

**Veillez prendre note que le document qui suit n'est PAS une nouvelle ligne directrice de la Direction des produits thérapeutiques. Cette ligne directrice n'existe plus sur papier. Nous l'offrons cependant sous forme électronique aux clients et intervenants qui le souhaitent.**



**DIRECTIVES DE LA DIRECTION  
DES PRODUITS THÉRAPEUTIQUES**

**L'UTILISATION DES OPIOÏDES DANS LE  
TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE AUX  
OPIOÏDES**

Publication autorisée par  
le ministre de la Santé Canada

Santé Canada

1992

**Pour de plus amples renseignements, s'adresser au :**

Direction des produits thérapeutiques  
Direction générale de la protection de la santé  
Santé Canada  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0L2

DD-92-1

**Disclaimer**

The material herein was prepared under the direction of the Therapeutic Products Directorate, Health Canada. No changes are permitted.

**Avertissement**

Le document ci-joint a été préparé sous la direction de la Direction des produits thérapeutiques, Santé Canada. Aucune modification n'est permise.

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes  
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

*Santé Canada*

**LE SITE WEB DE LA DIRECTION DES PRODUITS THERAPEUTIQUES  
(Web-PT)**

**LAISSEZ VOTRE ORDINATEUR FAIRE LES RECHERCHES!**

- ...Vous voulez savoir comment mettre sur le marché canadien  
un nouveau médicament?
- ...Vous souhaitez obtenir de l'information sur le processus  
d'approbation des médicaments?
- ...Vous voulez savoir quels sont les médicaments les plus  
récents sur le marché canadien?
- ...Vous souhaitez avoir un accès direct à nos  
formulaires et à nos politiques?
- ...Vous aimeriez connaître les exigences en matière  
d'étiquetage des médicaments?

Vous pouvez obtenir ces renseignements et plus en consultant

**le site web de la direction des produits thérapeutiques**

à

**[www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut)**

Gestionnaire du site web pour la direction des produits thérapeutiques : Pete Nilson

téléphone - (613) 941-1601

télécopieur - (613) 941-0825

© Ministre, Travaux publics et services gouvernementaux Canada 1992

**Internet : [www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut)**

[tp\\_webmaster@inet.hwc.ca](mailto:tp_webmaster@inet.hwc.ca)

N° de catalogue H42-2/57-1992

ISBN 0-662-59256-5

**TABLE DES MATIÈRES**


---

<b>1</b>	<b>CONTEXTE</b> .....	1
<b>2</b>	<b>PRINCIPES FONDAMENTAUX</b> .....	1
<b>3</b>	<b>DÉFINITIONS</b> .....	1
<b>4</b>	<b>DÉSINTOXICATION</b> .....	3
	4.1 Introduction .....	3
	4.2 Critères relatifs à une désintoxication pharmacologique .....	3
	4.3 Pharmacothérapie .....	4
	4.4 Dépistage de drogues dans l'urine .....	4
	4.5 Autorisation d'emporter le médicament .....	4
	4.6 Présentation .....	4
<b>5</b>	<b>TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE</b> .....	5
	5.1 Introduction .....	5
	5.2 Objectifs .....	5
	5.3 Traitement d'entretien à la méthadone : critères d'admissibilité et de surveillance .....	5
	5.4 Pharmacothérapie .....	6
	5.5 Dépistage de drogues dans l'urine .....	7
	5.6 Autorisation d'emporter la méthadone .....	7
	5.7 Posologie .....	8
	5.8 Présentation .....	8
	5.9 Administration .....	8
	5.10 Centre de traitement de la toxicomanie .....	8
	5.11 Exercice en cabinet privé .....	9
<b>6</b>	<b>PROCÉDURE ADMINISTRATIVE</b> .....	9
	6.1 Autorisations .....	10
	6.2 Conformité .....	10
	6.3 Exigences en matière de déclaration .....	10
	6.4 Révocation .....	10
	6.5 Autorisation de prescrire d'autres opioïdes .....	10
<b>7</b>	<b>GROSSESSE</b> .....	10

## 1 CONTEXTE

---

En 1971, un comité conjoint de l'Association médicale canadienne et du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a préparé des directives concernant l'utilisation de la méthadone pour le traitement de la toxicomanie. En 1988, un comité consultatif d'experts a été créé pour étudier ces directives; le rapport du comité a été publié en avril 1990, et les personnes et les groupes intéressés ont fait part de leurs commentaires à ce sujet. La présente directive est fondée sur le rapport du comité, sur les commentaires reçus et sur des discussions avec les autorités de réglementation professionnelles de médecine et de pharmacie.

