

Asud
le journal des « drogué-zeureu »
30 – hiver 2005/2006
1,50 euro



spécial États
généraux
des usagers
de la substitution



Quin

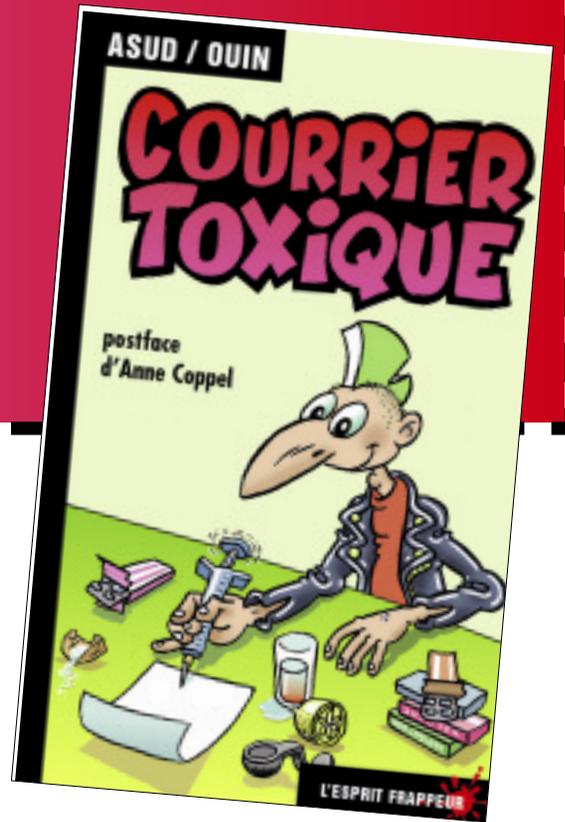
BON DE COMMANDE à retourner à L'ESPRIT FRAPPEUR
 9, passage Dagorno – 75020 Paris – commande sur site : <http://espritfrappeur.com>

Titre : COURRIER TOXIQUE
 Nombre d'exemplaire : ∞ 6 euros

Total de la commande + frais de port : 2 € (quelque soit la quantité) =

Nom..... Prénom
 Adresse.....
 Ville Code postal.....

Je règle par : Mandat Chèque à l'ordre de AGORA
 CB N°..... expire le/...../..... Signature



La prohibition des drogues
 Regards croisés sur un interdit juridique
 sous la direction de Renaud Colson

La politique française en matière d'usage de drogues illicites témoigne d'un souci d'éradication pure et simple. La loi du 31 décembre 1970 fait du consommateur de stupéfiants un délinquant et un malade. À aucun moment les pouvoirs publics n'ont envisagé une autre voie. Le présent ouvrage fait le pari d'une étude critique de l'institution prohibitionniste au moyen d'une mise en perspective des connaissances théoriques de chercheurs et des expériences pratiques d'acteurs sociaux. L'histoire, la sociologie, l'économie, la géopolitique et la théorie du droit sont sollicitées pour décrire et évaluer les effets de la prohibition. Magistrat, avocat, policier, clinicien et usager de drogue sont invités à rendre compte de leurs expériences respectives du régime légal frappant les drogues illicites.

Une autre façon de réfléchir sur l'un des fléaux de notre société...

ISBN : 2-7535-0111-4
 12,50 €

Disponible en librairie

PUR

PRESSES UNIVERSITAIRES DE RENNES
 Campus de la Haie - 2, rue du doyen Denis-Leroy - 35044 Rennes cedex - Tél. 02 99 14 14 01/Fax 02 99 14 14 07

Des anciens numéros d'Asud-Journal (les n° 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27) sont encore disponibles, à 3 euros l'exemplaire + frais de poste. Pour + d'infos sur leur contenu, les thèmes abordés et passer votre commande, contactez Asud :
 tél : 01 43 15 00 66 – fax : 01 43 15 01 11 – courriel : secretariat.asud@club-internet.fr

Asud – 206, rue de Belleville – 75020 Paris – tél. 01 43 15 00 66 – fax 01 43 15 01 11 – mail asud@club-internet.fr

Souscrivez pour 4 numéros
 du n°... au n°...

Abonnez-vous

nom.....
 prénom.....
 adresse.....
 code postal.....
 ville.....
 Pays.....

particulier..... **12 €**
 professionnel, association et collectivité locale..... **30 €**
 4 x 10 ex..... **77 €**
 4 x 50 ex..... **152 €**
 4 x 100 ex..... **200 €**

Envoi illimité dans la limite du stock disponible.

sommaire

Pourquoi les Égus	6
L'histoire de la substitution	7
L'alliance thérapeutique ou les relations médecins/patients : une succession de « classiques »	9
Le choix de la molécule, et celui du dosage	9
La qualité de la prise en charge	10
La violence	11
L'environnement social	12
Consommations et « coconsommations »	13
Le « cadavre dans le placard : la cocaïne	13
Un grand classique : le cannabis	13
La substitution en prison	14
La substitution est-elle un médicament comme les autres ?	15
Certains pensent que oui...	15
... D'autres pensent que non...	16
... Et puis il y a ceux qui pensent ni oui ni non	16
Le sevrage	17
La substitution est-elle une drogue ?	18
Le « mésusage » ou comment un médicament devient drogue	18
Et le plaisir dans tout ça ?	21
Défonce et plaisir sont-ils antinomiques de l'objectif de soin ?	21
Une solution :	
les sulfates de morphine	22
Autre solution : la prescription initiale de méthadone en médecine de ville	23
La question politique	24
La RdR est-elle une véritable politique	24
Une grande absente : la citoyenneté des usagers	25
Le bilan des 12 travaux d'Égus par Éric Schneider	27
Les 10 « malentendus de la substitution » selon Alain Morel	29
La synthèse de Laurent Appel	32
Courrier	36
Adresses	38

Les drogués et l'anti-France (à Mohamed Hamla et Mansour Hamadi)

Après les douces France de Charles Trenet et Rachid Taha, passons à la France dure de nos compatriotes de couleur (comme on dit aux Antilles). On peut reprocher une foule de choses à la vie en banlieue, ses ascenseurs mortels, ses odeurs d'urine, le mélange Nike/foulard islamique... on ne dira jamais assez le mal provoqué par l'abandon du gros rouge au profit du cannabis.

D'abord, va trouver un troquet ouvert dans ces endroits. Prends Clichy-sous-Bois, par exemple, tu y trouveras Le Chêne pointu, un soi-disant centre commercial avec une boulangerie crasseuse, mais de troquet, point. Alors après, il faut pas s'étonner !!! Le dernier troquet en activité, c'est le tabac des Bosquets, 2 km plus loin vers Montfermeil. Mais il a brûlé en 99. Depuis, ça ressemble un peu à Beyrouth... ou à Bagdad.

Il faut dire que dans les années 60, les communistes ont lutté contre l'implantation des débits de boissons dans les quartiers ouvriers. Alors à la place, on fume. Il faut dire aussi que tout à côté, à Paris, quelques millions de jeunes gens et de jeunes filles de bonne famille veulent aussi fumer du shit et de l'herbe. Qui va s'en occuper ? Certainement pas le gouvernement. Le gouvernement a compris que, vu leur faiblesse économique, il fallait trouver un revenu de substitution (si, si, ça s'appelle comme ça) aux familles les plus récemment arrivées de l'étranger. Quelqu'un, qui a eu la modestie de rester anonyme, a eu l'idée d'interdire la consommation de cannabis, ce qui fait automatiquement monter les prix et permet aux plus pauvres d'améliorer leurs fins de mois. L'expérience avait déjà été concluante dans les années 20 en Amérique du Nord, avec la promotion de la communauté italienne grâce à l'interdiction de l'alcool.

Autre aspect du problème à ne pas négliger : le sida et l'hépatite C. Là, on rigole moins parce que les gens meurent et continuent à mourir. Y en a des milliers qui sont morts dans les banlieues dans les années 80 et 90 du XX^e siècle. Ce sont les fameux grand frères (comme on dit dans les médias), qui continuent de mourir dans l'indifférence générale. Quasiment toutes les familles ont connu la galère d'avoir un fils toxico, quelques fois deux. Des Noirs, des Arabes, des Céfrans aussi. Le tout, orchestré par un cursus de délinquant de premier ordre : casses, deal, zonzon, overdoses et pour finir, le cocktail sida/hépatite. Alors bien sûr, la génération d'après, elle, a compris. La came, merci bien. Le chichon d'accord, mais la came, non. D'ailleurs les tox, on leur casse la tête quand ils viennent traîner leurs 50 piges dans la cité.

Donc, je résume. Quatorze nuits de violences urbaines, des commentaires à géométrie variable concernant à peu près tous les angles, et un non-dit assourdissant autour de l'infrastructure addictologique du phénomène, à savoir :

- l'alcoolisme ouvrier et ses conséquences urbanistiques ;
- le traumatisme de la came et du sida des années 80 ;
- l'économie du cannabis.

Comme si depuis la découverte des raves parties, la défonce était redevenue une valeur exclusivement bourgeoise. Comme si on avait honte de ne pas avoir dit que les morts du sida n'étaient pas seulement des toxicomanes, mais aussi et surtout des Mohamed et des Mansour.

Dans les quartiers (comme disent les militants socialistes), on n'est pas vraiment en France, c'est bien connu. Alors de manière tacite, on insiste sur l'exotisme, les trucs qui nous prouvent que la banlieue c'est les autres, des gens pas comme nous, avec des problèmes pas français comme l'islam, la polygamie, la peau bronzée. Les mamans arabes ont vu leurs aînés mourir du sida à la suite d'une politique de répression tous azimuts bien française, elles voient leurs cadets dealer du shit pour répondre à la demande exponentielle des chères têtes blondes du centre ville, elles vivent dans des quartiers rendus inhumains – notamment – par l'obsession anti-alcoolique des militants ouvriers coco-catho des années 60. Qui peut encore croire que leurs problèmes ne sont pas NOS problèmes ?

Bonne année

Fabrice Olivet

directeur de la publication Éric Schneider – rédacteur en chef Fabrice Olivet –
 rédactrice en chef adjointe Isabelle Célérier
 secrétariat de rédaction Isabelle Célérier – assistant de rédaction Sébastien Couvelard –
 maquette julien@bocal.com – couverture Pierre Ouin
 Ont participé à ce numéro Laurent Appel, Isabelle Célérier, Fabrice Olivet
 Illustrations Pierre Ouin, Manu Michaud, Dominique Bée, Yan Villars
 Imprimerie Moderne de Bayeux
 Commission paritaire en cours
 Asud-Journal a été tiré à 15 000 exemplaires.

Ce numéro d'Asud-journal a pu paraître grâce aux soutiens de Sidaction et de la Direction générale de la santé.

Ne nous fâchons pas...

Les deux premières éditions des Égus furent un soulagement. D'abord, le soulagement de l'avoir fait. Des usagers de drogues, identifiés comme tels, peuvent organiser un rendez-vous annuel pour réfléchir sur des « sujets qui fâchent » avec leurs interlocuteurs habituels, fonctionnaires, autres usagers, médecins, responsables associatifs. Le challenge était double : ne pas organiser une drug party (le rêve secret de nos amis de France sans drogue), mais surtout, courir le risque de pugilat général. Et il faut reconnaître que la barre avait été fixée très haut en invitant François Nicolas, l'ennemi juré d'Act Up-Paris, aux Égus II.

Finalement, mission accomplie sur les deux tableaux, malgré une légère émotion pendant les vaticinations foucaldiennes du représentant de l'ex-Collectif anti-crack (p. 24).

Le flacon sans l'ivresse Bien que peu connus en France, les traitements de substitution aux opiacés (TSO) ont maintenant un bilan à présenter, et c'est un bon bilan. Mais c'est un bilan vu d'en haut. C'est le bilan fait par les institutions qui ont mis en place cette politique, principalement les fonctionnaires du ministère de la Santé et de la Milt. En un sens, la substitution a été une belle réussite technocratique. Mais comme toutes les entreprises technocratiques, elle suscite les rancœurs du « bas de l'échelle ». Celles, par exemple, des administrés et de leurs représentants au Parlement qui manifestent un ressentiment évident à l'égard d'une politique – la réduction des risques – considérée, à juste titre, comme un désaveu de la traditionnelle « lutte contre la toxicomanie » mise en place sans réelle consultation du pays. Ou celles des exécutants du secteur sanitaire et social, surtout ceux n'appartenant pas au corps médical, qui ont pu se sentir « dépossédés » d'un domaine autrefois réservé.

Notre job, à Asud, est d'essayer de donner des indications sur ce que pensent de cette politique une autre catégorie d'administrés, les usagers eux-mêmes, qui profitent enfin de la vague démocratique touchant le secteur médical en faveur du droit des malades. Certes, Asud ne représente pas tous les usagers. Mais Asud a un grand avantage sur ceux qui parlent quelquefois au nom des « patients » : Asud EST aussi une association de... patients. Même si, tout en soutenant la substitution de manière générale, certains Asudiens peuvent trouver cette solution inadéquate en ce qui concerne leurs propres consommations.

Les habitants du placard Dans Le Cercle rouge, le film de Jean-pierre Melville, Yves Montand joue un ex-flic alcoolique qui guette les petites bêtes habitant le placard de son delirium tremens. Les Égus I et II ont permis de sortir au grand jour les habitants du placard de la substitution :

1. La question du plaisir dans les traitements. Un propos tabou, obscène, mais aussi un élément d'explication des échecs, ou tout au moins des limites, rencontrés par les traitements.

2. La substitution, drogue ou médicament ? Sans le recouvrir complètement, la question flirte avec l'énoncé précédent. Une question politique autant que médicale, ou plutôt une question de politique médicale : la substitution n'est-elle qu'une forme de « légalisation du pauvre » dans un contexte prohibitionniste ?

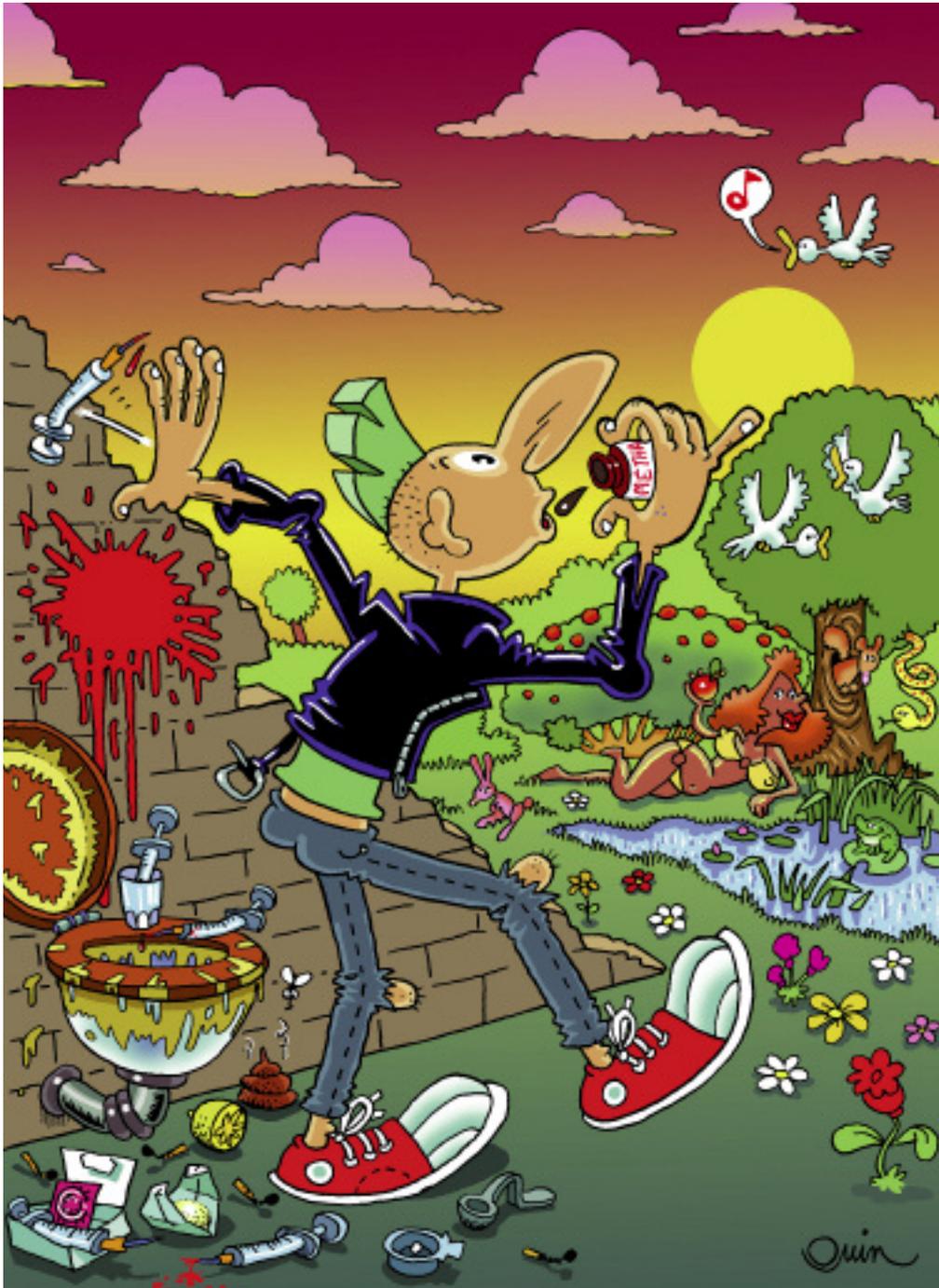
3. La question sociale, que l'on peut résumer ainsi : qui sont les grands bénéficiaires de la substitution ? Les classes moyennes et supérieures. Où se trouvent les échecs ? Chez les pauvres.

On a réintroduit la fracture sociale dans un schéma que la prohibition avait en quelque sorte « congelé » en dehors des contingences économiques classiques.

Voilà pour les habitants du placard, débats non déballés et autres non-dits permanents. Passons aux paradoxes, dont le premier réside dans le principe même de la substitution : guérir de la drogue en donnant de la drogue.

Résumé des paradoxes précédents Premier paradoxe : alors que les usagers prétendent militer pour le droit de consommer librement des drogues, des militants de l'auto-support réclament, dans le même temps, le statut de malade chronique justifiant « scientifiquement » une prescription médicale d'opiacés (p. 15). Une opinion partagée par bon nombre d'usagers qui, dans le fond de leur cœur, adhèrent secrètement au fantasme du déséquilibre physiologique du toxicomane. Calquée sur le modèle diabétique, si souvent invoqué, l'idée n'est pas nouvelle : quiconque présente un déficit en endomorphines « naturelles » a besoin d'un petit coup de pouce pour affronter ce monde cruel. L'équilibre est d'abord retrouvé grâce au dealer, puis grâce aux bons offices de sainte substitution. En à peine quelques mois, le diabolique détresseur de petites vieilles se transforme ainsi en honnête travailleur ! À ce jour, aucune preuve scientifique sérieuse n'est cependant venue confirmer ou infirmer cette hypothèse, sécurisante ou horripilante selon les opinions.

Second paradoxe : le désir légitime de voir proclamé et explicité le principe d'une substitution à vie pour les usagers de méthadone ayant entamé leur traitement, soi-disant temporaire, au début des années 90 (p. 16). Ajoutons-y la ou les dizaines de milliers d'usagers de Subutex® accros à la buprénorphine depuis 1996, et un bon paquet de « substitués » commencent ainsi à lorgner du côté de la maison de retraite. Seulement voilà, ce sont les mêmes, et quelquefois pour les mêmes raisons, qui demandent avec insistance que l'on mette scientifiquement au point des cures spécifiques de sevrage pour décrocher de la méthadone, du Subutex® ou des sulfates de morphines. À chaque fois qu'un usager s'est embarqué dans un programme de sevrage soi-disant « spécifique », il s'est retrouvé dans une cure classique, éventuellement prolongée à 20 jours au lieu de 10. Ce que nous demandons, c'est une étude systématique de l'intensité du manque selon le produit, avec ses nuances de sensations et ses typologies de douleurs. Cela permettrait de rassurer nombre de candidats



au sevrage qui reculent à l'idée de servir de cobaye et, d'autre part, de pouvoir expérimenter la consommation alternée de plusieurs molécules opiacées, réclamée dans les 12 travaux d'Égus (p. 27).

