

# L'EFFICACITE DES PROGRAMMES METHADONE MESUREE PAR L'EVALUATION DES EXPERIENCES ETRANGERES

**Analysant les évaluations des programmes étrangers, et notamment américains, Anne Coppel recense les éléments consensuels qui peuvent être tirés en faveur de la méthadone.**

**A** LA FOIS hautement idéologique et extrêmement technique, le débat sur les traitements de substitution est d'autant plus opaque qu'il n'a pas été véritablement mené en France. Les quelques spécialistes qui utilisent ces techniques se sont toujours refusés à en devenir les avocats et les promoteurs, refus qui est d'abord un refus de la guerre des méthodes. De fait, les résultats des évaluations démontraient, dès la fin des années 70, l'inanité d'un débat sur la « meilleure méthode » (one best way), communautés thérapeutiques, traitements ambulatoires à long terme et programmes méthadone obtenant des résultats comparables en terme de traitement de la toxicomanie. A cette question idéologique de la bonne méthode devaient se substituer les questions plus techniques des indications et des modalités de prescriptions, les différents

types de traitements devant être pensés en termes de ressources complémentaires. Telle est du moins la position des experts.

En Europe du Nord et dans les pays anglo-saxons qui, de par leur histoire, s'étaient engagés dans les programmes méthadone, cette orientation pragmatique est préconisée, même si elle est inégalement appliquée. Face à la vague de consommation d'héroïne de la fin des années 70 et du début des années 80 qui frappe l'ensemble des pays européens, l'inquiétude face à la drogue ne cesse de croître et les programmes de substitution restent suspects. Aussi les décideurs soutiennent-ils plus volontiers les traitements *drug-free* (de désintoxication), qui apparaissent plus cohérents avec une politique de guerre à la drogue. En France, en Belgique, en Allemagne, où les intervenants en toxicomanie s'étaient engagés dans d'autres

techniques de soin, nul ne songe alors à développer ces programmes.

La menace du sida impose aujourd'hui un renouvellement de la réflexion et du débat. Si toutes les méthodes de traitement ont leur efficacité, elles ne sont pas pour autant équivalentes, en particulier en termes de santé publique. Quelques études apportent aujourd'hui des éléments d'information essentiels au débat qui doit être mené, dans la mesure où, au-delà des données techniques, des choix politiques doivent être effectués.

Car des progrès décisifs en termes de maîtrise de l'information et de recherches évaluatives ont été accomplis ces dernières années. Les informations existantes restent encore parcellaires ; les résultats sont délicats à interpréter et exigent la connaissance du contexte, de la politique menée, des moyens et des objectifs des programmes, des caractéristiques épidémiologiques des patients.

### **Un argumentaire qui fait consensus**

Quelques constats font néanmoins consensus et fondent le nouveau développement des programmes de substitution en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas, en Italie, en Espagne, en Suisse, mais aussi, fait nouveau, en Autriche, en Belgique et en Allemagne. Pour la très grande majorité de ces pays, il s'agit d'un véritable retournement. En Allemagne, où le secteur public et les initiatives privées, souvent gérées par d'anciens toxicomanes, se sont longtemps opposés avec la même véhémence aux programmes de substitution, tous les Länder de l'Ouest disposent aujourd'hui de programmes méthadone, y compris la Bavière, dernière venue, et ces programmes sont complétés par les prescriptions de médecins généralistes, autorisées depuis 1991.

Le changement touche jusqu'à la Grande-Bretagne. Dans ce pays où les prescriptions d'opiacés, y compris d'héroïne, s'inscrivent dans une tradition qui remonte à 1927, l'approche médicale avait été remise en cause, parfois violemment, au cours des années 70 et 80. En 1988, un rapport de l'Advisory Council of Misuse of Drugs recommande à nouveau le développement des prescriptions d'opiacés, dans un objectif devenu consensuel : la réduction des risques. Ce nouveau consensus,

**Les décideurs soutiennent plus volontiers les traitements cohérents avec une politique de guerre contre la drogue,**

commun aux pays européens, peut être résumé ainsi : les programmes de substitution ne peuvent résoudre à eux seuls ni la toxicomanie, ni le problème de la drogue, ni l'épidémie de sida, mais ils offrent des possibilités de soins que l'épidémie de sida ne nous autorise plus à ignorer. Dans quelle mesure, avec quels dispositifs, quels moyens et quels objectifs ? Tel est aujourd'hui l'objet du débat.

