

ANNEXE 1

QUESTIONS POSÉES AUX INTERVENANTS EN TOXICOMANIE

1. Le bilan de **réduction de la mortalité** vous paraît-il plaider en faveur de la politique mise en place pour les traitements de substitution aux opiacés (TSO)?
2. Le bilan de **réduction de la consommation d'héroïne** vous paraît-il favorable à la politique mise en place voire au développement des TSO ?
3. Le bilan de **réduction de la transmission des infections virales** vous paraît-il favorable à la politique mise en place voire développement des TSO ?
4. Le bilan de **l'amélioration de l'accès aux soins** vous paraît-il favorable à la politique mise en place voire développement des TSO ?
5. Le bilan de **l'amélioration de la situation sociale et de la qualité de vie des usagers** d'héroïne vous paraît-il favorable à la politique mise en place voire au développement des TSO ?
6. La Commission consultative des traitements de substitution vous paraît-elle avoir convenablement fonctionné ?
7. Les Comités départementaux de suivi prévus par la Circulaire du 31 mars 1995 ont convenablement fonctionné ?
 - a. Pour la mise en place de réseaux entre CSST, médecins et pharmaciens.
 - b. Pour conseiller les professionnels de santé, médecins et les pharmaciens, qui rencontreraient des difficultés.
 - c. Pour veiller à la bonne utilisation des médicaments de substitution et éclairer les autorités sanitaires en ce qui concerne la gestion de la période transitoire.
8. Les Centres d'étude et d'information sur les pharmacodépendances (CEIP) ont-ils bien répondu en matière d'information et de formation des professionnels prévue par la Circulaire du 31 mars 1995 ?
9. Les usages détournés de buprénorphine haut dosage vous semblent-ils suffisamment pris en compte dans l'organisation actuelle du circuit des TSO ?
 - a. A l'égard des héroïnomanes ?
 - b. A l'égard des primo - consommateurs de BHD ?
10. La BHD doit-elle rester dans le domaine de compétence des médecins généralistes ?
11. Faut-il rendre plus difficile l'accès à la BHD ?
12. Faut-il modifier le régime réglementaire de la BHD haut dosage (tableau des stupéfiants) ?
13. Qu'est-ce qui justifie que la méthadone fasse l'objet d'un circuit différent ?
14. Est-il légitime de maintenir une différence de « traitement » réglementaire entre BHD et méthadone ?
15. Afin d'éviter une double prise en charge à la méthadone, la Circulaire du 31 mars 1995 prévoit qu'une première analyse urinaire permette de vérifier l'absence du traceur spécifique de la méthadone produite en France. Quel est le bilan de ces analyses et de l'enseignement qu'on a pu en tirer ?
16. La fourniture de BHD doit-elle être soumise à la vérification de l'abstinence de la consommation de drogues illicites vérifiée par les analyses d'urine ?
17. Faut-il rendre plus facile l'accès à la méthadone ?
18. Faut-il élargir la durée de prescription et dispensation (7 ou 14 jours vers 28 jours) de la méthadone ?
19. Faut-il modifier le régime réglementaire de la méthadone (« délistage ») ?
20. Les écarts enregistrés en matière de consommation de BHD et de méthadone s'explique-t-ils par la différence de service rendu ou par les différences de circuits de prescription et de dispensation ?

21. L'utilisation de BHD vous paraît de nature à favoriser
 - a. La diminution substantielle de la consommation ?
 - b. le « sevrage » à l'égard des opioïdes ?
 - c. L'arrêt de toute consommation y compris de la BHD ?
22. L'utilisation de méthadone vous paraît de nature à favoriser
 - a. La diminution substantielle de la consommation ?
 - b. le « sevrage » à l'égard des opioïdes ?
 - c. L'arrêt de toute consommation y compris de la méthadone ?
23. Qu'attendez-vous de l'association «BHD – naloxone » ?
24. Faudrait-il encourager la mise sur le marché d'une association « méthadone – naloxone » ?
25. D'autres médicaments (morphine, codéine) restent-ils prescrits dans le cadre d'une substitution (hors AMM) ?
26. Faut-il que cette possibilité reste « ouverte » ?
27. Que faut-il penser du maintien de spécialités telles que Néocodion® dans le statut de médicaments à prescription facultative ?
28. Faut-il mettre sur le marché une forme injectable de TSO ?
29. Faut-il organiser l'administration (sous contrôle) d'héroïne, à l'instar de ce qui a été fait en Suisse ou aux Pays-Bas, dans le cadre d'une prise en charge globale intensive ?
30. Existe-t-il, selon vous, un niveau de risque différent à l'association, d'une part entre BHD et benzodiazépines, et d'autre part entre méthadone et benzodiazépines ?
31. La mise sur le marché des TSO a-t-elle détourné les patients vers d'autres abus tels que la consommation de cocaïne, de cannabis ou d'alcool ?
32. Les moyens mis en œuvre par l'Assurance - Maladie (convocation de patients « suspects », contrôles des professionnels de santé) sont-ils efficaces pour lutter contre les détournements et mésusage de BHD ?
33. La subordination du remboursement des prestations au respect d'un protocole de soins avec un seul médecin et un seul pharmacien, vous paraît-elle de nature à sécuriser le circuit actuel de dispensation de la BHD ?
34. Quel peut être l'impact de la mise en place du « Dossier Pharmaceutique (DP) » pour limiter les détournements de buprénorphine haut dosage ?
35. Les moyens publics : consultations hospitalières, CSAPA, CEIP, prises en charges diverses, vous semblent-ils convenablement proportionnés par rapport au problème de santé publique que pose l'addiction aux opiacés ?
36. Quel bilan peut-on faire pour l'aide apportée aux toxicomanes par les différentes structures de soins suivantes :
 - a. centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST),
 - i. quel est le bilan de leur fonctionnement ?
 - ii. qualitatif (pluridisciplinarité) ?
 - iii. quantitatif (nombre adapté) ?
 - b. communautés thérapeutiques expérimentales (CT),
 - c. centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD)
 - d. centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA),
 - e. appartements de coordination thérapeutique (ACT)
 - f. « lits halte soins santé » (LHSS).

37. Les relations entre « médecins de CSST » et acquéreurs de médicaments de substitution peuvent-elles être qualifiées de
- Confiantes ?
 - Difficiles ?
 - Périlleuses ?
 - Autres ?
38. Les relations entre « médecins de ville » et acquéreurs de médicaments de substitution peuvent-elles être qualifiées de
- Confiantes ?
 - Difficiles ?
 - Périlleuses ?
 - Autres ?
39. Les relations entre pharmaciens et acquéreurs de médicaments de substitution peuvent-elles être qualifiées de
- Confiantes ?
 - Difficiles ?
 - Périlleuses ?
 - Autres ?
40. La France a-t-elle, selon vous, organisé une prise en charge orientée vers la réduction des risques ou plutôt vers l'abstinence de consommation ?
41. Pensez-vous que l'on doive tendre pour les prochaines années plutôt vers la réduction des risques ou plutôt vers l'abstinence de consommation ?
42. Les deux attitudes sont-elles compatibles ?
43. Les moyens actuellement mis en œuvre pour lutter contre les addictions aux opiacés sont-ils adaptés aux différents types de population concernés ?
44. Quelles sont les principales mesures qui, selon vous permettraient d'améliorer la qualité de la prise en charge thérapeutique des patients victimes d'une addiction aux opiacés ?
45. **Quels sont vos commentaires généraux sur la qualité de la politique de prise en charge des toxicomanes aux opiacés, en France ?**