modo*, le renforcement positif équivaut à obtenir par la consommation d'une ou de plusieurs drogues des sensations de plaisir, tandis que le renforcement négatif consiste à éviter, avec l'aide de cette ou ces mêmes drogues, l'apparition de phénomènes désagréables lors de l'arrêt de la consommation. L'usage d'héroïne peut servir d'exemple pour comprendre ce phénomène. Cet opiacé procure à l'utilisateur une euphorie intense et, dans un tel contexte, la consommation du produit sera reliée avec un renforcement positif. Par ailleurs, l'usage répété de cette substance engendre une dépendance physique et l'arrêt, ou même la diminution, de la consommation d'héroïne provoque, au bout de quelques heures seulement, l'apparition de symptômes physiques fort incommodes que l'utilisateur voudra éviter à tout prix. La meilleure façon de pallier ces symptômes consiste à recourir à nouveau au produit, et son usage s'inscrira alors dans un contexte de renforcement négatif.

À prime abord, il semble difficile d'imaginer qu'une drogue de substitution puisse jouer un rôle de renforcement positif, avec comme corollaire le fait de procurer "des sensations agréables" à son utilisateur. De fait, les drogues de substitution ne s'inscrivent pas dans cette optique hédoniste. Elles sont prescrites principalement pour prévenir l'apparition de symptômes désagréables reliés à l'arrêt d'une substance toxicomanogène. L'émergence de symptômes négatifs reliés au sevrage constitue un incitatif pour la reprise de la consommation, et leur éradication par un produit substitut peut donc alors contribuer au maintien de la sobriété.

2.2 LES DROGUES DE SUBSTITUTION : QUELLES SONT-ELLES?

On peut maintenant se poser la question suivante : quelles sont les drogues de substitution? Comme nous le soulignons précédemment, la réponse à cette interrogation pourrait, pour plusieurs, se résumer à la méthadone, soit un opiacé utilisé principalement pour le traitement des héroïnomanes. Si on se fie à l'une des trois définitions données au mot drogue par le Petit Robert, soit "*toxique, stupéfiant*", cette réponse s'avère exacte, puisque la méthadone appartient à la classe des stupéfiants. Toutefois, les drogues de substitution couvrent un éventail de substances beaucoup plus large. En effet, le même dictionnaire définit également le mot drogue comme un "*ingrédient employé en pharmacie*", donc pouvant être un médicament. En conséquence, les drogues de substitution incluent non seulement la méthadone qui demeure un médicament prescrit, mais également tout agent pharmacologique utilisé principalement dans le but de prévenir l'émergence de symptômes désagréables reliés à l'arrêt d'une substance toxicomanogène.

Les drogues de substitution s'avèrent donc davantage susceptibles d'être utiles en présence de produits caractérisés par l'apparition d'un fort sevrage à l'arrêt de la consommation. Les intervenants en toxicomanie connaissent ces produits susceptibles de causer ces importants problèmes de sevrage. Les substances les plus connues à ce chapitre demeurent vraisemblablement les opiacés et l'intensité des symptômes de sevrage connus sous le nom de "*cold turkey*" affecte grandement les usagers en manque

de ce produit. L'arrêt rapide d'une consommation élevée d'alcool provoque lui aussi des symptômes physiques importants, évoluant parfois jusqu'à la psychose et même la mort. En raison de la lourdeur de ces symptômes, le traitement des toxicomanes dépendant de ces produits incluent régulièrement la prescription de drogues de substitution, soit la méthadone pour les opiacés et des benzodiazépines (tranquillisants mineurs tels le *Valium*^{MC} ou les *Ativan*^{MC}) pour l'alcool.

La cocaïne représente une autre substance fréquemment utilisée qui comporte un potentiel d'abus. A la différence des opiacés ou de l'alcool, l'arrêt brusque d'une consommation élevée de ce produit cause peu de symptômes physiques et cette substance est encore parfois identifiée comme peu susceptible de causer une dépendance. Dans le cas de la cocaïne, on fait plutôt état de dépendance psychologique, définie comme un besoin persistant d'utiliser à nouveau le produit. Or, des concepts neurophysiologiques suggèrent que cette dépendance psychologique correspond à des changements de concentrations de neurotransmetteurs dans le cerveau. En faveur de cette hypothèse, il a été démontré que des antidépresseurs pouvaient réduire le besoin intense de consommer la cocaïne lors du sevrage. Vus sous cet angle, les antidépresseurs peuvent donc être considérés comme des drogues de substitution lorsqu'ils sont prescrits lors de l'arrêt de consommation de cocaïne.

2.3 LES DROGUES DE SUBSTITUTION ET LES OPIACÉS

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 et on retrouve en tête de file l'héroïne et l'hydromorpone, ce dernier étant mieux connu sous le nom commercial de *Dilaudid*^{MC}.

Des cellules de certaines régions du cerveau possèdent à leur surface des récepteurs qui peuvent être occupés par les opiacés circulant dans le sang. Cette liaison déclenche des

réactions qui sont en quelque sorte les réponses physiologiques provoquées par les opiacés. A titre d'exemple, l'occupation par l'héroïne de récepteurs du type mu présents sur les neurones provoque une euphorie intense. Or, le cerveau fabrique lui-même ses propres opiacés, les plus connus étant les endorphines qui ont la capacité de se lier aux récepteurs pour les opiacés, puis de les activer. Par ailleurs, lorsqu'une substance étrangère à l'organisme occupe les récepteurs opiacés, les endorphines ne jouent plus leur rôle et le cerveau cesse de les fabriquer. Ce phénomène se produit en quelques semaines seulement lors d'une consommation régulière d'opiacés. Donc, à l'arrêt de l'utilisation de ces drogues, le cerveau se retrouve soudainement privé de toutes sources d'opiacés, y compris ses propres endorphines, avec, comme conséquence, des symptômes de sevrage qui persistent jusqu'à ce que les cellules cérébrales synthétisent à nouveau leurs endorphines. Par ailleurs, ces symptômes fort désagréables disparaissent si on administre à nouveau des opiacés, comme par exemple des drogues de substitution.

2.4 LES DROGUES DE SUBSTITUTION ET LA COCAÏNE

Certaines cellules du cerveau libèrent, durant la stimulation, un neurotransmetteur responsable du bien-être et du plaisir. Dans ce cas, la stimulation correspond à l'enregistrement par le cerveau d'un message agréable comme, par exemple, la vue d'un être cher. Quant à l'hormone impliquée, il s'agit de la dopamine qui, une fois libérée, ira se fixer à des récepteurs sur la surface d'autres cellules afin de créer des sensations agréables. Lorsque la stimulation est arrêtée, la cellule, qui est en fait une terminaison sympathique, cesse de relâcher la dopamine et elle procède même à une récupération du matériel déjà libéré. Ce mécanisme, appelé "recaptation axonale" permet de terminer une action très rapidement tout en économisant la dopamine qui pourra alors être encore utilisée lors d'une nouvelle stimulation.

