



ERIT

FÉDÉRATION EUROPÉENNE DES ASSOCIATIONS  
D'INTERVENANTS EN TOXICOMANIE

# ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR LES PRATIQUES DE SUBSTITUTION OPIACÉE EN EUROPE



Avec le soutien de la Commission Européenne





FÉDÉRATION EUROPÉENNE DES ASSOCIATIONS D'INTERVENANTS EN TOXICOMANIE

# ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR LES PRATIQUES DE SUBSTITUTION OPIACÉE EN EUROPE



Responsable:  
**Dr. Luís Patrício**  
Rédaction:  
**Domingos Duran**



Avec le soutien de la Commission Européenne



FÉDÉRATION EUROPÉENNE DES ASSOCIATIONS D'INTERVENANTS EN TOXICOMANIE

**Publié par:**

ERIT

**Chargé de projet:**

Dr. Luís PATRÍCIO

**Rédaction:**

Domingos DURAN

**Avec le concours de:**

Commission Européenne DGV

**Coordination Editoriel:**

Domingos DURAN

**Mise en page:**

Jorge BARATA

**Impression:**

Abrangráfica - Portugal

**Tirage:**

500 exemplaires

ISBN: 972-8697-04-X

Depósito Legal n.º 167066 / 01

*Ni la Commission Européenne ni aucune personne en son nom sera considérée responsable de l'usage de l'information incluse dans ce document.*



## INDEX:

I.	<i>Présentation Générale</i> .....	7
II.	<i>Présentation de l'étude le pourquoi d'une étude exploratoire</i> .....	11
III.	<i>Méthodologie:</i>	
a)	<i>1<sup>e</sup> Question méthodologique: La représentativité</i> .....	15
b)	<i>2<sup>e</sup> Question méthodologique: Les instruments d'analyse</i> .....	19
c)	<i>3<sup>e</sup> Question méthodologique: La circulation de l'Information</i> .....	20
IV.	<i>Évaluation des résultats:</i>	
a)	<i>Évaluation de la représentativité</i> .....	23
b)	<i>Avaluation de l'adéquation des instruments d'analyse</i> .....	26
c)	<i>Évaluation de la méthodologie de débat</i> .....	27
d)	<i>Évaluation des résultats</i> .....	28
V.	<i>Conclusions</i> .....	31
VI.	<i>Recommandations</i> .....	35
	<b>Annexes :</b>	
A.	<i>Liste des experts européens participants / Caractérisation du groupe d'experts</i> .....	37
B.	<i>Questionnaires</i> .....	41



FÉDÉRATION EUROPÉENNE DES ASSOCIATIONS D'INTERVENANTS EN TOXICOMANIE



FÉDÉRATION EUROPÉENNE DES ASSOCIATIONS D'INTERVENANTS EN TOXICOMANIE

## ***I. PRÉSENTATION GÉNÉRALE***



FÉDÉRATION EUROPÉENNE DES ASSOCIATIONS D'INTERVENANTS EN TOXICOMANIE



Dès sa fondation en 1992, et d'après les statuts qui la régissent, la fédération ERIT a pour vocation de promouvoir l'échange de connaissances et d'accroître les compétences techniques des professionnels européens qui travaillent dans le domaine des toxicomanies. Regroupant 15 associations nationales de 9 pays européens, l'ERIT est un véritable forum de débat et d'échange d'expériences entre les différents acteurs qui combattent la toxicomanie, destiné à approfondir l'étude et la connaissance de ce phénomène.

L'action de l'ERIT dans ce domaine est assez complexe. En effet, la fédération poursuit ses objectifs statutaires de différentes façons, dont les Conférences européennes (Liège en 1992, Paris en 1996, Boulogne en 1998, Porto en 2000 et probablement Berlin en 2002) qui promeuvent un forum de débats entre des milliers de professionnels et d'agents sociaux engagés dans la lutte contre la toxicomanie, et les Groupes de Travail ERIT. Ces Groupes, dirigés par les membres du Conseil d'Administration de l'ERIT, ont pour but d'étudier les thèmes essentiels et actuels du phénomène de la drogue en Europe. Ceux-ci sont composés d'experts nationaux (pouvant ou non provenir d'associations membres de l'ERIT) et privilégient l'échange d'informations et l'analyse des différentes réalités nationales servant à évaluer les facettes communes du phénomène et, éventuellement, à définir des réponses communes.

Les années d'expérience, l'acquis d'informations et de résultats significatifs de ces Groupes de Travail ont décidé le Conseil d'Administration de l'ERIT à promouvoir la publication de rapports, afin de divulguer la nature du travail réalisé et les lignes directrices qu'il a été possible de définir jusqu'à présent. Outre les conclusions concernant la nature de la toxicomanie et les phénomènes qui lui sont associés, les



FÉDÉRATION EUROPÉENNE DES ASSOCIATIONS D'INTERVENANTS EN TOXICOMANIE

conclusions et les recommandations figurant dans ces publications reflètent l'état actuel de la réalité, l'évolution et l'expression du phénomène de la drogue en Europe, ainsi que ce qui a été et est réalisé sur le plan des réponses communes à mettre en œuvre.



## ***II. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE.***

### **Le pourquoi d'une Étude Exploratoire**

Les méthodologies de substitution opiacée sont venues jouer un rôle graduellement plus important dans les dispositifs européens des soins pour les toxicomanes. Cette importance ne se révèle pas seulement par le nombre croissant de toxicomanes qui profite de ce type d'intervention, mais aussi par l'augmentation de l'intérêt technico-scientifique pour ces modalités de traitement, ce qui s'est traduit, en pratique, par un plus grand choix d'options pharmacologiques pour la substitution: d'un premier panorama dans lequel la méthadone est apparue comme la seule thérapeutique possible, nous passons rapidement à une réalité européenne qui se caractérise par un plus grand et diversifié arsenal thérapeutique, avec l'utilisation d'autres principes actifs (LAAM, Buprénorphine en haut dosage, la morphine, l'héroïne), insérés dans différentes pratiques d'intervention (traitement, réduction de risques et minimisation de dommages).

