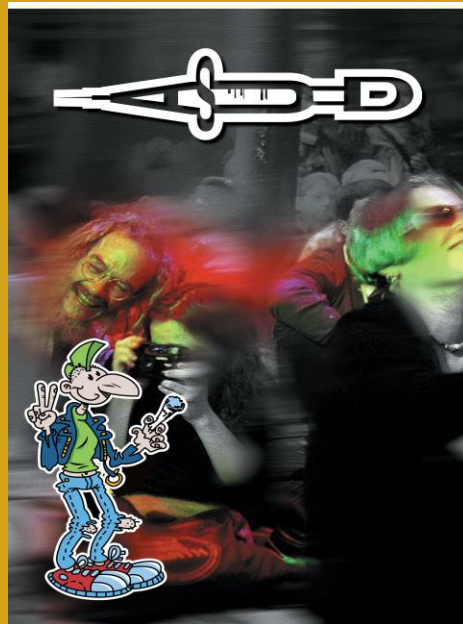


# TSO Vingts Ans Après...

- Several key points about substitution treatments in France, from ASUD perspective



# 1) La perspective historique: La substitution une réussite technocratique (1993-2004)

- **Une décennie pour s'imposer grâce à des initiatives largement ignorées du public. Politique combattue par certains secteurs de l'opinion s'estimant dépossédés de la décision démocratique:**
    - Professionnels du domaine sanitaire et social de « lutte contre la toxicomanie » –surtout travailleurs sociaux- qui se sentent “dessaïs d'un monopole”( querelle des « anciens et des modernes » des années 1990
    - Association de riverains type “collectif contre les salles de shoot”(2005)
    - Enfin une politique appliquée sans réelle concertation avec les principaux concernés: les usagers de drogues
- malgré les recommandations de deux conférences de consensus de Lyon (2004) et Paris (2016),: en 10 ans, pas une seule campagne d'information à grande échelle diligentée par l'Etat en direction des usagers)

## 2) La perspective sociologique : du délinquant au malade

- **La stigmatisation de certaines consommations s'avère être, non-seulement injuste, mais aussi une catastrophe du point de vue sanitaire.**

Les consommateurs de substances illicites meurent aussi (d'abord ?) de discrimination

Ex. ; épidémie de sida/hépatites= prohibition des seringues dans les 70's-80's.

- **La réduction des risques(RDR) a rendu possible le passage légal des toxicomanes de la catégorie « délinquants » à celle de « malades.**

Ex.: la prescription d'un traitement de substitution par un médecin généraliste suppose des droits en règle à la sécurité sociale et le paiement des consultations par les patients eux-mêmes, Cela contredit le statut d'exception de la loi de 70.

□

# Asud: une voix dans le désert \*

- ASUD ne représente pas LES usagers de drogues mais UNE association d'usagers et de patients.  
« Je ne prétend pas vous dire ce que pensent tous les usagers, mais je peux vous dire ce que je pense moi qui suis un usager”
  - Création 1992 autour d'une petite publication associative destinée aux toxicomanes
  - 2007: obtention de l'agrément national « association de patients, usagers du système de soins ».
  - *usagers du système de soins*” est ajouté à *usagers de drogues dans les statuts ( 2000) ,*
  - Une voix dans le désert: une seule association issue du champs des drogues illiicte possède l'agrément association de patients
- 3 outils sont mis au service à la fois de la citoyenneté et du soin:
- La liberté d'expression : 1 journal (59 parutions) et des Etats Généraux des Usagers de la Substitution (EGUS- 9 éditions)
  - L'information sanitaire sur les usages des drogues: 1 site asud.org + forum d'échanges devenu aujourd'hui psychoactif.fr
  - Le plaidoyer et le combat politique: représentation à la commssion des stupéfiants, collaboration avec les chercheurs

# **Asud caisse de résonance des usagers de drogues non-repentants et mécontents du système**

Soins délivrés aux héroïnomanes= 2 alternatives

- - sevrage ou substitution.

Usagers du sevrage présents dans les associations d'abstinents ou d'ex-toxicomanes (EX. Narcotiques Anonymes).