Au propre et au figuré Les Égus sont donc bien le reflet de ce monde de l'usage des drogues que tous les spécialistes s'attachent à reconnaître comme multiple, changeant, polymorphe et contradictoire. En cela, il n'est que le reflet de la nature humaine. L'usage des drogues, n'en déplaise aux moralistes de tout poil, est l'humanité par excellence. Les tentatives de nous le présenter comme univoque et procédant toujours de la même explication ont toutes débouché sur des catastrophes. Des éradicateurs puritains de la prohibition américaine pour lesquels le buveur est avant tout un pêcheur impénitent, aux psychanalystes inventeurs du « symptôme », campé

à la surface et bloquant l'entrée de la caverne de la « souffrance toxico », tous ont refusé aux drogues leur statut universel. Or, les prises de drogues sont au figuré de l'homme ce que le rire est à son propre.

Après tout, le mieux est de juger sur pièces. Rappelons que, loin d'être une cogitation intellectuelle sans lien avec la réalité, ces débats ont, sur le terrain, des implications cliniques directes. Les pages qui suivent sont un florilège de ce que nous avons considéré comme significatif de ces deux rendez-vous, avec **en bleu** les extraits des Égus I, **en vert** ceux des Égus II. De nombreux échanges sont donc absents de ce numéro spécial d'Asud-Journal, mais vous les retrouverez dans les actes de ces deux premières éditions.

Alors bonne lecture, et comme le disait Michel Audiard, « ne nous fâchons pas ».

Fabrice Olivet

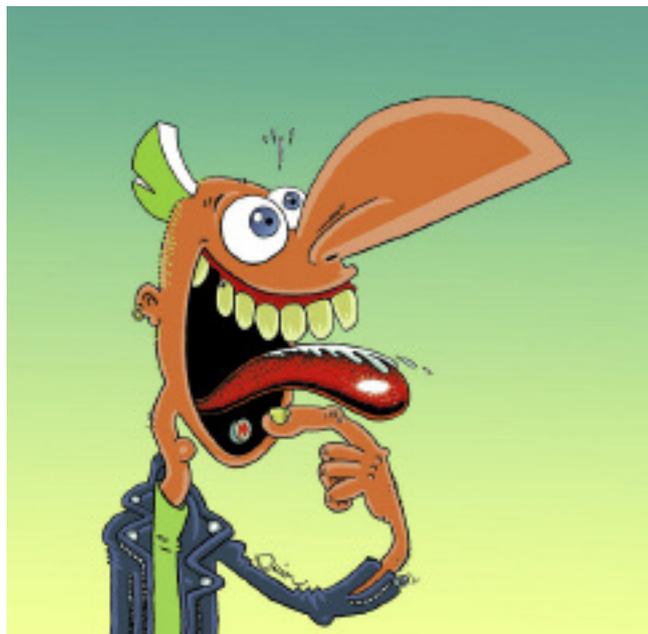
Pourquoi les Égus ?

Les États généraux des usagers de la substitution (Égus) sont une première. Une première en France, mais aussi dans le monde où, sauf erreur, les personnes vivant avec des traitements de substitution ne constituent nulle part un groupe organisé, revendicatif ou simplement légal. Partout, la substitution continue d'être étroitement surveillée par sa grande sœur, la lutte contre la drogue. En autorisant un alignement relatif sur le droit commun, la France rompt avec la logique du contrôle social, une perspective dont la garantie la plus tangible est l'existence d'associations de patients réellement autonomes.

Il y a donc une voie française, étroite, paradoxale, mais non dénuée d'atouts importants pour faire valoir son originalité : un cadre légal très strict, mais des conditions de prescription et de délivrance relativement libérales comparativement à la norme internationale. Bref, le « modèle social français » existe bel et bien, et notre rôle est sans doute de persuader nos concitoyens que la démocratie a aussi droit de visite dans les soins délivrés aux « toxicomanes ».

Antonio Ugidos (directeur du Crips Île-de-France)

Ces états généraux sont une première. Ils permettent de voir le chemin parcouru par les usagers de drogues dans leur prise en charge et leur visibilité. Il me paraît essentiel que l'expérience que vous avez accumulée dans la pratique de la prévention et de la substitution, vous puissiez la transmettre à travers des propositions précises au groupe d'experts de la Conférence de consensus, et qu'à l'instar



des personnes séropositives, votre parole d'usagers soit entendue et reconnue comme valeur d'expertise sur les usages, les pratiques et les stratégies à mettre en place dans ces domaines. Je souhaite que les Égus deviennent

une plate-forme qui aide à faire valoir vos droits, vos besoins en tant que consommateurs de produits psychoactifs.

Tim Greacen (représentant des usagers de l'hôpital européen Georges Pompidou, Paris)

Avant la substitution, même l'accès à la parole était limité. Après la substitution, on peut enfin s'exprimer.

Fabrice Olivet (Asud)

Les usagers de drogues n'ont pas de représentation en tant que tels, le seul espace de citoyenneté qu'ils puissent avoir à l'heure actuelle, c'est cet espace de malade... Nous devons déterminer des orientations concrètes pour une amélioration substantielle des traitements de substitution. Hors sevrage et abstinence, les pistes que nous voulons ouvrir sont :

- Ne plus guérir mais rester en bonne santé.
- Redéfinir les rôles du patient et du prescripteur.
- Contribuer à l'émergence d'une parole des usagers de la substitution, et favoriser ainsi l'éducation à la santé en matière de drogues.

Olivier Doubre (Act Up-Paris)

En France, 85 000 personnes sont sous Subutex®, 10 ou 12 000 sous méthadone, et 2 ou 3 000 sous sulfate de morphine. On a toujours la loi la plus répressive d'Europe. En tant qu'usagers de drogues, usagers substitués, cette culpabilité, cette clandestinité, cette peur, cette répression, on l'a évidemment intériorisée. On peut avoir des difficultés à prendre la parole et à s'exprimer.

Gérald Sanchez (Act Up-Paris)

C'est la première fois qu'on se retrouve aussi nombreux sur le sujet, on doit essayer au maximum d'être dans la revendication, dans la recommandation.

« Avant la substitution, même l'accès à la parole était limité. Après la substitution, on peut enfin s'exprimer. » Tim Greacen

L'histoire de la substitution

Quel est le pays étrange où 100 000 héroïnomanes (entre la moitié et les deux tiers de l'ensemble des personnes concernées) sont traités avec des opiacés prescrits légalement dans le cadre d'une politique de maintenance au long cours ?

Réponse : la République française. Mais chut, ne le répétez pas !

Dans notre pays, cet incontestable succès constitue une espèce de secret d'État. Non que cette politique soit nécessairement désapprouvée par nos concitoyens, mais elle est considérée comme un danger électoral par nos élites.

La droite dure en conteste le principe, et la gauche, minée par le syndrome « socialo-laxiste », y voit le type même de la question piège. Répétons-le encore et encore, la réduction des risques, et singulièrement la substitution, sont des créations de la droite française, ou plutôt de quelques femmes et hommes (beaucoup de femmes tout de même) de droite, prêts à faire de la Politique, c'est-à-dire à braver les sondages d'opinion pour imposer une idée que l'on estime juste et que l'on pense efficace.

Fabrice Olivet (Asud)

C'est vrai qu'on peut parler des consommateurs d'opiacés des années 70 à 90 comme de rescapés de la guerre à LA drogue, qui était alors la méthode de soins « de substitution » ! Énormément de gens, qui furent mes compagnons ou mes compagnes de plaisirs ou d'infortune, ont disparu, sans compter ceux dont on n'a plus de nouvelles. Presque pire, ces gens dont on sait qu'il ne faut pas demander de nouvelles, parce qu'on a peur d'avoir la réponse. Effectivement, que ce soit d'overdose, de suicide, ou même d'accident, ils ont disparu ! C'est terrible le nombre d'usagers de drogues qui ont des accidents de

toutes sortes. Toutes ces vies sont souvent baignées par la violence, ou du moins rendues encore plus violentes par la prohibition. Or, depuis que la substitution existe, beaucoup de ces drames disparaissent. On est alors forcé de se rendre compte qu'ils ne sont pas imputables à l'usage de drogues, mais bel et bien au mode de vie fortement conditionné par la répression de l'usage des drogues...

Anne Coppel (sociologue, présidente d'honneur de l'AFR¹, Paris)

En 1993, « Limiter la casse » a publié son premier texte d'appel dans Le Monde et dans Libération qui commençait par « des toxicomanes meurent tous les jours, ces morts peuvent



¹ Association française de réduction des risques.

« On était des survivants et à ce titre, on n'avait pas de leçon à recevoir de qui que ce soit. » Pascal Trabichet

être évitées... ». Jusqu'en 1994, les spécialistes, les médecins et la Direction générale de la santé étaient sur la même position – c'est-à-dire que tous refusaient le statut de « traitement » à la méthadone. Pour tous, ce n'était pas un traitement puisque le toxicomane n'était pas un malade. En 1994, Simone Veil et Philippe Douste-Blazy, alors ministre de la Santé, ont reconnu la nécessité de la méthadone et plus largement de la prévention du sida pour les usagers de drogues. En juillet 1994, ils ont créé le dispositif de réduction des risques qui définissait la méthadone comme « un outil de prise en charge » car pour les spécialistes, le seul véritable traitement était la psychothérapie. « Outil de prise en charge », la formule permettait d'éviter le mot « médicament », mais aussi le mot « produit » qui revenait à assimiler la prescription médicale à une drogue – c'est-à-dire « donner de la drogue aux drogués ». Cet « outil de prise en charge » avait pour fonction de favoriser le sevrage.

La circulaire de 1995 donne un statut légal à la buprénorphine – futur Subutex® – et brusquement, les mots « traitement » et « médicament » font leur apparition. Nous avons basculé dans l'univers médical. Avec un numéro du journal consacré au traitement méthadone, Asud montrait parallèlement que les militants avaient accepté le principe d'un traitement. Ça été une évolution collective.

Fabrice Olivet (Asud)

Jusqu'en 1993, il y avait en tout et pour tous, cinquante

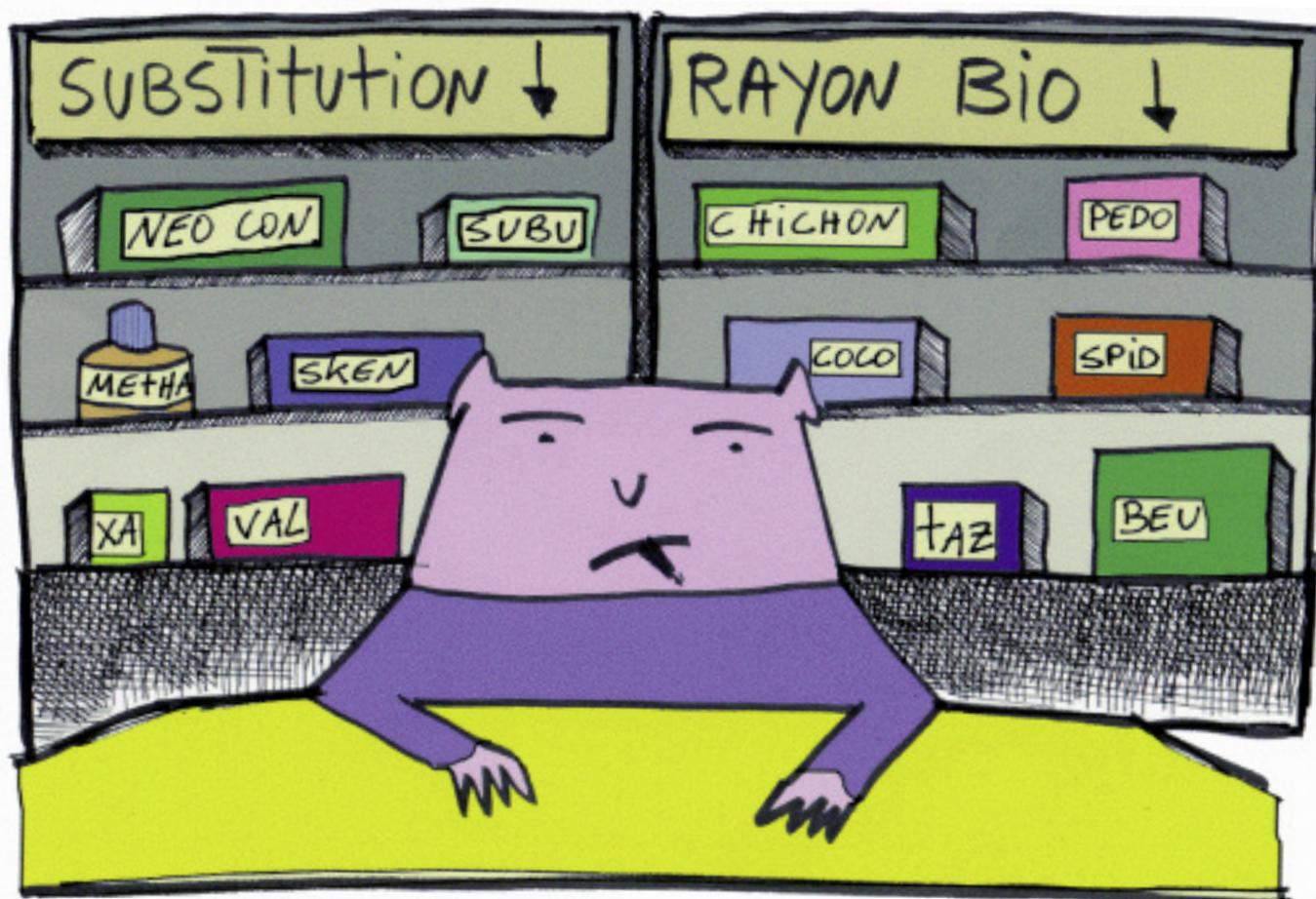
places de méthadone, une offre de soins uniquement axée sur l'abstinence, le sevrage, la posture ou la communauté thérapeutique, dont on veut d'ailleurs nous reparler actuellement. Parmi cette offre de soins, 1 % de miraculés ont profité du système... Ce sont d'autres miraculés, peut-être 20 ou 30 %, qui ont pu profiter à leur tour de l'offre de la substitution. C'est vrai qu'on ne parle jamais des autres, tous les autres qui sont restés sur le carreau, qui sont morts ou disparus. Notre engagement doit aussi être un témoignage pour rappeler la guerre impitoyable menée contre les usagers d'opiacés entre 1970 et 1994.

Anne Coppel (sociologue, présidente d'honneur de l'AFR, Paris)

Parmi les héroïnomanes que je connaissais dans les années 80, combien sont encore en vie ? Je dirais que, selon les réseaux, environ un sur deux est actuellement décédé, pour une raison ou une autre. Le nombre de morts des années 80 se compte en dizaines de milliers, ça s'est sûr.

Pascal Trabichet (groupe d'autosupport Carpe Diem, La Rochelle)

En tant que personnes substituées, que survivants de toute cette époque, on s'est dit qu'on avait un savoir, une expérience, qu'on savait des choses et qu'on n'avait plus le droit de nous dire « Taisez-vous, faites-vous oublier ». Justement parce qu'on était des survivants et qu'à ce titre, on n'avait pas de leçon à recevoir de qui que ce soit. C'est ainsi que Carpe Diem est née.



L'alliance thérapeutique ou les relations médecin/patient : une succession de « classiques »

L'alliance thérapeutique n'est pas un mythe. Dans le cas de la substitution, il s'agit d'un passage obligé.

L'alternative est le marché noir, donc sans cadre médical. Or, si les deux parties jouent le jeu, l'alliance est spontanée.

À la différence d'autres thérapeutiques plus lourdes, la substitution voisine rarement avec le risque de mort ou de grande souffrance (sauf cas de substitution et antidouleur conjugués). Les modalités à mettre en place sont donc plus souvent réglementaires que médicales. Il s'agit de s'entendre sur le rôle et la place de chacun.

Une négociation un peu particulière où plusieurs thèmes reviennent systématiquement jusqu'à ressembler à des « classiques » de la substitution.

Le choix de la molécule et celui du dosage

Fabrice Olivet (Asud)

Quelle est la meilleure position pour réussir un traitement ? Est-ce au patient de décider du choix de la molécule, du dosage ? La substitution est le seul traitement où un mauvais médecin peut réussir ses prescriptions en suivant les directives de son patient. On peut envisager de mettre à l'actif de la rigidité du cadre ou du corps médical les nombreux échecs thérapeutiques. Mais les médecins ne sont pas seuls en cause dans ces processus d'échec. L'usager doit savoir se questionner sur ses envies, ses besoins. C'est un enjeu majeur de l'éducation à la santé : savoir démêler les projections de la famille, de l'entourage, savoir discerner le confort opiacé et la « défonce ».

Étienne Matter (Asud)

Les recommandations officielles de bonnes pratiques laissent peu de place à la parole des usagers. Pourtant, on sent la volonté d'organiser la consultation de façon rationnelle, en définissant bien l'objectif du traitement, en trouvant le produit. En sortant de mon premier entretien avec une prescription d'opiacé, j'ai eu l'impression d'être entendu et j'ai été soulagé de tout le mode de vie, de tous les grands écarts que j'étais obligé de faire entre, d'un côté une vie professionnelle active, et de l'autre, la nécessité d'alimenter tous les jours une dépendance.

Jacqui Schneider-Harris (Acces, accueil et RdR, Marseille)

En Angleterre, nous sommes nombreux à travailler dans le secteur sanitaire et social à partir de l'approche du counseling. Avec le counseling, personne ne peut dire « Moi, je sais ce qui est bien pour toi ». Non, c'est moi qui sais ce qui est bon pour moi. On travaille au rythme de la personne, on ne la met pas sous pression pour arriver à des objectifs qui ne sont pas les siens.

Éric Schneider (Asud-Marseille)

Il faut vérifier s'il est possible de donner un produit, dans quel cadre, quelles sont les limites des dispositifs, mais aussi les limites de l'utilité de ce produit. Il faut partir du

principe – maintenant reconnu d'un point de vue thérapeutique – que l'autre dit vrai. L'évaluation doit prendre en compte tous les usages et modes d'usage. Ceci implique une bonne connaissance des produits chez les intervenants en toxicomanie, ce qui n'est pas toujours le cas.

Jeff Favatier (Asud-Nîmes)

Je ne vois pas un usager dicter son ordonnance au médecin. Il faut une certaine intelligence des deux côtés et surtout une mise en confiance. Beaucoup disent à leur médecin ce qu'il veut entendre pour obtenir leur traitement et partir. Et nombreux sont encore ceux qui taisent leur consommation ou leur substitution en se disant « J'ai mes médocs, point ». Or, la notion d'écoute et de confiance est fondamentale.

Luc de Massé (médecin généraliste, Paris)

En ce qui concerne la relation, l'idéal est d'arriver à stabiliser le traitement, quitte à le faire à une posologie plus haute. Et c'est souvent au médecin de convaincre le patient d'essayer d'augmenter les doses de méthadone, par exemple, pour tenter de limiter les consommations annexes.

Éric Schneider (Asud-Marseille)

Je ne suis pas d'accord quand j'entends certains dire qu'ils augmentent très fort les doses pour couper l'envie de consommer : c'est un carcan thérapeutique sans aucune négociation. Combien d'entre nous peuvent dire qu'ils ont le choix entre telle ou telle molécule ? Très peu. J'ai la chance de pouvoir demander – et avoir – ce que je veux.

Fabrice Olivet (Asud)

On ne bande plus, on dort 14 heures par jour, mais les urines sont claires...