Il ne s'inscrit pas dans la portée de cette étude de rechercher de façon approfondie les raisons d'une telle évolution. En tout cas, les réalités de santé publique relatives à la dissémination du HIV (et d'autres maladies infectieuses associées, comme la tuberculose) parmi les utilisateurs de drogues injectables, aussi bien que d'autres maladies infectieuses rapportées à l'usage de drogues (hépatites virales) ont eu sûrement un rôle très important dans ce changement de pratiques. Pressés par ces facteurs, les professionnels européens (en concordance avec les décisions politiques des autorités nationales, régionales ou locales de



leurs pays d'origine) ont cherché à développer des pratiques de substitution opiacée qui permettraient d'intervenir et modifier le cadre sanitaire préoccupant qui menaçait de s'installer. En le faisant, ils ont valorisé nécessairement leur réalité la plus proche, et le besoin de répondre non seulement aux caractéristiques communes de la nouvelle problématique mais aussi aux spécificités locales, régionales et nationales auxquelles il fallait faire face

Dans cette portée, et une fois de plus, la mutabilité et l'imprévisibilité du phénomène de la drogue ont imposé leur loi - l'urgence de nouvelles réponses immédiates a conduit à de nouvelles pratiques concrètes, lesquelles ont évolué dans la direction d'une adaptation rapide aux nouveaux dangers sanitaires. Sans avoir le temps nécessaire pour réagir d'une façon globale et articulée, les professionnels ont travaillé pour rendre disponibles aux toxicomanes des moyens qu'on pensait être plus efficaces pour combattre de nouvelles menaces - la forme à travers laquelle ces nouvelles voies s'articulent avec les dispositifs des soins déjà en vigueur, et l'organisation d'une réponse globale et synchrétique au niveau régional ou supra-régional est, par conséquent, dans beaucoup de cas, un travail à faire.

Comme résultat de ce scénario, valable pour tous les pays de l'Union, on a développé des modalités de substitution opiacée qui indubitablement partagent des éléments communs mais qui, produit du contexte et des objectifs des interventions pour lesquelles elles sont utilisées, elles varient beaucoup entre les pays, et fréquemment même entre régions. Au fil du temps, l'exposition des services, des professionnels et des interventions à une réalité mutante et exigeante au niveau des réponses socio-sanitaires a produit des évolutions divergentes en ce qui concerne l'élaboration des programmes,



leurs caractéristiques et critères, les résultats obtenus et la valorisation dans le contexte des objectifs initiaux proposés. Comme conséquence, des interventions au départ semblables (la même drogue de substitution, les mêmes objectifs, les mêmes critères d'inclusion/exclusion) ont évolué dans des sens très divers en modifiant les pratiques, les objectifs et la valorisation des résultats, fruit de leur mise en place dans des contextes nationaux, régionaux, sanitaires différents.

Comme résultat, le scénario actuel des pratiques de substitution opiacée en Europe est varié et complexe, en semblant même parfois contradictoire. En tant que fédération européenne d'intervenants dans la toxicomanie, l'ERIT est toujours plus attentive à ces disparités; en partant de cette analyse générale, et en jouissant d'une position privilégiée tandis que forum de débat entre les professionnels européens, animée par les facultés que ses statuts lui confèrent, et en comptant avec l'appui de la DGSPC de la CE, la possibilité d'effectuer une étude exploratoire sur ce qui se passe au niveau des pratiques de substitution opiacée dans le contexte européen y est apparue. Ainsi, la création d'un forum de débat permanent, constitué par des spécialistes de différents pays européens, a été possible. Ces experts devaient présenter dès le départ quelques caractéristiques techniques et professionnelles qui garantissent leur représentativité quant aux différentes réalités européennes au moment des conclusions finales.

Celles-ci devaient émaner de techniciens avec un savoir-faire reconnu en permettant ainsi l'accomplissement d'un niveau scientifique élevé dans les discussions et dans les résultats finals.

Après la constitution du Groupe de Travail, il fallait trouver une méthodologie qui permettrait de la meilleure façon la



définition des questions les plus importantes pour la comparaison des expériences, et le débat au tour des interventions. Dans ce sens, on a déclenché une méthodologie d'échange de connaissance développée par l'ANIT Portugal et qui était mise en pratique depuis des années avec de bons résultats.

Les conclusions de ces discussions, les consensus sur les pratiques de substitution opiacée devront être envisagés comme le résultat d'une investigation exploratoire.

Pour accomplir les objectifs définis, à la fin du dernier chapitre de ce travail on présentera non seulement les conclusions et les recommandations où il y a des consensus entre les experts, mais principalement les champs et les domaines d'études qui doivent être rapidement développés et approfondis.



### **III. MÉTHODOLOGIES**

Tous les moyens, mesures et résultats discutés dans ce Rapport devront être analysés toujours à la lumière de la caractéristique de base qui a été à l'origine du travail effectué – Étude Exploratoire.

Dans ce sens, les résultats obtenus soit au niveau méthodologique soit au niveau des conclusions et des recommandations, devront toujours obéir et s'encadrer dans ce champ d'action.

Plus que des conclusions définitives sur une évaluation exhaustive des pratiques de substitution opiacée en Europe, cette étude cherche, à travers des moyens mobilisés et des stratégies implémentées en Europe, à définir clairement laquelle ou lesquels des domaines d'investigation et d'évaluation devront être approfondis, afin de pouvoir arriver à une analyse de ce qui est aujourd'hui le modèle ou les modèles de substitution opiacée en Europe.

#### **a) 1<sup>e</sup> Question Méthodologique - La Représentativité**

La première question méthodologique à considérer pour la réalisation de cette étude est rapportée à ce champ d'action : étude exploratoire, délinéée avec le seul objectif prioritaire de lever des questions heuristiques qui devront mener à une investigation subséquente.

**Tableau 1. Définition des caractéristiques épistémologiques-méthodologiques de l'Étude Exploratoire, par comparaison avec l'Étude évaluative classique**

	Étude évaluative	Étude exploratoire
Objectifs Épistémologiques	On concrétise une partie d'un modèle (théorique, évaluatif) générateur des hypothèses, dans la réalité (modèle->empirisme)	Analyse de la réalité, en visant des altérations du modèle (mouvement heuristique : meta-analyse empirique->modèle)
Validité	Vise l'analyse directe de la réalité	Vise la meta-analyse sur la réalité
Échantillon	Critères statistiques – Théorie de l'Échantillon – Priorités: - Recours direct à l'univers de l'évaluation - Dimension - Aléatoire vs Stratifiée	Médiatisation: Priorités: Qualité des observateurs de la réalité Localisation nodal dans les réseaux informatifs sur le phénomène
Méthodologies	Évaluation directe du phénomène	Évaluation de l'information : analyse du phénomène (production des observateurs)
Résultats	Basés dans des critères quantitatifs (évaluation de l'efficacité : moyennes, fréquences, distribution des résultats)	Analyse du contenu
Conclusions	Elles permettent une intervention directe dans la réalité	Des conclusions sans impacte direct dans la réalité, elles devront être intégrées dans un niveau d'élaboration plus élevé (théorie, système) -> nouvelles hypothèses-> test



Au contraire d'une étude évaluative exhaustive des pratiques de substitution, dont toute sa validité dépendrait de l'obtention d'un échantillon représentatif et significatif des pratiques de substitution en vigueur en Europe, l'étude exploratoire exige surtout que les apports d'information puissent, de la façon le plus économique possible, fournir un niveau d'analyse de la réalité qui soit fiable et générateur des bonnes hypothèses celles dont l'investigation pourra mener les modèles d'analyse à un nouveau type de conclusions.