## 2 PRINCIPES FONDAMENTAUX

---

Le recours à la pharmacothérapie pour le traitement de l'abus et de la dépendance aux opioïdes demande que l'on tienne compte de nombreux facteurs liés à l'état de la personne traitée ainsi qu'à la nature et au contexte du traitement administré. On doit envisager divers traitements, y compris des traitements non pharmacologiques avec ou sans hospitalisation, avant d'utiliser des substances pharmacologiques comme la méthadone.

La pharmacothérapie peut aider la personne faisant un usage abusif d'opioïdes à restructurer sa vie de manière plus constructive en favorisant la réadaptation et en diminuant les risques pour la santé ainsi que les coûts pour la collectivité. De plus, le toxicomane doit disposer des services de soutien psychologique, social et de santé qui lui permettront d'atteindre et de maintenir son objectif d'abstinence.

## 3 DÉFINITIONS

---

Les définitions ci-dessous doivent être utilisées dans le contexte du présent document.

**Buprénorphine** : un opioïde synthétique mixte, à la fois agoniste et antagoniste (action analogue à celle de la morphine et de la naloxone) doté d'une bonne absorption orale et sublinguale dont l'indice thérapeutique est supérieur à celui de la morphine, et qui comporte des risques de dépendance plus faibles.

**Désintoxication** : la cessation progressive de l'utilisation d'opioïdes **par une personne qui ne subit aucun traitement à la méthadone**. La désintoxication doit être complétée en 180 jours si elle est accomplie au moyen d'un opioïde administré en doses décroissantes (voir 4.3, Pharmacothérapie).

Syndrome de dépendance : un ensemble de phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs qui portent un individu à accorder une priorité beaucoup plus grande à l'utilisation d'une drogue ou d'une classe de drogues qu'aux autres comportements antérieurement valorisés. Le syndrome de dépendance se caractérise par le désir (souvent violent, quelquefois irrésistible) de prendre des drogues (qui peuvent ou non avoir été prescrites).

Levo-alpha-acétylméthadol (LAAM) : un dérivé de la méthadone à action prolongée.

Méthadone : un agoniste de synthèse des opioïdes (action analogue à celle de la morphine) qui présente une bonne biodisponibilité par voie orale, une puissance égale à celle de la morphine et une durée d'action prolongée.

Traitement d'entretien à la méthadone : l'administration quotidienne de méthadone par voie orale pendant une période prolongée; la méthadone est administrée en guise de substitut à l'héroïne ou à d'autres drogues analogues à la morphine. Généralement, la dose administrée est stable.

Sevrage à la méthadone : la cessation graduelle du traitement d'entretien à la méthadone.

Opiacé : se rapporte aux opioïdes naturels comme la morphine et la codéine.

Opioïde : se rapporte à toutes les substances agissant comme la morphine, qu'elles soient d'origine naturelle ou synthétique.

Agoniste des opioïdes : une substance ayant une action analogue à celle de la morphine.

Antagoniste des opioïdes : une substance qui inhibe les effets de la morphine et d'autres agonistes des opioïdes et qui peut hâter l'apparition d'un syndrome d'abstinence chez une personne présentant une dépendance aux opioïdes.

Naloxone : un antagoniste des opioïdes qui peut déclencher un syndrome d'abstinence chez une personne présentant une dépendance aux opioïdes.

Naltrexone : un antagoniste de synthèse des opioïdes à action prolongée qui présente une bonne biodisponibilité par voie orale et qui inhibe les effets de la morphine et d'autres agonistes des opioïdes.

Agoniste et antagoniste des opioïdes : une substance qui exerce une action analogue à celle de la morphine et de la naloxone.

Dépendance physiologique aux opioïdes : un état qui nécessite l'administration régulière

d'un opioïde pour éviter l'apparition de symptômes et de manifestations de sevrage comme la mydriase, la piloérection (chair de poule), les vomissements, l'agitation et la rhinorrhée.