L'argumentaire qui fait consensus en matière de réduction des risques est le suivant :

1) Les programmes méthadone qui visent à la désintoxication présentent de 28 % à 84 % de résultats favorables, selon les évaluations recensées par Sorensen (1). Ces résultats, tout à fait honorables, ne sont décevants qu'au regard des ambitions de la première décennie des traitements méthadone aux Etats-Unis ; ils sont comparables aux autres méthodes mais permettent en plus de maintenir en traitement des toxicomanes plus lourds, avec seulement 14 % d'abandons dans les trois mois au lieu de 40 % à 50 % (voir Stimson, 1979). Le recours aux traitements de substitution ne signifie donc pas l'abandon d'une ambition thérapeutique en matière de désintoxication, ou, du moins, il ne le signifie pas nécessairement : tout dépend des objectifs des programmes.

Ni les programmes réservés aux cas les plus lourds, même si l'objectif d'abstinence est retenu, ni les programmes qui visent à entrer en contact avec une population large de toxicomanes qui ne souhaitent pas se désintoxiquer ne peuvent prétendre à des résultats satisfaisants en matière de désintoxication : il est bien clair que le produit en lui-même ne désintoxique pas mais peut y contribuer, ne serait-ce que parce qu'il offre au toxicomane un temps pour rompre avec un mode de vie délinquant et dangereux et procéder aux réaménagements psychiques nécessaires s'il en a le désir et la possibilité.

2) La réduction de l'usage d'opiacés illicites est sensible dans tous les programmes méthadone. Cette réduction est décrite dans les travaux de Senay, de Des Jarlais ou Sorensen, même si des consommations de drogues illicites persistent, et compris dans les programmes les plus exigeants ou les plus efficaces. Dans l'étude de Bail et Ross aux Etats-

Unis (2), le renoncement aux opiacés augmente avec le temps de prise en charge : 77 % des patients cessent d'utiliser de l'héroïne après six mois de prise en charge, et 92 % après quatre à cinq ans de traitement. La réduction de l'usage de seringue est, elle aussi, nette : 71 % en moyenne y renoncent après six mois de prise en charge, avec des variations allant de 90,2 % à 42,9 % selon les programmes. Par voie de conséquence, les traitements de substitution contribuent à réduire sensiblement les risques de contamination pour les toxicomanes en traitement.

3) Prévalence et incidence du sida sont multifactorielles. Quel est l'impact des programmes de substitution sur la prévalence et l'incidence du sida ? Aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne, les taux sont relativement bas et stabilisés. Toutefois, d'autres facteurs doivent être pris en compte (histoire de l'épidémie, prévalence de l'injection) ; à Liverpool comme à Amsterdam, les toxicomanes à l'héroïne ont de moins en moins recours à l'injection et préfèrent « la chasse au dragon », l'héroïne fumée ou le sniff, sans qu'il soit possible d'évaluer l'impact de la prévention sur le terrain, sur ce choix. D'autre part, la méthadone ne peut être évaluée isolément des autres stratégies d'intervention (disponibilité des seringues, prévention sur le terrain). Dans les pays de forte prévalence du sida chez les toxicomanes (Italie, Espagne, Etats-Unis), le nombre des toxicomanes en traitement est insuffisant pour agir directement sur l'épidémie : il est d'environ 11 000 en Italie, 5 000 en Espagne et 110 000 aux Etats-Unis (encore s'agit-il des chiffres actuels). Jusqu'en 1989, le nombre de places disponibles aux Etats-Unis était de 80 000. Or le nombre de toxicomanes lourds est évalué, aux Etats-Unis par exemple, à 700 000 ; mais le risque sida touche une population beaucoup plus large, puisque les experts considèrent qu'environ 3 millions de personnes ont pu utiliser une seringue dans un usage occasionnel ou pendant une période temporaire de consommation abusive (3). Il n'est donc pas possible aujourd'hui d'établir un lien de causalité directe entre prévalence du VIH et traitement méthadone. L'efficacité de cet outil est néanmoins incontestable, et ce d'autant qu'il s'inscrit dans une politique globale de prévention du sida et de soins aux toxicomanes.