Ainsi, la première préoccupation méthodologique a été de trouver les points nodaux des réseaux, c'est-à-dire, les experts nationaux qui, à travers leur pratique, actuelle et passée, auraient pu se situer dans les confluences des circuits locaux d'information sur les thérapies de substitution.

Dans le chapitre introductif, nous avons référé comment, d'une façon économique en ce qui concerne les moyens, il nous a été possible d'opérer cet objectif :

- Le critère qui a présidé à la sélection des experts participant dans cette étude s'est basé non seulement sur leur compétence technique mais aussi dans leur expérience antérieure en ce qui concerne la gestion de programmes (au niveau régional ou national) supervision et évaluation de pratiques de substitution.
- D'un autre côté, nous avons cherché à réunir des participants de beaucoup de pays européens, même de pays hors la Union européenne.

En ce qui concerne la mise en oeuvre du premier objectif, on a cherché à le hiérarchiser de la façon suivante :



- Tout d'abord, chercher un expert dans chaque pays qui, à cause de son expérience de gestion, supervisionnement ou évaluation de programmes de substitution, pourrait servir de point nodal de l'information référent à son pays.
- Quand cela n'a pas été possible, chercher des experts qui pourraient servir de points nodaux par rapport à l'information relative à une région de son pays.
- Chercher des experts en services de références dans chaque pays/région.

Du moment qu'il est possible et comme moyen de fonder la représentativité du groupe en ce qui concerne la réalité des pratiques de substitution européennes, on a cherché de faire la combinaison d'aspects variés en générant aussi la possibilité d'avoir de visions différentes des mêmes réalités nationales en comparaison.

En ce qui concerne le deuxième objectif opérationnel, la structure de l'ERIT a servi de base à sa concrétisation. À travers les associations-membres de la Fédération, et de leurs supports, il a été possible d'établir les procédures suivantes :

1<sup>e</sup> pas: Identification des experts nationaux qui étaient encadrés par les critères indiqués dans le premier objectif.

2<sup>e</sup> pas: Utilisation des contacts des associations membres dans les pays de l'Europe d'Est pour une éventuelle participation d'experts dans cette étude.

3<sup>e</sup> pas: Après l'élaboration de la liste, à travers les indications des associations de l'ERIT, des contacts avec les experts dans beaucoup de cas facilités par les associations elles-mêmes.



*(Note : Opérationnalisation des objectifs 1 et 2 – Liste des experts et respectives qualifications professionnelles actuelles, et Caractérisation des experts d'après leur expérience clinique avec des opiacés de substitution, en Annexe I)*

**b) 2<sup>e</sup> Question Méthodologique – Les instruments d'Analyse :**

Après avoir réuni les experts selon les critères précités, il fallait créer les méthodes de travail qui permettaient définir les contenus pertinents, et qui soulignaient les capacités et le travail de meta-analyse réalisé par chacun, au niveau de l'analyse des réalités qu'ils connaissaient. On a recouru, dans ce sens, à une méthodologie développée par ANIT Portugal, en vigueur, au niveau national, dans les séminaires de débat entre experts. Cette méthodologie a une double finalité :

- Elle permet de créer un instrument de travail qui rend facile l'analyse du contenu des discussions, en la guidant dans le sens de la pertinence des thématiques abordées. Cette méthodologie consiste à demander aux experts convoqués de formuler les questions qu'ils considèrent les plus pertinentes pour l'Étude (questions ouvertes – réponse libre, et fermées – réponses de Oui / Non, ou numériques), pour qu'elles fassent partie du questionnaire qui va être, ensuite, répondu par tous les participants. À partir des contributions de chacun d'entre eux, on a construit les Questionnaires qui ont servi de base concrète pour le travail (Annexe II – Questions Ouvertes et Fermées).

- Elle facilite la discussion, par la teneur des réponses, où, par la confrontation des opinions des experts face aux tendances de réponse mises en évidence par le groupe, surgissent les **résultats de l'Étude** :



Tout d'abord, l'évaluation du niveau de concordance ou de divergence entre les experts est immédiatement accessible - **Grand Niveau de Concordance**: Des recommandations avec une grande importance pour la pratique, mais de basse saturation heuristique

**Grand Niveau de Divergence** : Des recommandations pour l'investigation, avec une grande saturation heuristique, et qui ne sont pas susceptibles de provoquer un impact dans la pratique des services.

c) **3<sup>e</sup> Question Méthodologique – la Circulation de l'Information :**

La dynamique de cette étude impliquait des moments spécifiques variés, en ce qui concerne la circulation de l'information entre les experts européens. Après les phases d'identification et le contact des experts européens, la méthodologie définie pour cette étude a déterminé que l'instrument d'analyse devrait être construit de la façon indiquée auparavant. Ainsi, chaque expert européen a envoyé trois questions ouvertes et trois questions fermées, à partir desquelles, et après des adaptations et renvoi des redondances, on a construit les Questionnaires Ouvert et Fermé.

Les phases, qui ont suivi, ont été exécutées dans la séquence suivante, jusqu'à obtenir les éléments d'évaluation qui constituaient les objectifs opérationnels de l'étude

- 1) Pour rendre facile la circulation de l'information, l'analyse des résultats et une discussion plus approfondie et minutieuse des tendances de réponse observées dans les questionnaires, les experts ont été distribués en deux groupes, en accord avec leur origine



géographique. Dans le Groupe du Nord de l'Europe, on a intégré les experts qui venaient de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Belgique, de la Pologne, de la Slovénie et du Royaume-Uni ; dans le Groupe du Sud de l'Europe, on a englobé les experts qui venaient de la France, de l'Espagne, de l'Italie, du Portugal, de la Suisse et de la Grèce. On a trouvé pour chaque groupe un Rapporteur (Dr John Merrill et Dr Paula Brum, respectivement), qui avaient à leur charge une première récolte des résultats qualitatifs, et postérieurement, leur intégration avec les données quantitatives en provenance de l'analyse du contenu des réponses aux questionnaires.

