



**A**L'EXCEPTION DES ÉTATS-UNIS, qui ont opté pour un système de soins séparé pour les héroïnomanes, partout ailleurs, le médecin de famille joue un rôle important dans le traitement de ces patients, et ce rôle inclut la prescription de méthadone. En effet, dans la plupart des pays européens, en Australie ainsi que dans le reste du Canada et au Québec, plus de la moitié des héroïnomanes recevant de la méthadone sont suivis par un médecin omnipraticien, selon un modèle médical conventionnel.

De toutes les interventions en toxicomanie, le traitement avec la méthadone est probablement celui qui a été le plus évalué. On connaît son efficacité pour aider le patient à réduire ou à arrêter sa consommation d'héroïne. On sait que le traitement diminue la morbidité et la mortalité associées à la dépendance, de même que la criminalité. Il augmente également la participation au marché du travail. L'entourage du patient et sa collectivité bénéficient secondairement de l'intervention. Quand le traitement est largement offert, cette modalité thérapeutique peut permettre d'être régulièrement en contact avec environ 50 % des héroïnomanes<sup>1</sup>.

### Comment établir si un traitement à long terme est indiqué ?

#### L'évaluation du patient héroïnomanes

*Le Dr Pierre Lauzon, omnipraticien et chargé de formation clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal, exerce à l'unité de toxicomanie du CHUM, pavillon Saint-Luc, au CLSC des Faubourgs et au Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN), à Montréal.*

# Le traitement à long terme avec la méthadone

## le rôle du médecin de famille

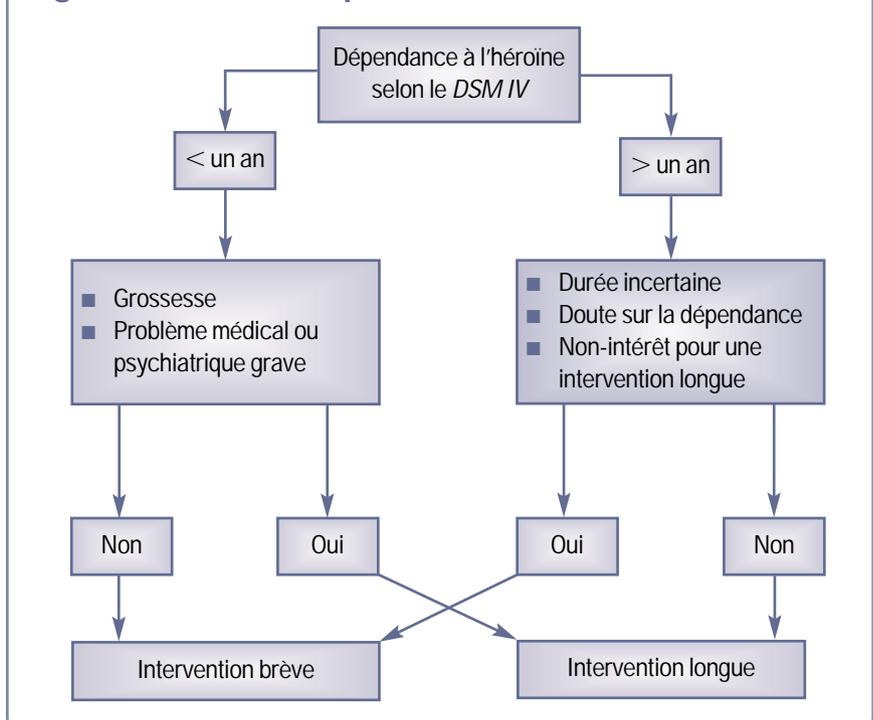
par Pierre Lauzon

Georges M., 31 ans, vous consulte pour un problème de consommation d'héroïne qui évolue depuis environ 10 ans. Il a eu quatre périodes d'abstinence, qui ont varié de 4 à 12 mois. Il est en rechute depuis un an et se dit incapable d'arrêter à nouveau. Vous soignez ses parents depuis plusieurs années. Georges vous demande de lui prescrire de la méthadone.