ASUD a construit sa communication en direction des non-abstinents (au départ souvent victimes du sida)

Lors des EGUS ASUD réunit pour la première fois des usagers de la substitution.

Les EGUS, comme le journal, comme le site et l'ex-forum d'Asud sont les caisses de résonance des mécontents du système.

*Ex:ASUD//Ouin, Courriers toxiques, éditions du Léopard, Paris 2005*

# Le journal des drogués heureux

- Notre slogan “*The magazine for happy drugs users*”

Un allusion au *best-seller* du Dr Olivenstein: “ Il n’ y a pas de drogués heureux/*happy drugs users do not exist*”

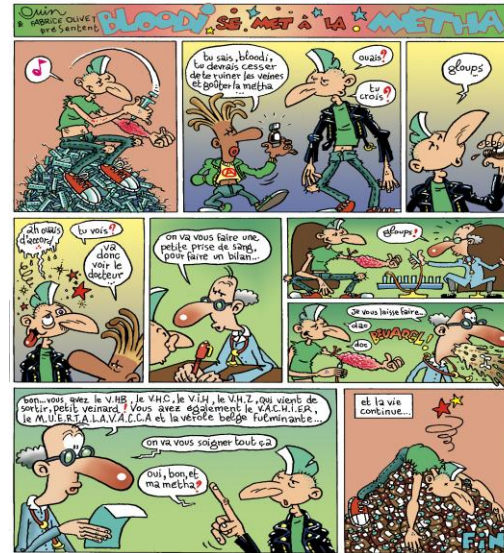
Notre espace : la frustration de milliers de personnes qui consomment des drogues sans éprouver ni honte, ni fierté.

Nos rubriques:

- histoire des drogues
- droit des usagers
- Réduction des risques

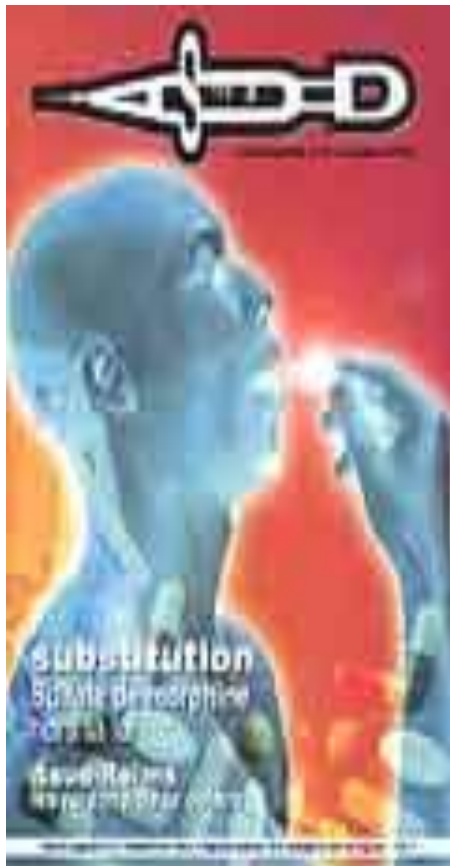


# La substitution: espace naturel d' ASUD



- Nos fondateurs sont issus de la génération “sauvée” par la substitution.
  - 1995-96: années d’ expansion de l’ association en région= développement de la substitution .
  - **ASUD membre de la commission nationale des traitements de substitution(1998-2004),**
  - **devenue “ traitements et Réduction des Risques en Addictologie**
  - Asud édite le premier livret complet destiné aux usagers de Subutex (2004)
  - **ASUD associé aux deux conférence nationales de consensus sur les traitements de substitution**
  - En réaction : **1ers Etats G<sup>aux</sup> des Usagers de traitements de Substitution(EGUS)**  
premier rassemblement national de personnes vivant avec un traitement de substitution (juin2004))
- La substitution est la seule opportunité de vivre légalement avec une identité de consommateur d’ opiacés

# Politique publique: brisez les tabous



- Quelques points – clé:
  - 1° la question du plaisir dans les traitements.
  - 2° La substitution est-elle une drogue ou un médicament (la substitution est-elle un soin ou une mesure de légalisation contrôlée)?
  - 3° la non –prescription et de la non délivrance des traitements
  - 4° les critères de réussite d'un TSO
  - 5° ) Le marché noir= dépannage nécessaire ou menace sur l'ensemble du système.