4) **Les toxicomanes en traitement** sont globalement en meilleure santé; la séroprévalence des toxicomanes en traitement est inférieure à celle des toxicomanes non traités. Retenir en traitement ceux qui sont déjà séropositifs est également souhaitable pour la protection de leur entourage comme d'eux-mêmes. L'état psychique est amélioré à la fois de par les propriétés anti-dépressives de la méthadone et autres opiacés et de par l'amélioration de la qualité de vie. Cette amélioration est sans doute un des facteurs qui contribue à une meilleure stabilisation du système immunitaire, décrite dans différentes cohortes, en particulier aux Etats-Unis et à Vienne (4). Enfin, et il s'agit là d'un argument décisif, la baisse de la mortalité est sensible : ainsi, dans une étude suédoise comparant deux cohortes, toxicomanes en traitement méthadone et toxicomanes de rue sur liste d'attente, le taux de mortalité des toxicomanes non traités, toutes causes confondues y compris accidents, morts violentes, etc., était de 7 %, et de 2 % pour les toxicomanes en traitement. Au total, sur les vingt années de suivi, les toxicomanes de rue ont une mortalité 33 fois supérieure aux toxicomanes en traitement (5).

5) **La réduction de la délinquance est** bien attestée, même si elle n'est pas systématique. Dans l'évaluation menée par Bail et Ross aux Etats-Unis, la réduction des actes délinquants des toxicomanes en traitement est en moyenne de 79,3 %. Cette réduction augmente avec le temps de traitement : 37 % des patients restent délinquants à l'entrée du programme, 22 % au bout d'un an et 11 % au bout de six ans de traitement. Les données sont variables mais concordantes selon les programmes : dans l'un, on passe de 273,2 actes délinquants par an avant l'entrée en traitement à 15,3 actes délinquants au cours de la première année de traitement ; dans un autre programme, de 281,9 à 37,1 actes délinquants par an.

Ces différents résultats sont d'autant moins contestables que les données statistiques coïncident avec l'expérience clinique, le vécu des toxicomanes, et enfin le simple bon sens : un toxicomane qui n'est pas contraint à commettre incessamment des actes délictueux pour se procurer sa drogue peut mener un style de vie moins destructeur et se maintenir en meilleure santé phy-

sique et psychique. Il peut le faire, il ne le fait pas nécessairement : là aussi, expérience clinique et résultats des études épidémiologiques coïncident. Constatée empiriquement sur le terrain, la diversité des résultats selon les programmes est aujourd'hui décrite et analysée aux Etats-Unis. Des études portent sur l'efficacité des différents programmes, la plus remarquable par sa rigueur et son ampleur est sans doute celle de Bail et Ross ; cette recherche porte autant sur les patients que sur les modalités de traitement proprement dites (comprehensive data) et entrouvre ainsi « la boîte noire des traitements » ou le secret de l'efficacité.

### Les conditions de fonctionnement

Contrairement aux croyances communes, l'analyse multivariée démontre que les modalités de traitement déterminent, plus que le profil des patients, l'échec ou la réussite de la prise en charge. Ce résultat est décisif dans la mesure où les 617 patients interviewés dans le cadre de cette recherche et pris en charge dans les six programmes évalués à New York, à Philadelphie et à Baltimore sont représentatifs des 1 900 patients suivis dans ces programmes : ce sont des toxicomanes lourds avec 11,2 ans d'usage régulier d'héroïne en moyenne, âgés pour 72 % de 25 à 39 ans (36,6 ans en moyenne), avec un niveau scolaire très inférieur à la moyenne nationale (58 % ont effectué des études jusqu'à 18 ans contre 87 % dans la population générale) ; sans emploi régulier pour 44 %, 59 % appartenant à des minorités ethniques, et enfin ayant un passé judiciaire chargé - 85 % ont été arrêtés au moins une fois avant le traitement, 65,7 % ont été incarcérés. Les conclusions de cette étude débouchent sur un nouveau management des services, que le service fédéral de santé publique présente dans un guide, le *State Méthadone Maintenance Treatment Guidelines*, nouvelle bible des professionnels du secteur (6). La conférence nationale des programmes méthadone qui vient de se dérouler à Orlando (National Méthadone Conférence, November 9-11, 1992) a été entièrement consacrée à ces nouvelles stratégies permettant d'améliorer l'efficacité des services en termes globaux de réduction des risques liés à la toxicomanie et au sida. Quelles sont d'abord les modalités de fonctionne-

ment qui se révèlent inadéquates ? Les programmes méthadone qui ne parviennent ni à maintenir les toxicomanes en traitement - un taux élevé d'abandons et de rechutes - ni à faire diminuer la consommation de drogues illicites et le partage de seringues sont d'abord ceux qui ne négocient pas avec leurs patients les modalités de traitement. Cette rigidité bureaucratique, ou ce mépris de l'usager, est le plus souvent associée à des doses trop faibles (égales ou inférieures à 40 mg), avec des durées de traitement trop brèves (moins de six mois), l'absence de souplesse dans la distribution (pas de doses prises à la maison). A contrario, les déterminants de la réussite sont la qualité de service, l'ambiance des programmes et la relation à l'usager, des variations importantes en termes de cessation de l'usage de drogue et de désintoxication ayant été observées d'un professionnel à l'autre au sein d'un même programme, dans une recherche menée sur les *counselors* (7).