La cocaïne provoque le plaisir en forçant la cellule à libérer la dopamine, tout en inhibant sa "recaptation axonale". 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 ainsi la drogue cause de moins en moins de plaisir. Lorsque l'utilisateur cesse de consommer cette substance, son cerveau privé de dopamine devient incapable de générer des sensations agréables, même lors d'une stimulation appropriée. Si on reprend l'exemple d'un être cher, le plaisir normalement éprouvé lors de cette rencontre n'apparaît plus chez le cocaïnomanie en sevrage. 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. En effet, ces médicaments empêchent la "recaptation axonale" de dopamine libérée par les cellules par un mécanisme relativement comparable à l'action de la cocaïne. Ils accroissent ainsi la concentration de cette molécule au niveau des récepteurs, ce qui peut contrebalancer, au moins en partie, une plus faible libération de dopamine cellulaire chez l'utilisateur en sevrage de cocaïne.

2.5 LES DROGUES DE SUBSTITUTION ET L'ALCOOL

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. Une cellule nerveuse dont l'excitabilité est longtemps réduite en raison d'un usage prolongé d'alcool connaîtra un effet rebond lors de la cessation du produit. En d'autres termes, les cellules du cerveau, appelées neurones, deviennent hyperexcitables lors du sevrage d'alcool. 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 delirium tremens peuvent survenir, ce qui constitue un sérieux problème de santé et même une menace pour la vie. Ces manifestations graves de sevrage se préviennent par la prescription de drogues de substitution, soit des benzodiazépines. Ces médicaments partagent une action commune avec l'alcool, soit celle de diminuer l'excitabilité des

membranes cellulaires et leur administration lors du sevrage normalise en quelque sorte l'état membranaire du neurone.

2.6 LE SEVRAGE OU LE MAINTIEN

Les premières semaines qui suivent l'arrêt de la consommation de psychotropes correspondent au sevrage. Dans le cas des opiacés, et plus particulièrement de l'héroïne, l'intensité des symptômes de sevrage s'avèrent telle que la majorité des usagers reprendront leur consommation. Les intervenants en toxicomanie ne connaissent que trop bien le fort pourcentage d'héroïnomanes qui restent moins d'une semaine en désintoxication dans les cas où la méthadone n'est pas disponible. La prescription de ce produit dans le cadre d'un sevrage aigu s'avère un outil thérapeutique fort intéressant qui permet de retenir l'héroïnomane en sevrage. En fait, une grande partie du débat qui entoure la méthadone concerne plutôt le maintien de cette drogue de substitution au delà d'une période de sevrage de quelques semaines. Rappelons que le rationnel pour cette approche repose sur l'hypothèse d'une production d'endorphines qui serait déficiente dans le cerveau pour une période de quelques mois, voire quelques années, et qui pourrait même être, dans certains cas, atteinte de façon irréversible. Bien qu'il existe chez l'animal de laboratoire des études en faveur de cette hypothèse, il faut reconnaître que cette théorie n'a pu être prouvée de façon irréfutable chez l'humain. Un problème méthodologique majeur qui empêche de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse vient du fait que les endorphines présentes dans le cerveau ne pénètrent pas dans la circulation sanguine et que, par conséquent, il demeure encore impossible avec la technologie actuelle d'évaluer les concentrations de cette substance dans la matière cérébrale. Il est donc compréhensible que certains voient dans le maintien à la méthadone tout simplement le remplacement d'une substance de dépendance par une autre et ce, malgré plusieurs études évaluatives favorables pour cette approche.

Concernant l'alcool, la gravité du sevrage peut s'avérer potentiellement létale et il demeure donc pertinent de prescrire une benzodiazépine dès l'arrêt de la consommation. Toutefois, l'utilisation de cette drogue de substitution dans le but de maintenir la sobriété

à l'alcool reste à tout le moins controversée et ce, pour des raisons qui seront discutées dans le prochain chapitre.

La cocaïne présente une situation différente. L'arrêt de cette substance provoque souvent une dépression et de l'"anhédonie" qui peuvent persister plusieurs mois; il a par ailleurs été mentionné précédemment que les antidépresseurs pouvaient diminuer ces symptômes. La prescription de ces médicaments peut donc s'inscrire dans le contexte d'un maintien prolongé de la sobriété à la cocaïne. Toutefois, il faut admettre qu'il est tout à fait compréhensible que cette approche ne fasse pas l'unanimité en raison de facteurs qui seront expliqués ultérieurement.

CHAPITRE 3 : LES PRODUITS

3.1 DROGUES DE SUBSTITUTION ET OPIACÉS

La **méthadone** représente sans doute la drogue de substitution la plus connue. Elle fut synthétisée par les Allemands durant la seconde guerre mondiale, afin de servir comme analgésique chez les soldats blessés. L'idée d'utiliser ce produit synthétique chez les narcomanes remonte à plus de trente ans, alors que ce problème était considéré comme incurable. Dans le cerveau, la méthadone agit sur les récepteurs opiacés d'une façon comparable à l'héroïne tout en présentant des différences importantes. En effet, cette substance peut être administrée par voie orale et elle se dégrade très lentement dans l'organisme, avec, comme résultat, qu'une seule dose suffit généralement pour une journée entière et que les concentrations du produit dans le sang demeurent relativement stables.

De plus, la méthadone prise par la bouche donne peu ou pas d'euphorie, tout en réduisant, ou en abolissant, le désir intense d'un opiomane de consommer à nouveau. Ceci s'explique par le fait que la sensation d'euphorie intense, communément appelée

"*rush*" dépend en outre de la rapidité avec laquelle l'opiacé augmente dans le sang. Ainsi, suite à une injection intraveineuse d'héroïne, la concentration d'opiacé s'élève très rapidement dans la circulation sanguine et la drogue pénètre tout aussi rapidement dans le cerveau pour aller occuper les récepteurs opiacés. Durant cette période, qui dure quelques minutes, l'utilisateur ressent un plaisir intense qui frise l'orgasme. En comparaison, la méthadone pénètre peu à peu dans l'organisme durant son absorption au travers du système digestif et sa concentration sanguine augmente donc lentement. Il n'y a donc pas de "*rush*". Par contre, cette même méthadone parvient tout aussi bien qu'une drogue intraveineuse à occuper les récepteurs opiacés et, en conséquence, les symptômes désagréables associés au sevrage ne surviennent pas.

Tel que mentionné précédemment, la méthadone peut être administrée dans deux contextes différents, soit pour le sevrage d'opiacés, soit pour le maintien avec un objectif d'abstinence à long terme. Dans le cas du sevrage, cette drogue de substitution permet à l'opiomane de se débarrasser de son produit de dépendance sans éprouver les durs symptômes de retrait. Dans ces circonstances, 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. Avec cette approche, le consommateur d'opiacés réussit souvent à cesser l'usage de ces substances, du moins à court terme.