2) Les questionnaires ont circulé entre les experts des deux Groupes (à travers le courrier électronique, le fax, la Poste), soit à la phase de la diffusion soit à la phase de la récolte et dissémination des résultats et leur analyse ; on a remarqué encore des rencontres de chaque Groupe où les tendances de réponses qui avaient été évaluées à travers les réponses aux questionnaires ont été discutées. Chaque Rapporteur a enregistré et analysé les données de la discussion sur les résultats qui s'est vérifiée entre les experts.

3) À la IV<sup>e</sup> Conférence européenne ERIT, réalisée à Porto en février de 2000, les deux groupes se sont rencontrés, et chaque Rapporteur a présenté publiquement les premiers résultats de leurs Groupes. À cette occasion, il a été possible d'assister à un débat de la globalité des résultats des deux Groupes, non seulement par les experts mais aussi à travers la participation d'un public spécialisé. Cette procédure a permis d'enrichir les conclusions retirées des discussions de chaque Groupe



en les re-estimant et en les intégrant dans une réalité européenne plus générale.

4) Avec les résultats numériques des réponses de chaque Groupe, avec les résultats des discussions sur ces résultats-là qui ont été produites en chaque Groupe, et encore avec la re-épuration de ces éléments enregistrée au séminaire spécifique qui a pris place pendant la IV<sup>e</sup> Conférence, on peut élaborer ce rapport d'accord avec les objectifs épistémologiques et méthodologiques établis initialement.



## IV. ÉVALUATION DES RÉSULTATS

### a) Évaluation de la représentativité:

Dans le chapitre sur la méthodologie, l'objectif de la représentativité a été opérationnel à travers une ordre hiérarchique de procédures ; celui visait garantir que les experts participants du Groupe sont de vrais points nodaux du réseau d'information nationale ou régionale sur les expériences cliniques avec des thérapies de substitution :

**1<sup>e</sup> Critère** - Un expert national avec de l'expérience dans la gestion, supervision ou évaluation de programmes de substitution, en servant de point nodal de l'information concernant son pays.

**2<sup>e</sup> Critère** - Un expert qui se comporte comme un point nodal par rapport à l'information concernant une région de son pays.

**3<sup>e</sup> Critère** - Un expert de services de référence dans chaque pays/région

En analysant les contenus de l'Annexe I, on vérifie que l'étude a incorporé les experts de **12 pays européens, (9 pays de l'Union auxquels se sont réunis la Suisse, la Pologne et la Slovaquie)**. En ce qui concerne l'opérationnalisation de la représentativité, et en considérant le genre d'information fournie par les experts pendant les discussions (genre d'information véhiculée par l'étude : régional, local ou national), et aussi leur contraste avec les expériences antérieures respectives du point de vue de la gestion, supervisionnement et évaluation des programmes de substitution opiacée, l'évaluation par pays des contributions des experts participants dans cette étude pourra être schématisée dans le Tableau suivant :

***Tableau 2. – Contributions des Experts selon les critères d'opérationnalisation de la Représentativité:***

PAYS	CRITÈRES ACCOMPLIS			TOTAL
	1 <sup>e</sup>	2 <sup>e</sup>	3 <sup>e</sup>	
FRANCE	+	+	-	1+2
ALLEMAGNE	+	-	+	1+3
SUISSE	+	-	+	1+3
PORTUGAL	+	+	+	1+2+3
ESPAGNE	-	+	-	2
GRÈCE	+	-	-	1
ITALIE	-	+	-	2
ROYAM.-UNI	+	-	-	1
AUTRICHE	+	-	-	1
BELGIQUE	-	+	-	2
POLOGNE	-	+	-	2
SLOVÉNIE	+	-	-	1

Des 12 pays représentés, 8 d'entre eux avaient des experts qui obéissaient au critère 1 (8 en 12 = 66,7%) tandis que les autres pays ont présenté des experts qui obéissaient du moins au critère 2.

Par rapport à *l'expérience clinique antérieure*, une variable qui a été considérée comme complément de l'évaluation de la gestion, supervisionnement et évaluation des programmes de substitution opiacée, l'analyse de *l'Annexe I – Caractérisation des experts selon l'expérience clinique avec des opiacés de substitution* présente la suivante situation :

- 1- La totalité des experts à *déjà suivi des toxicomanes en substitution opiacée notamment avec méthadone ( 23 sur 23 = 100%)*



- 2- Médiane de la variable “ Temps d’Expérience en Substitution - Méthadone ” = Classe 5-15 ans
- 3- Médiane de la variable “ Temps d’Expérience en Substitution - LAAM ” = Classe Moins de 5 ans, Sans réponse = 65,2%
- 4- Médiane de la variable “ Temps d’Expérience en Substitution - Buprénorphine ” = Classe Moins de 5 ans, Sans réponse= 56,5%
- 5- Médiane de la variable “ Temps d’Expérience en Substitution - Héroïne/ Morphine ” = Classe 5-15 ans, Sans réponse = 78,2%
- 6- Médiane de la variable “Nombre de toxicomanes suivis en Substitution-Méthadone” = Classe Plus de 15 personnes
- 7- Médiane de la variable “ Nombre de toxicomanes suivis en Substitution -LAAM ” = Classe 5 à 15 personnes, Sans réponse = 65,2%
- 8- Médiane de la variable “ Nombre de toxicomanes suivis en Substitution -Buprénorphine ” = Classe 5 à 15 personnes, Sans réponse = 56,5 %
- 9- Médiane de la variable “ Nombre de toxicomanes suivis en Substitution - Héroïne/ Morphine ” = Classe 5 à 15 personnes, Sans réponse = 78,2 %

On vérifie que, au-delà du fait que les experts réunis dans cette étude ont une expérience concrète et étendue avec la méthadone ( pour la majorité, plus de 5 ans d’expérience, en englobant plus de 15 personnes en traitement), la pratique avec les autres produits de substitution, bien qu’elle soit significative, est sensiblement inférieure: presque la moitié d’entre eux a une expérience clinique avec Buprénorphine (des expériences de moins de 5 ans, et à peu près 15 cas suivis), approximativement un tiers a d’expérience avec LAAM, (en n’englobant pas plus de 15 cas suivis), et moins d’un quart a une expérience avec héroïne et/ou morphine ( 5 à 15



personnes suivies, des expériences cliniques de durée variable).