## **4 DÉSINTOXICATION**

---

### **4.1 Introduction**

D'une façon générale, la désintoxication des opioïdes ne met pas la vie en danger et peut souvent s'effectuer sans risque avec un simple traitement de soutien. De nombreuses personnes qui présentent une dépendance aux opioïdes n'ont pas besoin d'opioïdes dans le cadre de leur désintoxication. Si un opioïde spécifique est administré (voir 4.3, Pharmacothérapie), la désintoxication doit être complétée en 180 jours.

Le traitement de la femme enceinte représente une exception décrite à la section 7 de la présente directive (page 16).

### **4.2 Critères relatifs à une désintoxication pharmacologique**

- a) Il faut obtenir le consentement libre et éclairé du patient.
- b) Il faut effectuer un examen médical complet portant particulièrement sur les manifestations et les symptômes d'utilisation de drogues et de ses complications.
- c) Il faut effectuer les épreuves de laboratoire appropriées en fonction des indications cliniques (p. ex., l'hépatite B, VIH et test de grossesse).
- d) Il faudrait effectuer, et répéter au besoin, une évaluation psychosociale tenant compte des antécédents d'usage de drogues.
- e) Il faut établir un plan de traitement précisant les objectifs, les méthodes, les règles, les attentes et le système d'évaluation des progrès (p. ex., analyse d'urine).

### 4.3 Pharmacothérapie

La désintoxication des opioïdes peut exiger l'administration de médicaments pour combattre les symptômes de sevrage (comme la clonidine) ou de psychotropes, dans des circonstances précises. **On peut administrer par voie orale uniquement** certains opioïdes à des fins de désintoxication.

Ces opioïdes sont la méthadone, la codéine (pour les cas de dépendance à la codéine ou lorsque l'administration d'un opioïde à action de courte durée est nécessaire), la pentazocine (pour la dépendance à la pentazocine), le propoxyphène (pour la dépendance au propoxyphène). La teinture d'opium peut être utilisée pour traiter un nouveau-né qui présente une dépendance aux opioïdes.

### 4.4 Dépistage de drogues dans l'urine

- a) Aux fins d'évaluation, il faut effectuer au moins un examen d'urine, avant ou au moment de l'admission dans un centre de désintoxication.
- b) En cours de désintoxication, il faut effectuer des analyses d'urine au moins deux fois par mois.
- c) L'urine devrait être examinée en vue du dépistage des drogues dont on fait généralement un usage abusif et des drogues dont on sait qu'elles sont utilisées de façon abusive dans une collectivité donnée.

### 4.5 Autorisation d'emporter le médicament

Il est recommandé de n'accorder aucune autorisation d'emporter chez soi le médicament pendant la période de désintoxication, sauf durant les fins de semaine.

### 4.6 Présentation

La méthadone doit être diluée dans du \*Tang+ ou dans une autre préparation similaire. (Voir les directives concernant la méthadone, à l'intention des pharmaciens.)

La codéine, le propoxyphène et la pentazocine **doivent être administrés par voie orale seulement.**



## **5 TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE**

---

### **5.1 Introduction**

Le traitement d'entretien à la méthadone comporte l'administration quotidienne par voie orale de méthadone pendant une période prolongée en tant que substitut à l'héroïne ou à d'autres drogues analogues à la morphine chez des personnes qui présentent une dépendance à l'héroïne ou à d'autres drogues analogues à la morphine. Généralement, la dose administrée est stable.

**Les traitements non pharmacologiques ou la désintoxication doivent être offerts avant d'envisager un traitement d'entretien à la méthadone.**

Les services de soutien qui favorisent la réadaptation psychosociale devraient faire partie du plan thérapeutique global des patients qui subissent un traitement d'entretien à la méthadone.

Le traitement de la femme enceinte représente une exception décrite à la section 7 de la présente directive (page 16).

### **5.2 Objectifs**

L'utilisation de la méthadone jointe à d'autres traitements visant à améliorer le bien-être mental, social et physique de la personne qui dépend des opioïdes peut avoir pour résultats :

- une utilisation réduite de drogues illicites, en particulier d'opioïdes;
- une réduction du taux de mortalité des utilisateurs d'opioïdes;
- une réduction de la transmission des infections associées au partage d'aiguilles, notamment le SIDA; et/ou
- une amélioration de l'adaptation psychosociale et une réduction de l'activité criminelle.