Le maintien cible un autre objectif, soit celui de prévenir la récurrence de consommation d'opiacés. Dans ces circonstances, l'utilisation quotidienne de méthadone se poursuit durant un temps prolongé. On fait état alors d'une période qui varie entre plusieurs mois et quelques années et, dans certains cas, la prescription se maintiendra vraisemblablement pour la vie durant. Par ailleurs, la dose journalière varie 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. Cette valeur ne représente cependant pas une règle absolue et il y a des opiomanes qui demeurent sobres avec des doses plus faibles.

La dose de maintien de cette drogue de substitution 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, communément appelé *craving*, mais elle ne doit pas être trop élevée au point de causer de la léthargie ou de la somnolence. Or, l'identification de ces symptômes, soit le *craving*, la léthargie et la somnolence, repose essentiellement sur les déclarations subjectives de l'utilisateur. A prime abord, on pourrait alors craindre une exagération des symptômes de *craving* dans le but d'obtenir une dose plus élevée de méthadone. Un usager qui rechercherait par ce moyen une dose accrue de cette drogue de substitution risque d'être déçu, car des doses trop élevées de méthadone créent peu d'euphorie et produisent même de la somnolence et parfois des nausées. Comme corollaire à ce phénomène, la méthadone ne représente pas un produit recherché comme drogue d'abus. Par ailleurs, la consommation d'une dose élevée mais appropriée de méthadone produit remarquablement peu d'effets négatifs sur la vigilance et le fonctionnement intellectuel de l'utilisateur.

La prescription de 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. D'un autre côté, la grande majorité des héroïnomanes qui recevront ce produit ne pourront pas s'en sevrer sans recourir tôt ou tard à l'héroïne. Dans ces circonstances, la dépendance causée par la méthadone devient en quelque sorte acceptable. De plus, comme toute médication, la méthadone produit des effets secondaires qui, heureusement, finissent en grande majorité par s'estomper avec le temps. La diaphorèse (sueurs abondantes) peut cependant persister durant une longue période, de même qu'une constipation opiniâtre. Un gain de poids important peut aussi devenir problématique, de même que l'impuissance chez l'homme et l'anorgasmie chez la femme. Les allergies sont par contre très rares, sinon inexistantes.

3.2 DROGUES DE SUBSTITUTION ET COCAÏNE

Il a été précédemment mentionné que la perte de plaisir, appelée "anhédonie", qui survient souvent chez le cocaïnomanes en sevrage s'avère un incitatif puissant à consommer à nouveau. Par ailleurs, les **antidépresseurs** peuvent diminuer ces symptômes en inhibant la "recaptation axonale de neurotransmetteurs". Le premier médicament de ce type qui fut utilisé à cette fin chez les cocaïnomanes fut la **desméthylimipramine**. Ce médicament existe depuis plusieurs années et il appartient à ceux que l'on appelle de première génération. Même si plusieurs autres antidépresseurs, peut-être plus efficaces, sont apparus depuis, la desméthylimipramine demeure encore régulièrement utilisée chez le cocaïnomanes en sevrage.

Il faut mentionner qu'une particularité importante de la desméthylimipramine, comme celle de tout autre antidépresseur, concerne la période d'induction de l'effet thérapeutique. L'utilisateur de ce médicament doit ainsi 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 cocaïnomanes en sevrage. De plus, la desméthylimipramine provoque régulièrement des effets secondaires indésirables tel la somnolence, la sécheresse de la bouche, la vision trouble, des étourdissements de même que des dysfonctions érectiles. Ces problèmes finissent souvent par disparaître avec le maintien de la médication, mais ils peuvent persister et s'avérer fort incommodes. En raison de cet 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.

Les premières publications sur l'efficacité de la desméthylimipramine comme drogue de substitution sont apparues il y a une quinzaine d'années. Elles suscitèrent initialement beaucoup d'espoir et plusieurs médecins prescrivirent ce produit de façon presque systématique chez leurs patients cocaïnomanes en sevrage. Il apparut cependant, avec les

années, que la desméthylimipramine ne s'avérait aucunement une solution miracle, bien qu'elle puisse être efficace chez certains patients au cours des deux premiers mois de sobriété. De plus, beaucoup de personnes tolèrent mal les effets secondaires de ce médicament. La desméthylimipramine n'est donc plus systématiquement utilisée chez le cocaïnomanes 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.

Il faut savoir que la majorité des cocaïnomanes traversent leur période "d'anhédonie" sans recourir à un antidépresseur. Cette drogue de substitution garde cependant toujours sa place lorsqu'elle est prescrite de façon bien ciblée. Une stratégie régulièrement utilisée consiste à réserver ce traitement pharmacologique pour le cocaïnomanes qui éprouve toujours une tristesse profonde après plusieurs mois de sobriété. Il peut, dans un pareil cas, s'agir d'une "anhédonie" persistante ou encore de l'apparition d'une dépression endogène, maintenant appelée "trouble dysthymique". L'utilisation d'un antidépresseur devient pertinente dans ces circonstances. Par ailleurs, le cocaïnomanes quelque peu découragé de son état dépressif accepte généralement plus facilement cette option thérapeutique et il manifeste aussi généralement plus de tolérance envers les effets secondaires.

3.3 DROGUES DE SUBSTITUTION ET ALCOOL

L'utilisation de drogues de substitution, en l'occurrence les **benzodiazépines**, chez les dépendants à l'alcool en sevrage devrait soulever peu de polémique, puisque cet état non traité peut évoluer vers la psychose et parfois même le décès. Cette prescription de benzodiazépines dans le contexte d'une utilisation à court terme s'avère par ailleurs fort simple. Un protocole régulièrement employé consiste à administrer 20 milligrammes de **diazépam** (souvent connu sous le nom commercial de *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. Cette cédule simple s'explique par la longue demi-vie du diazépam, qui peut durer jusqu'à 96 heures, une demi-vie étant définie comme le temps requis par l'organisme pour éliminer la moitié de la quantité de médicament. Ainsi, l'alcoolique en sevrage qui a reçu 60 ou 80 milligrammes de diazépam en quelques heures verra ses symptômes de sevrage atténués. De plus, puisque ce médicament demeure très longtemps dans l'organisme, il sera sevré lentement de cette substance et de façon non dangereuse. Les effets secondaires du diazépam s'avèrent minimes lorsqu'il est prescrit dans ces circonstances. Une dose de 60 milligrammes provoque une somnolence marquée chez une personne qui ne consomme pas de psychotropes, mais elle entraîne peu de changements lors du sevrage d'alcool.