Devriez-vous vous « embarquer » dans un traitement à long terme avec ce patient ?

Figure 1

### Algorithme décisionnel pour la durée de l'intervention



Au Québec, plus de la moitié des héroïnomanes en traitement sont suivis par un médecin omnipraticien.

### Repère

## Tableau I

### Prescription initiale de méthadone

#### Dose initiale : 10 à 40 mg

- Donner 10 mg si le patient a été abstinent pendant la majeure partie du mois (s'il est incarcéré, par exemple).
- Donner jusqu'à 40 mg si le patient a pris de l'héroïne tous les jours dans le dernier mois :
  - > deux points d'héroïne *die* i.v.
  - ou**
  - > quatre points d'héroïne *die* par inhalation
  - et**
  - s'il ne prend pas de benzodiazépines.
- Prescrire des doses moyennes dans les situations se situant entre ces extrêmes.
- En cas de doute, soyez plus prudent et prescrivez une dose plus petite. Vous aurez tout le loisir d'augmenter la dose de façon sécuritaire dans les semaines suivantes.
- Ne vous fiez pas aux doses de méthadone achetées au marché noir que le patient dit tolérer. La méthadone peut être diluée et le patient peut en prendre moins qu'il pense. Même si le patient dit prendre 100 mg de méthadone illicite chaque jour, il ne faut pas prescrire plus de 40 mg la première semaine ; on ajustera la posologie par la suite.

a été décrite dans un article précédent. Dans le cas de Georges, nous savons – l'information a été confirmée par ses parents – qu'il prend régulièrement de l'héroïne par voie intraveineuse depuis environ une dizaine d'années. Dans les derniers mois, il prenait en moyenne quatre points\* d'héroïne par jour. Il a tenté plusieurs cures de désintoxication, mais il a rechuté chaque fois, ce que confirment ses dossiers hospitaliers. Il a des symptômes de sevrage lorsqu'il cesse de prendre de l'héroïne et est incapable d'arrêter. Il a perdu son emploi de vendeur il y a quatre ans, n'a pas réussi à en trouver un autre et est retourné vivre chez ses parents, qui subviennent à ses besoins. Il ne voit plus ses amis non toxicomanes. Il a abandonné la pratique du tennis, sport dans lequel il s'était beau-

coup investi. Il a été arrêté à quelques reprises pour vol à l'étalage. Le traitement à long terme est indiqué quand une personne est dépendante depuis plus d'un an, et à plus forte raison si des tentatives de sevrage antérieures se sont soldées par des échecs.

À l'examen, vous notez qu'il est amaigri et qu'il a des points d'injection récents aux deux membres supérieurs. Il présente un érythème palmaire et des angiomes stellaires. Son foie est de volume normal. Son hygiène dentaire est déficiente. Il a consommé un point d'héroïne il y a deux heures et ne montre pas de signes d'intoxication ou de sevrage. Ses pupilles sont en myosis.

Le patient a reçu de la méthadone à plusieurs reprises pendant de courtes périodes de quelques semaines pour désintoxication. Il connaît donc ce médicament, et il est maintenant prêt à

se soumettre à un traitement à long terme, car il constate qu'il n'y a pas d'autres solutions pour lui (*figure 1*).

Vous prélevez un échantillon d'urines pour recherche de drogues et lui expliquez vos exigences pour le suivi. Durant le premier mois, il devra se présenter à la clinique toutes les semaines, sur rendez-vous, pour une entrevue, un examen et une nouvelle ordonnance de méthadone, et pour que l'on puisse terminer son bilan de santé. Par la suite, la fréquence des rendez-vous sera établie en fonction de ses besoins en matière de santé. Un prélèvement d'urines sera effectué deux fois par mois pour rechercher des dérivés de la morphine, des métabolites de la cocaïne et des benzodiazépines. La consommation de drogues, de médicaments et d'alcool sera d'ailleurs discutée régulièrement au cours des rencontres de suivi. La méthadone devra être prise tous les jours devant le pharmacien, au moins pendant les premiers trois mois du traitement. Par la suite, la prise en charge du traitement pourra être remise progressivement au patient selon les recommandations du Collège des médecins du Québec<sup>2</sup>. Si besoin est, le patient pourra être dirigé vers des services psychosociaux. Il faudra choisir avec lui une pharmacie ouverte sept jours par semaine qui accepte que vous communiquiez avec le pharmacien au besoin. Il est entendu que le pharmacien refusera de délivrer la méthadone si le patient se présente intoxiqué à la pharmacie.