Pierre Goisset (médecin, CSST La Mosaïque, Montreuil)

Et malgré de fortes doses, certains connaissent toujours un craving¹ important.

¹ craving expression américaine difficilement traduisible mais très pertinente, décrivant une forme particulière de compulsion (envie irrésistible) dans la prise de drogues.



La qualité de la prise en charge Déterminant! Même si la fameuse prise en charge globale² n'est souvent qu'un slogan que l'on a du mal à transformer en réalité, faute de moyens...

Didier Jayle (président de la Mildt)

Le Subutex® et la méthadone ne se résument pas à une prise en charge. C'est un moyen, partiel, d'une prise en charge qui doit être beaucoup plus globale (prise en charge du VIH et du VHC, prise en charge sociale et psychologique...). Il n'y a pas de modèle unique.

Séverine Martin (Asud-Nantes)

La relation médecin/patient ne suffit-elle pas à éviter le mésusage? Avez-vous réfléchi à une meilleure prise en

charge qui dépasse le contrôle? La prise en charge globale est quasiment inexistante en médecine de ville où les traitements sont généralement prescrits sans aucun accompagnement.

Marie-José Augé-Caumont (pharmacienne, association RdR Femmes et enfants, Montpellier)

La remobilisation des professionnels de santé est aussi nécessaire car nous sommes issus du sida et la prise en

²La prise en charge globale est un concept thérapeutique incluant différents types d'interventions coordonnées (sociale, sanitaire, psychologique ou juridique), de manière à pouvoir résoudre des situations complexes, voire irréductibles à d'autres modes d'intervention.

charge va s'éteindre avec nous. Cela n'intéresse pas la jeune génération, et cette démobilisation porte aussi bien sur la RdR que sur la prise en charge des usagers. Ceux qui arrivent et qui entendent Sarkozy et les députés n'ont pas envie de s'engager. Nous avons besoin de vous pour nous remobiliser.

Étienne Matter (Asud)

Au niveau accompagnement, il est très difficile de voir un psy, de trouver un psychiatre conventionné : les psychologues ne sont pas remboursés, les CMP ne comptent que des personnes âgées dans leur file active, et si on est suivi en ville, on ne peut voir les psy des CSST.

Gérald Sanchez (Act Up-Paris)

Aujourd'hui chez les usagers, la majorité des problèmes de santé et d'accès aux soins sont liés à l'hépatite. Quels sont les problèmes liés aux traitements des hépatites ? Quelles est leur influence sur les traitements de substitution ? Comment le traitement de substitution peut-il permettre d'accéder aux traitements des hépatites ? Ce sujet va devenir central, s'il ne l'est encore, pour la majorité des acteurs de la réduction des risques. Il y a des mesures d'accompagnement, des programmes d'éducation thérapeutique et de counseling qu'il va falloir décliner en termes d'autosupport, avec usages et prescription de substitution.

« La relation médecin/patient ne suffit-elle pas à éviter le mésusage ? » Séverine Martin

La violence Violences entre usagers, agressions verbales répétées, « pétages de plombs »... : ces tensions acquièrent d'autant plus d'importance qu'elles se développent dans un contexte global de paupérisation des publics accueillis. La violence est récurrente dans les populations les plus vulnérables, une réalité devenue une « spécialité » de la « première ligne »³.

N'oublions pas que cette violence n'est pas apparue brusquement dans l'univers des usagers et qu'elle est aussi une violence « historique ».

Tim Greacen (représentant des usagers de l'hôpital européen Georges Pompidou, Paris)

Avant la substitution, c'était l'horreur dans les hôpitaux pour un usager de drogues. L'hospitalisation était un enfer, non seulement pour la personne hospitalisée sans substitution et sans accès aux produits, mais aussi pour le personnel, pour toutes les personnes concernées. C'était d'une grande violence à chaque instant.

Pierre Goisset (médecin, CSST La Mosaïque, Montreuil)

La société nous a placés comme gardiens de la pharmacie : ce sont les médecins qui prescrivent les psychotropes et on est loin de la relation idéale. C'est souvent violent et pas facile. On n'est pas dans la négociation cool, mais dans la revendication.

À La Mosaïque, nous avons par exemple beaucoup de ressortissants d'Europe de l'Est sans aucune ressource. C'est compliqué et un vrai problème de leur donner un traitement et d'ignorer ce qui se passe après. Nous avons enregistré 12 morts ces quatre dernières années, dont 5 violentes (par couteau, arme à feu...), et certaines liées à la revente de produits de substitution. Alors on revient sur le mode de dispensation : tous les jours, et parfois même au centre.

Il y a beaucoup de frottements patients/équipe depuis deux ou trois ans, notamment en raison de la concentration d'usagers problématiques ou non qui se retrouvent au

même endroit, les uns montant la tête aux autres. Parallèlement, l'équipe peut aussi être fatiguée. On est passé d'une ambiance sympathique à des tensions régulières, avec des menaces de mort toutes les semaines ou presque et des remous dans l'équipe qui ne parle plus que de ça.

Il y a un besoin urgent de médiation parce que ça frotte en permanence et que ça use beaucoup, en particulier les infirmières qui dispensent les traitements. Et c'est là que les associations d'usagers ont un rôle important à jouer.

Jef Favatier (Asud-Nîmes)

Chez nous (à Asud-Nîmes), la vraie violence, on la voit par exemple chez certains sortants de prison condamnés pour 4 grammes de shit. On ne peut pas s'attendre à ce qu'ils soient cools avec nous.

Valère Rogissart (boutique RdR Sida Parole, Colombes)

Il y a vraiment besoin de temps pour arriver à la médiation, la confiance et la prise de parole. Si on n'y consacre pas le temps nécessaire, on n'y arrivera pas.

Fabrice Olivet (Asud)

Le problème, c'est d'arriver à organiser la parole des usagers comme exutoire à cette violence. Un vrai défi pour Asud et les associations communautaires.

³ La « première ligne » est l'appellation couramment utilisée pour désigner les structures qui accueillent des usagers de drogues dans un cadre spécifique défini par la politique de réduction des risques (RdR). Ce cadre, également appelé « bas seuil d'exigence », suppose d'accueillir les consommateurs quel que soit leur état, et surtout sans exigence de rendez-vous préalable ni demande de cure de sevrage.

« On n'est pas dans la négociation cool (...) On est passé d'une ambiance sympathique à des menaces de mort. » Pierre Goisset

L'environnement social Au-delà de la violence et du burn out des équipes, l'environnement social apparaît comme une cause majeure d'échec ou de succès de la substitution.

Valère Rogissart (boutique RdR Sida Parole, Colombes)

C'est vrai qu'on meurt encore aujourd'hui, et que certains se défoncent avec des traitements de substitution de rue pour supporter des conditions de vie déplorables.

Luc de Massé (médecin généraliste, Paris)

La réinsertion sociale est effectivement un critère de réussite. Pour le médecin généraliste, c'est voir quelqu'un évoluer vers un logement, une couverture sociale, une occupation et une stabilité financière. On n'est pas trop mal lotis sur Paris. La réinsertion est un travail à réactualiser perpétuellement.

Étienne Matter (Asud)

La réinsertion sociale, c'est un peu comme la fin d'un processus. On oublie tout ce qui s'est passé avant : au début, un comportement de consommation qui envahit complètement l'individu, puis le moment où il se reconstruit et où il se retrouve confronté à la norme sociale alors qu'auparavant il était en marge. À un certain moment, on nous présentait les traitements de substitution comme une alternative au travail : on nous demandait de choisir entre vie professionnelle et traitement pour pouvoir suivre ledit traitement (les visites chez le médecin, le pharmacien...).

Pierre Goisset (médecin, CSST La Mosaïque, Montreuil)

Il faut pouvoir proposer des horaires compatibles avec une vie sociale. La réinsertion sociale est certainement la question sur laquelle nous sommes le plus en difficulté. On est au degré zéro, et même sous le niveau de la mer. C'est probablement le domaine le plus calamiteux de notre travail. Il y a toute une réflexion à mener, et il paraît nécessaire de doter les associations de vrais chargés de réinsertion. Mais je ne suis même pas certain qu'avoir des personnes dédiées à ce poste assure la réussite.

Jef Favatier (Asud-Nîmes)

Il y a deux sortes de parcours : ceux qui arrivent à se réinsérer professionnellement, et ceux qui sont vraiment en grande difficulté et qui se contentent de services minimum (RMI, carte Vitale, AAH). Il n'y a pas vraiment de programme d'insertion spécifique aux usagers au parcours de vie souvent chaotique, et c'est un vrai problème, parfois même un frein, car les chargés de réinsertion ne font pas la différence.

Mathieu Pastini (Asud-Marseille)

Le travail de rue est un bon outil de lien. C'est même plus que ça, c'est un outil de la « reliance » entre le travail de rue, l'accueil et le travail sur les potentiels de santé. Aujourd'hui, je pense qu'Asud-Marseille a développé une réelle compétence de santé communautaire. Pas de santé au sens sanitaire, mais de santé relationnelle, partenariale, qui permet et qui propose à l'autre de faire des choix, des

choix pour lui-même avec tous les outils que nous utilisons.

Fabrice Olivet (Asud)

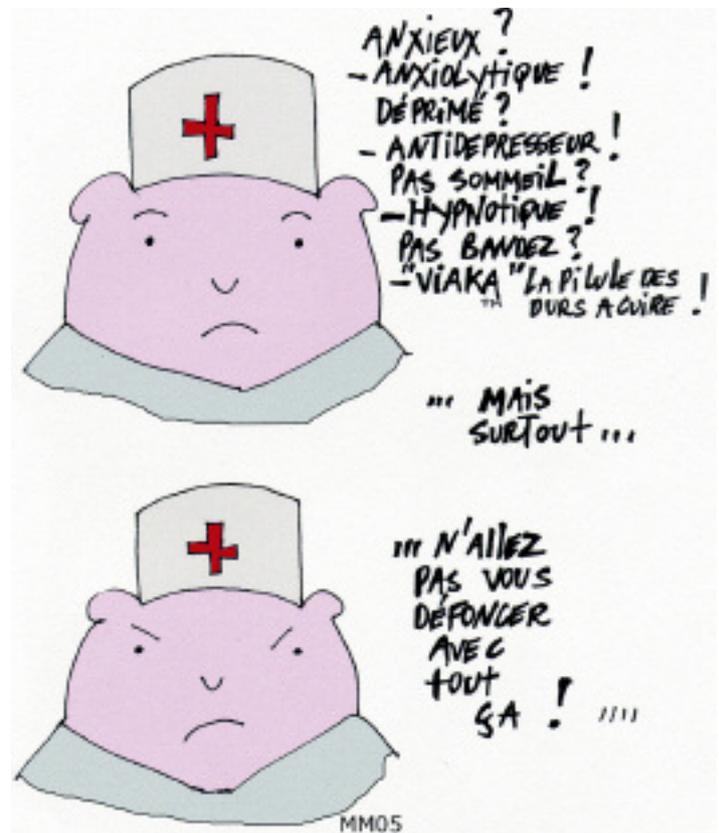
Quelle différence de traitement entre ceux qui travaillent et ceux qui sont complètement marginalisés ? Y a-t-il des différences à faire selon les molécules ? Peut-on imaginer des différences d'insertion sociale en fonction des molécules ?

Luc de Massé (médecin généraliste, Paris)

Non. Le choix d'une molécule dépend de la manière dont l'usager ressent le traitement. Rien n'est tranché : la méthadone pour tels critères et avec telles conséquences, le Subutex® pour tels autres. La méthadone peut être prescrite sans dispensation quotidienne (traitement de suite en pharmacie).

Et pour conclure, Didier Jayle (président de la Mildt)

Les problèmes sociaux sont majeurs, c'est sûr. C'est mieux lorsqu'on a un toit et un frigo, mais je n'ai pas de solution miracle et simple. Il faut créer un système d'hébergement et de prise en charge d'urgence avec accès aux soins et aux logements temporaires. Les associations bas seuil comme Ego doivent être renforcées et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés à l'usage des drogues (Caarrud) devraient donner un cadre et une garantie de la continuité des soins.



Consommations et « coconsommations »

La consommation de produits opiacés est un « classique » de la vie des « substitués ». Même traités au Subutex®, de nombreux patients continuent à goûter aux plaisirs défendus. Quelles réflexions les Égus peuvent-ils développer sur ce sujet ? Remarquons que seuls les médecins se sont lancés. Bizarrement, les usagers semblent être restés bien silencieux sur ces consommations « sauvages ». À suivre... aux Égus III.

« Peut-on parler de coconsommations et de traitement réussi ? C'est vrai qu'un tel objectif peut déranger. » Luc de Massé

Pierre Goisset (médecin, CSST La Mosaïque, Montreuil)

L'abstinence n'est pas une fin en soi, mais il y a incompatibilité entre consommation de produit et traitement. Le tout est de savoir ce qu'on en attend à long terme. Il est peu probable d'avoir un traitement méthadone et des consommations ponctuelles en arrivant à diminuer le traitement. Il y a souvent des désillusions. Mais tout est affaire de cas particuliers, avec des effets de resensibilisation quand on reconsomme. Cela peut être un objectif en soi de continuer sa vie comme ça, mais le problème c'est de vouloir se débarrasser trop vite du côté thérapeutique. Parfois, au bout de deux ou trois ans de traitement et de consommations ponctuelles, on arrive à diminuer les dosages. Mais si

l'objectif est de diminuer et de se débarrasser du traitement à relativement brève échéance, mieux vaut éviter de consommer.

Luc de Massé (médecin généraliste, Paris)

Peut-on parler de coconsommations et de traitement réussi ? C'est vrai qu'un tel objectif peut déranger. Le but, c'est de ne plus dépendre des opiacés. Après, les discours varient : certains souhaitent en sortir complètement, d'autres continuer à consommer. Les premiers peuvent diminuer leur dosages jusqu'à 5 mg de méthadone, voire finir par arrêter. Pour les seconds, ce sera plus compliqué.

Le « cadavre dans le placard » : la cocaïne

Jef Favatier (Asud-Nîmes)

C'est le principal produit consommé par les substitués et les gens que nous voyons dans le cadre d'échange de seringues. Les institutionnels ont une vision de la coke très éloignée de la réalité. Certains ignorent par exemple qu'on peut l'injecter.

Pierre Goisset (médecin, CSST La Mosaïque, Montreuil)

L'expérience paraît moins catastrophique dans l'Est parisien, mais c'est peut-être lié à notre structure ou que je ne le vois pas. J'ai l'impression que la coke est plutôt un déri-

vatif, rarement une consommation régulière, car les usagers ont l'air d'en connaître les dangers. C'est, de mon point de vue, une consommation plus sporadique.

La consommation la plus problématique est celle d'alcool face auquel on essaye plein de choses différentes, mais cela n'empêche pas la dégradation au fil des ans.

Karim (boutique RdR Lover Pause, Brest)

Nous avons aussi de gros problèmes d'alcool, mais ce ne sont pas les mêmes qui prennent de la coke qui, eux, sont surtout des substitués. Nous avons les deux.

« C'est le principal produit consommé par les substitués. » Jef Favatier

Un grand classique : le cannabis

Pierre Goisset (médecin, CSST La Mosaïque, Montreuil)

Avec le cannabis, le problème au long cours, c'est plus le tabac que le cannabis.

Fabrice Olivet (Asud)

Ne pourrait-il pas remplacer l'alcool ? En faisant, par exemple, de l'information par les pairs pour dire d'augmenter la consommation de cannabis afin de diminuer celle d'alcool.

Loïc Courtais (Asud)

En ce qui me concerne, la méthadone ne s'est pas avérée être un très bon produit, j'ai eu affaire aux effets secondaires. J'en ai parlé à mon médecin qui m'a répondu : « Votre problème, c'est le cannabis ! Il faut arrêter le cannabis, vous

êtes un gros fumeur. » Ah bon ! À l'époque, je ne fumais qu'un ou deux joints le soir, je sais pas si on peut appeler ça un gros fumeur. Il s'est accroché à ça. Le Subutex® n'a pas marché, le sulfate de morphine, je ne peux pas en avoir, la méthadone avec moi ça ne marche pas, donc j'ai pensé à un sevrage. J'ai pris rendez-vous avec un médecin dans un centre de sevrage. Au cours de l'entretien, il m'a demandé qui était mon médecin traitant pour la méthadone. Je lui ai donné son nom et celui du CSST qui me suivait. Il a pris contact avec mon médecin qui lui a répondu que j'étais un gros fumeur de cannabis avec lequel il avait un gros problème : « Je suis contre un sevrage parce que ça na marchera pas. La première chose, c'est d'arrêter le cannabis. » Le médecin du centre était tellement choqué qu'il avait mis le haut parleur. J'ai entendu tout le dialogue qu'ils ont eu.

« Votre problème, c'est le cannabis ! » Un médecin à son patient

La substitution en prison

Beaucoup trop d'usagers passent par le système carcéral avant de découvrir la substitution. La prison est-elle encore utilisée comme un système de soin basé sur le sevrage forcé en concurrence avec les traitements de substitution ?

Didier Robert (association communautaire Espoir Goutte-d'Or, Paris)

Les primo-prescriptions sont quasiment inexistantes. Avant de parler substitution, les prisons continuent à privilégier ce qu'on appelle la « fiole », un composé d'antidépresseurs et de somnifères dans une petite bonbonne distribuée le matin et le soir. Pour la substitution, le programme est obligatoirement dégressif, il n'y pas de long terme. Le dosage moyen est à peu près de 6 milligrammes de Subutex®, et il n'est pas question de méthadone. Autre problème, aucune orientation n'est faite pour la sortie, c'est toujours à la personne de se débrouiller elle-même.

Élisabeth Avril (bus méthadone bas seuil Médecins du monde, Paris)

Au bus méthadone, concernant Fleury-Mérogis et la Santé, nous n'avons pas du tout cette expérience-là. On a entre 60 et 70 patients qui sont incarcérés tous les ans. Ils sont inscrits chez nous de manière anonyme, ils donnent un prénom et une date de naissance. Le traitement est toujours poursuivi en prison et lorsqu'ils sortent, il y a des relais. Je ne dis pas que tout est merveilleux, mais tout n'est pas aussi négatif que tu sembles le dire.

Norredine Benaïssa (association communautaire Espoir Goutte-d'Or, Paris)

Je n'avais pas de traitement à l'extérieur. Je suis allé voir le médecin prescripteur à l'intérieur de la prison, et le jour où j'ai décidé de prendre de la substitution, je l'ai eue. Les médecins prescrivent vite en prison parce qu'ils ont d'abord envie qu'on leur foute la paix. Quand ils refusent, les gens sont prêts à menacer de se suicider. Le type s'ouvre les veines deux ou trois fois, et il obtient sa prescription. Le problème n'est pas là.

Fabrice Olivet (Asud)

Nous appartenons tous les deux à une génération pour qui la prison était une sorte de substitution du soin. Quand les gens sortent, ils n'ont pas l'idée de prendre de la substitution tout de suite puisqu'ils se disent : « Je suis clean, j'ai décroché en prison. » Finalement, ils passent par la case « usage intense » avant la substitution. Ne serait-ce pas une piste à creuser du point de vue de l'expertise des usagers ? Pour que directement à la sortie, même si on a fait une longue peine et qu'on a décroché, on démarre avec un produit de substitution.

Élisabeth Avril (bus méthadone bas seuil Médecins du monde, Paris)

Je ne sais pas s'il faut prescrire des opiacés systématiquement. Il y a en tout cas intérêt à mettre la personne qui va sortir en contact avec un relais, pas forcément médical, mais en tout cas un relais dans un réseau où elle pour-

rait ensuite y avoir accès.