**b) Évaluation de l'adéquation des instruments d'analyse:**

Les experts qui ont participé ont été la référence utilisée pour évaluer cet item ainsi que le suivant. Après la conclusion des travaux, un questionnaire d'évaluation a été remplis par tous les participants : on voulait connaître la qualité des instruments d'analyse et on leur a demandé d'exprimer numériquement leur opinion de 0 à 20 points. Notez, à ce propos, que les auteurs des demandes qui étaient dans le questionnaire étaient les experts eux-mêmes; cependant, c'est vrai qu'ils ont seulement contacté avec la globalité des instruments, constitués par leurs questions et celles des autres participants, juste au moment du remplissage du questionnaire. Sur cette totalité, les réponses obtenues ont été les suivantes :

Contenu du Questionnaire Questions Fermées :

Moyenne	Minimum	Maximum	Valeur la plus fréquente (f = 2)
12,6	8	18	12

Contenu du Questionnaire Questions Ouvertes :

Moyenne	Minimum	Maximum	Valeur la plus fréquente (f 3)
12,1	8	18	12



**c) Évaluation de la méthodologie de débat:**

Sur cet aspect, et comme nous avons déjà noté dans le point précédent, le questionnaire d'évaluation rempli par les experts après la fin des travaux a généré les résultats suivants, en ce qui concerne les items critiques pour l'évaluation de ce champ :

*Qualité des Discussions:*

Moyenne	Minimum	Maximum	Valeur la plus fréquente (f 3)
17	15	20	15 ; 18

*Qualité des Conclusions des Groupes:*

Moyenne	Minimum	Maximum	Valeur la plus fréquente (f=1)
15,2	10	19	

*Méthodologie :*

Moyenne	Minimum	Maximum	Valeur la plus fréquente (f=1)
14,8	10	18	



#### d) **Évaluation des résultats:**

En répercutant ce que l'on vient d'exposer au long de cette Étude Exploratoire, les résultats à valoriser dans une initiative de ce genre sont différents de ceux d'une étude évaluative classique. À l'envers de vouloir obtenir une vision numériquement la plus exacte possible de la réalité des pratiques de substitution opiacée en Europe (une motivation exigée par l'efficacité), cette Étude cherche à mettre en évidence quelles sont les domaines du développement de ces pratiques qui auront besoin d'un plus grand approfondissement théorique-pratique, de façon à contribuer à l'intégration des différentes réalités en vigueur actuellement en Europe dans un modèle scientifique-empirique cohérent (une motivation heuristique).

Cet objectif général implique que, dans l'analyse des réponses obtenues, les questions avec lesquelles on a obtenu deux types de tendances statistiques soient mises en valeur:

- ***Niveau Bas de Divergence*** : Des recommandations d'une grande importance pour la pratique, mais de *baisse saturation heuristique*

- ***Haut Niveau de Divergence*** : Des recommandations pour l'investigation, avec un *grand niveau de saturation heuristique*, et pas susceptibles d'impact direct dans la pratique des services

En suivant cette ligne d'analyse, on peut mettre en évidence à partir du travail des experts enveloppés dans cette étude, ayant par base les instruments produits et les méthodologies utilisées, les questions suivantes :



**Tableau 3 : Analyse des réponses aux Questionnaires :**

QUESTION	DIVERGENCE
Administration des opiacés de substitution exclusivement par les services de santé	Petite
Administration de substitution opiacée par demande explicite du toxicomane	Grande
Il y a des contre-indications pour un traitement de substitution avec la méthadone	Grande
La méthadone de basse dose a seulement des objectifs de réduction de risques	Grande
L'existence de critères d'exclusion dans un programme thérapeutique de substitution est positif.	Petite
La prescription initiale de la méthadone seulement dans les centres spécialisés	Petite
La prescription initiale de la buprénorphine seulement dans les centres spécialisés	Grande
Contrôle de la prescription de la buprénorphine pour éviter le marché parallèle/ usage inadéquat	Petite
Administration de produits de substitution par le pharmacien, sous supervision d'une équipe spécialisée	Petite
Administration contrôlée de l'héroïne par un médecin	Grande
Administration de produits de substitution par voie injectable	Grande



QUESTION	DIVERGENCE
Les produits de substitution ont d'autres effets thérapeutiques	Petite
D'accord avec des dosages de méthadone supérieures à 140 mg/ jour	Grande
Distribution contrôlée de l'héroïne et substitution opiacée – la même pratique ?	Grande
Le temps pour commencer l'évaluation de l'évolution d'un toxicomane en substitution	Grande
Substitution opiacée en Communauté Thérapeutique	Grande
Impact d'un programme de substitution : la consommation d'autres drogues est réduite, les injections diminuent, la fréquence près de l'appui psychosocial et les consultations chez le médecin augmentent	Petite
La fréquence obligatoire de comparaître près de l'appui psychosocial pour les usagers de programmes de méthadone	Grande
Le contrôle obligatoire des métabolites urinaires des drogues pour les usagers de tous les programmes de substitution	Petite
Impact d'un programme de substitution dans l'accompagnement psychothérapeutique	Grande
Ressemblance dans les critères d'admission/exclusion pour les différents programmes de substitution	Petite



## V. CONCLUSIONS

Bien que l'Étude Exploratoire ait été orientée, à cause des objectifs heuristiques qui lui sont associés, envers la recherche des lignes d'investigation devant être privilégiées pour le renforcement épistémologique des modèles théoriques qui soutiennent l'intervention (dans ce cas, pour l'analyse de la divergence entre les experts), une première observation quant aux questions, où l'on a enregistré un accord notable entre les experts, doit être faite. La plupart de ces questions sont rapportées à des caractéristiques bien connues des produits et des programmes de substitution, et elles ne semblent pas susciter la controverse : le fait d'être du contrôle urinaire obligatoire pour rechercher l'existence de métabolites de drogues, l'importance de l'existence d'un contrôle médical soit au début du traitement soit pendant la supervision, l'importance de l'existence de critères d'exclusion, l'importance de la participation des pharmacies dans l'administration des substituts.

Cependant, il y a deux points qui ont produit un consensus entre les experts et qui, par des motifs différents, devront être introduits dans la partie de ces conclusions qui est liée aux lignes d'investigation à être développées dans l'avenir : la question de l'adhésion des usagers de ces programmes aux autres traitements, produit des multiples problématiques qui co-existent avec la toxicodépendance, (il y a une contradiction entre plusieurs réponses à des questions similaires et qui ont généré divergence), et les autres effets thérapeutiques des produits de substitution.