Georges pose quelques questions, mais accepte les conditions du suivi. Vous préférez attendre les résultats de l'analyse d'urines avant de commencer à lui prescrire la méthadone et lui donnez rendez-vous deux jours plus tard.

\* Un point = 1/10 de gramme d'héroïne illicite.

Vous discutez aussi de conduite automobile, car Georges a son permis. Vous lui dites que l'effet maximal de la méthadone survient de deux à quatre heures après l'ingestion, et que sa vigilance pourrait être diminuée pendant cette période, selon sa tolérance aux opiacés, et à la méthadone en particulier.

## Comment prescrire la méthadone ?

Deux jours plus tard, Georges arrive une heure à l'avance à son rendez-vous. Sachant que son traitement commence aujourd'hui, il n'a pas consommé d'héroïne ce matin et commence à se sentir en manque. Vous constatez que ses pupilles sont plus dilatées que la dernière fois et qu'il est aussi plus anxieux. Il bâille à plusieurs reprises pendant l'entrevue, il garde son manteau sur lui malgré que la température soit confortable, et il renifle fréquemment.

Le résultat de son analyse d'urines est arrivé et montre la présence non seulement de dérivés de la morphine, mais aussi de cocaïne et de benzodiazépines. Georges admet avoir omis de vous en parler. Il prend de la cocaïne par voie intraveineuse deux ou trois fois par mois, quand l'occasion se présente. Il prend aussi diverses benzodiazépines quand il n'obtient pas assez d'héroïne et se sent en manque. Il a peu de contrôle sur sa consommation quand il est en manque et peut prendre jusqu'à cinq ou six comprimés de 10 mg de diazépam dans la même journée. Il en a pris pendant sept à huit jours dans le dernier mois.

La dose d'attaque de méthadone se situe entre 10 et 40 mg<sup>3</sup>. Pour que le patient puisse recevoir la dose maximum, il doit avoir consommé de l'héroïne ou d'autres opiacés tous les

## Tableau II

### Ajustement de la dose à la hausse

L'état stable n'est atteint qu'après au moins cinq jours suivant l'administration quotidienne de la même dose. Après cette période :

augmentez d'un maximum de 20 mg :

- si la dose de méthadone reçue soulage les symptômes de sevrage pendant moins de 12 heures ;  
et (ou)
- si le patient consomme de l'héroïne de façon quasi quotidienne à raison d'un point ou plus par voie intraveineuse ou de deux points et plus par inhalation ;
- si vous observez des signes de sevrage (mydriase, horripilation, transpiration, bâillements, éternuements, rhinorrhée, larmolement, myodynies, etc.) au cours de la consultation ;  
et (ou)
- s'il n'y a pas de sédation ni de somnolence deux à quatre heures après l'administration de la méthadone.

#### Nota :

- Les personnes qui prennent régulièrement de la cocaïne ne sont jamais vraiment à l'aise avec la méthadone. Il y a parfois lieu de limiter l'augmentation de la dose dans ces situations jusqu'à ce que le patient cesse d'en prendre régulièrement.
- Il faut augmenter d'une dose moindre dans les situations en deçà de ce qui est décrit.
- Répéter le processus chaque semaine jusqu'à l'atteinte de l'objectif thérapeutique (tableau III).

jours dans les 30 jours précédents, à raison d'au moins deux points d'héroïne (2/10 de gramme) par jour par voie intraveineuse ou de quatre points par jour par inhalation. Georges, qui consomme quatre points par jour par voie intraveineuse, peut donc recevoir 40 mg comme dose d'attaque. Cependant, le caractère impulsif de sa consommation de benzodiazépines vous inquiète et vous décidez de faire preuve de prudence et de lui prescrire

30 mg par jour pour la première semaine. Vous avez entendu dire que l'induction du traitement avec la méthadone avait entraîné des décès. Le risque est d'ailleurs plus grand si le patient consomme d'autres dépressifs du système nerveux central comme les benzodiazépines. Georges proteste, car il a peur de se sentir en manque. Vous lui expliquez vos raisons et lui donnez rendez-vous la semaine suivante, car la méthadone, qui a une demi-vie

L'induction du traitement avec la méthadone ayant entraîné des décès, il faut commencer par de petites doses.