Thierry Kin (chef de projet méthadone, laboratoires Bouchara-Recordati)

Le risque, c'est de mourir pour un usager de drogue qui sort de prison. Celui qui a été rendu abstinente en milieu carcéral, quand il sort de prison, il fait la fête et il y reste parce qu'il a perdu sa tolérance aux opiacés. C'est effectivement là qu'il est en danger. Comment faire pour que les gens ne meurent pas d'une rechute à la sortie, après un sevrage forcé lié à une incarcération de plusieurs mois ? Ça pourrait passer par des petites doses d'un médicament de substitution. À un moment, on a proposé le Nalorex® comme antagoniste.

Et pour conclure, Anne Coppel (sociologue, présidente d'honneur de l'AFR, Paris)

Le problème, c'est que l'information n'est pas donnée. Elle circule en fonction des gens qui savent. Ceux qui sont proches d'un réseau peuvent en obtenir, alors que 3 cellules à côté, c'est rien du tout. Le système français a beaucoup fonctionné comme ça. Il y a toujours eu des petits réseaux sur lesquels on arrive à faire un boulot, que ce soit en prison ou ailleurs. Par contre, il y a de vastes étendues sombres, où il ne se passe rien, où il n'y a pas d'information, pas de boulot.



La substitution est-elle un médicament comme les autres ?

Certains pensent que oui...

Didier Jayle (président de la Milt)

Ce sont les acteurs du VIH qui ont mis en avant et accepté la nécessité de changer d'attitude et la philosophie de la prise en charge qui constitue le départ de la politique RdR. La substitution n'a pu être acceptée que parce qu'il s'agissait du traitement, médical, d'une maladie chronique. En tant que tel, elle doit répondre aux mêmes questions que tout traitement médical de longue durée. Il doit y avoir une participation active de ceux qui suivent ce traitement. Associer les usagers et les faire participer aux résultats et aux contrôles est, en effet, essentiel, mais de là à en faire quelque chose de complètement déconnecté du traitement médical, cela ne me paraît pas une bonne idée. Ceux qui en bénéficient ont besoin d'avoir en face d'eux des pro-

Mario Sanchez (psychanalyste, clinique Montévidéo, Paris)

Poser la question de cette manière revient à se demander quels sont les bénéfices et les inconvénients de la substitution comparés à ceux du produit de référence : l'héroïne.

En ce qui concerne l'efficacité médicale et sociale, on peut souligner que si on compare les chiffres français à des pays où seule la méthadone est disponible (par exemple l'Espagne), on voit que l'énorme disponibilité du Subutex® en France a permis une réussite (baisse des contaminations VIH, du nombre d'overdoses...).

Selon l'étude Pradel, 18,6 % du Subutex® se procure par « nomadisme », et seuls 2,67 % des patients sont responsables de la surprescription. Parallèlement, le NéoCodion®



fessionnels compétents (comme pour le VIH ou les hépatites), qui ont l'habitude, afin de se voir offrir la même garantie que pour les autres traitements. Nous sommes tenus à une certaine qualité.

Marie-José Augé-Caumont (pharmacienne, association RdR Femmes et Enfants, Montpellier)

On entend souvent les usagers dire qu'ils aimeraient être traités comme les autres. Il existe des médicaments autrement plus dangereux que le Subutex® et la méthadone (par exemple pour les diabétiques) qui ne font l'objet d'aucune délivrance particulière. Il ne faut pas traiter différemment les usagers des autres patients, ce sont des traitements comme les autres.

qui crée une addiction et entraîne une surconsommation, a connu véritable chute de ses ventes depuis 1995 (de l'ordre de 4 millions de boîtes). Les ventes de Subutex® concernaient 85 000 patients en 2001. Si elles avaient suivi la même courbe que celles de NéoCodion®, elles devraient aujourd'hui atteindre 300 000. Or, la stabilité est quasiment absolue. De mon côté, je penche donc entièrement pour le côté médicament.

Pascal Trabichet (groupe d'autosupport Carpe Diem, La Rochelle)

À partir du moment où je ne peux pas vivre sans opiacé et que j'ai un médicament qui m'empêche de prendre « des produits », qui ne me donne même pas envie d'en prendre, oui, je me considère comme un malade qui prend son médicament tous les matins.

« Oui, je me considère comme un malade qui prend son médicament tous les matins. » Pascal Trabichet

... D'autres pensent que non...

Fabrice Olivet (Asud)

La dépendance est représentée en termes classiques et caricaturaux : la quête obsessionnelle du produit, la compulsivité, la difficulté à organiser une vie sociale et affective. Nous allons essayer de démontrer aujourd'hui que ces maux, dans un certain nombre de cas – probablement la majorité –, disparaissent grâce à la substitution. Alors que reste-t-il de pathologique ? Encore une fois, ce que j'ai décrit précédemment, ce goût de la sensation opiacée... La substitution comme traitement médical, pourquoi poser cette question ? Parce que le sujet reste mal exploré et suscite encore la polémique. Certains perçoivent toujours la substitution comme une « légalisation du pauvre », un cache-sexe pour une politique inavouable. Cela nous oblige à pointer les différences essentielles avec les autres « maladies chroniques », comme le rôle du marché noir et le rôle du plaisir, différent de l'arrêt de la souffrance. Nous devons mettre en question ce statut de malade, tout en

utilisant toutes les dispositions légales qui permettent de passer du statut de délinquant à celui de citoyen.

Éric Schneider (Asud-Marseille)

La notion de maladie chronique fausse le débat. Il existe des tas d'usagers qui ne sont pas des malades chroniques, qui vont bien. Mais ceux-là ne viennent pas aux CSST. D'où d'ailleurs la citation « drogué zeureu » figurant sur le journal : il y en a bien quelques uns.

On parle comme si tout cela – la relation, la confiance – était acquis. Or, tout n'est pas affaire de cas particuliers, mais de cas par cas, c'est-à-dire que tout le monde puisse négocier. Et en province, c'est par exemple, l'usager coincé entre Nîmes et Montpellier, à 50 km du centre, et à qui on dit que s'il veut bénéficier d'un traitement, il faut qu'il arrête de travailler pour pouvoir venir tous les jours. Pour moi, le traitement de substitution n'est pas une médecine de confort.

« Il existe des tas d'usagers qui ne sont pas des malades chroniques, qui vont bien. » Éric Schneider

... Et puis il y a ceux qui pensent ni oui ni non

Étienne Matter (Asud)

J'ai toujours pensé que les traitements de substitution étaient une question de survie. Or, j'ai aujourd'hui l'impression qu'on est passé d'une médecine de survie à une médecine de confort. Toute la problématique est donc désormais de savoir quels sont les objectifs du traitement. Si les pharmaciens parisiens distribuent moins de kits Stéribox®, c'est qu'ils dispensent beaucoup plus de traitements. Pour notre génération, l'arrivée de la substitution a été la même que celle de la trithérapie pour le VIH : une question de survie.

Aujourd'hui, c'est à la fois une médecine de confort et de survie car, du fait de la précarité, je pense que certains demandent un traitement pour s'assurer un minimum de revenus. Et on ne sait plus très bien si c'est une demande de traitement ou une demande de revenu complémentaire. Une des aberrations du système capitaliste.

Ce qui caractérise le traitement de substitution, c'est que c'est un choix de vie volontaire de la personne, pas une obligation. C'est le retour des possibles.

Un traitement à vie ?

Intervention du public

Pourquoi ne pas envisager d'avoir un traitement de substitution à vie ? Considérer ce fait comme une possibilité, un droit acquis, permettrait d'arrêter quand on en a vraiment envie.

Fabrice Olivet (Asud)

La question des traitements à vie permet de briser un tabou. Elle est souvent vécue comme une défaite, mais c'est aussi notre rôle de faire avancer ces questions en disant l'inadmissible.

Pascal Trabichet (groupe d'autosupport Carpe Diem, La Rochelle)

Comment accepter que la substitution soit à vie ? On sait que pour certains ça le sera, pour d'autres ça sera quatre ou cinq ans. À la Rochelle jusqu'en 2000, quand vous alliez voir un médecin pour du Subutex®, il vous donnait entre 8 et 12 mg et il vous disait : « Dans un an, c'est fini », c'est-à-dire qu'il fallait baisser et au bout d'un an arriver à zéro. On nous disait « Ça marche », et effectivement au bout d'un an, ça marchait puisque les patients disparaissaient. On disait « C'est une réussite, il a baissé et maintenant on ne le voit plus. » Sauf qu'il allait chez un autre médecin ou alors acheter dans la rue.

« Pourquoi ne pas envisager d'avoir un traitement de substitution à vie ? » Un usager dans le public

« Comment accepter que la substitution soit à vie ? » Un autre usager dans le public



Le sevrage Le sevrage et l'abstinence sont traditionnellement les grands absents des réunions consacrées à la substitution. Il s'agit presque d'un tabou, tant dans la bouche des professionnels que dans celle des usagers. Or, les Égus ont montré que bien loin de botter en touche, la fin du traitement est une question centrale pour les patients qui, après avoir été condamnés au sevrage obligatoire, ne veulent pas de la substitution à vie en menu fixe.

Norredine Benaïssa (association communautaire Espoir Goutte-d'Or, Paris)

Moi, j'ai décroché du Subutex® en traitement ambulatoire. Le Subutex®, ça me fatigue vraiment physiquement. Les médecins que j'ai consultés recevaient 80 malades par jour qui voulaient tous du Subutex®. La moitié des malades, l'autre moitié pas, vraiment le bordel. Pour trouver un médecin sérieux dans une démarche d'arrêt de traitement, il faut sortir de Paris. Dans une semaine, ça fera cinq mois que je n'ai pas pris de Subutex®. J'avais trois sortes de médicaments qui allaient avec toutes les petites douleurs. Je ne suis pas guéri, je vais bien, j'ai toujours mes douleurs, je le prends sur moi. C'est devenu possible de commencer à me guérir simplement quand j'ai été honnête avec mon médecin. J'ai mis longtemps à lui avouer que je le sniffais.

Jean-Marc (usager « substitué »)

Au bout d'un certain temps sous méthadone, je suis arrivé à un palier où je n'arrivais plus à descendre. Ça devenait infernal, j'avais des crises de manque, je ne savais plus

très bien où j'étais. Pour arrêter tranquillement, il fallait que je retourne vers un opiacé. J'étais persuadé – et je le suis encore – que le meilleur substitut, c'est le produit lui-même et que, quitte à faire un sevrage, mieux vaut le faire avec le produit... C'est à ce moment-là qu'on m'a parlé du laudanum, de la teinture d'opium très utilisée dans les années 50 à 70, surtout aux États-Unis. J'ai essayé d'entrer dans un protocole. Ce n'est pas simple. Il faut avoir le bon médecin, mais aussi trouver la bonne pharmacie, parce que celle qui allait me délivrer du laudanum pendant trois ou quatre mois allait délivrer une telle dose d'opium qu'elle serait signalée... On a commencé à constituer le dossier avec un médecin, et il a quand même fallu un an pour obtenir toutes les autorisations... J'allais tous les sept jours chercher ma bouteille de teinture d'opium qui était une préparation magistrale, faite à la pharmacie. J'ai commencé par 50 grammes, et je suis descendu comme ça, petit à petit, durant plusieurs mois... Le laudanum m'a permis de me déprogrammer.

La substitution est-elle une drogue ?

C'était l'un des fils conducteurs des Égus II. Une question de base, qui contribue à alimenter pas mal de fantasmes, tant chez les parents et les proches que chez les responsables politiques, mais aussi chez les usagers de drogues eux-mêmes. La substitution comme drogue a été l'un des exemples du « parler vrai » des participants des deux Égus.

Une parole sans complaisance, mais si différente de la langue de bois de règle dans les conférences habituelles de RdR, sous prétexte de préserver le public français des réalités politiquement incorrectes de l'usage des drogues.

[Anne Coppel](#) (sociologue, présidente d'honneur de l'AFR, Paris)

Quelle est la différence entre une drogue et un médicament ? A priori, c'est que l'un est prescrit par un médecin, tandis que l'autre est achetée sur le marché noir. Mais nous savons tous que les usagers peuvent transformer un médicament en drogue. La différence entre une drogue et un médicament, c'est l'usage qu'en fait l'utilisateur. Sans alliance thérapeutique, le Subutex® ou la méthadone se transforment en drogue sur le marché noir.

[Serge Escots](#) (sociologue, Toulouse)

Qu'est-ce qu'une drogue ? Une drogue est une molécule qui agit sur le système nerveux central (SNC). Il faut donc réunir 3 conditions : une molécule, le SNC et un sujet. Mais pour en faire une drogue, il faut aussi que la communauté lui donne ce statut.

La substitution est-elle un médicament ou une drogue ? La substitution s'adresse aux personnes souffrant d'une dépendance majeure aux opiacés. Notre enquête sur l'usage non substitutif de buprénorphine, qui a commencé fin 2001, s'est intéressée à tous ceux qui ne font pas partie de ce cadre-là (la dépendance majeure aux opiacés), selon 3 critères :

- n'avoir jamais consommé d'opiacé (la substitution est le premier) ;
- présenter une dépendance aux opiacés, autrement dit au Subutex® ;
- ou avoir arrêté pendant au moins deux ans et recommencer au Subutex®.

25 % des personnes fréquentant les structures de première

ligne répondaient à ces 3 critères : 6 % pour les premiers, 12 % pour les seconds, et 9,5-10 % pour les derniers. Tous font avec le Subutex® ce qu'on fait avec les drogues, c'est-à-dire un usage à visée de défonce, de type recherche de performances (par exemple pour aller travailler) ou anxiolytique. Ces différentes catégories n'étant pas exclusives les unes des autres et pouvant se succéder de manière très rapprochée.

Il s'agit d'une population extrêmement diverse : des personnes âgées de 15 à plus de 50 ans, en très grande précarité ou, à l'inverse, très bien insérées, mais aussi des personnes incarcérées... des profils très différents. On ne peut donc réduire le mésusage à une population déterminée.

Nous étions, par ailleurs, partis de l'idée que le Subutex® avait peu d'effet de défonce. Or, les propos des usagers diffèrent de ceux des pharmacologues puisque apparemment, il défonce.

Autre surprise entre les primo-usagers et les primo-dépendants : les premiers ont plutôt un usage festif, alors que les seconds consommaient des benzo et de l'alcool bien avant. Le Subutex® s'inscrit donc bien dans un parcours, mais qu'il constitue une porte d'entrée vers d'autres drogues n'a pas été vérifié. Par contre en ce qui concerne l'injection, tous ceux qui ont commencé à shooter le Subutex® se sont tournés vers d'autres produits à shooter.

[Mario Sanchez](#) (psychanalyste, clinique Montévidéo, Paris)

À propos de l'éventuelle utilisation des traitements de substitution pour se défoncer, on sait qu'on ne peut consommer avant ou après (en raison de l'effet agoniste/antagoniste), et que s'ils sont utilisés de manière constante, ils ne défoncent pas.

« La différence entre une drogue et un médicament, c'est l'usage qu'en fait l'utilisateur. » Anne Coppel

Le « mésusage » ou comment un médicament devient drogue

[Norredine Benaïssa](#) (association communautaire Espoir Goutte-d'Or, Paris)

Pendant une dizaine d'années, j'étais héroïnomane. Après, j'ai fait un petit parcours en prison où j'ai découvert la substitution. À un moment donné, j'ai fait ce qu'on appelle un détournement, c'est-à-dire que lorsque je prenais mon cachet, j'en mettais une moitié sous la langue, et l'autre je la sniffais. Au bout de quelques mois, je me suis rendu compte que j'étais accro au Subutex® en sniffant.

[Intervention du public](#)

Quand t'arrives de Toulouse, dans le cabinet médical, on te dit : « Vous voulez pas essayer le Subutex® pour arrêter

la méthadone ? » Quand t'as été injecteur et que tu as peut-être trouvé la solution pour arrêter, si on te propose du Subutex®, génial : tu repars avec ton Subutex®, tu te le shootes, et puis on recommence !

[Etienne Matter](#) (Asud)

Quels sont les déterminants du mésusage ? Des situations bloquées qui peuvent aboutir à une espèce de reprise de l'addiction avec des comportements à risque, sans qu'il y ait du tout de satisfaction de la part de l'utilisateur. Par exemple, les gens qui vont s'injecter du Subutex® n'en éprouvent très rapidement aucun plaisir, ils se sentent pris

dans une dépendance quasi identique à l'héro. D'ailleurs, le rythme des injections est calqué sur celui des injections d'héroïne avant. Le corps a une mémoire. Je vois des primo-usagers de Subutex® qui ont réussi, sans passer un sevrage d'épreuve, à se faire prescrire un opiacé en centre. Ils sont devenus dépendants de cet opiacé, et un ou deux ans après, suite à un accident veineux ou une autre infection, ils prennent peur et demandent un sevrage qui aurait pu être fait avant.

Emmanuelle Peyret (médecin généraliste, Paris)

Certains jeunes ayant goûté une fois à l'héro passent rapidement à l'injection de Subutex®. Mais dans ce cas, je suis rassurée par le fait qu'ils éviteront l'OD. Oui, je leur donne du Subutex® en sachant qu'ils vont l'injecter, car cela me permet de garder le contact et par ce biais, de les soigner. L'utilisation comme drogue d'un traitement de substitution peut donc constituer un outil thérapeutique.

En termes de qualité de vie, dix ans de méthadone ne font pas planer, alors on la booste avec de l'alcool. Pour l'effet défonce, mais tout en sachant qu'ils seront en manque. On est obligé de prendre en compte le fait que ces patients ont besoin de liberté psychique. Ceux qui entrent comme ça dans une problématique de toxicomanie ont une histoire. Certains n'ont pas la possibilité de vivre sans être défoncé. Il faut le prendre en compte, on ne peut pas en faire l'économie. C'est seulement quand ils seront prêts qu'il passeront d'un usage de défonce à un usage de substitution. À nous médecins de nous adapter et de faire avec.

Je voudrais également rappeler que la plus dure des drogues, c'est la nicotine. La seringue, c'est la clope. La nicotine arrive en 7 secondes au cerveau contre 14 pour un shoot d'héro. Le shoot de Subutex® apporte quelque chose, de l'ordre du rituel et de la souffrance psychologique intense.

Aude Lalande (Act Up-Paris)

Comment pouvez-vous en prescrire en sachant qu'il va être shooté, alors que cela peut provoquer des abcès et autres dégâts monstrueux ?

Emmanuelle Peyret (médecin généraliste, Paris)

C'est une gamine de 13 ans. Le shoot de Subutex® à 13 ans reflète une grave souffrance psychologique. Je lui prescrit pour deux jours, c'est une manière de garder le contact. L'alcool et les benzo aussi accrochent, mais qui en parle ? Il faut arrêter l'hypocrisie !

Jacqui Schneider-Harris (Acces, accueil et RdR, Marseille)

En France, on n'ose pas parler de l'injection. C'est effectivement difficile d'en parler, mais c'est également difficile d'entendre si par ailleurs on n'a pas de proposition à faire. En Angleterre, c'était vraiment très agréable à une certaine

époque de pouvoir entendre quelqu'un parler de l'injection, et de pouvoir proposer un échange de seringues ou négocier avec un médecin généraliste des prescriptions de physeptone, la méthadone injectable et, en cas de besoin, la diamorphine, l'héroïne pharmaceutique...

Intervention du public

J'aimerais revenir sur le détournement de traitement et sur le foin autour des prescriptions itinérantes, c'est-à-dire les gens qui se font faire deux ou trois prescriptions. Ces données ont été recueillies auprès des usagers eux-mêmes, elles sont maintenant utilisées contre les usagers et contre les services qui sont mis au service des usagers. Les mêmes études qui pointent ces « détournements scandaleux où l'on fait n'importe quoi, où l'on donne de la drogue aux drogués, etc., etc. », pointent aussi qu'en réalité ce type de détournement (les prescriptions doubles ou triples) ne représente que 1 à 3 % de la globalité des prescriptions de substitution.