### **5.3 Traitement d'entretien à la méthadone : critères d'admissibilité et de surveillance**

- a) Il doit y avoir preuve d'une utilisation importante d'opioïdes dans le passé et/ou de tentatives infructueuses de traitement.
- b) Il faut obtenir le consentement libre et éclairé du patient.
- c) Il faut effectuer un examen médical complet portant particulièrement sur les manifestations et les symptômes d'utilisation de drogues et de ses complications. Il

faut effectuer les épreuves de laboratoire appropriées en fonction des indications cliniques (p. ex., l'hépatite B, VIH et test de grossesse).

- d) Il faudrait effectuer, et répéter au besoin, une évaluation psychosociale tenant compte des antécédents d'usage de drogues.
  - e) Il faut établir un plan de traitement précisant les objectifs, les méthodes, les règles, les attentes et le système d'évaluation des progrès (p. ex., analyse d'urine).
  - f) Il faut établir un contrat de traitement entre le patient et l'équipe de traitement; on doit y préciser les attentes du traitement et les conséquences des manquements aux attentes. On pourrait, par exemple, préparer un document écrit dans lequel on stipule les conséquences de l'obtention de résultats positifs\* aux analyses d'urine, notamment la révocation de l'autorisation d'emporter le médicament.
- \* Présence de drogues inacceptables et/ou absence inexplicée de la méthadone ou de ses métabolites.
- g) Lorsque c'est possible, il faudrait évaluer la coexistence de troubles psychiatriques.

**NOTA : Des critères moins sévères s'appliquent lorsque la personne qui présente une dépendance aux opioïdes a) est enceinte ou b) souffre d'une maladie qui met sa vie en danger comme le sida ou est séropositive et fait un usage abusif d'opioïdes par injection.**

#### **5.4 Pharmacothérapie**

Au Canada, la méthadone est actuellement le seul opioïde pouvant être administré pendant plus de 180 jours dans le traitement pharmacologique ambulatoire des personnes qui présentent une dépendance aux opioïdes.

## 5.5 Dépistage de drogues dans l'urine

- a) L'urine doit être recueillie au moins deux fois par semaine durant les trois premiers mois de traitement. Dans certains cas, il peut être avisé de surveiller le patient au moment où l'urine est recueillie.
- b) Avant de commencer le traitement d'entretien à la méthadone, il est conseillé d'effectuer au moins un test de dépistage de drogues dans l'urine.
- c) Le dépistage de drogues dans l'urine doit être effectué **au moins une fois par semaine, de façon aléatoire, pendant les trois premiers mois** de traitement et **au moins deux fois par mois par la suite, de façon aléatoire.**

**NOTA : Le fait de recueillir les échantillons d'urine plus fréquemment qu'ils ne sont analysés présente un avantage sur le plan économique et peut décourager la consommation de drogues illicites, le patient ne sachant pas quel échantillon d'urine sera analysé.**

- d) Les échantillons d'urine devraient être analysés en vue du dépistage de la méthadone et de ses métabolites, des drogues dont on fait généralement un usage abusif et des autres drogues dont on sait qu'elles sont utilisées de façon abusive dans la collectivité.
- e) Il est prévu qu'aucune drogue illicite ne sera utilisée en cours de traitement. Des résultats d'analyse d'urine démontrant la présence d'une drogue inacceptable ou l'absence inexplicquée de la méthadone ou de ses métabolites doivent amener une révision du plan de traitement. Des examens d'urine démontrant de façon répétée la présence de drogues inacceptables entraîneront **une révision obligatoire du traitement** pouvant comporter le sevrage de la méthadone.
- f) Dans le cas où les analyses d'urine indiquent un manque de fidélité au traitement, il est recommandé de confirmer les résultats de la première analyse au moyen d'une seconde méthode basée sur un principe chimique différent.

## 5.6 Autorisation d'emporter la méthadone

En raison des risques associés au détournement de méthadone, il est nécessaire de limiter l'autorisation d'emporter chez soi le médicament. Des installations appropriées comme les pharmacies, les hôpitaux, les centres de traitement doivent être utilisées pour la délivrance et l'administration quotidiennes de la méthadone, **sous surveillance**, sauf les fins de semaine.