## Repère

## Tableau III

### Effet recherché avec la dose optimale de méthadone

- Absence de symptômes de sevrage pendant 24 heures
- Absence de sédation et de somnolence

Cet effet est atteint avec une dose aussi faible que 30 mg chez certaines personnes, alors que d'autres ont besoin de doses supérieures à 100 mg.

La dose d'entretien moyenne est de 80 mg.

Si vous craignez de dépasser une certaine dose, n'hésitez pas à consulter un collègue plus expérimenté.

moyenne de 24 heures, doit être prise au moins pendant cinq jours pour que l'état stable soit atteint (*tableau I*).

Vous revoyez donc Georges une semaine plus tard. Vous vérifiez s'il est bien allé à la pharmacie tous les jours. Georges dit se sentir soulagé pendant environ une douzaine d'heures après avoir pris la méthadone. Par la suite, il commence à ressentir des symptômes de sevrage sous forme de bâillements, d'éternuements, de rhinorrhée, de larmoiements et de douleurs musculaires et osseuses. Il a consommé de l'héroïne tous les jours depuis la dernière consultation, mais en quantité moindre, soit un point par jour. Vous l'examinez. Il a pris sa méthadone deux heures avant d'arriver à son rendez-vous. Vous constatez qu'il ne présente pas de sédation. Il n'a pas de signes observables de sevrage, étant sous l'effet de la méthadone. Il dit ne pas avoir pris de benzodiazépines dans la dernière semaine (*tableau II*).

Après au moins cinq jours de prise continue, la dose peut être augmentée de 5 à 20 mg. Pour recevoir le maximum, soit 20 mg, le patient doit s'être senti bien pendant 12 heures ou moins ou consommer au moins un point d'héroïne par jour. Vous prescrivez donc 50 mg à Georges et lui donnez rendez-vous la semaine suivante. Le

patient dit se sentir beaucoup mieux. Il prend sa méthadone vers 9 h le matin et se sent bien jusqu'en fin de soirée. Son sommeil est interrompu, il a des sueurs nocturnes, s'éveille fréquemment et a de la difficulté à se redormir. En sortant du lit, il se sent courbatu, frileux, il a des bâillements, de la rhinorrhée et des larmoiements. Il est très soucieux d'avoir sa méthadone, il ne peut rien faire tant qu'il ne l'a pas prise. Il n'a consommé de l'héroïne que trois jours dans la dernière semaine, à raison de un point par jour. Lorsqu'il a pris de l'héroïne, il a eu peu d'effet euphorisant, mais s'est senti soulagé de ses symptômes de sevrage. Vous lui prescrivez 10 mg de plus, soit 60 mg. Lorsque vous le revoyez une semaine plus tard, il dit se sentir bien jusqu'à 4 ou 5 h du matin, puis il se réveille et est incapable de se redormir. Il a alors les mêmes symptômes de sevrage jusqu'à ce qu'il prenne sa méthadone. Il n'a pas pris d'héroïne dans les sept derniers jours. Vous augmentez sa dose de 10 mg et lui fixez rendez-vous pour la semaine suivante.

La dose de 70 mg lui permet de se sentir bien jusqu'à la dose suivante de méthadone. Vous lui demandez s'il se sent somnolent vers l'heure du midi (*tableau III*).

