



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC  
Kantonsarztamt KAA

Route de Villars 101, 1700 Fribourg

T +41 26 305 79 80  
www.fr.ch/smc

**E-mail sécurisé : [addiction@secu.fr.ch](mailto:addiction@secu.fr.ch)**  
**Traitement de substitution**

## Contrat thérapeutique / Traitement de substitution par les stupéfiants

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse: .....

J'atteste avoir pris connaissance des modalités d'administration du traitement de substitution par les stupéfiants selon l'Arrêté du Conseil d'Etat du 28 janvier 1997 et les Directives de la Direction de la santé publique et des affaires sociales du 28 janvier 1997. Je m'engage librement et formellement à respecter ces modalités et en particulier :

1. à suivre les indications du médecin traitant dans l'exécution du traitement, à ingérer ma dose de stupéfiant sous surveillance et à respecter l'horaire qui m'est donné ;
2. à me rendre régulièrement et ponctuellement au lieu convenu avec mon médecin traitant pour prendre ma dose de stupéfiant et éventuellement des médicaments complémentaires ;
3. Je suis conscient que la consommation de l'alcool ou d'autres médicaments peut renforcer, parfois de manière peu prévisible, les effets souhaités ou indésirables des médicaments prescrits et des drogues. Je m'engage à informer mon médecin traitant de tout autre traitement médicamenteux supplémentaire que je pourrais recevoir d'un autre médecin ;
4. à accepter des contrôles d'urine ordonnés par le médecin traitant. Un examen d'urine refusé est considéré comme positif ;
5. à ne pas remettre de stupéfiant à des tiers ;
6. à me rendre régulièrement aux entretiens prévus par mon médecin traitant ou mon infirmier référent ;
7. à annoncer suffisamment à l'avance mes absences empêchant de me présenter dans le lieu de distribution de stupéfiant ;
8. à ouvrir un dossier pharmaceutique partagé dans une pharmacie publique dès le début de la remise des médicaments de substitution.
9. Je prends acte qu'en aucun cas les doses de stupéfiant que j'aurai reçues pour emporter ne seront remplacées (perte, vol, etc.) ;
10. Je prends acte que le trafic de stupéfiants et de médicaments, un comportement violent ou la non-observation des points mentionnés plus haut pourront amener une révision du programme et de l'autorisation.

Signature du patient / de la patiente

Signature et sceau du médecin traitant

.....

.....

Signature et sceau du pharmacien

.....

Lieu et date .....

Une copie de ce document est à envoyer via la plateforme électronique « Substitution Online » ou par courrier au Médecin cantonal.