L'usage de benzodiazépines comme drogues de substitution devient plus litigieuse lorsqu'on l'envisage pour le maintien à long terme. En effet, tel que mentionné précédemment, les benzodiazépines miment en quelque sorte certaines actions de l'alcool au niveau du cerveau. Une action comparable de ces deux classes de psychotropes s'accompagne d'un phénomène appelé "dépendance croisée". Ce mécanisme implique qu'une personne susceptible de développer une dépendance à l'alcool s'avère également susceptible d'éprouver les mêmes problèmes avec les benzodiazépines. Pour les mêmes raisons, un alcoolique qui consomme des benzodiazépines éprouve le besoin d'utiliser l'alcool, puisque ces substances pharmacologiques produisent certaines de leurs sensations recherchées. Cette situation signifie que l'utilisation de benzodiazépines visant à maintenir la sobriété chez un alcoolique peut fonctionner dans certains cas, mais que c'est généralement pour un temps limité seulement. L'histoire typique est celle du grand buveur d'alcool qui déclare à son médecin "boire peu ou socialement" et qui reçoit une prescription de benzodiazépines. Initialement, l'effet thérapeutique peut être bénéfique et la consommation d'alcool diminue. Plus souvent qu'autrement, cependant, cette diminution ne dure pas. L'usage d'alcool revient au niveau initial et continue souvent à augmenter avec, en plus, une consommation de benzodiazépines pour laquelle l'alcoolique développe facilement une dépendance. Le sevrage d'alcool et de benzodiazépines n'en devient alors que plus difficile.

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 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. Il faut en effet beaucoup de doigté pour distinguer entre l'anxiété ou l'état panique qui accompagnent régulièrement un usage abusif d'alcool versus l'anxiété ou l'état panique qui précèdent la consommation problématique. Dans les cas où il apparaît clairement que ces deux symptômes précèdent l'usage abusif d'alcool, il devient possible d'émettre l'hypothèse que le problème de psychotrope en soit un de type secondaire. Dans ces circonstances, la prescription d'une benzodiazépine tel le **clonazépam** (mieux connue sous le nom commercial de *Rivotril^{MC}*) peut être pertinente. Ce médicament administré à une dose qui varie en moyenne entre deux et quatre milligrammes par jour peut alors contribuer au maintien à long terme d'une sobriété à l'alcool.

3.4 LES SUBSTANCES EN DÉVELOPPEMENT

La question suivante peut servir d'introduction à cette partie du document : "Quelles sont les propriétés qui font de la méthadone une excellente drogue de substitution?" La réponse à cette interrogation réside, en bonne partie, dans le fait que la méthadone représente un agoniste puissant et utilisable par voie orale et qu'elle est également caractérisée par une longue demi-vie. Ces propriétés signifient que la méthadone prise par la bouche se lie fermement aux récepteurs opiacés pour une longue période de temps. Avec des concentrations plasmatiques stables, l'usager n'éprouve pas de *craving* pour les opiacés et il ne ressent pas d'euphorie. Si, malgré tout, il décide de recourir à l'héroïne injectée par la voie intraveineuse, cette drogue déplace difficilement la méthadone des récepteurs opiacés et ainsi son effet demeure à peu près nul. Pour obtenir la sensation désirée, l'usager devra recourir à de fortes quantités d'héroïne, ce qui a souvent un effet dissuasif. **La méthadone possède donc plusieurs attributs d'une drogue de substitution idéale, nonobstant une forte dépendance et des effets secondaires parfois désagréables. De fait, les substances nouvelles se rapprochent**

beaucoup de la méthadone. Il s'agit de la **buprénorphine** qui devrait pouvoir être bientôt prescrite au Québec et de la **lévo-alpha acétyl méthadol (LAAM)** actuellement disponible aux États-Unis. La différence principale entre ces deux nouveaux produits et la méthadone consiste en une demi-vie encore plus longue, de sorte que ces nouvelles drogues de substitution nécessitent seulement deux à trois doses par semaine. Toutefois, la place de ces nouvelles substances comme médicaments de substitution n'apparaît pas évidente actuellement. Le fait de prendre un médicament seulement deux ou trois fois par semaine peut sembler intéressant et cette propriété pourrait être avantageuse, plus particulièrement lorsque l'usage d'une drogue de substitution s'avère stable depuis longtemps. Cependant, 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, représente un atout important qui vaut souvent la peine d'être maintenu dans bon nombre de cas.

Il serait très intéressant d'avoir une substance comparable à la méthadone pour la cocaïne. Dans ce cas, le produit idéal serait une substance absorbable par voie orale qui se lie fortement aux récepteurs de la dopamine du cerveau. Cette molécule serait aussi caractérisée par des concentrations plasmatiques stables et une longue demi-vie et elle provoquerait peu ou pas d'effets secondaires. Des substances actuellement en développement, soit des **agonistes dopaminergiques**, offrent certains espoirs en ce sens.

La situation se complique pour l'alcool, puisqu'il n'existe pas de récepteurs spécifiques pour cette substance. Donc, il semble théoriquement impossible d'obtenir pour l'alcool un agoniste qui puisse agir efficacement comme drogue de substitution. Les benzodiazépines s'avèrent précieuses lors du sevrage aigu, mais elles ne sont pas une solution puisque, même en leur présence, l'alcool peut agir impunément au niveau des cellules cérébrales. Une substance comme la **naltrexone** semble diminuer la consommation problématique d'alcool, mais ce bloqueur des récepteurs opiacés agit de façon différente des drogues de substitution.

Mentionnons enfin que l'usage abusif de cannabis cause aussi des perturbations importantes qui s'apparentent à un phénomène dépressif. Malheureusement, il n'existe pas actuellement de substance qui puisse agir efficacement comme drogue de substitution dans ces circonstances. 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. L'effet du cannabis au niveau du cerveau s'avère donc beaucoup plus puissant et 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 inconfortables et persister durant plusieurs semaines.

CHAPITRE 4 : LES ATTITUDES DES INTERVENANTS VIS-À-VIS LES DROGUES DE SUBSTITUTION

4.1 LES RÉPONDANTS

Les produits de substitution s'avèrent susceptibles de modifier le traitement des toxicomanes et peuvent donc susciter des changements dans la pratique des intervenants. Il devient alors pertinent d'examiner les attitudes vis-à-vis ces substances. Nous avons donc procédé à une collecte de données sur cet aspect de la question. Neuf régions, soit 21 organisations, ont contribué à la démarche. Plus précisément, cinq centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT), huit centres privés et huit centres communautaires ont complété le questionnaire par l'intermédiaire de leur responsable. En ce qui trait à la formation de ces répondants, 16 d'entre eux ont une formation de niveau universitaire, le plus souvent en toxicomanie, deux de niveau collégial, tandis que ce niveau demeure non spécifié pour trois répondants.