Pendant ce premier mois de suivi,

vous avez reçu ses dossiers antérieurs de même que le bilan de ses analyses de laboratoire. Il y a présence d'anticorps contre le virus de l'hépatite C et son taux de transaminases (ALT) est de 81. Les résultats des autres examens sont normaux, et ceux de l'épreuve de Mantoux (PPD) sont négatifs. Vous lui prescrivez un bilan hépatique mensuel pendant cinq mois et convenez de le voir toutes les deux ou trois semaines.

### Le suivi à long terme du patient sous méthadone

#### Doses omises

Le pharmacien vous appelle pour vous dire que Georges n'est pas allé chercher sa méthadone depuis quatre jours. Quelques heures plus tard, Georges vous téléphone pour vous expliquer qu'il a été arrêté pour des contraventions impayées jeudi dernier. Il n'a été libéré que vendredi, après la fermeture de la clinique. Son ordonnance étant échue, il n'a pu obtenir de méthadone samedi et dimanche. Il dit n'avoir rien consommé et il se sent très en manque. Vous lui expliquez que, pour sa sécurité, il faudra réduire la dose pour quelques jours, car la tolérance aux opiacés diminue à l'arrêt de l'exposition. Vous lui prescrivez 40 mg pendant les cinq prochains jours, et lui fixez un rendez-vous pour réajuster la dose au besoin. Lorsque le patient a arrêté de prendre la méthadone pendant quatre jours ou plus, il faut réduire la dose de moitié ; si l'arrêt a duré sept jours ou plus, il faut reprendre la posologie depuis le début (*tableau IV*).

#### Traitement de la douleur

Le dentiste de Georges vous appelle,

car il doit procéder à l'extraction de deux molaires et se demande quoi lui prescrire contre la douleur. Habituellement, ce genre de chirurgie entraîne des douleurs qui nécessitent la prescription d'Empracet®-30 toutes les quatre à six heures pendant trois ou quatre jours. Vous lui répondez qu'il peut prescrire ce médicament à Georges.

La méthadone aux doses employées dans le traitement d'entretien n'agit pas sur la douleur<sup>3</sup>. En effet, la dose utilisée permet au patient d'éviter les symptômes de sevrage, mais sans sédation. Le soulagement de la douleur exige le recours à d'autres mesures. On emploie essentiellement les mêmes médicaments que pour un patient qui ne prend pas de méthadone. Ainsi, pour soulager une douleur peu intense, on peut prescrire des analgésiques légers ou des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), et pour les douleurs d'intensité moyenne, de la codéine ou des dérivés de la codéine. Pour des douleurs plus intenses, la morphine ou des médicaments équivalents peuvent être prescrits aux doses usuelles en plus de la méthadone. Certains médicaments opioïdes (pentazocine, nalbuphine, butorphanol) sont des agonistes qui ont aussi des effets antagonistes. Lorsque qu'ils sont administrés à un personne dépendante aux opiacés, ils peuvent provoquer l'apparition de symptômes de sevrage. Il faut donc les éviter. Dans certaines circonstances (pancréatite aiguë, période postopératoire, etc.), un patient peut être incapable de prendre un médicament par voie orale. Il faut alors remplacer la méthadone par de la morphine administrée par voie parentérale. La morphine administrée par cette voie équivaut milligramme pour milligramme à la méthadone

## Tableau IV

### Ajustement de la dose à la baisse

#### Méthadone non administrée pendant quatre jours ou plus

Réduire la dose de 50 % et réajuster progressivement selon le protocole.

#### Méthadone non administrée pendant sept jours ou plus

Reprendre le processus d'établissement de la posologie depuis le début.

#### Présence de somnolence ou de sédation

Réduire progressivement la dose jusqu'à disparition des symptômes.

#### Prise d'un médicament ayant des effets inhibiteurs sur le métabolisme hépatique (itraconazole ou ritonavir, par exemple).

prise par voie orale. Ainsi, un patient recevant 60 mg de méthadone pourra prendre 60 mg de morphine administrés en 24 heures en plusieurs doses. S'il a besoin d'analgésie, il faudra lui administrer une dose additionnelle de morphine.

