

---

# Contribution de Asud

## La substitution aux opiacés : le point de vue des usagers

### Qu'est-ce que la substitution ?

Ce sont des traitements mis à disposition des usagers dépendants aux opiacés pour réduire les risques liés à la consommation d'opiacés illicites. Réduire les risques voulant dire ici, soit arrêter ou baisser la consommation de produits illicites, arrêter ou diminuer l'injection, ou aider à gérer l'usage de drogues. Au final, c'est pour aider ces usagers à aller mieux et à pouvoir gérer leur vie.

Il y a en effet deux types de substitution : la substitution « sevrage », qui à plus ou moins long terme vise l'abstinence de toute drogue, y compris parfois des traitements de substitution, et la substitution « maintenance » qui permet aux usagers de gérer leur consommation de produits illicites.

La première est surtout connue en France, y compris par les professionnels du soin. La deuxième est plus utilisée par les usagers qu'on peut le croire... Ce qui peut être la source de tensions et de malentendus entre usagers et professionnels du soin, comme nous le verrons plus tard. Elle est pourtant très pratiquée comme telle dans les pays anglo-saxons. Il faut aussi noter que les usagers ne se cantonnent pas à l'une ou l'autre, mais font des aller et retour entre les deux.

Au niveau des produits de substitution proprement dit, il y en a 4 en France, 2 officiels, 2 officieux. Les officiels sont bien sûr la buprénorphine haut dosage (BHD) et la méthadone, et les officieux sont la morphine (Skénan® et Moscantin®) et la codéine (Néo-codion®, Codoliprane®...). Les chiffres sont de 120 000 pour la BHD (avec 30 % de générique), de 20 000 pour la méthadone, de 5 à 10 000 pour la codéine et de 3 000 pour la morphine, ce qui n'est pas négligeable.

### Pourquoi ces substitutions officieuses ?

Avant d'expliquer cela, il faut rappeler le cadre de prescription de la buprénorphine haut dosage et de la méthadone. La buprénorphine (BHD) peut s'obtenir chez tout médecin généraliste, pour 28 jours maximum, sans contrôle urinaire. La méthadone ne peut être primo-prescrite que dans les centres de soin, pour une période de 14 jours maximum, avec un cadre souvent très strict, qui comprend les contrôles urinaires et parfois des « punitions » si l'utilisateur consomme des produits illicites.

Les substitutions officieuses ont perduré parce qu'il n'y a pas adéquation entre l'offre de soin et la demande des usagers.

L'avantage de la codéine est qu'elle est en vente libre en France, et qu'elle sert à une catégorie d'usagers qui ne sont pas prêts (ne peuvent pas ou ne veulent pas) à rentrer dans le système de soin. Elle sert au coup par coup, pour combler le manque entre deux arrivages d'héroïne, comme dans les années 1980. Mais elle sert aussi à de vieux usagers des années 1980 qui avaient créé leur substitution avec le Néo-codion et qui n'ont pas arrêté depuis. Son principal inconvénient est que les comprimés (mis à part le Néo-codion) sont souvent associés à du paracétamol, ce qui peut provoquer des hépatites fulgurantes à hautes doses (4 g). Pour la morphine, qui peut être prescrite par les médecins généralistes, principalement sous forme de Skénan®, c'est très différent. Ce sont des usagers, qui ne trouvent pas leur compte ni dans la buprénorphine (BHD), qui n'est pas assez « forte » pour eux, ni dans la méthadone, dont le cadre est trop strict.

### **Qu'est-ce que la substitution apporte aux usagers d'opiacés et à la société ?**

Obtenir un traitement de substitution, c'est arrêter de dépenser son temps et son argent pour l'obtention d'opiacés illicites, c'est arrêter de prendre des risques avec la loi, c'est diminuer les injections et prendre moins de risque de contamination VIH/VHC, c'est pouvoir avoir accès au soin.

C'est pourquoi la substitution en France a été un succès pour la santé publique : une réduction des overdoses de 80 % en quelques années, une diminution de la consommation d'héroïne, les injecteurs ne se contaminent plus avec le VIH (moins de 3 % de taux de prévalence), la durée de vie des usagers a augmenté, les usagers ont pu rentrer dans le système de soin. Sur ce dernier point, il faut rappeler qu'au début des années 1990, les usagers d'héroïne n'avaient pas accès au soin, puisque les soignants, en particulier à l'hôpital, leur demandaient de faire un sevrage avant d'être pris en charge pour n'importe quelle maladie. La substitution a changé complètement la donne.