- a) Dans tous les cas, l'autorisation d'emporter le méthadone doit être limitée à une période maximale de **quatre jours** ou à une dose maximale de **400 mg**, selon ce qui est le moindre.
- b) Aucun patient recevant plus de 100 mg de méthadone par jour ne sera autorisé à emporter sa dose de méthadone, sauf les fins de semaine.

**NOTA : L'autorisation d'emporter le médicament devrait être utilisée comme un outil thérapeutique : il s'agit d'une récompense lorsqu'on respecte le contrat de traitement, et cette autorisation est révoquée dans les cas de non-respect du contrat de traitement. Ces conditions devraient être clairement expliquées dans le contrat de traitement établi au moment de l'instauration du traitement.**

## 5.7 Posologie

La posologie devrait être adaptée aux besoins de chaque patient. La plupart des personnes peuvent être traitées avec une dose inférieure à 80 mg/jour. Les doses dépassant 100 mg/jour doivent faire l'objet d'une justification détaillée figurant au dossier du patient. On doit avoir consulté les organismes responsables de l'émission des permis d'exercice de la médecine et en aviser par écrit Santé et Bien-être social Canada.

## 5.8 Présentation

La méthadone doit être diluée dans du \*Tang+ ou dans une autre préparation similaire. (Voir les directives concernant la méthadone, à l'intention des pharmaciens.)

## 5.9 Administration

Exception faite de la méthadone que le patient est autorisé à emporter chez lui, les doses quotidiennes de méthadone doivent être prises sous la surveillance directe d'un professionnel de la santé.

## 5.10 Centre de traitement de la toxicomanie

Le traitement d'entretien à la méthadone devrait être entrepris dans un centre de traitement multidisciplinaire spécialisé qui offre, au moins, les services suivants aux personnes qui présentent une dépendance aux opioïdes :

- une évaluation médicale, psychiatrique et psychosociale préliminaire;

- un suivi psychosocial (p. ex., thérapie individuelle, de groupe ou familiale) pendant et après la cure;
- un suivi médical; et
- des conditions permettant d'assurer la délivrance et l'administration appropriées de la méthadone et le dépistage des drogues dans l'urine, conformément aux directives.

Les centres de traitement ou les solutions de rechange acceptables doivent être approuvés par les autorités provinciales qui octroient les permis d'exercice de la médecine.

### **5.11 Exercice en cabinet privé**

- a) Nombre de patients : Le nombre de patients auxquels le médecin d'exercice privé, pourra administrer un traitement à la méthadone sera déterminé par la charge de soins professionnels et thérapeutiques que demandera chaque cas. Le nombre maximal de patients sera déterminé par l'autorité qui octroie les permis d'exercice de la médecine et/ou par Santé et Bien-être social Canada.
- b) Affiliations : Le médecin d'exercice privé doit avoir établi une affiliation officielle avec un centre de traitement de la toxicomanie (défini plus haut), de façon à assurer un niveau de soins correspondant aux normes de traitement clinique définies dans la présente directive.
- c) Compétences : Les compétences que doit posséder le médecin d'exercice privé qui traite les personnes présentant une dépendance aux opioïdes sont déterminées par l'autorité provinciale qui octroie les permis d'exercice de la médecine.

## **6 PROCÉDURE ADMINISTRATIVE**

---

Santé et Bien-être social Canada est responsable de l'administration du programme de contrôle de la méthadone, qui consiste à accorder les autorisations de prescrire de la méthadone, à assurer une surveillance et un contrôle, et à renouveler ou révoquer les autorisations. Les ordonnances de méthadone sont étudiées régulièrement pour s'assurer du respect des présentes directives et des conditions d'autorisation.

## **6.1 Autorisations**

L'autorisation de prescrire la méthadone peut être accordée par Santé et Bien-être social Canada, après que le ministère a reçu un protocole acceptable. Les autorités provinciales qui octroient les permis d'exercice de la médecine seront également consultées.

## **6.2 Conformité**

Les praticiens autorisés doivent se conformer aux présentes directives ainsi qu'aux conditions d'autorisation stipulées par Santé et Bien-être social Canada. Le non-respect des directives constitue une cause suffisante pour révoquer ou ne pas renouveler l'autorisation.

## **6.3 Exigences en matière de déclaration**

Les médecins autorisés doivent fournir, sur demande, au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, les renseignements nécessaires pour établir la conformité aux présentes directives.