Les questions qui ont engendré plus de divergence entre les experts peuvent être organisées en domaines spécifiques:



- 1) Programmes de Substitution en exclusif:
  - a) Aspects Cliniques:
    1. Similitude de critères d'admission et d'exclusion dans les différents programmes de substitution (Qu'est-ce qui les différencie, au niveau de leur nature et utilité clinique ?)
    2. Y a-t-il des contre-indications pour la méthadone ?
    3. Dosages adéquats
    4. (Autres effets thérapeutiques des produits de substitution?)
  - b) Objectifs et Évaluation des programmes :
    1. Le problème de la substitution avec de l'héroïne 2. la même pratique ?
    3. Substitution avec des produits injectables – oui ou non ?
    4. Programmes de méthadone de bas seuil – réduction de risques et/ou traitement ?
    5. Combien de temps pour évaluer significativement un usager en programme de substitution ?
- 2) Rapport entre des programmes de substitution et d'autres modalités thérapeutiques, notamment :
  - a) Substitution en Communautés Thérapeutiques : oui ou non ?
  - b) Appui psychosocial : obligatoire ou pas ?
  - c) Psychothérapie : impact positif ou négatif ?
- 3) Rôles du Professionnel et de l'Usager en programmes de substitution :



**a) Différences d'impact de l'envie de l'utilisateur au début d'un programme de substitution, face au début d'autres modalités thérapeutiques ?**

En reconnaissant l'évaluation faite par cette Étude, en ce qui concerne la représentativité des experts qui y ont participé, la validité des méthodologies appliquées, et les résultats qu'elles ont produits, les Recommandations qui en découlent sur les lignes d'étude et d'investigation futures et qui contribuent le plus pour l'intégration des différentes pratiques de substitution opiacée dans un modèle solide et cohérent sont les suivantes :



FÉDÉRATION EUROPÉENNE DES ASSOCIATIONS D'INTERVENANTS EN TOXICOMANIE



## **VI. RECOMMANDATIONS**

1. Il y a un besoin urgent d'une **réflexion profonde et élargie sur tous les objectifs des programmes de substitution opiacée**. Cette réflexion devra être **complexe**, c'est-à-dire, elle devra se pencher sur **tous les objectifs sanitaires proposés pour une population précise**, et c'est seulement après cela qu'on pourra comprendre quel est le rôle d'un programme de substitution dans l'obtention de ces objectifs. Lancer des programmes de substitution sans un encadrement inséré dans une stratégie de santé globale est un risque (pour les toxicomanes, les professionnels et pour l'organisation du réseau sanitaire) pouvant générer des effets contradictoires, créer des situations paradoxales dans la relation entre la personne toxicomane et le réseau de soins dont elle a besoin.

1.1) Seulement après la réalisation de cette réflexion pourra-t-on répondre aux **questions posées par la possibilité d'utiliser d'autres produits, notamment, l'administration médicalement contrôlée de l'héroïne**, comme moyen possible pour améliorer l'état sanitaire d'une personne toxicomane, insérée dans un contexte socio-sanitaire spécifique.

1.2) D'un autre côté, c'est seulement avec une redéfinition du panorama socio-sanitaire de ces programmes qu'on pourra faire la promotion, **soit auprès des toxicomanes soit auprès de tous les professionnels concernés** (et on désire qu'il ait plus de professionnels et de différentes branches), de la pleine perception des objectifs et de l'utilité et de la validité de ces procédures **en facilitant les attitudes les plus propices pour**



**l'adhésion a ces méthodologies par les deux parties.**

2. Il y a un **besoin évident d'investigation pharmacologique exhaustive** sur les propriétés de ces substances, notamment de façon à éclaircir leurs actions thérapeutiques, leur tolérance et leur sécurité.

3. Du point de vue clinique, **l'évaluation de l'efficacité de chacune de ces substances, et également, de l'efficacité différenciée de chacune d'elles**, en fonction des caractéristiques des usagers ou des sous-populations spécifiques, est une nécessité urgente. Les politiques d'administration préférentiel d'un produit de substitution déterminé (suivies dans la plupart des pays européens, dans un moment de leur Histoire), au détriment d'une étude profonde de l'efficacité de chaque produit disponible face à des problèmes spécifiques, ne rendent pas possible la promotion de la connaissance de nouveaux abords du problème auprès des professionnels et risque de limiter la possibilité d'améliorer d'une manière significative les soins aux toxicomanes.



## ANNEXE I

### LISTE DES EXPERTS EUROPÉENS PARTICIPANTS CARACTÉRISATION DU GROUPE D'EXPERTS

#### FRANCE:

- 1) Alain Morel – Médecin psychiatre, psychanalyste, directeur du « Trait d'Union », responsable à l'ANIT France du Groupe d'Études sur la Substitution Opiacée, Ex président de l'ERIT
- 2) Olivier Thomas – Médecin, AMPT, Marseille
- 3) Anne-Béatrice Grenouillat - Médecin, CEDAT, Marseille
- 4) Henri Guillet – Médecin psychiatre, ESSONE Accueil, Evry
- 5) Jean-Yves Noel – Psychologue, Centre Chimène, Issy-les-Moulineaux

#### ALLEMAGNE :

- 6) Constanze Jacobowski – Médecin, « Clearingstelle für Substitution – Artzkekammer Berlin », expert du gouvernement allemand pour la Toxicodépendance, Berlin
- 7) Harald Wunderle- Médecin, Augsburg
- 8) Wolf-Dieter Wagner- Médecin, Bad Homburg
- 9) Veronica Reisser – Médecin psychiatre, Café Fix, Frankfurt

#### PORTUGAL :

- 10) Teresa N. Vicente – Médecin psychiatre, psychanalyste, directeur du CAT Coimbra
- 11) Alvaro Pereira - Médecin, directeur CAT Algarve
- 12) Antonio Costa – Médecin psychiatre, responsable pour les Thérapies de substitution du CAT Taipas, Lisbonne
- 13) Paula Brum - Médecin psychiatre, responsable pour l'Unité d'Internement du CAT Taipas, Lisbonne
- 14) Olga Fortes - Médecin psychiatre, CAT Cedofeita, Porto

#### SUISSE :

- 15) J.J. Déglon – Médecin, Directeur de la Fondation Phénix, expert du gouvernement de la Confédération Helvétique pour la Toxicodépendance.
- 16) Martine Monnat – Médecin, Lausanne



**ESPAGNE :**

17) Miguel Angel Torres - Médecin psychiatre, directeur de « Unidad Alcoholismo y Toxicomanias », professeur universitaire, vice-président SOCIDROGALCOHOL, Valence.