Intervention du public

Qui sont les gens qui ont recours au marché noir ? Pourquoi ont-ils recours au marché noir ? Sont-ils mécontents des services auxquels ils pourraient accéder ou bien est-ce qu'ils ne peuvent pas y accéder ? Le marché noir prouve qu'il y a une population qui ne satisfait pas de nos services. Ça va être encore pire si les contraintes commencent à s'ajouter. On ne parle jamais de ces gens, parce qu'on sait encore moins ce qu'ils représentent.

Anne Coppel (sociologue, présidente d'honneur de l'AFR, Paris)

Le problème, c'est que la réponse spontanée des pouvoirs publics et de l'opinion, c'est de renforcer le contrôle des usagers. C'est ce qui s'est passé aux États-Unis au début des années 70 avec la méthadone. Dans les années 60, l'expérimentation de la méthadone avec peu de patients et des médecins très motivés avait donné de très bons résultats – comme ceux que nous avons eu en France. Mais entre 1969 et 1971, le nombre de patients est passé de 6 000 à 120 000 – et la méthadone a été détournée sur le marché noir. Elle a été consommée avec de l'héroïne et des décès ont été constatés. Résultat : les politiques qui pensaient que la méthadone pouvait résoudre le problème de la drogue ont été déçus, ils ont réduit les budgets des centres, et ont exigé que les patients soient contrôlés : qu'ils viennent au quotidien dans les centres, avec des analyses d'urine tandis que les doses étaient réduites. Les relations entre les équipes et les usagers se sont dégradées, et les résultats ont été de moins en moins bons. Il faut tirer les leçons de cette histoire. Rien n'est plus fragile que l'alliance thérapeutique. Il faut le dire de façon claire : au fur et à mesure qu'on va réduire l'accès au traitement, le nombre d'overdoses augmentera.



« L'injection de Subutex® s'apparente quelque part au plaisir, même si ce n'est jamais du même niveau qu'avec l'héro. » Alain Château

Et le plaisir dans tout ça ?

Fabrice Olivet (Asud)

Le tabou par excellence : l'indicible question du plaisir... La revendication du plaisir dans le traitement est une question embarrassante pour tout le monde :

– pour les usagers : il peut paraître difficile de maintenir la posture de « repentance » dès lors que l'on revendique du plaisir. Les personnes substituées ne sont donc pas des « ex ».

– et pour les prescripteurs : l'infamante figure du « dealer en blouse blanche » obstrue toute réflexion sur le rôle du plaisir en thérapie.

Il faut sortir du schéma de l'abstinence de plaisir obligatoire pour l'usager, et pour le médecin, bannir la figure du commerçant, pour ne retenir que celle du spécialiste de la dope, du high.

Alain Château (Asud-Reims)

C'est quoi le plaisir pour un usager substitué ? D'ailleurs, plaisir ou soulagement ? Pas forcément plaisir au sens où on l'entend pour une drogue, en particulier en l'injectant. L'injection de Subutex® s'apparente quelque part au plaisir, même si ce n'est jamais du même niveau qu'avec l'héro.

Pierre Chapard (association Ruptures, Lyon)

Le plaisir n'est pas seulement dû au produit mais à l'usage qu'on en fait.

Mario Sanchez (psychanalyste, clinique Montévidéo)

Peut-on vraiment penser prendre un produit, en particulier neurologique, pendant quinze ans sans conséquences ? Celui qui injecte le Subutex® ne trouve pas le soulagement

suffisant, alors que reste-t-il du plaisir ?

Fabrice Olivet (Asud)

Quand tu shootes de l'héro, très rapidement tu ne sens plus rien, comme avec la méthadone. L'histoire est la même pour tous les opiacés : du plaisir au confort.

Éric Schneider (Asud-Marseille)

Les produits de substitution qu'on donne en ce moment sont vraiment la drogue sans plaisir, la drogue sans confort. À la limite, quand on ne connaît pas la méthadone ou le Subutex®, ça va défoncer un peu pendant quelques temps. Mais il n'y a rien du tout de ce qu'on pouvait trouver dans des produits comme l'héroïne, l'opium, etc. Il faut se demander pourquoi on n'est pas prêt à prendre en compte la notion de confort, la notion de plaisir, la notion de désir.

Jef Favatier (Asud-Nîmes)

On a parlé de confort thérapeutique, de plaisir, d'avancées plutôt positives. Mais on sait que la galénique de la méthadone telle qu'elle est disponible actuellement peut entraîner un certain nombre d'effets indésirables. On patine toujours à propos d'une seconde formule, sous forme sèche, alors qu'elle existe en Belgique et qu'elle semble beaucoup plus confortable à utiliser.

Laurent Appel (Asud/Chanvre Info)

La substitution est un médicament par force, parce que c'est comme ça qu'on l'a obtenue. Le problème, c'est celui de l'État et du médecin dealer qui implique la distribution de substances pour le soin, donc sans plaisir.

Défonce et plaisir sont-ils antinomiques de l'objectif de soin ?

« La question, c'est comment le traitement de substitution permet d'ouvrir d'autres voies, de passer à d'autres formes de plaisir. » Mario Sanchez

Mario Sanchez (psychanalyste, clinique Montévidéo, Paris)

La relation au plaisir est-elle antinomique du soin ? Non. Le traitement, c'est le soulagement d'une tension, c'est retrouver une vie. Je ne pense pas qu'il y ait plus de plaisir dans l'héroïne que dans les traitements. La question, c'est comment le traitement de substitution permet d'ouvrir d'autres voies, de passer à d'autres formes de plaisir (acheter une chaîne Hi-Fi, reprendre le boulot...).

Aude Lalande (Act Up-Paris)

Le fossé reste énorme sur la question taboue du plaisir totalement inaudible pour une bonne partie du corps médical. La finalité, c'est d'arriver à débloquent l'accès aux sulfates de morphine. Trouver un équilibre entre les molé-

cules qui laissent tranquille le médecin (Subutex®, méthadone) et les sulfates de morphine. Les médecins mettent les gens dans des situations où ils vont prendre d'énormes risques (benzo, polyconsommations) pour obtenir un succédané de plaisir.

Intervention du public

Le problème du plaisir, c'est vraiment là où le bât blesse pour les médecins. Soigner, c'est soulager une douleur, ce n'est pas permettre aux gens d'avoir du plaisir. Quand on parlait du fait que les médecins ont défini les besoins des patients, ils ont défini leur besoin de médecins, c'est-à-dire leur besoin de soigner et de soulager, mais pas de donner du plaisir.

« Le problème du plaisir, c'est vraiment là où le bât blesse pour les médecins. » Intervention du public

Une solution : les sulfates de morphine Pour répondre à ces préoccupations centrales dans l'univers des usagers de drogues, la solution est évidemment de pouvoir élargir la palette des produits et les modalités selon lesquelles ils sont utilisés. Une expérience in situ à la française est la substitution aux sulfates de morphine, pratiquée sur une échelle non négligeable dans les années 1993-1996, et parfois poursuivie avec un bonheur mitigé par des médecins militants... ou marrons.

Alain Château (Asud-Reims)

Je prends des sulfates de morphine. Un produit de substitution, c'est avant tout un antalgique, et ça compte quand on est malade... Il ne faut pas non plus oublier l'aspect anxiolytique et antidépresseur. Alors drogue ou médicament, personnellement je m'en bats les c... Les sulfates de morphine offrent un plaisir que nous n'avons pas connu depuis vingt ans. Mais comme avec une drogue, la lune de miel ne dure qu'un temps. Après, c'est simplement être « normal », pouvoir aller bosser...

François Itard (Asud-Le Mans)

Pourquoi n'y aurait-il pas de plaisir avec la substitution ? Je prends des sulfates de morphine, parfois contre la douleur, parfois pour le plaisir. La substitution, c'est le plaisir à certains moments, le médicament à d'autres... Si certains médecins ont le courage d'éviter le protocole de soins en prescrivant des sulfates de morphine contre la douleur, je les félicite.



[Fabrice Olivet](#) (Asud)

Un médicament est censé mettre un terme à une souffrance, alors qu'une drogue est alliée à la notion de plaisir. Une des particularités des sulfates de morphine, c'est aussi de permettre d'arrêter d'avoir mal.

[Marjolaine Apkarian](#) (médecin généraliste, Paris)

C'est vrai que certains refusent aussi bien le Subutex® que la méthadone et demandent des sulfates de morphine pour lutter contre les douleurs.

[Mario Sanchez](#) (psychanalyste, clinique Montévidéo, Paris)

Quand on parle de douleurs, c'est d'une proportion infinitésimale de gens (ceux qui ont des douleurs). Y avait-il d'autres solutions ?

[François Itard](#) (Asud-Le Mans)

Oui, les produits injectables, car il n'y a pas une once de plaisir dans un shoot de Subutex®.

[Loïc Courtais](#) (Asud)

Il a fallu que je négocie avec le médecin pendant plusieurs mois pour changer de molécule. C'était une généraliste qui ne prescrivait que du Subutex®. Elle a quand même été sensible à ma demande, et elle a finalement accepté de me prescrire du sulfate de morphine. En l'occurrence, c'était du Moscontin®. Elle me fait donc une prescription de

14 jours et là, c'était le rêve : plus du tout de crampes, plus d'effets indésirables. Au bout de 14 jours, au moment du renouvellement de prescription, je retourne à la pharmacie avec mon ordonnance, mais la pharmacienne me dit : « Je refuse de vous délivrer des sulfates de morphine, c'est de la drogue. Je me suis renseignée, c'est hors AMM¹. Le Subutex® est un médicament, mais les sulfates de morphine, dans votre cas, c'est de la drogue. Je refuse. Je me suis renseignée au Conseil de l'ordre des pharmaciens, j'ai une clause de conscience ou quelque chose comme ça, qui me permet de ne pas vous délivrer de sulfate. » Je lui ai répondu « C'est dommage, je vais changer de pharmacie ». Et là, elle me dit qu'elle avait appelé mon médecin pour lui dire qu'elle ne devait pas prescrire de sulfates de morphine. « Si elle continue, je vais faire pression au Conseil de l'ordre, à la CPAM. » Ça été dur pour mon médecin pour qui c'était une première. Elle n'a pas voulu insister, tout en me disant qu'elle était désolée.

Et pour conclure, [Didier Jayle](#) (président de la Mildt)

C'est vrai que les sulfates de morphine rencontrent un certain blocage, également parmi les professionnels. Comme d'ailleurs la mise en place d'un programme expérimental de traitements par voie injectable qui rencontre nombre de difficultés idéologiques, mais aussi financières. On essaye d'avancer sur tous les fronts, mais ceux-ci sont particulièrement ardu.

¹ Autorisation de mise sur le marché.

« Les sulfates de morphine offrent un plaisir que nous n'avons pas connu depuis vingt ans. » Alain Château

Autre solution : la prescription initiale de méthadone en médecine de ville

[Pascal Trabichet](#) (groupe d'autosupport Carpe Diem, La Rochelle)

Quand on dit que pour avoir de la méthadone il faut aller – pendant six mois – une fois par semaine au centre, rencontrer le psy, le médecin, on sait pertinemment que pour certains c'est impossible. Et on se retrouve avec des gens qui continuent leur consommation parce qu'ils n'ont pas d'autres possibilités.

[Fabrice Olivet](#) (Asud)

La primo-prescription de méthadone en ville est un serpent de mer dont on entend parler depuis quatre ans. Elle figure dans le plan quinquennal de la Mildt, on sait que c'est la solution, en particulier contre le trafic de Subutex®, alors qu'est-ce qu'on attend ?

[Serge Escots](#) (sociologue, Toulouse)

Pourquoi la méthadone n'est-elle pas aussi prescrite en médecine de ville ? La limite est politique, comme pour les sulfates de morphine. Les produits mortels font peur au politique.

Et pour conclure, [Didier Jayle](#) (président de la Mildt)

Pour ce qui est de la primo-prescription de méthadone en ville, nous l'avons inscrite dans le plan, et elle fait donc partie de nos objectifs. Mais nous avons aussi le sentiment qu'il y a d'autres problèmes à régler avant de se lancer dans la primo-prescription en ville, notamment en assouplissant celle des centres, par exemple avec une primo-prescription généralisée sans préalable. Il y a déjà suffisamment d'errements avec le Subutex® pour ne pas se lancer dans les mêmes avec la méthadone qui présente de plus des risques de surdoses.

« Il y a déjà suffisamment d'errements avec le Subutex® pour ne pas se lancer dans les mêmes avec la méthadone. » Didier Jayle

La question politique

Problèmes de définitions, mésusages, violence et découragement des uns et des autres

face à l'ampleur de la question sociale qui, à la finale, sépare les riches et les pauvres. Et si la solution était politique ?

La politique, ça signifie aussi des trucs concrets comme avoir le courage de dire à ses électeurs

qu'un centre méthadone dans le quartier c'est pas forcément la zone qui s'installe,

mais au contraire, un peu plus de tranquillité à long terme, avec des usagers moins tentés de taper du Sub...

Pour Asud, même si la loi continue de nous maintenir explicitement à la porte de la citoyenneté

en tant que consommateurs de drogues, politique rime avec démocratie. Grâce aux Égus, nous avons été reconnus

comme interlocuteurs représentant une certaine catégorie de « malades » : les usagers de la substitution.

Comme l'a précisé un orateur, ce dialogue suppose d'être mené en priorité avec ceux qui sont en désaccord avec nos positions. Si

le débat consiste à proclamer qu'on est tous d'accord et qu'il faut exclure les autres,

ça s'appelle du centralisme démocratique.

Bref, la politique c'est aussi poser des questions qui fâchent,

un exercice auquel nous nous sommes employés lors des Égus.

La RdR, une véritable politique ?

François Nicolas (ex-Collectif anti-crack¹, association d'habitants, Paris XIX^e)

Pour commencer, je trouve plus intéressant de discuter avec des toxicomanes qu'avec certains acteurs de la RdR. La différence essentielle entre la réduction des dommages, c'est-à-dire des mesures techniques comme la distribution de seringues ou la substitution, et une véritable politique, c'est que cette dernière mêle les soins, la prévention, la répression...

Je développe une critique de gauche de la RdR, car cette soi-disant politique est néolibérale. Elle n'est pas faite pour la population en bonne santé qui travaille... Cf Foucault qui, dans son cours d'introduction au Collège de France, dénonçait la bioéthique comme danger suprême visant à séparer toxicomanes et non-toxicomanes. Le but : pour protéger la population de la drogue, on distribue la drogue gratuitement à ceux qui sont déjà dedans²...

J'ai lu le rapport Escots qui montre que ce qui fait la drogue n'est pas le produit, mais l'usage qu'on en fait. Le débat sur la substitution drogue ou médicament renvoie, de même, aux usages qu'on en fait. Est-il possible d'avoir d'autres usages que celui de drogue ou de médicament ? Ces ques-

tions sont surdéterminées par le politique. Essayons de trouver d'autres possibilités qu'une politique de réduction des risques qui n'est, en vérité, qu'une politique d'essence néolibérale visant à organiser la santé d'une nation.

Ne pourrait-on sortir du dilemme « drogue ou médicament » ? Peut-on raisonnablement avoir un usage de traitement de substitution dans le cadre d'une politique de soins, c'est-à-dire dans l'optique d'aider à s'en sortir ? L'idée serait alors que le traitement de substitution soit une sorte d'adjuvant complétant la volonté de se sortir de la dépendance. L'horizon ne doit pas être la survie, mais la vie intense.

L'intervention de François Nicolas a fait une impression « certaine ». À plusieurs reprises, des protestations ont tenté d'interrompre l'orateur, parfois qualifié d'« assassin ». Au nom des limites éthiques qui encadrent nécessairement tout débat démocratique³, l'invitation faite au porte-parole du Collectif anti-crack a été clairement et publiquement désapprouvée par les membres d'Act Up-Paris présents dans la salle.

¹ Pour tout renseignement concernant l'ex-Collectif anti-crack, souvent présenté dans la presse comme « les pères de famille qui s'engagent contre la drogue », voir www.entretiens.asso.fr/Stalingrad

² Apparemment l'interprétation des textes de Foucault sur sa position éthique concernant les drogues fait polémique. Pour en savoir plus : « Drogues : risquer une question », Anne Coppel & Olivier Doubre, *Vacarme* n° 29, automne 2004 ; et Gilles Alfonsi & Jean-Luc Guilhem « Réduction des risques et contrôle social (suite) », *Combat face au sida* (<http://www.combatlarevue.net/Reduction38.htm>)

³ Act Up-Paris et l'ex-Collectif anti-crack entretiennent un compagnonnage difficile. Pour en savoir plus, lire notamment « Stalingrad ou Vichy » paru dans *Action*, la revue mensuelle d'Act Up-Paris.

« Je développe une critique de gauche de la RdR car cette soi-disant politique est néolibérale. Elle n'est pas faite pour la population en bonne santé qui travaille. » François Nicolas

Fabrice Olivet (Asud)

Nous débattons d'habitude sur des nuances, mais nous voyons là qu'il existe aussi des points de vue radicalement différents. On peut continuer à faire des colloques entre nous où nous serons tous d'accord, mais cela ne fera pas avancer le débat. Il faut discuter avec ceux qui ne sont pas d'accord. Nous sommes en démocratie, et il faut mieux organiser notre parole face à ceux qui ne partagent pas nos idées. Le pari d'Asud était de pouvoir s'insérer dans la société en tant qu'usagers ayant un point de vue sur la politique menée à leur égard. La RdR, c'est le contraire du libéralisme. C'est donner, pas vendre. Quand on pense drogue, c'est plaisir, défonce et facteurs exogènes (problèmes financiers, obsession du produit et incapacité affective). Quand on lui rend sa capacité affective grâce aux traitements de substitution, l'usager devient citoyen.

La substitution offre-t-elle des outils autres que la drogue ? Oui, son mode de distribution. La morphine est une drogue. Distribuée par les médecins, elle devient substitution. C'est la fonction sociale de la substitution qui est intéressante, pas sa fonction médicale.

Qu'est-ce qui est vraiment aliénant dans l'addiction ? Pourquoi l'État aurait-il à intervenir dans le champ de la dépendance ?

La substitution est-elle un outil de paix sociale ? Oui. Les usagers peuvent avoir envie de prendre leurs petits comprimés en charentaises sans rechercher une vie paroxystique. Pour ne plus se droguer ou ne plus prendre de drogues illicites, ou tout simplement pour aller un peu mieux.

Serge Escots (sociologue, Toulouse)

Pour faire progresser la RdR, il faut débattre, par exemple avec l'électeur de base quand il s'agit d'installer un distributeur de seringues.

Éric Schneider (Asud-Marseille)

À un moment, il faut arriver à dialoguer. La droite nous dit que la drogue c'est de la merde, la gauche justifie la drogue par l'absence de politique sociale. C'est un peu court. Il faut sortir du débat gauche/droite.

Et pour conclure, Anne Coppel (sociologue, présidente d'honneur de l'AFR, Paris)

Une réduction de 80 % des overdoses mortelles, cela revient aussi à dire que 8 sur 10 de ceux qui sont morts pendant les années 80 seraient toujours en vie s'il y avait eu les traitements de substitution. C'est aussi la preuve que la mortalité des toxicomanes n'est pas due à leur comportement suicidaire, mais à 80 % à la façon dont on les traite. On a toutes les raisons de penser que les traitements de substitution n'ont pas seulement réduit les 500 OD officiellement comptabilisées. Il y a aussi une réduction des suicides, des septicémies, des accidents. Bien sûr, il y a toujours des malades et des gens qui en meurent. Tous ceux qui sont dépendants n'ont pas toujours accès à un traitement de substitution et tous n'ont pas accès à un bon traitement, c'est-à-dire un bon prescripteur avec une bonne relation dans une véritable alliance thérapeutique. Mais c'est tout de même un résultat incroyable et c'est sans doute la raison pour laquelle il n'est pas connu de l'opinion : les médias n'ont pas communiqué ces résultats qui vont à l'encontre des croyances ! Sur le terrain, il est vrai, on voit d'abord ce qui ne va pas bien, les dérapages. Quand les gens vont bien, ils deviennent invisibles.