## **6.4 Révocation**

Le non-respect des présentes directives ou des conditions d'autorisation constitue un motif pour révoquer l'autorisation de prescrire de la méthadone.

## **6.5 Autorisation de prescrire d'autres opioïdes**

Les médecins qui souhaitent offrir des cures de désintoxication à la codéine, à la pentazocine ou au propoxyphène doivent en recevoir l'autorisation de la même façon que pour la méthadone.

# **7 GROSSESSE**

---

La dépendance aux opioïdes en période de grossesse est associée à une augmentation du risque de retard de croissance foetale, de prématurité, de syndrome de sevrage néonatal et de syndrome de mort subite du nourrisson. Le sevrage en cours de grossesse a été associé à la souffrance foetale ou à la mort à la naissance. Pour ces raisons, le traitement des femmes enceintes qui présentent une dépendance aux opioïdes doit reposer sur les principes qui suivent.

Le diagnostic doit comprendre une anamnèse et un examen physique complet qui porte sur l'observation de signes récents de toxicomanie ainsi que de symptômes de sevrage. Un dépistage de drogues dans l'urine est nécessaire pour évaluer la polyutilisation de drogues et ses effets sur le fœtus. La désintoxication ou le test à la naloxone ne sont pas recommandés, car ils risquent de compromettre l'état du fœtus. Si la malade demande à être désintoxiquée, le traitement ne doit être effectué qu'en milieu hospitalier, dans des conditions de surveillance intensive du fœtus. Le malade doit signer un document établissant que la désintoxication a été effectuée à l'encontre de l'avis médical.

Chez les femmes enceintes qui présentent une dépendance aux opioïdes, le traitement d'entretien à la méthadone doit consister en l'administration de la dose la plus faible qui permette d'éviter les symptômes de sevrage (généralement moins de 80 mg/jour). En fin de grossesse, il peut être nécessaire d'augmenter cette dose de 10 à 20 mg ou d'administrer la méthadone en doses divisées.

Le traitement doit être poursuivi tout au long de la grossesse de façon à protéger le fœtus et pendant une période d'au moins six mois après l'accouchement.

Si la substance consommée de façon abusive est la codéine ou la pentazocine, il est recommandé d'effectuer, pendant la grossesse, un traitement d'entretien avec cette même substance, avec ou sans hospitalisation, et de procéder à une désintoxication environ six mois après l'accouchement.

Pendant l'accouchement, la meilleure méthode d'analgésie est l'anesthésie péridurale.

Il est recommandé de ne pas accorder d'autorisation d'emporter le médicament pendant la grossesse, sauf en cas d'urgence (**provision de quatre jours ou dose totale maximale de 320 mg, selon ce qui est le moindre**) ou dans des situations où la patiente ne peut avoir accès facilement à un centre de distribution et si les services de santé publique ne peuvent assurer une visite quotidienne.

On doit effectuer une analyse d'urine de façon aléatoire au moins deux fois par semaine pendant le traitement et à l'arrivée dans la salle de travail.

Comme les femmes peuvent être plus réceptives au changement de mode de vie pendant la grossesse qu'à tout autre moment de leur vie, il est essentiel que tous les efforts soient déployés en vue d'une réadaptation psychosociale.

L'enfant né d'une mère qui présente une dépendance à la méthadone ou à d'autres opioïdes aura besoin de soins particuliers. Les nouveau-nés qui ont été exposés aux opioïdes *in utero* au cours des quatre semaines précédant l'accouchement doivent être considérés comme potentiellement dépendants et faire l'objet d'une observation attentive pendant deux semaines en

vue de déceler les symptômes de sevrage (irritabilité, convulsions, troubles de l'alimentation, diarrhées ou cris aigus). Le traitement doit s'effectuer dans un hôpital doté d'installations de soins intensifs avec un personnel spécialement formé, et peut inclure une désintoxication au moyen de teinture d'opium.

Il peut se produire encore un second épisode de sevrage au cours des six premiers mois. L'approche clinique devrait être analogue à celle du premier épisode.

L'allaitement maternel peut entraîner le passage des opioïdes ou d'autres substances dans le lait. L'évaluation des risques et des avantages liés à l'allaitement durant un traitement à la méthadone devrait être effectuée conjointement par le médecin et le malade.