**GRÈCE :**

18) Christos Kokkoris - Médecin psychiatre expert du gouvernement grec pour la toxicodépendance, Athènes.

**ITALIE :**

19) Andrea Fuscone - Médecin, Directeur du « Dipartimento delle Farmacodipendenze », Naples

**ROYAUME-UNI:**

20) John Merrill MB ChB MRCPsych,- Médecin Psychiatre, Consulteur chef de « Drugs North West », Manchester

**AUTRICHE :**

21) Gabrielle Fischer - Médecin Psychiatre, Investigatrice, professeur Universitaire, Directeur de Drogenambulanz, UniversitatKlinik Psychiatrie, Vienne

**BELGIQUE :**

22) Pascale Pierret - Médecin, Projet LAMA, Bruxelles

**SLOVÉNIE:**

23) Andrej Kastelic – Médecin, Directeur du « Center for Treatment of Drug Addiction », appartenant à la « Coordination of Centers for Prevention and Treatment of Drug Addiction » – Ministère de la Santé.

**POLOGNE:**

24) Jan Flieger – Médecin, spécialiste en toxicodépendance, Poznan.



## CARACTÉRISATION DES EXPERTS D'APRÈS L'EXPÉRIENCE CLINIQUE AVEC DES OPIACÉES DE SUBSTITUTION

**N= 23**

(À partir des résultats d'un questionnaire spécifique répondu par 23 des 24 experts – données de Dr Flieger Omissos)

- Vous travaillez avec des toxicomanes il y a combien de temps ?

Moins de 5 ans – 17,4%

De 5 à 15 ans – 39,1%

Plus de 15 ans- 43,5%

- Vous travaillez avec des toxicomanes en programmes de substitution il y a combien de temps ?

- Méthadone :

Moins de 5 ans – 43,5%

De 5 à 15 ans – 47,8%

Plus de 15 ans- 8,7%

- LAAM

Moins de 5 ans – 26,1%

De 5 à 15 ans – 8,7%

Plus de 15 ans- 0

S/ réponse – 65,2%

- Buprénorphine

Moins de 5 ans – 26,1%

De 5 à 15 ans – 17,4%

Plus de 15 ans - 0

S/ réponse - 56,5%

- Héroïne / Morphine :

Moins de 5 ans – 4,4%

De 5 à 15 ans – 17,4%



Plus de 15 ans - 78,2%

- Combien de toxicomanes avez-vous suivi dans :

- Méthadone :

Moins de 5 - 4,4%

De 5 à 15 - 4,4 %

Plus de 15 - 91,2%

- LAAM :

Moins de 5 - 13,0%

De 5 à 15 - 8,7%

Plus de 15 - 13,0%

S/ réponse - 65,3%

- Buprénorphine :

Moins de 5 - 17,4%

De 5 à 15 - 13,0%

Plus de 15 - 13,0%

S/ réponse - 56,6%

- Héroïne / Morphine :

Moins de 5 - 8,7%

De 5 à 15 - 4,4%

Plus de 15 - 8,7%

S/ réponse - 78,2%



## **ANNEXE II**

### **QUESTIONNAIRES**

#### **Questions fermées**

1. Seulement le système de soins sanitaires doit contrôler l'administration de substitutifs opiacés?
2. Le système de soins sociaux doit contrôler l'administration de substitutifs opiacés?
3. Est-ce qu'on doit prescrire de la substitution opiacée à tous les toxicomanes que la désirent ?
4. Existent-ils des contre-indications à la prescription d'un traitement de substitution?
5. Dans votre opinion, l'utilisation de la méthadone en bas seuil a "seulement" des objectifs de réduction de risques?
6. Dans un programme thérapeutique de substitution opiacée, l'existence de critères d'exclusion démontre des attentes qui (une fois assumées par l'utilisateur) bénéficient l'évolution du traitement ?
7. La prescription initiale de Méthadone, doit-elle être réservée aux Centres spécialisés?
8. La prescription initiale de LAAM, doit-elle être réservée aux Centres spécialisés?
9. La prescription initiale de Buprénorphine, doit-elle être réservée aux Centres spécialisés?



10. La prescription de Buprénorphine, doit-elle être contrôlée pour éviter le développement d'un marché parallèle?

11. La prescription de Buprénorphine, doit-elle être contrôlée pour éviter le mésusage (utilisation intraveineuse)?

12. L'administration dans les pharmacies d'opiacées de substitution avec la supervision du pharmacien et de l'équipe thérapeutique, est-elle recommandable?

Pour la méthadone  
Pour la buprénorphine  
Pour le LAAM

13. Êtes-vous d'accord avec l'administration gratuite et contrôlée d'héroïne aux héroïnomanes ?

14. Êtes-vous d'accord avec la prescription d'héroïne sous supervision médicale ?

15. Êtes-vous d'accord avec la substitution injectable ?

16. Les produits de substitution, autres leurs fonctions substitutives, ont-ils des vertus thérapeutiques ?

17. Êtes-vous d'accord avec des doses de plus de 140 mg / jour de Méthadone dans quelques cas ?

18. Dans votre opinion, quel est, parmi les trois traitements de substitution, le plus choisi par les patients ?

Méthadone  
LAAM  
Buprénorphine

19. Dans votre opinion quel est, parmi les trois traitements de substitution, le plus choisi par les médecins ?

Méthadone  
LAAM



## Buprénorphine

20. Dans votre opinion, parmi les trois substances, quelle est la plus vendable au marché illégal?

Méthadone

LAAM

Buprénorphine

21. Selon vous, la buprénorphine (Subutex â) est-il un bon traitement de substitution ?

22. Doit-on présenter la buprénorphine sous une forme non injectable ?

OUI •

NON •

23. Est-ce que vous êtes d'accord avec la possibilité d'amener le LAAM au domicile ?

24. Existent-ils des contre-indications à la prescription d'un traitement de substitution ?

25. Substitution Opiacée ( Méthadone, Buprénorphine, LAAM) vs distribution contrôlée d'héroïne – la même pratique ?

26. Depuis combien de temps peut-on faire une évaluation cliniquement relevante de l'évolution d'une personne en substitution ?