Une grande absente : la citoyenneté des usagers Dans la logique d'une véritable politique de RdR, il est nécessaire de reparler de ce terme un peu galvaudé, souvent utilisé de manière abusive, et pourtant singulièrement adapté pour définir ce dont les usagers de drogues sont privés depuis trente ans (au moins !).

Si le décret instituant les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés à l'usage des drogues (Caarrud) et le référentiel élaboré par la Mildt officialisent la RdR en 2005, ces textes ne mentionnent jamais l'usager comme citoyen ou même acteur, mais comme un objet de soins.

Valère Rogissart (boutique RdR Sida Parole, Colombes)

À propos de la loi de 2 janvier 2002, les espaces de concertation restent apparemment difficiles, et imaginer que les usagers soient représentés dans les institutions reste encore très compliqué.

Pour ce qui est du référentiel de la Mildt, deux articles nous font plus que tousser : s'engager à ne pas consommer durant les activités de RdR (j'espère qu'ils ne boiront pas), et l'interdiction du testing.

Deux articles qui n'ont fait l'objet d'aucune discussion. Or, le testing comme la seringue est un moyen d'entrer en

contact. Faudra-t-il attendre un certain nombre de morts par ecsta ? Il n'y a eu aucune concertation, et on ne peut pas dire que nous soyons consultés en amont : pour le référentiel, nous avons été conviés à deux réunions pour nous entendre dire que « le référentiel sera ça ».

Le procès Priez, qui était aussi celui de la RdR et de l'auto-support, nous a finalement donné raison, mais je n'imaginais pas qu'on ait pu en arriver là par hasard.

Le problème des usagers, c'est qu'ils sont usagers. La santé communautaire, c'est l'entraide et le soutien par les pairs. Il y a bien une revendication citoyenne. L'an dernier,

Mathieu Pastini demandait « C'est quand qu'on passe de la stratégie de survie à la stratégie de progrès ? » La question est toujours d'actualité, on attend toujours la stratégie de progrès.

Éric Schneider (Asud-Marseille)

Cette loi sur la participation des usagers a été votée en 2002 et en 2005, nous sommes toujours en train de chercher comment la mettre en œuvre. La participation, c'est une véritable consultation.

Aude Lalande (Act Up-Paris)

En ce qui concerne le caractère médical des traitements de substitution, que va-t-il se passer pour les intervenants communautaires en termes de reconnaissance de ces structures non médicales et en termes de subventions ?

Vincent Pachabézian (médecin coordinateur du réseau Rive Gauche, Paris)

Personne ne peut résister au fait qu'une association de patients dise : « Voilà ce que l'on est, voilà ce que l'on souhaite, quel échange peut-on avoir avec vous médecins de ville ou médecins hospitaliers ? » Pour s'imposer non par la force, mais par cette violence que peuvent avoir la parole et les cris.

Alain Morel (CSST Trait d'union, président de la FFA⁴)

La parole des usagers a valeur d'expertise. La question déterminante est : comment cette parole peut-elle s'inscrire de manière continue et permanente dans un système de soins ? Quelles seraient les mesures à prendre pour institutionnaliser cette parole ou cet accès à la parole des usagers là où il est question d'eux ? C'est très important que vous puissiez apporter un certain nombre de propositions, de revendications même.

Et pour conclure, Didier Jayle (président de la Mildt) et Catherine Bernard (Direction générale de la santé) sur les perspectives d'évolutions réglementaires.

Alain Morel (CSST Trait d'union, président de la FFA)

Quelles sont les propositions pour compléter le plan de la CNAM ? Seront-elles en rapport avec les conclusions des



différents groupes d'experts dont celles de la Conférence de consensus, en particulier sur la primo-prescription de méthadone en ville ?

Didier Jayle (président de la Mildt)

Nous sommes en train de les construire, avec deux problèmes : le mésusage de Subutex® pour lequel nous allons nous inspirer des recommandations de la Conférence de consensus, et le trafic, parfois sans jamais avoir consommé, qui entraîne des taux de remboursements très élevés.

Il faut imaginer des dispositifs efficaces sans porter atteinte à la prise en charge globale. Avec le cas particulier, en l'Île-de-France, des aides médicales aux étrangers (en général en situation irrégulière) qui représentent la majorité des polyprescriptions et des détournements dans la région. Il faut donc renforcer les contrôles pour éviter les dérapages.

Catherine Bernard (Direction générale de la santé)

Le protocole de soins conclu entre le médecin, le pharmacien et l'utilisateur est actuellement en cours de discussion, l'objectif étant qu'il ne s'applique qu'à ceux qui bénéficient clairement de multiprescriptions.

⁴ Fédération française d'addictologie.

En conclusion, ces deux premières éditions des Égus ont permis de jeter les bases d'un événement annuel où des consommateurs de substances illicites, devenus usagers de santé publique grâce aux vertus de la politique de réduction des risques, peuvent s'exprimer sans filtre et s'adresser directement aux pouvoirs publics ou au système de soins. Des remarques surprenantes ont vu le jour, des silences sont devenus assourdissants, un véritable discours authentique sur les drogues est né, en miroir avec le journal d'Asud.

Pour finir, voici 3 textes complémentaires :

- Le bilan des 12 travaux d'Égus qui restent toujours notre plate-forme minimale de revendications ;
- les 10 « malentendus de la substitution » selon Alain Morel, le président de la Fédération française d'addictologie (FFA), qui illustrent parfaitement notre volonté de dialogue permanent avec les soignants ;
- et la synthèse générale faite par Laurent Appel.

Les 12 travaux d'Égus par Éric Schneider

Un an après leur élaboration à l'issue des premiers états généraux des usagers de la substitution,
le président d'Asud dresse le bilan des 12 travaux d'Égus.

Revendication n° 1

Élargissement de la palette des produits de substitution (héroïne, morphiniques, codéinés, etc.), et développement des galéniques (voie injectable, fumable, inhalable, buvable, sublinguale, etc.) pour chacun de ces produits .

L'élargissement de la palette n'est plus une option à court terme, c'est à peine si on oserait suggérer cette idée ! Elle serait réservée à des « patients » pour qui il ne reste pas grand chose à faire, si ce n'est leur donner un ultime confort. Dans le domaine de l'usage de drogues, ce n'est pas le médical qui dicte au politique, mais le politique qui dicte au médical.

Oui, la méthadone et le Subutex® sont des outils, alors faisons d'autres produits, comme le laudanum, le sulfate de morphine, le cannabis... des outils aussi performants. On sait qu'il y a une relation à l'injection, alors essayons de la prendre enfin en compte.

Revendication n° 2

Prise en compte des propositions de l'usager quant aux molécules et aux dosages envisagés, en vue d'un choix éclairé, aussi bien pour la prescription que la délivrance, en concertation avec le médecin et le pharmacien de son choix. Assouplissement des règles de délivrance et des conditions administratives (extension de la règle des 28 jours à tous les produits).

À part quelques rares cas de relation extrêmement privilégiée médecin/patient, le « choix éclairé » reste le monopole des professionnels de santé. Si les usagers sont intégrés à certaines instances de réflexion (le plus souvent à titre consultatif), leur expertise ne vaut pas pour leur propre prise en charge. Que dire de la prescription de méthadone en couverture pour la cocaïne ou les benzodiazépines, ainsi que dans la gestion de pathologies psychiatriques ? Il y a mise en place d'une dépendance supplémentaire en toute connaissance de cause. Le « parapluie thérapeutique » a, objectivement, ses avantages.

Revendication n° 3

Autorisation de primo-prescription en ville pour tous les produits de substitution. Responsabilité du médecin traitant, et non plus du primo-prescripteur, une fois le traitement initié.

La question de la primo-prescription ne se pose pour l'instant que pour la méthadone. Le processus est « en cours »... On en parle depuis un an. La question de la responsabilité reste entière pour toutes les personnes sous

substitution méthadone. La notion de soutien aux prescripteurs existe, rendons la effective.

Revendication n° 4

Reconnaissance de l'utilité de l'alternance thérapeutique (passage d'un produit à un autre au cours d'un traitement de substitution au long cours), notamment liée à la question – toujours taboue – de l'importance du plaisir et de celle de pouvoir accéder à plusieurs produits pour éviter la tolérance à un seul, qui ne fait que renforcer la dépendance, rendant plus difficile aussi le sevrage des produits de substitution.

Ce type de pratique relève actuellement de négociations individuelles et très isolées. Globalement, les prescripteurs restent sur la notion du produit unique. Le changement n'intervient qu'en cas d'« échec » reconnu. Et la notion de plaisir reste à ce jour irrecevable du point de vue médical. Enfin, la notion de tolérance et de dépendance renforcée dans l'utilisation continue d'un seul produit est généralement balayée d'un revers de main, malgré les nombreuses observations d'usagers.

Revendication n° 5

Développement des programmes de substitution « bas seuil » et pérennisation des programmes et des structures d'accompagnement dites de « première ligne » (boutiques, PES, interventions en milieu festif, etc.), qui ne sont toujours pas reconnus. Alors que leur efficacité n'est plus à prouver, ces structures sont maintenues dans une précarisation et un cadre expérimental, leur empêchant toute forme de reconnaissance et de pérennisation.

À ce jour, nous ne connaissons que deux structures bas seuil méthadone en titre, une à Paris, une à Marseille. Cela démontre la faible volonté politique de développer ce type de programmes. Pour ce qui est des interventions sur site festif, les tensions sont nombreuses sur l'information objective, le testing, les kits sniff... Se satisfaire de zéro inculcation pourrait faire l'affaire pour l'instant.

Revendication n° 6

Développement de programmes d'éducation à la santé spécifiques pour les usagers de la substitution, des interventions de première ligne jusqu'aux stages spécialisés.

VHC oblige, nous voilà dotés de « formations d'acteurs relais ». Nous voulons aussi des programmes d'éducation à la santé spécifiques pour les usagers de la substitution.

Revendication n° 7

Accès aux droits sociaux pour les usagers, notamment à l'hébergement comme condition de réussite d'un traitement de substitution. Prise en compte de l'état de santé dans les conditions d'obtention du RMI et des autres indemnités de protection sociale pour les usagers en traitement.

Le droit au logement est un droit constitutionnel. Quid du respect et de la mise en œuvre de la constitution par ses garants ? Pour ce qui est des usagers, parlons plutôt de droit à l'hébergement quand ce n'est pas d'hébergement d'urgence. Pour ce qui est des droits plus généralement, il est inadmissible que des personnes voient leur statut Cotorep baisser quand vient s'inscrire le mot toxicomane sur leur dossier ou que d'autres s'entendent dire qu'ils ne devraient pas bénéficier du RMI.

Revendication n° 8

Développement de programmes de sevrage de stupéfiants, sur demande de l'utilisateur. Élaboration de recommandations précises pour le sevrage des produits de substitution, ainsi que des programmes d'accompagnement spécifiques pour « l'après-substitution ».

Depuis 96, la substitution a eu comme effet pervers la diminution graduelle des services et des lits de sevrage. Aucune proposition sérieuse n'est faite pour les sevrages de produits de substitution. Chacun y va de sa durée minimale de traitement (de six semaines à trois ans selon les avis). Les personnes souhaitant diminuer ou arrêter le traitement ne sont pas entendues. Seul le prescripteur saurait quand il faut baisser. Beaucoup se lancent dans l'autogestion sans discussion ni soutien. L'éducation à la gestion du traitement devrait faire partie du processus thérapeutique. Après le sevrage, on cesse d'être usager, ce qui signifie qu'on ne peut plus accéder aux services tout en continuant à être tox aux yeux des autres.

Revendication n° 9

Principe absolu de la continuité du traitement de substitution en prison, ainsi qu'avant et après l'incarcération (mise en place de relais en ville, primo-prescription facilitée). Mise en place d'une consultation spécifique à l'entrée et à la sortie de prison et d'une formation, avant la sortie, à la prévention des overdoses.

Nous sommes loin du principe absolu de continuité de traitement. Les relais à la sortie restent rares, uniquement vers les CSST. La prévention des overdoses, aujourd'hui inexistante, serait aussi une excellente initiative au sortir des postcures et des communautés thérapeutiques. C'est une pratique qui a cours, entre autre, en Angleterre depuis les années 90. La prévention des overdoses n'est pas un facteur de rechute en elle-même.

Revendication n° 10

Mise en place de projets pilotes et de programmes alternatifs de recherche dans différents domaines : expérimentation de sevrage et de substitution en matière de psychostimulants, souvent qualifiés de « speeds » par les usagers ; expérimentation de l'iboga, etc.

Le contexte actuel est évidemment un obstacle à toute créativité dans ce domaine. Mais ce travail a aussi été fait ou est en cours dans d'autres pays. Les thérapeutiques pour le crack et la cocaïne existent déjà, pourquoi ne pas nous en inspirer ?

Revendication n° 11

Autorisation et prise en charge des examens biologiques spécifiques (dosages plasmatiques, méthadonémie, dépistage de stupéfiants, etc.) pour permettre aux usagers d'évaluer eux-mêmes la réussite de leur traitement de substitution. Ces examens n'ont pas pour but un contrôle à l'initiative du médecin seul, mais en concertation avec l'utilisateur. Les consommations parallèles, surtout pour le cannabis, ne peuvent être un critère de sanction, mais l'occasion de préciser à nouveau le but et les modalités de traitement.

Qu'en est-il du pouvoir, de la concertation, du contrôle ? Avons-nous atteint nos objectifs de responsabilisation dans la prise en charge et l'éducation à la santé ? Les consommations parallèles restent problématiques.

Revendication n° 12

Accès aux soins du VIH et des hépatites virales grâce au suivi des traitements de substitution.

L'accès aux soins des usagers se détériore. Nous avons pu le ressentir à Marseille de manière particulièrement douloureuse. Entre les équipes fatiguées, démotivées, en situation de sous-effectifs, la précarité renforcée de nombre d'utilisateurs et une recrudescence globale des phénomènes de discriminations, l'accès aux soins est encore une bataille.

Toutes ces revendications ayant pour but d'améliorer la vie quotidienne et la santé des usagers en traitement de substitution ne sauraient être appliquées efficacement, comme dans de nombreux pays européens, sans une dépénalisation de l'usage de tous les produits stupéfiants.

Les « 10 malentendus de la substitution » selon Alain Morel

Les Égus sont véritablement un espace de parole propre aux usagers où se construit un discours spécifique. Cette année, vous avez ouvert un questionnaire centré sur le vécu des usagers dans deux domaines où l'on ne leur demande que rarement leur « expertise » :

– **La citoyenneté** – donc la responsabilité pleine et entière – de ceux que l'on appelle usagers d'un côté (le vôtre), ou toxicomanes de l'autre (celui des institutions juridiques et médicales).

– **Le plaisir** qui, même attaché à la consommation de drogues interdites, ne devrait plus être considéré comme une question inavouable ou une recherche honteuse, dès lors qu'il s'agit de l'utilisation des médicaments de substitution.

Nous n'avons pas, en effet, les mêmes points de vue a priori sur les questions de la dépendance et de ce qui s'y joue. Cela n'est ni surprenant ni forcément problématique, ce sera même un facteur de mouvement et d'évolution si nous sommes capables d'inscrire ces tensions dans un dialogue et de définir des objectifs communs.

Pour ce faire aujourd'hui, je vous propose de commencer par identifier ces tensions qui sont à l'origine de nos malentendus, et d'en parler de façon aussi directe que vous savez le faire.

Avant d'en faire la liste et de m'arrêter sur quelques-uns de ces malentendus, il me semble utile de noter que la ligne de partage entre usagers d'une part et médecins d'autre part n'est pas la seule et peut-être pas la plus forte des contradictions qui traversent le champ des drogues, de leurs usages et de l'intervention sociale qui les visent.

Ceci dit, venons-en à nos 10 malentendus.



1. La définition improbable ou (parfois) affirmée de la toxicomanie comme maladie chronique

« Ce que le sujet fait de sa dépendance lui appartient, mais il ne peut pas toujours la contenir ou s'en extraire sans intervention extérieure. »

L'enjeu de cette définition est évidemment capital pour savoir à qui, de l'individu concerné, du médecin ou de la société, est attribué le rôle clé dans cette affaire.

Je crois qu'entre la désignation d'une maladie chronique ou d'une conduite individuelle et assumée, il ne s'agit pas de faire un choix binaire, mais de savoir différencier le niveau ou la part du phénomène que l'on considère.

L'approche addictologique sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, est une aide précieuse. Je vous invite à l'adopter davantage et à y apporter votre contribution. La distinction des problématiques de l'usage, de l'abus et de la dépendance est ici fondamentale. La définition de la part pathologique du phénomène de consommation est particulièrement imprécise dans le domaine des substances illicites.

Cette question est cruciale, car s'il faut sans doute se garder

d'une vision strictement biomédicale, il faut accepter également que la dépendance a une base neurobiologique qui rend compte de son évolution autonome, et de la perte de contrôle qu'elle détermine, sapant jusqu'à la liberté même du sujet.

Ce que le sujet fait de sa dépendance lui appartient, mais il ne peut pas toujours la contenir ou s'en extraire sans intervention extérieure, et, dans ce domaine, l'intervention médicale (au sens global, bien sûr) n'est sûrement pas la plus mauvaise.

C'est aussi cette vision médicale qui peut permettre de sortir d'une représentation par trop morale de la consommation de drogues et des problèmes qu'elle peut susciter, à condition qu'on lui accorde la légitimité d'énoncer des règles techniques, des règles de bonnes pratiques.

2. La confusion entre traitements de substitution et réduction des risques

D'emblée en effet, les deux notions de substitution et de réduction des risques ont été associées, mêlées et amalgamées par les différents orateurs. Je n'adhère pas à cette confusion.

Car si TSO et RdR ont des intersections et si les traitements de substitution ont obtenu leur légitimité dans l'opinion publique en tant que moyen de lutte contre le sida, ils ne se superposent pas pour autant. Les TSO ne servent pas qu'à la RdR.

Des traitements peuvent effectivement ne viser que la diminution des risques, sans autre ambition qu'un accès à des

droits, à une vie sociale plus satisfaisante et à des soins. Mais d'autres substitutions peuvent avoir une visée d'aide au sevrage ou d'abstinence médicalement assistée selon des modalités variables (durée, cadre, etc.). Il est possible et nécessaire de faire cohabiter dans un même dispositif « des substitutions » avec cette diversité d'objectifs.

« La » substitution n'a guère de sens, il existe différentes formes et objectifs des traitements de substitution, et ne réduisons pas leur intérêt à la seule diminution des dommages.

3. La question sociale mise au premier rang des causalités

Elle est probablement un déterminant essentiel des difficultés et des souffrances des usagers. Elle est, par exemple, à la source de nombreux comportements considérés comme des mésusages, voire des détournements.

Certes, cela est indéniablement vrai, mais jusqu'où et pour qui ? Car si tel était le cas toujours et pour tous, le « traitement social » (un logement, un revenu minimum, un accès simplifié aux produits) devrait suffire à changer suffisamment la situation et le devenir des usagers.

La toxicomanie est-elle un artefact de la prohibition ? Probablement pour une part, mais une part seulement.

Faire contrepoids à une conception médico-biologique de la toxicomanie-maladie est nécessaire, j'en suis convaincu aussi. Mais sans doute faut-il se méfier qu'un réductionnisme n'en remplace pas un autre.

4. La citoyenneté des usagers doit être reconnue

« La reconnaissance de cette citoyenneté passe d'abord par l'abolition de cette désignation légale des usagers comme délinquants ou comme malades sous contrainte. »

La reconnaissance de cette citoyenneté passe d'abord par l'abolition de cette désignation légale des usagers comme délinquants ou comme malades sous contrainte. Nous militons aussi pour cela. Mais si la fin de toute pénalisation de l'usage est une condition nécessaire, elle n'est pas suffisante. Car cette citoyenneté passe par l'exercice concret d'un droit d'expression et d'implication dans des lieux où il en est question, en particulier les lieux où il est question de leur traitement. La loi du 2 janvier 2002 vous ouvre des droits dans les institutions médico-sociales, il faut vous en saisir et nous devons travailler avec vous pour leur mise en place.