Pour la répartition du nombre des répondants en regard des attitudes sur les drogues de substitution selon le milieu d'intervention, le modèle d'intervention et la fonction dans l'organisation, le lecteur peut se référer au tableau suivant.

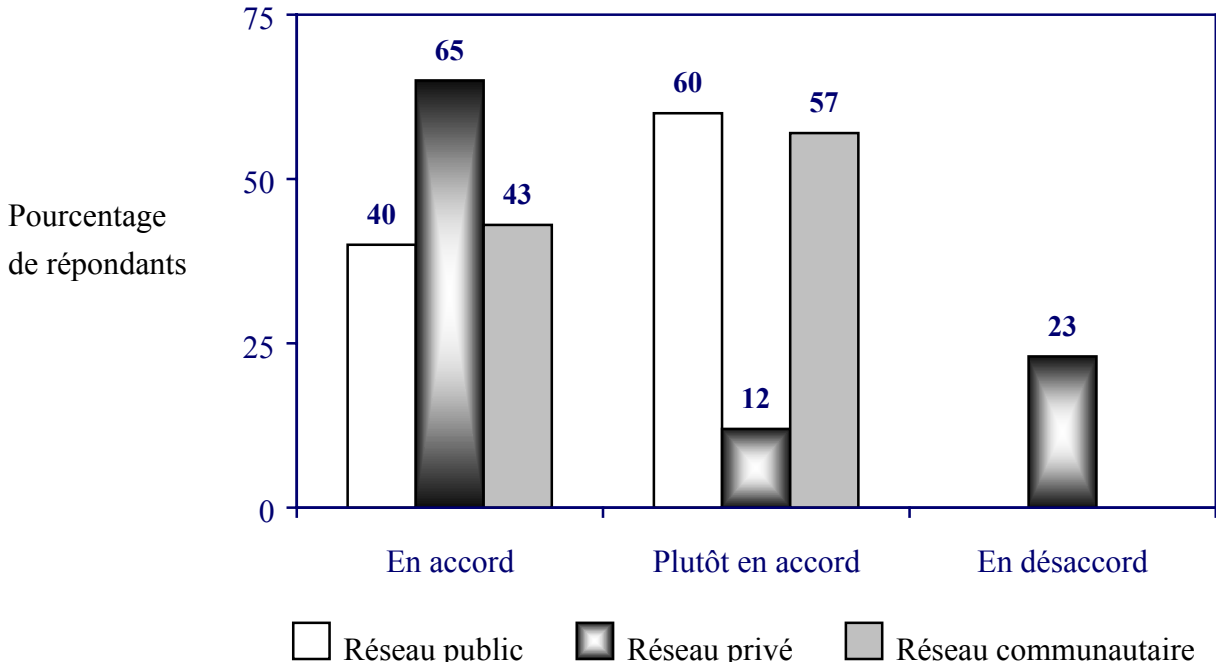
Tableau 1 : Distribution des répondants selon le milieu d'intervention, le modèle d'intervention et la fonction dans l'organisation

		En accord	Plutôt en accord	En désaccord
Milieu d'intervention	Réseau public	2	3	0
	Réseau privé	5	1	2
	Réseau communautaire	3	4	0
Modèle d'intervention	Psychosocial	4	3	0
	Réduction des méfaits	3	3	0
	AA ou Minnesota	1	2	2
Fonction dans l'organisation	Directeur	3	2	1
	Coordonnateur	2	5	1
	Intervenant	5	1	0

4.2 LES ATTITUDES SELON LE MILIEU D'INTERVENTION

La figure 1 illustre les pourcentages de réponses concernant les attitudes vis-à-vis le recours aux drogues de substitution, distribués 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. Plus précisément, 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.

Figure 1 : Distribution des répondants pour leurs attitudes vis-à-vis le recours aux drogues de substitution, selon le milieu d'intervention



En ce qui a trait à la position de leur organisation en regard de ce traitement, les commentaires suivants ont été recueillis :

- nécessaire à la désintoxication;
- peut aider à court terme;
- presque indispensable pour l'héroïne;
- option de traitement offert aux héroïnomanes préférablement après des tentatives infructueuses avec des approches traditionnelles;
- efficace sous l'angle de la réduction des méfaits tant biologiques, sociaux que psychologiques (diminution des coûts sociaux et amélioration de la qualité de vie des clients).

L'utilisation de drogues de substitution, plus particulièrement la méthadone, est donc perçue comme une option de traitement possible et souhaitable par les répondants des centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes.

Au niveau des établissements du **réseau privé**, les trois-quarts des répondants indiquent être soit en accord, soit plutôt en accord, 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.

On remarquera, dans le cas des centres privés, que les opinions sont beaucoup plus partagées quant à l'utilisation des drogues de substitution. Les répondants ne sont pas unanimes à dire que ces traitements doivent être appliqués et, si oui, comme méthode de dernier recours lorsque tout a échoué.

Voici les commentaires reçus quant à la position de leur organisation face à cette alternative de traitement :

- ces médicaments peuvent être utiles s'ils aident les personnes à briser leur dépendance; ils ont un sens en intervention, à condition que ce qui est visé soit l'abstinence et la réadaptation de la personne;
- tout traitement qui utilise les drogues de substitution en vue de la réduction des méfaits est encouragé;
- n'est utilisé que très rarement; traitement de fin de ligne, de dernier recours;
- permet de rejoindre certaines personnes qui ne seraient probablement pas en thérapie sans la méthadone;
- bien que l'on ait de fortes réserves quant à l'efficacité de ce type de traitement à moyen et à long terme, l'organisme fait preuve de souplesse en ce qui a trait aux clients qui bénéficient déjà de ce traitement;
- manque d'accessibilité et/ou de disponibilité des milieux médicaux;
- il y aurait résistance, dans certaines ressources du réseau public, face aux drogues de substitution, malgré certaines positions officielles, certaines politiques et directives formulées dans les dernières années.

Dans le cas des **organismes communautaires**, 100 % des répondants se disent soit en accord ou soit plutôt en accord 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.