Dès le commencement    Depuis \_\_\_\_ mois en programme

27. Êtes-vous d'accord avec la substitution opiacée en communauté thérapeutique?:

OUI, dans toutes Communautés

NON

OUI, mais seulement en CT spécifiques pour l'effet



28. D'après votre expérience, quel est l'impact d'un programme de substitution chez ses utilisateurs, en ce qui concerne :

Consommation d'autres drogues :

Diminution • Accroissement • Même Situation •

Utilisation de la voie injectable :

Diminution • Accroissement • Même Situation •

Utilisation de préservatif :

Diminution • Accroissement • Même Situation •

Consultations médicales:

Diminution • Accroissement • Même Situation •

Engagement dans la prise en charge psychosocial :

Diminution • Accroissement • Même Situation •

29. Etes-vous favorables aux programmes de Méthadone bas seuil, c'est à dire, sans exigence de prises régulières de Méthadone ni de projet thérapeutique à, plus ou moins, long terme ?

30. Les programmes de maintenance à la Méthadone en ayant été développés aussi pour protéger des risques liés aux injections et à l'illégalité, pensez-vous qu'il est acceptable d'interrompre le traitement de méthadone d'un patient qui consomme tous les jours de la cocaïne en injections ?

31. Si une de vos clientes, sous maintenance au LAAM, devenait enceinte, qu'est-ce que vous feriez ?

- Continuer le LAAM
- maintenance à la méthadone
- maintenance à la buprénorphine

32. La buprénorphine, est-elle une indication chez la femme enceinte?

33. Est-ce que vous permettriez l'allaitement chez la femme mère maintenue sous buprénorphine?

34. Avez-vous connaissance de patients à vous sous méthadone qui sont morts ?



Cause de la mort \_\_\_\_\_

35. Avez-vous connaissance de patients à vous sous LAAM qui sont morts ?

Cause de la mort \_\_\_\_\_

36. Avez-vous connaissance de patients à vous sous buprénorphine qui sont morts ?

Cause de la mort \_\_\_\_\_

37. Considérez-vous obligatoire l'appui psychosocial dans le traitement avec

Méthadone :

LAAM :

Buprénorphine :

38. Considérez-vous obligatoire l'appui psycho-thérapeutique dans le traitement avec

Méthadone:

LAAM:

Buprénorphine:

39. Considérez-vous obligatoire le contrôle de métabolites de drogues pendant le traitement:

avec Méthadone : Lesquels \_\_\_\_\_

avec LAAM : Lesquels \_\_\_\_\_

avec Buprénorphine : Lesquels \_\_\_\_\_

### **Questions ouvertes**

40. En tenant compte votre expérience, dites trois différences entre une psychothérapie dans un programme libre de drogues et une psychothérapie dans un programme qui utilise la Méthadone, le LAAM ou la Buprénorphine ?

41. Selon vous, quelles sont les 3 indications principales pour un traitement de substitution?



42. Quels sont selon vous (du point de vue du patient) les 3 éléments les plus significatifs de réussite d'un traitement de substitution?
43. Quels sont selon vous, (du point de vue des modalités de prescription), les 3 éléments les plus significatifs de réussite d'un traitement de substitution?
44. Quels sont, selon vous, les 3 éléments plus significatifs de réussite d'un traitement de substitution avec méthadone?
45. Quels sont, selon vous, les 3 éléments plus significatifs de réussite d'un traitement de substitution avec Buprénorphine?
46. Quels sont, selon vous, les 3 éléments les plus significatifs de réussite d'un traitement de substitution avec LAAM?
47. Chez l'héroïnomane, selon vous, quelles sont les 3 contre-indications principales, pour ne pas faire la prescription d'un traitement de substitution avec Méthadone ?
48. Chez l'héroïnomane, selon vous, quelles sont les 3 contre-indications principales, pour ne pas faire la prescription d'un traitement de substitution avec Buprénorphine ?
49. Chez l'héroïnomane, selon vous, quelles sont les 3 contre-indications principales pour ne pas faire la prescription d'un traitement de substitution avec LAAM ?
50. Qu'en est-il de l'héroïne utilisée comme thérapeutique "de substitution" dans certains pays européens ?
51. Selon vous, quels sont les 3 aspects les plus importants du "contrat" passé avec le patient avant d'être mis sous Buprénorphine (Subutex) ?
52. Selon vous, quels sont les 3 aspects les plus importants du



“contrat” passé avec le patient avant d’être mis sous Méthadone ?

53. Selon vous, quels sont les 3 aspects les plus importants du “contrat” passé avec le patient avant d’être mis sous LAAM ?

54. Dans votre opinion, combien de patients (pourcentage) dans le programme de substitution opiacée ont-ils de la volonté pour atteindre l’abstinence permanente pendant les deux premières années de traitement et pourquoi ?

55. Dans votre opinion, dites 3 bénéfices (s’il y en a quelqu’un) de la combinaison buprénorphine – naloxone (tablets) ?

56. Quelles sont les trois plus importantes critères pour expulser une personne du programme de substitution?

57. Comment prendre en compte, sujet personne et corps dans les traitements de substitution?

58. Quelles sont les 3 difficultés principales rencontrées dans le programme Méthadone ?

59. Quelles sont les 3 difficultés principales rencontrées dans le programme Héroïne ?

60. Quelles sont les 3 difficultés principales rencontrées dans le programme Buprénorphine?

61. Quelles sont les 3 difficultés principales rencontrées dans le programme LAAM?

62. Quelles sont les 3 difficultés principales rencontrées dans le programme Morphine?

63. Quelle est la durée idéale d’un traitement de substitution pour qu’on puisse atteindre l’abstinence et l’organisation de l’individu ?

64. Traitement avec Méthadone:



**Indiquez 3 critères d'admission**  
**Indiquez 3 critères d'exclusion**

**Traitement avec LAAM:**

**Indiquez 3 critères d'admission**  
**Indiquez 3 critères d'exclusion**

**Traitement avec Buprénorphine:**

**Indiquez 3 critères d'admission**  
**Indiquez 3 critères d'exclusion**

**Substitution avec de l'héroïne:**

**Indiquez 3 critères d'admission**  
**Indiquez 3 critères d'exclusion**

**Substitution avec la morphine:**

**Indiquez 3 critères d'admission**  
**Indiquez 3 critères d'exclusion**

65. Que faites-vous avec les patients en ayant une atteinte somatique importante (ulcérations chroniques, endocardites, SIDA...) qui ne restent pas dans le programme de méthadone standards, qui continuent à consommer de l'héroïne et de la cocaïne et doivent être hospitalisés régulièrement en raison de leur état de santé ?

Citez les 3 attitudes plus usuelles.

66. Que faites-vous lorsqu'un patient en traitement de substitution à la méthadone se met à consommer régulièrement de la cocaïne ?

Citez 3 attitudes.