C'est un point de mobilisation sur lequel nous devons impérativement nous rencontrer pour travailler ensemble. Le per-

sonnage joué par Clint Eastwood à la fin d'un western spaghetti très connu disait à son ennemi : « Dans ce monde, il y a deux catégories de gens, ceux qui tiennent le revolver et ceux qui creusent, toi tu creuses ». Cela me semble s'appliquer assez bien à la répartition du pouvoir entre médecins et toxicomanes : il y a ceux qui tiennent le stylo et qui peuvent donner ou refuser une substance, et il y a ceux dont une grande partie de leur état et de leur vie va dépendre de cette ordonnance. Nous, nous avons le stylo et le « produit »...

C'est un pouvoir immense. Et comme tout pouvoir sur autrui, il nécessite, en démocratie, des systèmes de contrôle et de rééquilibrage du pouvoir.

« Dans ce monde, il y a deux catégories de gens, ceux qui tiennent le revolver et ceux qui creusent, toi tu creuses » Clint Eastwood dans *Le Bon, la Brute et le Truand* (Sergio Leone, 1966)

5. La question du sevrage, de l'abstinence ou du traitement à vie

Cette question a été soulevée pour réaffirmer une revendication à pouvoir choisir son traitement, comme à pouvoir l'arrêter ou le poursuivre à vie. Je partage entièrement cette revendication qui est une traduction directe de l'exercice de la citoyenneté. Faut-il améliorer des protocoles de fin de traitement ? Certainement. Et là, la balle est dans le camp de la médecine. La qualité du traitement, c'est aussi la qualité de son suivi et de son éventuel arrêt.

Mais j'ai été frappé que vous ne vous montriez pas plus critiques envers l'opposition qui est faite, en particulier dans le plan de la Mildt, entre substitution et abstinence. Une opposition qui légitime le projet de créer 20 communautés thérapeutiques

(soit 600 places !) dévolues uniquement aux toxicomanes ayant choisi l'abstinence, et qui excluent le recours aux traitements de substitution. Comme s'il fallait faire contrepoids à « trop de substitution » et revenir à l'abstinence « pure et dure », comme le réclame un quarteron de députés réactionnaires.

L'abstinence voilà encore un mot à définir. L'abstinence sans assistance médicale et médicamenteuse, mais avec une assistance communautaire, n'a aucune supériorité que ce soit sur une abstinence avec traitement de substitution par exemple. C'est une option parmi d'autres, avec des avantages et des inconvénients. Ne soyons pas dupe de l'emprise morale sur cette notion d'abstinence.

6. Les patients « chaotiques »

C'est une question que nous ne devons ni occulter ni minimiser : la continuité et la participation du patient à son traitement sont des conditions de son utilité. Au-delà des motifs divers de mésusages, l'existence de ces patients « chaotiques » – même s'ils sont une petite minorité – pose des problèmes cliniques et institutionnels réels, parfois graves. Problèmes d'instabilité, de ruptures, de transgressions, de violences, de risques accrus, et un sentiment d'impuissance, tout cela n'est pas seulement le

produit d'un manque de moyens ou d'une méconnaissance des intervenants sur les réalités vécues et les besoins de ces patients. Les soignants s'interrogent forcément sur la nécessité de répondre à ces situations par un renforcement (et donc un durcissement) du cadre institutionnel. Et ces usagers, de fait fort mal pris en charge, rejetés de partout, aboutissent en prison et dans la rue avec de moins en moins d'issue. Ce n'est évidemment pas glorieux, pour personne. Mais quelles solutions ?

7. L'histoire, les positionnements des uns et des autres et leurs évolutions

« ... ne pas se laisser aller à des discours d'experts qui ne reposent en réalité que sur la seule expérience personnelle de leurs auteurs. »

Les « années sida » ont modifié de nombreux équilibres, ébranlé de grandes certitudes et profondément changé la vision de nombre d'intervenants. Les pratiques ont aussi considérablement évolué, même s'il reste encore des rigidités inacceptables. La poursuite d'un dialogue étroit entre usagers et professionnels est l'une des conditions de la nécessaire capacité à évoluer des uns et des autres. Il nous faut préserver cette capacité.

Nous avons aussi appris de cette période qu'il nous fallait regarder plus loin et aller chercher les données validées, y compris celles que produisent « les autres », notamment les chercheurs et nos collègues à l'étranger, afin de ne pas se laisser aller à des discours d'experts qui ne reposent en réalité que sur la seule expérience personnelle de leurs auteurs.

8. La substitution est un médicament, mais c'est aussi une drogue

Drogue ou médicament, cela dépend de l'usage que l'on en fait. Cela a été dit par plusieurs intervenants, et c'est une évidence. Tout médicament psychoactif, surtout s'il est opiacé, est susceptible d'être l'un et l'autre, l'un ou l'autre.

Mais je veux attirer votre attention sur le risque qu'il y aurait à ne pas être clair sur le respect d'une distinction entre le produit-drogue et le médicament-traitement. Rien n'est pire que les jeux de dupes entre usagers et soignants.

Selon moi ce qui fait qu'une molécule est un médicament tient : – aux propriétés de la molécule qui minimisent ses effets collatéraux ; par exemple, la durée d'action qui diminue le nombre de prises et la tolérance ;

– et à l'intervention d'un prescripteur-soignant qui ouvre une triangulation et, de ce fait, un dialogue de nature à apporter une régulation et une maîtrise de l'utilisation de la molécule.

Dans ce sens, il me paraît contre-productif de continuer d'utiliser le terme de « produits » pour désigner les médicaments de substitution. Cette confusion entretient dans l'opinion l'idée que ce ne sont pas de « vrais » traitements, et renforce la position de leurs adversaires qui n'ont aucune espèce de considération envers les usagers, bien au contraire.

9. La substitution, ça sert à quoi finalement ?

Quelqu'un a dit que ce qui fait soin dans la substitution, c'est « la vie pacifiée », et que, je cite, « la fonction sociale de la substitution est plus importante que sa fonction médicale ». Je crois comprendre ce point de vue car je l'entends de la bouche de patients (comme disent les docteurs), et je crois que je partage cette vision.

Finalement, cet apaisement, cette pacification des relations avec autrui (et avec soi-même), n'est-ce pas ce que demandent les usagers ? Mais faut-il alors opposer un projet médical qui serait autre ou plus que cet apaisement, qui serait l'abstinence et l'arrêt de tout produit par exemple, et faudrait-il que le projet de l'usager soit forcément limité à celui d'être en

paix ? Le plus important n'est-il pas que le médecin et le patient (ou l'usager) déterminent un objectif commun et s'allient pour y parvenir, le traitement en étant l'un des moyens ? Certes, il est vrai que de nombreux docteurs n'ont pas fait le deuil d'une représentation de « la guérison » qui serait définie par des standards médicaux et sociaux et auxquels le patient n'aurait plus qu'à se conformer. À nous de mieux faire comprendre ce que veut dire la participation au traitement et la notion d'alliance thérapeutique.

Cette alliance thérapeutique qui nous est si chère m'amène au dernier malentendu, et peut-être le plus significatif du conflit de logique qui existe entre nous : le malentendu du plaisir.

10. Et le plaisir dans tout ça ?

« Les médecins ne sont ni formés pour ni chargés de donner ou refuser du plaisir. »

Faut-il s'offusquer que des patients veuillent retrouver par la prise de médicament de substitution le plaisir que leur a apporté l'opiacé pris en dehors de la médecine ? Sincèrement, je pense que tout soignant qui connaît ces questions et qui travaille auprès d'usagers ne peut répondre que par la négative : cette recherche du plaisir est partie intégrante de la consommation de la drogue et elle ne s'éteint pas magiquement avec les affres de la dépendance.

Pour autant, faut-il demander à la médecine de prescrire du plaisir ? Il y a à mes yeux beaucoup de risques à poser la question sous cet angle, le premier étant de créer une réticence supplémentaire du corps médical à aller sur le terrain du soin en toxicomanie. Car les médecins ne sont ni formés pour ni chargés de donner ou refuser du plaisir.

Sans doute est-il possible de trouver un compromis acceptable, c'est-à-dire pour le médecin qui reste dans le cadre du soin, autour de la notion de « confort ». Confort à la fois en termes de molécule, de posologie et de relation aux soignants (au sens large). C'est sur ce type d'objectif commun que peut se fonder une réelle alliance, que le médecin appellera alliance thérapeutique et l'usager confiance.

Je suis en tout cas très heureux d'avoir été avec vous pendant ces deux jours, précisément parce que ce dialogue entre nous est non seulement passionnant, mais qu'il donne aussi les clés pour un confort et, allez, disons-le, un plaisir partagé. Du moins tel est mon espoir...

La synthèse de Laurent Appel

« Nous disposons maintenant d'un superbe outil pour légitimer nos actions :

le rapport Catania, adopté par le Parlement européen...

qui pose le principe du rétablissement de la citoyenneté des usagers de drogues, de l'arrêt de la stigmatisation. »

Nos revendications n'ont pas abouti, et nous craignons une dégradation du statut de l'usager de la substitution et plus généralement de l'usager de drogues. La RdR et l'autosupport subissent de nombreuses attaques alors que leur efficacité a été largement établie lors des deux Égus.

Nous disposons maintenant d'un superbe outil pour légitimer nos actions : le rapport Catania, adopté par le Parlement européen et par le Conseil des ministres – l'autorité la plus forte de l'Europe –, qui pose le principe du rétablissement de la citoyenneté des usagers de drogues, de l'arrêt de la stigmatisation, de l'expérimentation locale de toute politique de substitution et de réduction des risques quelle que soit la substance, de l'utilisation légale de plantes interdites, ce qui ouvrirait un champ d'expérimentation tant sur les opiacés que sur les psychostimulants naturels, le cannabis, etc. Mais ce n'est pas l'Europe qui imposera cette politique à la France.

À nous maintenant, en tant qu'associations d'usagers, médecins, décideurs... d'aller faire pression sur le gouvernement et de négocier le passage dans la législation nationale de ces recommandations européennes. Encore une fois, le temps des usagers et le temps des administrations n'a rien à voir. Ce dispositif est planifié sur dix ans quand nous travaillons dans l'urgence. Ce document, comme les 12 travaux d'Égus, doit être largement diffusé et avoir des répercussions pour tous les usagers. Sinon, nous sombrerons dans un débat entre élites, celle du sulfate de morphine, celle capable d'aller discuter avec le médecin, celle de la négociation... Le privilège de très peu d'entre nous. L'usager de base ne négocie rien du tout, il est dans la demande, il supplie presque. Beaucoup de substitués sont entrés dans le confort, dans une demande de vie sociale normalisée, d'une pleine citoyenneté. C'est une grande victoire, mais cela ne concerne pas la majorité des usagers. La polyconsommation explose, les consommateurs n'ont plus de produit d'élection et pataugent encore entre RdR, substitution et répression... Ce dispositif ne répond pas aux problèmes posés par les nouveaux modes de consommation. On assiste

à un transfert de la toxicomanie de rue sur la coke, essentiellement sur le caillou, et ça, c'est pas réglé du tout.

Les Égus II doivent être le point de départ d'un travail pour essayer de retrouver le contact avec cette problématique de rue et avec ces réalités, en les faisant rentrer dans un concept de RdR, comme le recommande l'Europe, en élargissant au maximum ce concept de substitution avec l'expérimentation locale de produits, de modes de distribution, de réglementation... Il faut créer des cadres pour que les usagers experts et les experts puissent échanger et influencer sur les politiques, mais aussi pour que la représentation de l'usager substitué ou pas soit considérablement améliorée.

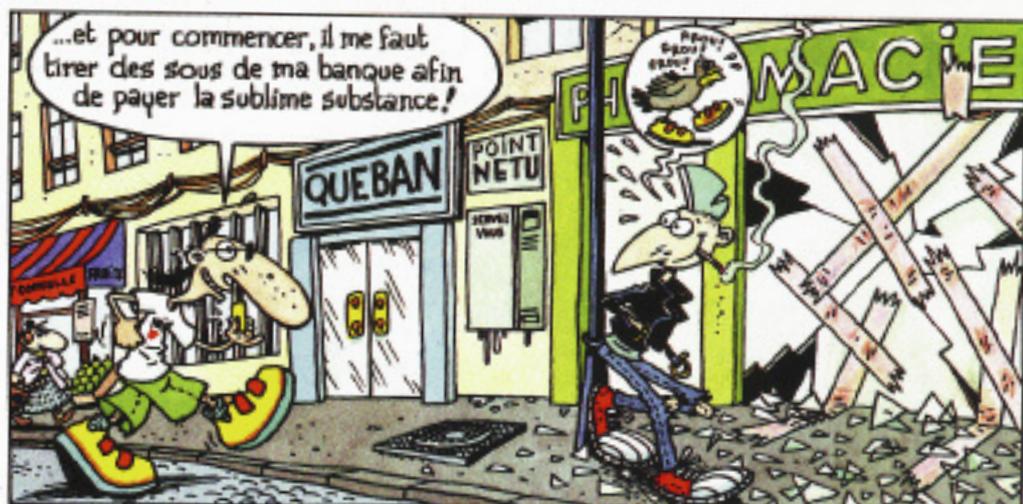
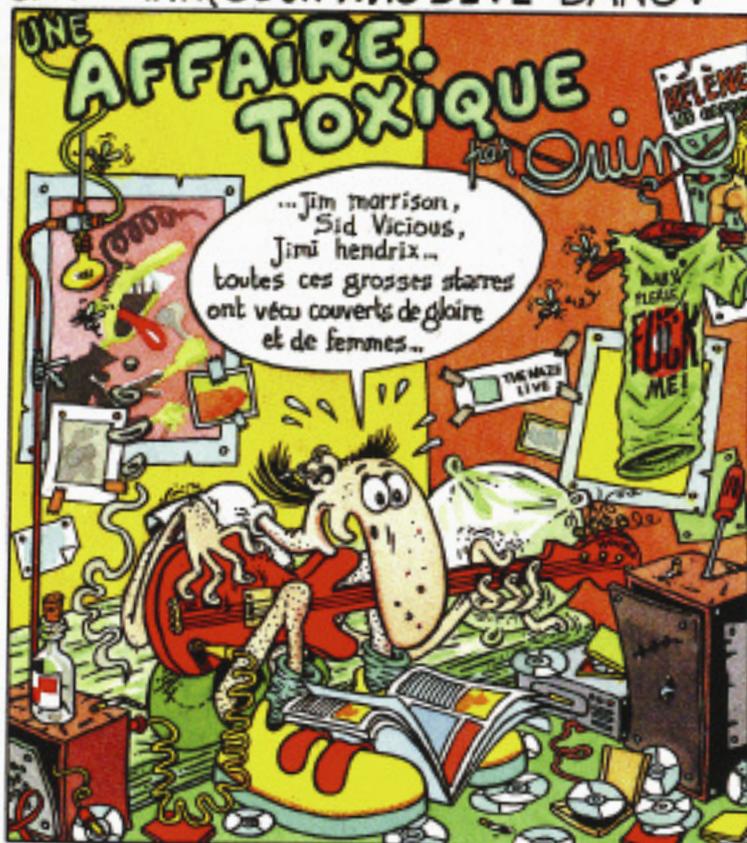
Les problèmes de violence dans les centres ou sur les problématiques de socialisation ne sont pas spécifiques aux usagers de drogues. Le problème de la représentation dans le système médical est le même pour les gens atteints de sclérose en plaques ou de cancer. Tous les gens qui sont dans le soin au long cours ont des problèmes de représentation. Donc ne demandons pas à la société de faire pour nous ce qu'elle n'est pas capable de faire pour quiconque.

Pouvoir faire avancer ces revendications, c'est arriver à être à la fois présents dans les organes décisionnels, mais c'est aussi arriver à être plus représentatifs. Un des vrais défis des Égus III : arriver à être des usagers experts pour aller discuter avec les experts, mais surtout ne pas perdre notre réalité première qui est d'être la courroie de transmission entre le monde des drogues et les gens qui finalement nous combattent, car la guerre à la drogue est loin d'être finie. Quand notre ministre de l'Intérieur dit qu'il va lâcher le GIPN sur les affaires de stupéfiants, ça fait trembler. C'est la guerre civile contre les usagers. Si on en revient là, tous nos débats théoriques sur la méthadone, le Subutex®, etc., vont être très loin de la réalité.

Pour synthétiser : progressons encore plus dans notre expertise et nos collaborations, mais ne perdons pas de vue les problèmes de base de la rue et le problème de base qu'est la prohibition des stupéfiants.

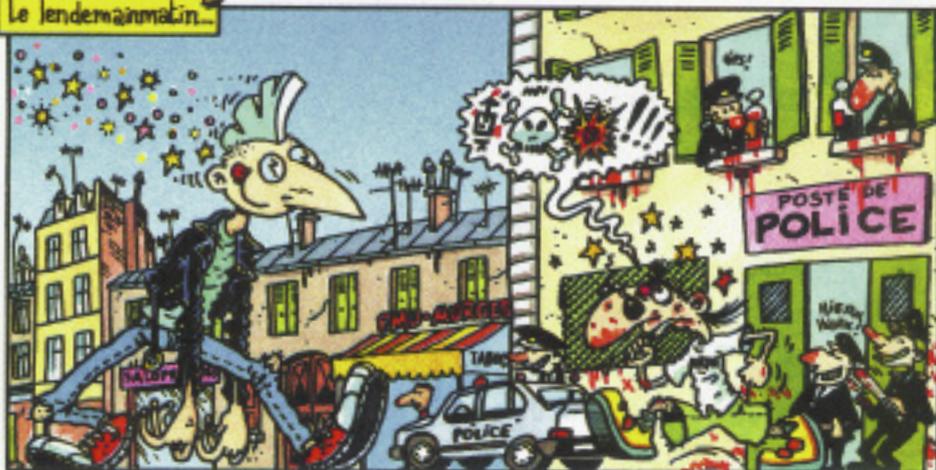


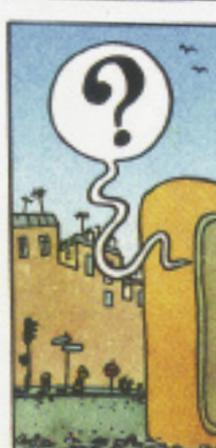
BLOODI INTRODUIT MAC BÊTE DANS :





Le lendemain matin...







Mal à ma France

Cher Asud,

Je suis ravi de me réabonner à Asud-Journal. J'avais aussi « en vie » de témoigner de ma renaissance grâce à la substitution. Mais en cette fin d'année 2005, quoique tranquille et en pleine forme, je reste marri et las car nous vivons en ce moment une véritable chasse aux sorcières au nom d'une guerre sainte à l'effigie de la sécurité. Des usagers et autres dealers « casse-croûte » sont arrêtés, harcelés, relâchés, ré-arrêtés au nom de cette guerre sainte, mais aussi... pour faire du chiffre et répondre au commanditaire qui mène la France en ces jours sombres. Je m'inquiète pour les personnes en difficulté, de surcroît dépendantes de produits stupéfiants divers et variés, formant, de fait, la population cible, visible, celle qui paye encore et encore... Nous, il ne nous arrive jamais rien, une réprimande tout au plus... J'ai honte de ces rois et reines de droite et de gauche qui, après avoir raflé et condamné les pédés jusqu'en 1981, déplacent leur haine et leur besoin de faire peur au peuple pour exister et rester crédibles sur les usagers de drogues, nouveaux élus boucs émissaires de la société française... J'ai mal à ma France...

Merci à vous, cher Asud, de soutenir la réduction des risques. Nous en avons aussi besoin...