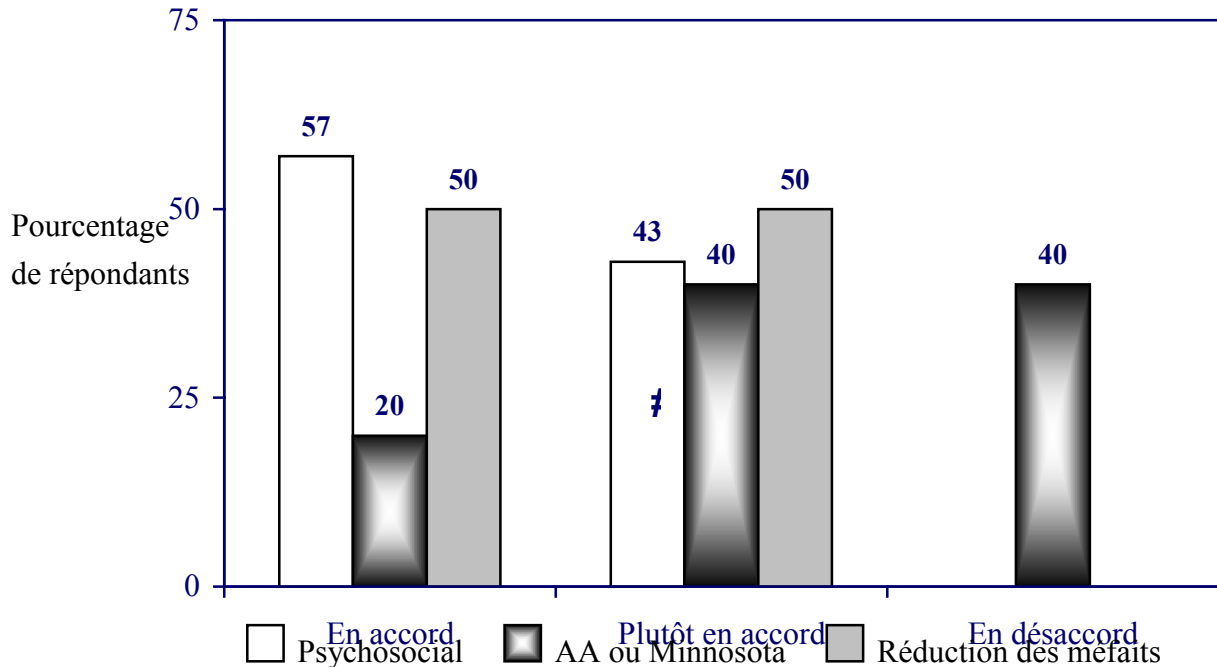
Au niveau de la position de leur organisation en regard de ce traitement, les commentaires suivants ont été recueillis :

- cela est vu d'un très bon œil mais, en région, les produits de substitution sont plus ou moins connus et les programmes sont pratiquement inexistant;
- cette méthode est acceptable et efficace dans certains cas; ce n'est certainement pas une panacée universelle;
- étant dans une optique de réduction des méfaits, l'organisation est en faveur de l'utilisation des drogues de substitution;
- on est favorable à l'utilisation de ces drogues, tout en étant conscient des limites de son mandat (pré-cure et post-cure);
- difficile de se positionner;
- en accord pour le traitement des héroïnomanes;
- utilité certaine au sevrage et dans une perspective de réadaptation.

4.3 LES ATTITUDES SELON LE MODÈLE D'INTERVENTION

La figure 2 montre la distribution des répondants pour leurs attitudes face au drogues de distribution, cette fois selon trois modèle d'intervention, soit le modèle psychosocial, celui des Alcooliques Anonymes et/ou du modèle Minnesota, ainsi que celui de la réduction des méfaits. Fait intéressant, ces trois modèles sont représentés de façon comparable au sein des répondants.

Figure 2 : Distribution des répondants pour leurs attitudes vis-à-vis les drogues de substitution, selon le modèle d'intervention



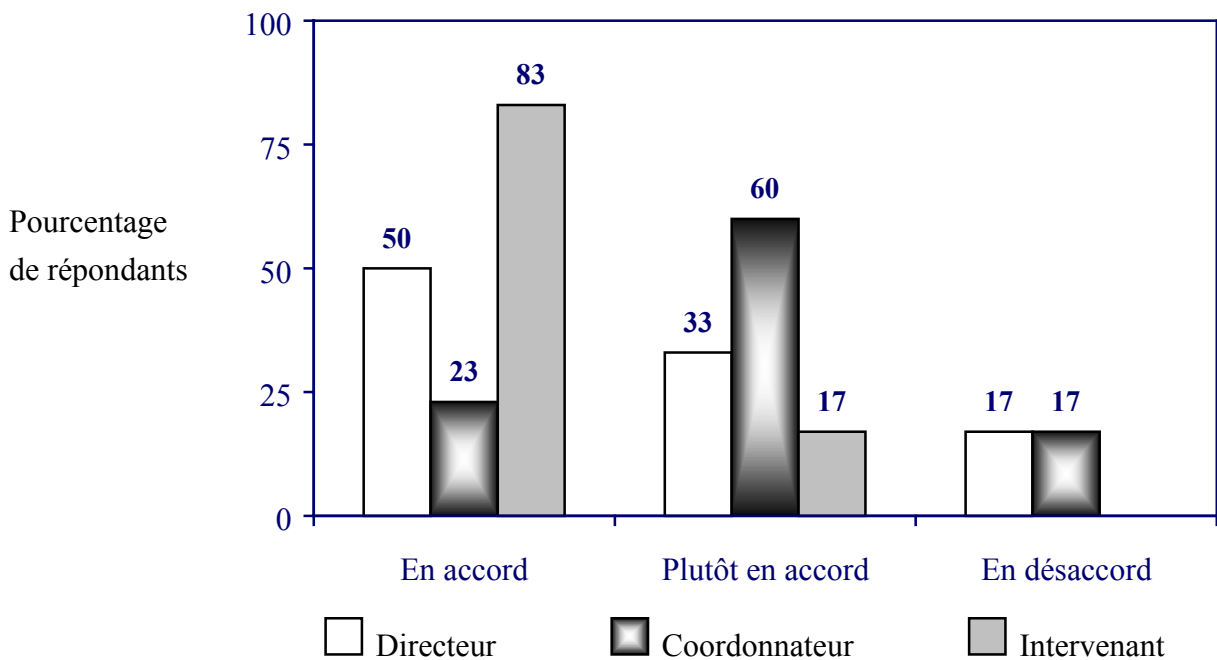
Les tenants du modèle psychosocial apparaissent comme ceux favorisant le plus les drogues de substitution, suivis de près par ceux privilégiant la réduction des méfaits. Pour ces deux groupes, 100 % des répondants sont soit en accord ou soit plutôt en accord avec les drogues de substitution. Ce profil diffère parmi les adeptes du modèle AA ou Minnesota, puisque près de la moitié des répondants déclarent être en désaccord avec les drogues de substitution.

4.4 LES ATTITUDES SELON LA FONCTION DANS L'ORGANISATION

Il devient intéressant d'examiner les attitudes envers les drogues de substitution, cette fois-ci en fonction du rôle des répondants au sein de leur organisation (figure 3). En effet, les réponses au questionnaire laissent entrevoir la possibilité d'une certaine divergence entre les opinions personnelles des répondants et la position de leur organisation face au traitement avec les drogues de substitution. Les répondants ont alors été divisés en trois groupes, soit les directeurs, les coordonnateurs et les intervenants. Mentionnons que chacune de ces trois catégories s'avère comparable quant au nombre de répondants.