# I) Le plaisir

**EGUS n° 1 june 5th 2004 in Paris, thème central : et le plaisir dans tout ça ?**

Problème: quelle place donner à la recherche de sensations dans la question globale du traitement?

Nombreux usagers témoignent de leur préoccupation d'utiliser la substitution comme une drogue

- expériences réussies de substitution avec sulfates de morphines.
- Plus généralement questions autour des agonistes purs (méthadone, laudanum, voire héroïne)
- Echecs de la buprénorphine/ Subutex® à mettre en lien avec cette question (injections, co-consommations avec benzodiazépines pour recherche d'un « effet »)
- La consommation de cocaïne chez les « méthadoniens » est un « classique » soigneusement ignoré

Conclusion: Les 12 *travaux d'EGUS (Etats Généraux des Usagers de la Substitution)*

- N° 1 *élargissement de la palette des produits (réintroduction de la morphine)*
- -N° 2 *laisser la molécule et le dosage au libre choix du patient*
- N° 4 *possibilité d'alterner plusieurs molécules au cours d'un traitement*

## II- la substitution ne serait pas un soin

les produits de substitution sont des drogues, la substitution est un pis-aller réglementaire qui, en autorisant un accès légal au produit, permet une forme de « légalisation clandestine »

La substitution est moins un soin qu'une politique  
Le volet médical doit être limité au minimum.

**Le problème demeure**: La prescription généreuse de sulfates de morphine a montré que pour certains usagers la « légalisation » n'améliore pas leur condition.

### Démonstration simple addiction = triple cercle vicieux

Social	psychologique	sanitaire
Produits chers	transgression	accoutumance
Marginalité	culpabilité	« coupes » toxiques
Délinquance	suicides	dégradations corporelles progressives (problèmes dentaires)

**La substitution élimine directement deux de ces trois cercles et les conséquences indirectes (deal, vols, prostitution; sida; hépatites ...)**

### **III-Le secret de famille: refus de prescrire et de délivrer**

- Au mépris de la loi la plupart des médecins et des pharmaciens de France refusent de délivrer les TSO
  - Enquête PHARMASUD en 2010  
(partenariat avec Safe) 2 pharmacies sur trois refusent de délivrer des TSO ( 4 arrondissements parisiens)
- Tribune dans le journal Libération : 20 ans de traitements opiacés (décembre 2015)

## IV- Quels sont les critères de réussite d'un traitement ?

- 1996-2016 grande réussite de la BHD par rapport à la méthadone

1ere Explication: libéralisme des conditions de prescription et délivrance

Ex: en 2006 remontée de la métha grâce à la prescription “en ville” (conditions plus libérales)

2eme explication: la réussite du traitement est à corréliser avec les potentialités d'autonomie des patients. C'est l'appropriation de certaines contraintes qui garantit la réussite (horaires, médicaments moins euphoriques que les drogues)

Exemples de réussite: Militants ou salariés des groupes d'auto-support, informés sur leurs droits, insérés socialement, en contact avec le secteur sanitaire et social sont mieux armés pour réussir

La substitution est une démarche d'auto-discipline librement acceptée.

2 explications plaident pour un modèle de réussite « libéral » .

Comme dans tout système libéral, c'est l'individualisme des mieux armés socialement qui triomphe

## V- Les exclus du système et le marché noir

- La substitution est une réussite des classes moyennes ou favorisées -informés sur les drogues et les produits,
    - Echecs de la substitution = personnes en échec social
  - 1996-2002 essor du marché noir et de l' injection de bdh (10%)
    - Lien de plus en plus étroit entre pratiques d' injection et précarité sociale
  - Conséquences:
    - fréquemment exclus des centres
    - Exerce pression sur la file active des généralistes, notamment en demande de sulfates de morphine
    - Pour les recalés de la substitution 1 solution: **le marché noir**
- Comme le Neo-Codion® dans les années qui précède la substitution, le marché noir de TSO supplée aux carences du système,*
- EGUS1 revendications n° 1, 5 et 7= programmes injectables, développement du bas-seuil et prise en charge sociale dans les centres d'accueil haut seuil