Les programmes suivis par des patients le plus souvent sans emploi, appartenant à des minorités ethniques, plus âgés, avec des trajectoires plus lourdes en terme de toxicomanie et de délinquance, sont aussi les moins flexibles ; ce sont également ceux où l'offre de services est la plus limitée. Or la prise en compte globale des besoins sanitaires et sociaux est un des facteurs de réussite à condition que l'offre soit adéquate et diversifiée. Enfin les services restrictifs sont plus souvent situés dans les Etats les

plus répressifs, par exemple dans le Sud-Atlantique des Etats-Unis et plus généralement en zone rurale, comme le démontre une étude nationale portant sur 172 programmes (8). Quelle extension donner à la prescription ? La conférence nationale des programmes méthadone à Orlando s'est fixé un objectif ambitieux : une mobilisation effective; des services, mobilisation de nature à augmenter leur efficacité en matière de réduction des risques, et par là même qui permette de justifier les fonds; qui leur sont alloués, qu'ils soient d'origine privée ou publique. Un personnel compétent, des services adéquats qui répondent aux besoins de l'usager, qu'il s'agisse de counselling, de psychothérapie, d'insertion ou de santé, ne doivent plus être considérés comme un<sup>5</sup> luxe inutile ; la démonstration est né-

Les mauvais programmes sont ceux où les modalités de traitement ne sont pas négociées avec les patients.

cessaire dans un contexte de remise en cause à la fois de la prescription et d'un certain type de services dits aussi « services cadillac », considérés comme coûteux et inutiles.

## Une efficacité en terme de santé publique

Ces évaluations ne permettent pas de trancher sur le débat qui doit être mené à propos des expériences dites de bas seuil, ou *low threshold*, telles qu'elles ont été conçues aux Pays-Bas. L'offre de service qui va sur le terrain, au devant des toxicomanes, a pour objectif d'établir le contact avec les plus exclus : l'aide médicale, sociale et psychologique fournie aux toxicomanes sans attendre qu'ils abandonnent d'eux-mêmes le recours aux produits permet de réduire les conséquences néfastes de la consommation de drogue et d'éviter les processus de détérioration physique et mentale. Ces programmes sont dits à « bas seuil » dans la mesure où ils n'exigent pas des toxicomanes qu'ils renoncent à leur consommation de drogues ; ils exigent en revanche beaucoup des collectivités lorsque ces projets sont, comme aux Pays-Bas, associés à une

**La mortalité peut être réduite lorsque les programmes méthadone s'inscrivent dans une politique globale,**

offre de soins dans les différents services existants, services sanitaires, services sociaux et services de désintoxication à haut seuil.

Bas seuil et haut seuil, loin de s'opposer, entrent dans une dynamique qui en assure l'efficacité, non seulement en termes de santé publique mais également en termes de traitement de la toxicomanie : les toxicomanes contactés dans les programmes dits de bas seuil, moins marginalisés, sont mieux à même d'envisager un changement de mode de vie et sont plus nombreux à entrer dans un processus de désintoxication. L'évaluation de ce type de projets renvoie de fait à l'évaluation de l'ensemble du dispositif de protection sociale ; ils exigent la prise en compte des résultats globaux en termes de prévalence et d'incidence tant de la toxicomanie que du sida.

Les Pays-Bas peuvent fournir des indicateurs relativement fiables dans ces deux domaines. L'incidence de la toxicomanie et celle du sida apparaissent stabilisées (30 % des toxicomanes IV : rappelons que l'injection est de moins en moins utilisée), et les Hollandais peuvent se targuer d'un taux de mortalité réduit à 0,5 % pour les nombreux toxicomanes en traitement (environ un tiers des toxicomanes à

Amsterdam) (9). La mortalité des toxicomanes peut donc être sensiblement réduite lorsque les programmes méthadone s'inscrivent dans une politique plus globale de santé publique. Reste à déterminer le poids des différentes variables dans cette politique, le cadre législatif intervenant également pour une part qui reste à évaluer.