Les attitudes vis-à-vis les drogues de substitution, en fonction de ces catégories, apparaissent à la figure 3. Les intervenants privilégient plus particulièrement ces produits, alors que plus des trois quarts d'entre eux sont en accord avec l'usage de ces produits, comparativement à une proportion de la moitié pour les directeurs. Les coordonnateurs, quant à eux, semblent avoir une position plus mitigée envers ces substances, puisque seulement le quart est en accord et que les deux tiers se disent plutôt en accord.

Figure 3 : Distribution des répondants pour leurs attitudes vis-à-vis les drogues de substitution, selon la fonction dans l'organisation



5.1 LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Le but de cette monographie visait plus particulièrement l'acquisition de connaissances sur les drogues de substitution par l'ensemble des personnes oeuvrant dans le domaine de la toxicomanie. Suite à la lecture de ce document, un intervenant formé dans un milieu autre que biologique devrait être en mesure de comprendre les mécanismes d'action des drogues de substitution régulièrement utilisées pour la réadaptation des toxicomanes. Cette approche axée sur l'accessibilité à des concepts neurophysiologiques et pharmacologiques comporte une limite inhérente à sa conception, soit celle de ne pas traiter un sujet en profondeur. Ainsi, le pharmacien ou le médecin familial avec les drogues de substitution pourrait percevoir un certain caractère superficiel dans la présentation du texte, plus particulièrement pour les chapitres traitant des concepts et des produits. Toutefois, c'est à dessein que cette orientation fut prise de prioriser l'accessibilité des connaissances. L'intervenant désireux d'acquérir des connaissances plus pointues sur les drogues de substitution peut facilement accéder à des sources d'information constamment mises à jour, tel le site internet de l' *American Society of Addiction Medicine (ASAM)*.

Une autre limite de cette étude concerne l'éventail incomplet présenté pour les drogues de substitution. Le document examine trois types de produits, soit les agonistes des opiacés, les antidépresseurs et les benzodiazépines. Ces trois catégories couvrent la majeure partie des substances utilisées comme drogues de substitution lors de la réadaptation des toxicomanes. D'autres drogues de substitution existent cependant, telle la nicotine utilisée chez les dépendants au tabagisme. Or, cette omission volontaire pourrait devenir plus significative dans un contexte où l'arrêt coercitif du tabac deviendrait plus standardisé lors de la réadaptation du toxicomane. Cependant, tel n'est pas encore le cas.

Par ailleurs, certains intervenants auraient peut-être voulu davantage de détails sur la prescription de méthadone incluant, en outre, les critères d'opérationnalisation clinique. Toutefois, il existe toujours à l'heure actuelle une variation des normes d'utilisation, tant

entre les différentes régions du Québec que parmi les intervenants eux-mêmes. En conséquence, une présentation de ces différentes approches, en plus de déborder l'espace normalement attribué à ce type de document aurait peut-être créé davantage de confusion que d'orientation. Une variation existe aussi relativement aux paramètres utilisés pour évaluer l'efficacité du traitement à la méthadone; ceux-ci peuvent référer à la mortalité¹, à la réduction des méfaits, aux coûts sanitaires ou encore à la sobriété. Ce large éventail de critères sous-tend la publication de nombreux ouvrages dépassant le cadre de ce document.

La partie de l'ouvrage concernant les attitudes sur les drogues de substitution présente la faiblesse d'une taille réduite pour le nombre de répondants. La tentative de rejoindre toutes les régions du Québec s'est soldée par la participation d'environ la moitié d'entre elles. Même si ce genre de proportion s'avère compatible avec une étude sur des structures organisationnelles, le faible effectif de répondants rend délicate toute généralisation des données obtenues à l'ensemble du Québec. C'est pour cette raison, d'ailleurs, que les résultats n'incluent pas d'analyse statistique. Il n'en découle pas moins de cette recherche des observations pertinentes quant aux attitudes qui sont présentées dans la prochaine partie du document.

5.2 ANALYSE DES RÉSULTATS CONCERNANT LES ATTITUDES VIS-À-VIS LES DROGUES DE SUBSTITUTION

Le fort appui des intervenants pour l'usage des drogues de substitution, comparativement à celui observé chez les directeurs et les coordonnateurs, s'avère un point fort intéressant. On peut émettre l'hypothèse selon laquelle cette attitude des intervenants découle du lien étroit établi entre eux et les toxicomanes durant leur sevrage aux psychotropes. Les intervenants sont alors bien placés pour constater la lourdeur des symptômes associés au sevrage, ce qui pourrait les convaincre de la pertinence d'une utilisation de drogues de substitution. D'ailleurs, les commentaires recueillis auprès de ces intervenants suggèrent

¹ 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.

que ce ralliement ne résulte pas tant d'un endossement inconditionnel que d'un constat d'échec avec les méthodes excluant les drogues de substitution. A cet égard, le commentaire "solution de dernier recours" résume bien ce positionnement qui ne semble pas aussi incompatible qu'il pourrait le paraître avec les réactions observées parmi les tenants de l'approche AA ou du modèle Minnesota. Rappelons que ces derniers se montrent en bonne partie en désaccord avec les drogues de substitution. Or, le fait de désapprouver l'usage des drogues de substitution ne constitue pas un positionnement très différent de celui de les considérer comme une "solution de dernier recours".

Le positionnement des organismes communautaires semble s'inscrire dans cette dynamique. En effet, même s'ils mentionnent être peu en contact avec ces produits, les organismes communautaires participant à cette étude appuient majoritairement l'utilisation des drogues de substitution. Ces intervenants qui côtoient de près les usagers dans leur milieu naturel connaissent sûrement le mauvais pronostic de sobriété d'un héroïnomanie qui ne prend pas de drogues de substitution. Donc, encore là, il s'agit vraisemblablement d'une "solution de dernier recours". Un organisme insiste d'ailleurs sur l'importance d'inclure un volet psychosocial dans la réadaptation de ces personnes.

5.3 LES CONCEPTS BIOLOGIQUE ET PSYCHOSOCIAL ET LEUR IMPACT

Vus sous l'angle de la physiologie et de la pharmacologie behaviorale, la dépendance aux psychotropes peut être expliquée, en grande partie, par des mécanismes organiques. Rappelons que ces concepts reposent sur de sérieuses expériences scientifiques réalisées principalement chez l'animal de laboratoire. Une vision de la toxicomanie axée prioritairement sur ces théories perçoit les drogues de substitution comme une solution efficace et son utilisation devient incontournable lors de la réadaptation d'un toxicomane et, plus particulièrement, d'un héroïnomanie.