Mais ce n'est pas qu'un succès de santé publique, c'est aussi un succès économique et social. Non seulement, les usagers travaillent plus et vont moins en prison, mais ce qui n'est pas dit souvent, c'est que la substitution fait économiser à la société française des centaines de millions d'euros (voir la conférence de consensus sur les traitements de substitution, FFA et Anaes, 2004) : moins de maladie ou d'overdose, moins d'infractions à la législation sur les stupéfiants pour héroïne et de prison, plus de travail et plus d'impôts payés...

### **Le cas de la buprénorphine haut dosage**

Le Subutex a beaucoup été décrié ces dernières années, mais c'est grâce à lui que la substitution a été un succès en France. Son cadre libéral a permis aux usagers d'avoir accès à la substitution en nombre et de rentrer massivement dans le système de soins. Dans d'autres pays comme au Canada, qui n'ont pas

accès à une substitution libérale, les taux de prévalence VIH et les overdoses à l'héroïne baissent beaucoup moins vite que chez nous.

Mais ce cadre libéral à des effets secondaires.

Premièrement, la buprénorphine a remplacé l'héroïne dans la rue, prouvant s'il le fallait, que la buprénorphine est bien une drogue avec des effets psychoactifs. Si on peut le déplorer, notamment parce que cela peut mettre en danger le dispositif, il faut analyser pourquoi et différencier le trafic, qui doit être combattu, de ce que les usagers peuvent trouver au marché noir. C'est le cas par exemple, des usagers qui ne peuvent pas ou ne veulent pas rentrer dans le système de soin et qui peuvent trouver de la buprénorphine au marché noir. Il peut en effet être très dur d'aller voir un médecin et un pharmacien, et cela peut être vécu comme une épreuve. Ceci plaide pour la multiplication des bus à bas seuil d'exigence, type Gaia à Paris, pour aller à la rencontre de l'utilisateur sur son lieu de consommation. C'est aussi le cas des usagers que le médecin a sous-dosé par méconnaissance ou par punition qui peuvent ainsi compléter leur traitement.

Deuxièmement, la buprénorphine est « mésusée » que ce soit en injection, en sniff ou en la fumant. Nous n'appelons pas cela mésusage, très connoté péjorativement, mais « usage alternatif » de la substitution. En effet, pour nous, si des usagers s'injectent ou sniffent de la buprénorphine, c'est que leurs besoins ne sont pas en phase avec l'offre de substitution. Ainsi, si le Subutex est injecté, c'est qu'il n'existe pas en France de traitements de substitution injectables contrairement à la plupart des pays européens voisins, pour répondre aux besoins des usagers qui ne peuvent pas arrêter l'injection.

Troisièmement, c'est la question de la primo-dépendance à la buprénorphine. Des usagers qui n'ont jamais goûté l'héroïne se retrouvent dépendants à la buprénorphine issue du marché noir. Si encore une fois, on peut le déplorer, est-ce qu'il ne vaut pas mieux que ces nouveaux usagers commencent par la buprénorphine, beaucoup moins dangereuse que l'héroïne ? Il sera en outre plus facile pour eux d'entrer dans le système de soin parce que le produit auquel ils sont dépendants est le même que celui qui est proposé dans ce système.

### **La question du sevrage**

Contrairement aux idées reçues, la substitution ne s'oppose pas au sevrage. Ce sont deux outils différents pour aider les usagers. La question est de savoir quand le faire, qui décide de le faire et comment le faire.

Sur le terrain, nous voyons souvent des usagers ayant arrêté leur traitement de substitution, reprendre de l'héroïne en prenant le risque de l'overdose, puisqu'ils ne sont plus aussi tolérants. De même, de nombreux usagers sont devenus dépendants à l'alcool après avoir arrêté leur traitement. De plus, le

commentaire d'Andrew Byrn sur l'étude « *Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study* » prouve que les héroïnomanes sevrés de tout opiacé, y compris des traitements de substitution, ont une durée de vie plus courte que les personnes sous substitution. Ceci nous confirme que le traitement de substitution ne doit pas être arrêté à la légère. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas se sevrer des traitements de substitution, mais surtout que c'est aux usagers et non aux médecins de prendre la décision de baisser et d'arrêter les traitements.