## Des difficultés d'évaluation

Il conviendrait également de disposer de données comparatives ; or aucun autre pays européen ne peut fournir une information épidémiologique aussi fiable. En France, par exemple, le taux de contamination des toxicomanes IV reste à élucider. Il est estimé en moyenne à 40 % pour les toxicomanes hébergés dans le système de soins, mais « toxicomane » est entendu ici au sens de dépendance, quels que soient le produit et la voie d'administration. Dans la même étude, il s'élève à 61 % des toxicomanes IV (10). Il est possible que le taux de contamination des toxicomanes en traitement soit plus élevé que celui des toxicomanes hors traitement, les cliniciens constatant une augmentation nette de la demande de soins provenant des toxicomanes séropositifs. L'étude d'Ingold sur les toxicomanes de rue obtient un taux de séropositivité de 21,7%, mais il s'agit des déclarations des toxicomanes et le statut sérologique de 36,5 % des toxicomanes dans cette même étude n'est pas connu (11). Nous ne disposons pas des outils d'évaluation permettant de trancher sur l'impact d'une simple distribution de produits. Comment évaluer, par exemple, la vente libre des codéinés en France ? Les cliniciens peuvent faire le constat de toxicomanies avérées mais peuvent difficilement en évaluer les

## LES LEÇONS DE L'HISTOIRE

Un éclairage historique est indispensable pour comprendre les orientations préconisées aujourd'hui. Lorsque, à la fin des années 60, Dole et Nyswander commencent à traiter les toxicomanes avec de la méthadone, ils obtiennent de 70 % à 80 % de résultats positifs : les toxicomanes, considérés comme des psychopathes incurables, se révèlent capables de se stabiliser, de renoncer à un mode de vie criminel et de s'insérer. Mieux, certains finissent par se désintoxiquer, alors même que la toxicomanie est considérée comme chronique.

C'est l'enthousiasme, et les programmes se multiplient rapidement : 8 000 toxicomanes traités en 1969, 25 000 en 1972, 85 000 en 1974 et quelque 200 000 à la fin des années 70. Les équipes, peu formées, affectées d'un turn-over important – les jeunes médecins peuvent y faire leurs premières classes – sont souvent débordées : détournement de la méthadone pour le marché noir,

prescriptions inadéquates ou abusives, usages de drogues illicites, overdoses. Des réglementations restrictives sont alors imposées dans certains Etats, mais ces contrôles contribuent à rendre les services plus difficiles d'accès, moins flexibles et plus méfiants envers leurs usagers. Abandons et rechutes augmentent, et l'efficacité du traitement est remise en cause. Avec le temps et l'expérience, des équipes apprennent à faire face et resserrent les liens avec les toxicomanes, les *counselors* pouvant être d'anciens toxicomanes.

La conclusion des recherches évaluatives est claire : le traitement de la toxicomanie ne se contrôle pas par des réglementations mais par une meilleure gestion des programmes, une meilleure qualification du personnel et une meilleure relation aux usagers. Rétrospectivement, les excellents résultats des premiers temps peuvent être en grande partie attribués à la motivation des équipes. ■

effets pour ceux qui ne sont pas suivis dans le système de soins. Les évaluations les plus fiables sur la prescription simple d'opiacés ont été faites en Grande-Bretagne, à l'aide d'études qui offrent la possibilité de comparer différents produits et modalités de consommation (méthadone orale ou injectée, héroïne, morphine).

Plusieurs cohortes ont ainsi été suivies ; les études de Blumberg sur une cohorte prise en charge en 1971 conclut à « un effet positif sur l'emploi, sur la diminution des injections, sur la vie sociale, sur la santé physique et sur la diminution des problèmes légaux, mais le groupe témoin qui n'a pas reçu de prescription pense que cela n'a pas affecté ces items et n'a pas eu d'effets négatifs ». L'étude d'Hartnoll porte sur les prescriptions d'héroïne comparée aux prescriptions de méthadone orale à visée de désintoxication.

## Des objectifs et des résultats différents

Les résultats doivent être rapportés aux objectifs différents de ces traitements : la prescription de méthadone orale qui vise à la désintoxication aboutit à un taux plus élevé d'abstinence que la prescription d'héroïne en maintenance, mais le taux de *drop-out* est plus élevé, et les rechutes sont plus sévères, ne serait-ce que par le sentiment d'échec qu'il génère. Annie Mino, qui présente ces études dans un rapport effectué en 1990 pour l'Office fédéral de la santé publique, en conclut qu'on ne peut démontrer « la supériorité d'une approche thérapeutique sur une autre plus prescriptive. (...) Elles ont l'une et l'autre des objectifs et donc des résultats différents (12) ».