A prime abord, cette conduite pourrait s'inscrire dans une optique quelque peu différente de celle privilégiée par l'approche psychosociale. Les drogues de substitution peuvent alors être vues sous un angle différent et, dans ce contexte, leurs effets psychotropes

pourraient même interférer de façon négative avec la réadaptation du toxicomane. La citation² qui suit représente une réflexion sur cette problématique :

“La présence d’anxiété, d’angoisse et de culpabilité sont les trois motifs invoqués pour la structuration des mécanismes de défense du moi. La psychiatrie favorise la médication en de telles circonstances compte tenu que la présence de ces états affectifs correspond aux symptômes d’une maladie.

La présence de ces affects est au contraire une faillite de la maladie dans le sens où ils sont une indication pour le patient que des changements de conduite sont requis puisqu’ils sont producteurs de ces états. Ces états invitent le patient à une interrogation sur soi qui débouche ainsi sur la naissance de la conscience de soi. L’anxiété, l’angoisse et la culpabilité sont ainsi des informations disponibles à la conscience de soi et qui renseignent de la sorte le patient lui-même. En cela l’affectivité est le siège de la conscience de soi.

Toute approche axée sur la médication se doit de permettre le maintien d’une relation minimale avec ces états affectifs dont les variations en durée, fréquence et intensité permettent un jugement sur la pertinence des changements apportés à la conduite.”

Les approches biologique et psychosociale suscitent un positionnement différent vis-à-vis des drogues de substitution. Tel que mentionné précédemment, les uns les considèrent comme indispensables dans leur approche thérapeutique, tandis que d’autres peuvent y voir une entrave au traitement du toxicomane. Plusieurs réactions et opinions recueillies lors de la recherche sur les attitudes traduisent en quelque sorte ce dilemme, alors que les drogues de substitution apparaissent "comme une alternative de dernier recours quand tout le reste a échoué".

² Extrait d'une conférence intitulée "La dépression et le besoin d'être soi", donnée par monsieur Gilbert Richer, MPs., à l'Université de Bordeaux, le 23 juin 2000.

5.4 PISTES DE SOLUTIONS

5.4.1 Au niveau des organismes

L'utilisation des drogues de substitution connaît actuellement un progrès important au Québec. Des organismes récemment réfractaires à leur emploi traitent maintenant des opiomanes qui reçoivent de la méthadone. Un dialogue franc et ouvert a vraisemblablement rapproché des adversaires et des supporteurs des drogues de substitution. A cet égard, une rencontre tenue à Montréal, en juin 2000, sous l'égide du Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN), a témoigné de ce qui pourrait être qualifiée d'évolution intéressante. En effet, cette rencontre regroupait, sous un même thème, des médecins, des pharmaciens, des infirmières, des psychologues, des criminologues, des agents de probation, des éducateurs spécialisés et des travailleurs sociaux. Le niveau d'endossement de la méthadone variait entre ces diverses disciplines, mais un consensus quant à la pertinence de son utilisation chez les héroïnomanes se dégageait clairement chez l'ensemble des intervenants. Les participants à cette réunion ont aussi souligné le problème de recrutement de médecins intéressés à ce secteur d'activités, et insisté sur l'importance d'améliorer la situation à cet égard, afin d'assurer la mise en place d'une approche reconnue efficace pour le maintien de la sobriété des toxicomanes.

Les tenants des différentes approches étiologiques de la dépendance aux psychotropes semblent trouver un **terrain d'entente lorsque la prescription de drogues de substitution est jumelée à un suivi psychosocial**. Les études évaluatives démontrent d'ailleurs la supériorité de cette combinaison thérapeutique comparativement à l'utilisation isolée de drogues de substitution. Au Québec, le concept biopsychosocial de la toxicomanie favorise cette interaction multidisciplinaire et il faut encourager cette voie. Concrètement, une piste de solution pour une utilisation optimale des drogues de substitution se trouve dans l'opérationnalisation du regroupement interdisciplinaire actuellement proposé.

5.4.2 Au niveau des utilisateurs

Les Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes³ préconise l'individualisation de l'approche thérapeutique. Ces orientations s'adaptent bien avec **l'utilisation des drogues de substitution qui doit demeurer le libre choix de la personne dans un contexte de décision éclairée**. Le respect et le maintien de ce principe auraient avantage à être connus de l'ensemble des citoyens. Il existe au niveau populationnel 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, qu'elle ne modifie pas le comportement et qu'elle favorise la réinsertion sociale.

L'avènement récent d'un comité de personnes bénéficiant d'un traitement à la méthadone pourrait contribuer à bonifier la perception de la population vis-à-vis les drogues de substitution. Il s'agit là d'une piste de solution intéressante. Une diffusion des connaissances et de l'information sur les drogues de substitution par les usagers eux-mêmes aurait vraisemblablement un impact significatif. Elle contribuerait à tout le moins à dédramatiser pour certains l'usage de ces produits. Cette même stratégie s'applique pour l'usage d'antidépresseurs prescrits pour le maintien de la sobriété à la cocaïne.

5.4.3 Au niveau de la recherche

Une amélioration des connaissances s'avère également importante si on veut optimiser l'utilisation des drogues de substitution. Ces gains peuvent survenir à trois niveaux, soit celui du concept, du produit et de la personne.

Par rapport au concept, il serait opportun de mieux connaître les perturbations neurophysiologiques durables, sinon permanentes, que l'usage prolongé de psychotropes

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1990). *Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus de psychotropes*. Québec : MSSS.

chez l'humain peut entraîner. L'amélioration constante du pouvoir de résolution des techniques d'imagerie médicale permet certains espoirs en ce sens. Une démonstration objective de ces changements pourrait constituer un rationnel solide sur lequel baser l'utilisation des drogues de substitution.

Par rapport au produit, le défi principal de la recherche consiste à synthétiser la drogue de substitution idéale. Cette molécule absorbable par la bouche et éliminée très lentement par l'organisme serait celle qui enlève complètement l'envie de consommer le psychotrope tout en ne produisant pas de sensations agréables et qui serait également exempte d'effets secondaires. De plus, il serait possible pour l'usager de cesser l'utilisation de cette drogue de substitution sans éprouver de symptômes de retrait. L'avènement d'un tel produit sera évidemment bienvenu, mais il faut reconnaître que l'accessibilité à cette solution passive et quasi miraculeuse occulterait possiblement le besoin de démarches actives et plus exigeantes de réadaptation.

Par rapport à la personne, il faudra maintenir la réalisation d'études évaluatives 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. Ce type de recherche s'avère essentiel pour convaincre les décideurs politiques d'investir les ressources nécessaires pour, non seulement augmenter l'accessibilité aux drogues de substitution, mais également favoriser les conditions optimales à leur dispensation. D'ailleurs, lorsqu'interrogés sur les problèmes d'utilisation des drogues de substitution, des répondants à cette étude ont mentionné la rareté des ressources médicales pour la prescription de méthadone, plus particulièrement en régions.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Brabant, M. (2000). Évaluer la personne héroïnomanes. *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.

Annexe

Grille de collecte de données auprès des intervenants