Enfin, il y a un vrai problème sur les sevrages des traitements de substitution en France. Il n'y a pas de clinique du sevrage des traitements de substitution. Le dispositif est adapté pour le sevrage à l'héroïne mais pas pour la substitution, dont le sevrage est plus progressif et dure plus longtemps. Les usagers qui sortent du sevrage au bout de 10 jours n'en ont pas encore terminé et la rechute n'est pas loin. C'est aussi ce qui explique que beaucoup d'usagers vont tenter leur chance dans la clinique du Dr Waissman en Israël avec son sevrage NRO ultrarapide à 8 000 euros. Il faut redéfinir en urgence une clinique du sevrage.

### **Les relations médecin-usager et pharmacien-usager**

On ne peut pas affirmer que les relations usagers-soignants vont mal. Mais, à cause de la différence entre le besoin de l'usager et l'offre de soin, et parce que les soignants sont mal formés (voire pas formés du tout) à la toxicomanie, elles sont souvent un dialogue de sourd. Une étude sur les représentations qu'ont les usagers de leur médecin traitant fait ressortir quatre types de représentations : le dealer en blouse blanche, le médecin paternaliste et autoritaire, le médecin focalisé sur les dosages, et le spécialiste focalisé sur la personne (Guichard et coll., 2007). La conclusion de l'étude montre que dans tous les cas, quand il y a rechute ou « usage alternatif », il est très difficile d'en parler à son médecin. Nous pouvons affirmer la même chose pour le pharmacien, ce qui laisse les usagers seuls face à leurs problèmes puisque le médecin et le pharmacien sont souvent les seules personnes à qui ils peuvent parler de leur traitement.

Dans ce dialogue de sourd, on peut néanmoins souligner deux types de problèmes qui témoignent d'une conception différente des addictions. Il y a des médecins qui veulent à tout prix baisser le traitement dès que l'usager a commencé. Cela conduit l'usager à la rechute, ou à aller compléter son traitement au marché noir. Inversement, certains médecins ne veulent pas baisser le traitement, même si l'usager en a envie, considérant que de toute façon celui-ci va rechuter. Ceci conduit l'usager à tenter tout seul de décrocher, sans pouvoir s'appuyer sur les compétences du corps médical.

Ces deux exemples montrent bien à quel point les pratiques sont hétéroclytes et surtout à quel point parfois le traitement n'est pas négocié avec l'usager. Or,

la négociation du traitement doit être au cœur de la prescription du médecin. Pour responsabiliser l'utilisateur autant que pour répondre à ses besoins.

**En conclusion**, la substitution à la française a été un succès sanitaire, économique et social, en particulier grâce au cadre libéral de la prescription de la buprénorphine (BHD). Ce succès a néanmoins oublié des usagers aux bords de la route, notamment les plus précarisés, parce que leurs besoins ne sont pas en adéquation avec l'offre du système de soin et parce que les professionnels du soin ne sont pas assez formés. Certaines mesures à prendre sont simples : élaborer une clinique du sevrage, pouvoir prescrire de la méthadone en médecine de ville comme le font les belges, légaliser la prescription de morphine, inclure des formations sur l'usage de drogues dans les cursus de pharmaciens ou de médecins. D'autres mesures restent plus compliquées, plus à cause de tabous qui résistent que de questions techniques, comme mettre sur le marché un subutex injectable pour ceux qui ne peuvent se passer de l'injection ou élaborer un protocole d'héroïne médicalisée.

Dans tous les cas, il est nécessaire d'écouter les besoins des usagers si l'on veut diminuer les dysfonctionnements du système, comme le marché noir et les « usages alternatifs ».

**Pierre Chappard**

*Chef de projet à Asud (Autosupport des usagers de drogues)*

## BIBLIOGRAPHIE

BYRNE A. Commentaire sur l'étude : Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. STRANG J, MCCAMBRIDGE J, BEST D, BESWICK T, BEARN J, et coll. *BMJ* 2003, **326** : 959-960

EMMANUELLI J. Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie IV. InVS, 2001

FEDERATION FRANÇAISE D'ADDICTOLOGIE (FFA), ANAES. Conférence de consensus : Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution (23 et 24 juin 2004, Lyon)

GUICHARD A, LERT F, BRODEUR JM, RICHARD L. Buprenorphine substitution treatment in France: drug users' views of the doctor-user relationship. *Soc Sci Med* 2007, **64** : 2578-2593

MOREL A, COUTERON JP. Les conduites addictives. Edition Dunod, 2008