### Problèmes d'adaptation

Vous faites le suivi de Georges depuis 10 semaines. La méthadone lui permet de se sentir bien. Il a arrêté de prendre de l'héroïne et retrouvé son poids normal. Cependant, il n'arrive pas à se trouver des occupations et se sent souvent seul, car il a rompu ses liens avec ses amis qui consomment encore de l'héroïne. Après une accalmie au début du traitement, les conflits ont repris de plus belle avec ses parents, qui se plaignent qu'il ne fait rien pour se trouver du travail et un appartement. Son désir de consommer de l'héroïne (*craving*) a aussi augmenté récemment.

Vous discutez de la situation avec le patient et convenez avec lui qu'il a besoin d'aide pour réorganiser sa vie. Vous l'adressez au Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN), qui offre des services psychosociaux aux patients sous méthadone.

### Insomnie

Georges se plaint de son sommeil depuis le début du suivi. Chaque fois qu'il arrête de prendre de l'héroïne, ce problème apparaît. Il se réveille deux ou trois fois par nuit et se rendort en 15 à 30 minutes. Le matin, il ne se sent pas reposé. Il n'a pas de symptômes de sevrage des opiacés, et sa dose de méthadone semble adéquate. Vous lui aviez expliqué que ses problèmes de sommeil allait s'atténuer lorsque sa dose de méthadone serait adéquate. L'arrêt des benzodiazépines était aussi susceptible de perturber son sommeil pendant quelque temps. Vous n'aviez donc encore rien fait pour régler ce problème.

**Le sevrage complet de la méthadone est un objectif que l'on n'atteint qu'avec un petit nombre de patients. Ceux qui ont pris de l'héroïne pendant longtemps sont habituellement incapables de se sevrer complètement de la méthadone.**

## Repère

Voici donc les mesures pouvant être prises pour le résoudre :

- S'assurer que l'insomnie n'est pas due à un problème psychiatrique comme la dépression, le stress post-traumatique, etc.
- Questionner le patient pour savoir s'il présente une anomalie de sommeil telle l'apnée du sommeil.
- Discuter d'hygiène du sommeil : heures régulières, détente et préparation au sommeil, ne pas fumer ni manger pendant les périodes d'éveil, etc.
- S'il faut prescrire un médicament, il vaut mieux choisir des antidépresseurs sédatifs comme la doxépine ou la trazodone, car le potentiel de pharmacodépendance de ces médicaments est moindre que celui des benzodiazépines. Dans les deux cas, on commence par de petites doses, soit 25 mg, que l'on augmente progressivement jusqu'à ce que l'effet recherché soit atteint. Ces deux médicaments provoquent peu d'insomnie de rebond lorsque le patient arrête de les prendre.

#### Sevrage de la méthadone

Deux ans plus tard, Georges vous demande de le sevrer de la méthadone. En effet, sa situation s'est beaucoup améliorée. Il s'est trouvé un emploi, il n'a consommé aucune drogue depuis plus d'un an. Il s'est rapproché de sa famille et il s'est fait quelques nouveaux amis. Il n'a plus de contact avec le milieu de la drogue.

Selon la littérature, seulement 5 à 15 % des patients traités avec la méthadone peuvent s'en sevrer et s'abstenir durablement de prendre de l'héroïne par la suite. Il faut d'abord vérifier la stabilité du patient et celle de son entourage. Habituellement, il vaut mieux que le patient ait été abstinent depuis au moins un an et qu'il ait un milieu de vie capable de le soutenir. Il

peut être important de vérifier aussi si l'entourage du patient fait des pressions pour l'obliger à se sevrer. En effet, le traitement à la méthadone est souvent mal accepté par l'entourage du patient, et ce dernier peut être amené à demander à son médecin de l'aider à se sevrer alors qu'il ne se sent pas vraiment prêt.