Gilles

La méthode chinoise

Bonjour,

Je suis un traitement de substitution par la méthadone depuis maintenant plus de quatre ans, et je risque fort de partir vivre à Madagascar (...) J'ai entendu parler d'un sevrage accéléré par dilution avec l'eau, et je vous serais reconnaissant de m'indiquer comment me le procurer. D'avance merci, et encore bravo pour votre engagement !

Éric

Réponse d'Asud

Il s'agit de la méthode chinoise, qui consiste à diluer la méthadone avec de l'eau, jusqu'à l'absence totale de méthadone. Pour l'utiliser, il faut tout d'abord être stabilisé à 5 mg de méthadone par jour, et attendre d'être bien sûr de vouloir totalement arrêter la méthadone. N'hésitez pas à attendre le temps nécessaire pour prendre cette décision. Le mieux est d'en parler avec son médecin traitant.

En elle-même, la méthode est simple : il s'agit de passer en 30 jours de 5 à 0 mg de méthadone, en la diluant chaque jour avec de l'eau. Pour cela, vous avez besoin :

- de 30 flacons de 5 mg de méthadone prescrits par votre médecin ;
- d'une bouteille d'1/2 litre avec bouchon achetée en pharmacie, ou d'une bouteille classique propre avec bouchon ;
- d'une pipette achetée en pharmacie.

1. Avec votre pipette, calculez le contenu d'un flacon de 5 mg de méthadone et mémorisez la valeur que vous aurez trouvée : vous en aurez besoin pour prélever chaque jour votre dose de méthadone à prendre. Si vous n'avez pas de pipette, prenez un flacon de 5 mg de méthadone et marquez d'un trait son niveau de remplissage (faites attention que cette marque ne puisse pas disparaître).

2. Versez vos 30 flacons de méthadone dans la bouteille d'1/2 litre, qui contiendra donc votre consommation de méthadone pour 30 jours.

3. Pour prendre votre consommation journalière, il vous suffira de retirer de cette bouteille l'équivalent de 5 mg de méthadone, soit le nombre de cm³ que vous aurez déterminé avec votre pipette ou en remplissant jusqu'à la marque votre petit flacon témoin.

4. À chaque fois que vous prélevez de la méthadone dans la bouteille, vous y reversez exactement la même quantité d'eau. Durant les 30 jours, le niveau de votre bouteille ne baissera pas puisque ce que vous prélevez est remplacé par de l'eau. Mais la méthadone qui est dedans sera diluée d'un trentième chaque jour, pour arriver à une valeur 0 au trentième jour. Vous pourrez sentir cette dilution au goût du liquide, qui passera du goût très sirupeux de la méthadone à celui de l'eau. Pour celles et ceux qui souhaitent garder le goût sirupeux, il est possible de remplacer l'eau par du sirop d'orange de temps en temps.

Quoiqu'un peu plus difficile qu'à 5 mg, il est possible de commencer la méthode chinoise à 10 mg, mais sur 60 jours cette fois-ci, ce qui oblige à avoir une bouteille contenant 60 flacons de 10 mg.

Vive la réalité !

Je m'appelle Guillaume, j'ai 27 ans, et un pedigree de polyconsommateur depuis dix ans. Principalement accro à l'héroïne pendant quatre ans (malheureusement de plus en plus remplacée par la « rabla »), j'ai obtenu une autorisation pour un traitement de Skenan® en avril 2002. Ensuite, j'ai dû batailler pour le conserver, malgré des résultats impressionnants dans tous les domaines de ma vie. Pendant la période Skenan® (600 mg/jour, soit 3 injections), j'ai cessé de boire, stoppé la coke (enfin...), et je me contentais de fumer des joints. Malheureusement, on ne m'a ensuite laissé qu'un « choix » : plus rien ou la méthadone... Aujourd'hui, je dois boire 200 mg de métha, et avaler 15 à 30 mg de Valium®, 20 mg de

Voyager avec quelques Stéribox®

Salut Asud,

Je suis un lecteur assidu de votre superbe mag depuis presque dix ans. Je viens de fêter mes 28 ans, et je suis depuis un peu plus d'un an avec une petite femme qui m'a vraiment aidé à décrocher d'une consommation « un peu trop régulière ». Mais bon, ça va, je le vis bien.

Nous avons pas mal de projets de voyages à longue distance, notamment en Amérique du Sud au printemps. Nous devons normalement atterrir au Mexique puis descendre plus au sud (Équateur, Bolivie, Pérou...) pendant huit mois. Et là, je vous pose LA question : est-ce que je peux voyager avec quelques Stéribox® sur moi sans être emmerdé aux douanes, et peut-on trouver du matos d'injection dans ces pays ? Je m'en remets à vos conseils savants, autant qu'ont pu l'être toutes vos éditions.

Bravo pour votre magazine, c'est une source de connaissances terrible. Vous devriez être reconnus d'utilité publique (on peut rêver!). Bloodi, t'es mon idole !

Répondez-moi si possible. Merci !!

Silvio

Réponse d'Asud

Cher Silvio,

Il semblerait que tu apprécies les voyages et les aventures, mais soyons clairs, est-il vraiment raisonnable de vouloir visiter aussi les prisons locales ? Si la réponse est non, notre conseil est d'oublier l'idée d'emporter le Stéribox® dans tes valises, même si, d'un point de vue strictement légal, il est douteux que le matériel contenu dans une trousse d'injection (Stéribox® est le nom commercial de l'une d'entre elles) soit interdit. En fait, le problème principal est que la seringue trouvée dans tes valises risque de constituer pour les douaniers ce que l'on appelle une « présomption d'usage », source potentielle de désagréments, genre fouille approfondie (avec le doigté rectal qui fait toujours plaisir) ou même annulation du visa d'entrée.

Vous avez néanmoins intérêt à contacter les ambassades et consulats des pays concernés et demander par téléphone si le matériel d'injection peut s'acheter sur place (sans donner vos identités pour éviter de futurs tracas). Vous pouvez également contacter (en anglais ou en espagnol) l'association ARDA sur le Net.

Enfin et surtout, règle n° 1 : ne jamais jamais utiliser la seringue de quelqu'un, même s'il vous assure avoir fait des tests. Penser aussi que les gabelous et les forces de l'ordre en général dans cette région (surtout ceux d'Amérique centrale) ne sont réputés ni pour leur tolérance à l'égard des usagers ni pour leur parfaite honnêteté. De nombreuses affaires d'Européens incarcérés pendant des années pour simple usage sont portées à la connaissance des associations de défense des droits de l'Homme chaque année. Alors le mieux est de s'abstenir, et si ce n'est vraiment pas possible, de se procurer du matos neuf sur place (seringue, cuillère et coton).

Dernière hypothèse, mon cher Silvio, derrière tes fausses moustaches tu es en fait le lieutenant XXL de la Brigade des stupps, chargé de faire tomber Asud dans un piège grossier pour connaître nos filières clandestines de vente de shooteuses en Amérique du Sud.

Caramba ! Encore raté !

Discretion assurée

Bonjour,

J'habite chez mes parents, alors serait-il possible de ne pas employer le mot « drogue » ou ses dérivés sur l'enveloppe d'envoi du journal pour éviter qu'ils ne se doutent de quelque chose ? S'il y a marqué Asud, ce n'est rien, ils ne comprendront pas...

Encore merci pour tout, vous êtes vraiment adorables. Longue vie à Asud !!!!

Prenez soin de vous, à très bientôt...

Laure

Réponse d'Asud

Ce souci est légitime et, pour cette raison, nous avons des accords explicites avec l'organisme qui s'occupe de l'expédition du journal : pas d'emballage transparent, pas d'exhibition de la couverture, rien ne doit être visible et, selon la formule consacrée, Asud-Journal est toujours « expédié sous pli discret ».

Deroxat®, et du Noctran® car je ne dors plus. Je survis avec le RMI et la générosité de ma famille qui ne comprend pas qu'une telle situation puisse exister.

Un grand merci à votre association, notamment pour les Égus qui me permettent de conserver un certain espoir. Espérons que notre motivation, associée aux autres modèles européens (Hollande, Allemagne, Suisse, Espagne, Danemark, etc.), ouvriront enfin les yeux de la France sur nos problèmes et qu'on nous reconnaîtra comme des citoyens à part entière, jouissant des droits des malades pour obtenir un traitement adéquat qui nous permet d'avancer dans la vie.

Rendez-vous pour les Égus III. Je croise les doigts pour tous les usagers.

Guillaume



RÉSEAU ASUD

site Internet www.asud.org

ASUD
204-206 rue de Belleville
75020 Paris
tél. 01 43 15 00 66
contact
asudjournal@club-internet.fr
direction
asud@club-internet.fr
secrétariat secretariat.asud@club-internet.fr

ASUD LOIRET
2, cloître Saint-Pierre-
Le-Puellier
45000 Orléans
tél. 02 38 77 00 27
contact
asud.loiret@wanadoo.fr

ASUD LE MANS
102, Résidence du Héron
72150 Saint-Vincent-
Lorouer
Minibus
tél. 06 88 77 41 59
contact
asud72@wanadoo.fr

ASUD REIMS
C/o Alain Château
91, rue du Barbâtre
51100 Reims
tél./fax 03 26 82 33 99
contact
asudreims51@wanadoo.fr

ASUD LORRAINE
63, rue des Allemands
57000 Metz
tél. 03 87 18 99 64
fax 03 87 36 05 32
contact
asud.lorraine@wanadoo.fr

ASUD STRASBOURG
C/o Roger Coustou
10, rue Richard-Wagner
67000 Strasbourg
tél. 06 03 75 17 08
contact r.coustou@noos.fr

ASUD NÎMES
14, rue Auguste
30000 Nîmes
tél. 04 66 36 00 12
contact
asudnimes@wanadoo.fr

ASUD MARSEILLE
52, rue du Coq
13001 Marseille
tél. 04 91 90 03 70
contact
asud.mars@wanadoo.fr

Correspondante
à NANTES :
Séverine Martin
(UD! Link)
tél. 06 99 22 32 91

AUTOSUPPORT – ENTRAIDE RÉGIONS

KEEP SMILING
271, rue Vendôme
69003 Lyon
tél./fax 04 72 60 92 66
portable 06 63 13 77 06
contact [info@](mailto:info@keep-smiling.com)
keep-smiling.com

RADOT
accueil de jour
pour mères de famille
(vendredi : 14 h 30 à 17 h –
mairie du 6^e /
mardi : 14 h 30 à 18 h –
mairie du 9^e)
69000 Lyon
tél. 06 67 43 01 08

LE TIPI
26 A, rue de la Bibliothèque
13001 Marseille
tél. 04 91 92 53 11
contact tipi@free.fr

LUDIC
BP 2006
68058 Mulhouse
Cedex 02
tél. 03 89 59 87 60
fax 03 89 59 87 65
contact [drogues@](mailto:drogues@ludic-mulhouse.org)
ludic-mulhouse.org

UD! LINK
C/o Aides
46, rue de Strasbourg
44000 Nantes
tél. 06 99 22 32 91

PARIS IDF

TECHNO PLUS
33, rue Stephenson
75018 Paris
tél. 06 03 82 97 19
contact
tplus@technoplus.org

ACT UP-PARIS
45, rue Sedaine
75011 Paris
tél. 01 48 06 13 89

Espoir Goutte-d'Or (EGO)
13, rue Saint-Luc
75018 Paris
tél. 01 53 09 99 49

AIDES Ile-de-France
119, rue des Pyrénées
75020 Paris
tél. 01 53 27 63 00
contact
aidesidf@aidesidf.com

NARCOTIQUES
ANONYMES
Nice et Marseille
04 96 12 05 81
Paris 01 43 72 12 72

SOINS – RÉDUCTION DES RISQUES – SUB- STITUTION RÉGIONS

CSST SOLEA
73, Grande-Rue
25000 Besançon
tél. 03 81 83 03 32
contact
csst.solea@wanadoo.fr

CEID
24, rue du Parlement-
Saint-Pierre
33000 Bordeaux
tél. 05 56 44 84 86
contact ceid@ceid.asso.fr

CENTRE CÈDRE BLEU
8, av de Bretagne
59000 Lille
tél. 03 20 08 16 61

PASSERELLE 39
PES, substitution
35, Cours Sully
39000 Lons-le-Saunier
tél. 03 8424 66 83
contact
passerelle39@wanadoo.fr

RUPTURES
36, rue Burdeau
69001 Lyon
tél. 04 78 39 34 89

CENTRE AMPTA
19, rue de la République
13002 Marseille
tél. 04 91 90 09 32

ASSOCIATION ESPACE
PES, accompagnement
social et/ou professionnel,
RdR, écoute et parole,
prévention VIH
40, rue Perrier
45200 Montargis
tél. 02 38 28 77 80
contact
espace.asso@wanadoo.fr

ASCODE
10 bis, bd Saint-Assisclé
BP 2070
66011 Perpignan Cedex
tél. 04 68 68 31 41
contact secret.ascode@free.fr

SID'ARMOR
51, boulevard Pasteur
22000 Saint-Brieuc
tél. 02 96 33 05 98
contact sidarmor@free.fr

LA ROSE DES VENTS
accueil de jour et soins
32, rue Roger-Salengro
44600 Saint-Nazaire
tél. 02 40 01 96 12

AVASTOFA
73, bd de Stalingrad
83500 La-Seyne-sur-Mer
tél. 04 98 00 25 05

POINT ÉCOUTE DROGUES
hôpital de Soissons (métha-
done)
46, av. du Général-de-Gaulle
02200 Soissons
tél. 03 23 75 74 38

ESPACE INDÉPENDANCE
21, bd de Nancy
67000 Strasbourg
tél. 03 88 52 04 04
contact
espace.ind@wanadoo.fr

ANPAA 83 – CSST
centre méthadone
8, rue Pressencé
83000 Toulon
tél. 04 94 92 53 50 (54/55)
contact
csstoulon@anpa.asso.fr

INTERMÈDE
CLÉMENCE ISAURE
RdR, boutique, accueil
de jour (du lundi 9 h 30
au vendredi 15 h 30)
2 bis, rue Clémence-Isaure
31500 Toulouse
tél. 05 34 45 40 40
contact [laboutique42@](mailto:laboutique42@hotmail.com)
hotmail.com

LA TRE'V
26, rue Émile-Zola
30600 Vauvert
tél. 04 66 88 75 30
contact latrev@wanadoo.fr



PARIS IDF

SOS DROGUE
INTERNATIONAL
« 110, Les Halles »
110, rue Saint-Denis
75002 Paris
tél. 01 55 34 76 20
contact
110leshalles@asos.org

HÔPITAL
FERNAND-WIDAL
Espace Murger
200, rue du Faubourg-Saint-
Denis
75010 Paris
tél. 01 40 05 42 14
contact
espace.murger@lrp.aphp.fr

MÉDECINS DU MONDE
bus méthadone – PES
62 bis, rue Parmentier
75011 Paris
tél. 01 43 14 81 61
contact
secrpes.parmentier@
medecinsdumonde.net
mission Rave
tél. 01 43 14 81 69
contact rave.paris@
medecinsdumonde.net

LA CORDE RAIDE
6, place Rutebeuf
75012 Paris
tél. 01 43 42 53 00
contact lacorderaide@
wanadoo.fr

ÉMERGENCE
6, rue de Richemont
75013 Paris
tél. 01 53 82 81 70
contact emergence@imm.fr

ASSOCIATION
CHARONNE
3, quai d'Austerlitz
75013 Paris
tél. 01 45 83 22 22
contact
charonne@charonne.asso.fr

MARMOTTAN
17, rue d'Armaillé
75017 Paris
tél. 01 45 74 00 04
fax 01 45 74 40 56

CIDAG – CMS
DE BELLEVILLE
dépistage gratuit hép. B
et C, VIH, syphilis
218, rue de Belleville
75020 Paris
tél. 01 40 33 52 00

RÉSEAU
VILLE-HÔPITAL 77 SUD
46, rue Saint-Liesne
77011 Melun
tél. 01 64 71 63 37
contact rvh77sud@
ch-melun.fr

CEDAT
122, bd Carnot
78200 Mantes-la-Jolie
tél. 01 30 63 77 90

ESSONNE ACCUEIL
10, rue de la Platerie
91150 Étampes
tél. 01 69 92 46 55

LA FRATERIE
centre méthadone
et consultation
20, av du Général-Gallieni
tél. 01 41 37 68 68
hébergement
21, rue de l'Église
92000 Nanterre
tél. 01 47 21 26 38
contact
lafraterie@wanadoo.

LE TRAIT D'UNION
centre de consultation
154, rue du Vieux-Pont-
de-Sèvres
92100 Boulogne
tél. 01 41 41 98 01

CLINIQUE LIBERTÉ
10, rue de la Liberté
92220 Bagneux
tél. 01 45 36 11 20
fax 01 46 65 22 46
contact aslibert@wanadoo.fr

MOSAÏQUE
89 bis, rue Alexis-Pesnon
93100 Montreuil
tél. 01 48 57 02 06

DROGUES ET SOCIÉTÉ
42, rue Saint-Simon
94000 Créteil
tél. 01 48 99 22 14
contact drogues.et.societe
@wanadoo.fr

VISA 94
94500 Champigny-
sur-Marne
tél. 01 45 16 38 53
unité mobile
portable 06 81 01 19 98
soins (méthadone,
Subutex®)
tél. 01 48 82 22 25

SOCIAL – JUSTICE –
PRISON
PARIS IDF

ARC EN CIEL
52, rue du Faubourg-
Poissonnière
75010 Paris
tél. 01 53 24 12 00

CAARRUD BEAUREPAIRE
10 h / 13 h – 14 h / 17 h
(fermé le mercredi
après-midi)
9, rue Beaurepaire
75010 Paris
tél. 01 53 38 96 20

BOUTIQUE
PHILIPPE-DE-GIRARD
9 h 45 / 12 h 30 –
13 h 45 / 16 h 45
86, rue Philippe-de-Girard
75018 Paris
tél. 01 46 07 94 84

SIDA PAROLES
boutique (11 h / 16 h)
8, rue Victor-Hugo
92700 Colombes
tél. 01 47 86 81 55

INFORMATIONS
RÉGIONS

FÉDÉRATION DES CIRC
BP 3043
69605 Villeurbanne
tél. 06 11 53 10 07
www.circ-asso.org

PARIS IDF

LE KIOSQUE INFO SIDA ET
TOXICOMANIE
36, rue Geoffroy-l'Asnier
75004 Paris
tél. 01 44 78 00 00
contact documentation@
lekiosque.org
www.lekiosque.org

CRIPS Ile-de-France
Tour Maine-Montparnasse
(12^e étage)
33, av. du Maine
BP 53
75755 Paris Cedex 15
tél. 01 56 80 33 33
fax 01 56 80 33 00
www.lecrrips.net

CHANVRE ET CIE
31, rue Voltaire
93100 Montreuil
tél. 01 48 51 78 25
www.chanvreetcie.com

DROGUES ALCOOL TABAC
INFO SERVICE
0 800 231 313
CANNABIS 0 811 912 020
ALCOOL 0 811 913 030
TABAC 0 825 309 310
FIL SANTÉ JEUNES
0 800 235 236
SIDA INFO SERVICE
0 800 840 800
SIDA INFO DROIT
0 810 636 636



DROGUES INFO SERVICE

0 800 23 13 13

APPEL D'UN PORTABLE
01 70 23 13 13

7 j/7. Anonyme et gratuit
d'un poste fixe.

Coût d'un appel ordinaire.

ÉCOUTE CANNABIS

0 811 91 20 20

7 j/7. 8 h/20h. Anonyme.
Coût d'un appel local depuis
un poste fixe.

ÉCOUTE ALCOOL

0 811 91 30 30

7 j/7. 14 h/2h. Anonyme.
Coût d'un appel local depuis
un poste fixe.

SUR INTERNET

WWW.DROGUES.GOUV.FR

Adresses utiles.
Vos questions, nos réponses.