# Conclusion : 4 points aveugles

- **la condition sociale** : la clientèle des centres de soins est recrutée parmi les populations vulnérables
- **La question du plaisir** . Le plaisir accepté, pacifié, auto-géré par un patient « traité » depuis dix ans avec de la morphine doit être accepté . C'est la place du médecin dans cet exercice qui pose un problème légitime.
- **les sorties de traitements.**

Une question fréquemment évoquées qui pose un problème nouveau. Quoi faire lorsque tout va bien ?  
1an , 2 ans, 3 ans, 10 ans, quid de la substitution à vie?

- **Le refus de prescription et de délivrance.** Que dirions-nous si on refusait de délivrer de l'insuline aux diabétiques ?



# Conclusion

## **La contradiction:**

Nous devons représenter à la fois des personnes qui se perçoivent comme des usagers d' un système de soins(le soin aux toxicomanes) et d' autres qui récusent cette identité de malade

## **Les succès?**

- une relative bonne appropriation du système par les usagers qui ont été les moteurs de la réussites des traitements. Ils ont fait le choix de la légalité avec une discrétion, un souci de l'anonymat qui caractérise bien le climat de suspicion qui continue de peser sur la vie d'un « ex-toxicomane ».
  - Les recalés du système font le choix du marché noir plutôt que celui du retour à l'héroïne. Le lien avec la substitution est donc maintenu.
- Ce sont eux qui décident ( il faut rompre avec la rhétorique parano du « dealer »)

## **Les échecs**

L' image des usagers de drogues dans la société reste catastrophique. Le toxicomane est assimilé à la maladie, à la clochadisation et à la seringue (particulièrement chez les jeunes) d' où une remontée de la culpabilisation et du dénie en matière de drogues

# Annexe: les 12 travaux d'EGUS

Revendication n° 1 :

- **Elargissement de la palette** des produits de substitution (héroïne, morphiniques, codéïnés, etc...), et **développement des galéniques** appropriées (voie injectable, fumable, inhalable, buvable, sub-linguale, etc...).

Revendication n° 2 :

- **Priorités des choix de l'usager** (molécules et dosages), **aussi bien pour la prescription que la délivrance**, en concertation avec le médecin et le pharmacien, de son choix. (avec extension de la règle des 28 jours à tous les produits).

Revendication n° 3 :

- **Autorisation de primo-prescription en ville** pour tous les produits de substitution....

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), éviter ainsi la tolérance à un seul qui ne fait que renforcer la dépendance, rendant aussi plus difficile, le sevrage des produits de substitution.

Revendication n° 5 :

- **Développement des programmes de substitution "bas seuil"**. et des structures dites de "première ligne" (boutiques, P.E.S., intervention sur site festif, etc...).

Revendication n° 6 :

- **Développement de programmes d'éducation à la santé spécifiques** pour la substitution, (campagnes nationales)

Revendication n° 7 :

- **Soutien aux usagers en situation précaire, (hébergement).**

Revendication n° 8 :

- **Développement de programmes de sevrage de stupéfiants.** Elaboration de recommandations précises pour le sevrage des produits de substitution,..



# Les 12 travaux d'EGUS (suite)

- **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 à la prévention des overdoses** avant la sortie.
- **Revendication n° 10 :**
- **Mise en place de projets-pilotes et de programmes alternatifs de recherche** dans différents domaines : en matière de psycho-stimulants, souvent qualifiés de "speeds" par les usagers, expérimentation de sevrage et de substitution ; expérimentation de l'iboga, etc...
- **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, surtout par baisse des dosages de substitution, mais l'occasion de préciser à nouveau le but et les modalités de traitement.
- **Revendication n° 12 :**
- Accès aux soins du VIH et des hépatites virales grâce au suivi des traitements de substitution