Le débat est donc posé en ces termes : Faut-il privilégier un système exigeant, mais qui ne peut prendre en compte qu'une petite fraction des toxicomanes ? Les données évaluatives à la fois complexes et partielles ne permettent pas de trancher cette question en termes purement techniques. Trop de variables - et trop d'inconnues - interviennent. On ne sait évaluer ni le nombre des exclus du système de soins ni les effets de l'exclusion sur les toxicomanes et sur la collectivité. Les tentatives de prescriptions larges s'inscrivent dans des systèmes culturels et des systèmes de soins différents qui rendent difficiles la comparaison et interdisent la reproduction mécanique

des modèles d'intervention d'un pays à l'autre. Reste la nécessité de suivre attentivement les expérimentations en cours. Au-delà de l'information et d'une évaluation plus précise des coûts et des bénéfices de chacun des choix effectués, la question posée renvoie, *in fine*, à un choix de société. Notre responsabilité de spécialiste est de fournir les informations utiles qui favorisent un débat aussi large possible. Elle est aussi de soutenir projets et expérimentations qui peuvent contribuer à une réduction des risques : la gravité de la situation justifie, nous semble-t-il, une prise de risques à évaluer au regard de ceux que les toxicomanes encourent aujourd'hui.

### NOTES :

- (1) Zweben J. E., Sorensen J., « Misunderstandings about méthadone », *Journ. of Psychoactive Drugs*, 1988, vol. 20(3), juil.-sept.
- (2) Bail J. C., Ross A., *The Effectiveness of Méthadone Maintenance Treatment*, Springer-Verlag, New York, 1991.
- (3) Broadhead R., Heckathorn D., « User-driven vs traditional out reach to combat Aids among drug injectors : assessing a national program and a new approach », NIDA/ NSF, Conférence internationale sur le sida, Amsterdam, 19-26 juillet 1992.
- (4) Mamor M., Des Jarlais D. C., Cohen H. et al., « Risk factors for infection with human immunodeficiency virus among intravenous drug abusers in New York City », *Aids*, 1987, 1, 39-44.  
Weber R., Ledergerber B., Opravil M., Siegenthaier W., Luthy R., 1991, « Progression of HIVB in misusers of injected drugs who stop injecting or follow a program of maintenance treatment with méthadone », *BMJ*, vol. 301, 15 déc. 1990.
- (5) Grönbladh L., Öhlund L.S., Gunne L.M., « Mortality in heroin addiction : impact of méthadone treatment », *Acta Psych. Scand.*, 1990, 82, 223-227.  
Pour ce qui concerne la France, il existe peu d'études de cohortes. On peut néanmoins en citer quelques-unes : 8 % de mortalité pour 300 toxicomanes dans l'étude de Curtet, 1986 ; 13,6 % sur 81 sujets retrouvés dans l'étude de Boukhelifa, 1986 ; et 14 morts sur 117 sujets retrouvés dans l'étude de Boullenger et Spinhirny, 1990 (voir ORS Ile-de-France, 1990).
- (6) Parrino M., *State Méthadone*

La gravité de la situation justifie une prise de risque à évaluer au regard de ceux que les toxicomanes encourent.

- Maintenance Treatment Guidelines*, US Département of Health and Human Service, Rockville, 1992. (7) McLean et al., « Is counsellors an active ingrédient in substance abuse rehabilitation ? », *Ner. Ment. Dis.*, 1988, 176, 423-430. (8) D'Aunno et Vaughn, D'Aunno Vaughn T., « Variation in méthadone treatment practice, Results from a national study », *JAMA*, janv. 8, 1992, vol. 267 n° 2 19928. (9) Burning E., « Harm-reduction is mainstream thinking », présentation at The Second International Conférence on the Réduction of Drug Related Harm, Barcelone, mars 1991. (10) Facy F., *Enquête trimestrielle auprès des centres de postcure sur la prise en charge des toxicomanes atteints du sida*, INSERM, janv. 1990. (11) Ingold, *La transmission du VIH chez les toxicomanes, pratiques, attitudes et représentations, situations et tendance*, IREP, 1992. (12) Mino A., *Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine*, Expertise rédigée à la demande de l'Office fédéral de la santé publique, Genève, sept. 1990.

**Anne Coppel**  
Sociologue, chargée de mission soins aux toxicomanes à la DDASS 92