Une fois les explications nécessaires à un consentement éclairé données, on peut réduire graduellement la dose. Georges prend 70 mg de méthadone, on peut donc réduire sa dose à 65 mg et la lui administrer sur une période d'au moins deux semaines. Si tout va bien, on pourra diminuer la dose d'un autre 5 mg, et ainsi de suite. Habituellement, on peut réduire la dose de moitié sans trop de difficulté si on laisse des intervalles de deux semaines ou plus entre les diminutions. Par la suite, des symptômes de sevrage invalidants réapparaissent souvent, notamment l'insomnie et la *craving* (besoin ou désir de consommer de l'héroïne). On peut alors espacer les baisses de posologie, ou enlever un moins grand nombre de milligrammes à la fois. Par exemple, on peut diminuer la dose de 2 mg toutes les deux semaines ou plus, ou continuer de diminuer de 5 mg et espacer les baisses de quatre à six semaines. Le sevrage prend habituellement de 6 à 18 mois. La moitié des patients ne réussissent pas à se rendre jusqu'au bout. La meilleure option pour ces derniers reste le traitement d'entretien à long terme. Il faut alors aider le patient à accepter le fait qu'il devra prendre un médicament pendant la majeure partie de sa vie. Parmi les patients qui auront réussi à se sevrer complètement de la méthadone, un certain nombre auront une rechute et reviendront consulter pour un deuxième traitement. Il est donc très

important de rester en contact avec eux après qu'ils ont arrêté de prendre la méthadone. Le risque de rechute demeure relativement élevé pendant les trois premières années qui suivent l'arrêt du traitement.

En résumé, le sevrage complet de la méthadone est un objectif que l'on n'atteint qu'avec un petit nombre de patients. Ceux qui ont pris de l'héroïne pendant longtemps (10 ans et plus, comme Georges) sont habituellement incapables de se sevrer complètement de la méthadone.

Dans certains cas, il peut être utile de discuter du traitement avec les proches du patient et de leur expliquer que certains patients sont incapables de se sevrer complètement.

**L**E TRAITEMENT À LONG TERME avec la méthadone s'apparente au suivi de tout autre problème médical chronique. Le patient doit prendre un médicament pendant une longue période de temps, et avoir un monitoring et un suivi médical appropriés. On peut s'attendre à des périodes de stabilité entrecoupées de périodes tumultueuses. Cette intervention est souvent la seule qui peut sauver la vie du patient et lui permettre de mieux fonctionner dans la société. Il est important que les médecins de première ligne acceptent de s'engager à rendre ce traitement disponible à tous ceux pour qui il est indiqué. Dans quelques mois, un autre médicament de substitution, la buprénorphine, sera offert au Canada, nous donnant une option additionnelle à proposer aux personnes dépendantes. □

Date de réception : 15 décembre 1999.

Date d'acceptation : 16 janvier 2000.

Mots clés : méthadone, héroïne.

## formation continue

### Summary

**Long-term treatment with methadone: the family physician's role.** Long-term methadone maintenance treatment of heroin-addicted patients can be handled by the family physician. This treatment is very often the only one that can save the patient's life, help him reduce risky behaviors and allow him to reorganize his life. The three steps of the treatment are explained: evaluation, diagnosis and indication to prescribe; the initial work-up and determination of methadone dosage; the long-term follow-up. Different clinical situations are discussed.

**Key words:** methadone, heroin.

### Bibliographie

1. Ball JC, Ross A. *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatments*. New York : Springer Verlag, 1991.
2. Collège des médecins, Ordre des pharmaciens du Québec. *Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés. Lignes directrices*. Montréal : CMQ et OPQ, octobre 1999.
3. Parrino MW, et al. *State Methadone Maintenance Treatment Guidelines*. Rockville : U.S. Department of Health and Human Services, 1992.

# POURQUOI ?

1-800-668-6381



## MedicAlert

## Vient de paraître

G. Dechêne, M. Duchesne, M.F. Mégie, M. Roy

# PRÉCIS PRATIQUE DE SOINS MÉDICAUX À DOMICILE

EDISEM

F.M.O.Q.

### En vente chez Somabec

prix de lancement (jusqu'au 1<sup>er</sup> avril) : 53,45 \$, taxes en sus  
prix courant : 63,50 \$, taxes en sus.

Renseignements :

Somabec : (450) 774-8118 ; ou 1 800 361-8118

Télécopieur : (450) 774-3017

courriel : bp295@somabec.qc.ca