

**BILANS DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE PAR LA  
SUBSTITUTION D'USAGERS DE DROGUES A AVIGNON ET DE  
LA COORDINATION PSYCHOSOCIALE ASSUREE PAR O.  
MAURIN, MEMBRE CO-FONDATRICE DU RESEAU CAP ESPOIR**

## **SOMMAIRE**

### **AVANT PROPOS**

#### **I - HISTORIQUE**

##### **1 - Situation des Usagers de Drogues ( U.D. ) avant la naissance d'Asud**

- a) En France et en Europe
- b) A Avignon

##### **2 - Création d'Asud Avignon et intérêt pour les traitements substitutifs**

- a) Parcours personnel
- b) Intérêt d'Asud Avignon pour les traitements de substitution

##### **3 - Création du réseau "Cap Espoir"**

#### **II - FONCTIONNEMENT DE "CAP ESPOIR"**

##### **1 - Fonctionnement de la coordination**

- a) Comment se fait le 1er contact ?
- b) Le 1er RDV
- c) Rôle du médecin généraliste ( *MG* )
- d) Rôle du pharmacien ( *membre du réseau* )
- e) Rôle de la coordination que j'assume
- f) Rôle du psychiatre et/ou psychologue
- g) Rôle des autres intervenants
- h) Aspects humains du suivi ( *intérêt et limite* )
- i) Groupe de parole des personnes en traitement de substitution
- j) Problème de revente des produits de substitution
- k) Temgésic : en sublingual ou en shoot I.V. ?
- l) Mesures d'exclusion et sort de l'utilisateur

##### **2 - Fonctionnement du réseau**

- a) Réunions mensuelles du réseau
- b) Formation des médecins

#### **III - EVALUATION DES RESULTATS**

##### **1 - Situation des U.D. demandant une substitution ( N=40 )**

- a) Profil socio démographique
- b) Couverture sociale et état de santé
- c) Antécédents toxicomaniaques

##### **2 - Situation des U.D. au début de leur traitement de substitution**

- a) Prescription d'un premier traitement
- b) Évolution sur le plan social
- c) Évolution de la santé et de son suivi
- d) Évolution de la prise d'héroïne
- e) Évolution sur le plan judiciaire

### **3 - Bilan au 6ème mois de substitution**

- a) Personnes en traitement de substitution ayant dépassé le 6ème mois de traitement
- b) Leur évolution sur le plan social
- c) Évolution de leur santé et de son suivi
- d) Évolution de leur prise d'héroïne
- e) Leur évolution sur le plan judiciaire
- f) Les arrêts : nombre, motifs, durée de traitement

### **4 - Conclusion de l'évaluation**

## **IV - DES PROPOSITIONS POUR L'AVENIR**

### **1 - Buts et fonctionnement du réseau**

- a) Rôle et organisation des réunions
- b) Buts et moyens de formation des MG, des pharmaciens, et autres intervenants
- c) Rôle et intérêt d'une coordination et profil du (*ou des*) coordinateur(s)

### **2- Fonctionnement de la coordination**

- a) Rôle du (*ou des*) coordinateur(s)
- b) Comment se fait le 1er contact ?
- c) Le 1er RDV
- d) Rôle du médecin généraliste ( *MG* )
- e) Rôle du pharmacien ( *membre du réseau* )
- f) Rôle du psychiatre et/ou du psychologue
- g) Rôle des autres intervenants
- h) Aspects humains du suivi ( *intérêt et limite* )
- i) Groupe de parole des personnes en traitement de substitution
- j) Problème de revente des produits de substitution
- k) Temgésic : en sublingual ou en shoot I.V. ?
- l) Mesures d'exclusion et sort de l'utilisateur

## **V - CONCLUSION GENERALE**

## **AVANT PROPOS**

Je précise tout de suite que ce rapport a été fait à titre personnel et non pour le compte des associations Asud Avignon et Cap Espoir, et donc qu'il n'engage que l'auteur. En effet, bien que fondatrice et secrétaire générale de l'association Cap Espoir jusqu'à l'automne 95, j'ai donné ma démission du poste de secrétaire car je n'étais pas d'accord sur l'organisation du suivi des personnes en traitement de substitution et sur l'objet de l'association qui selon moi devait être un réseau et non un lieu de débats. Je continue néanmoins d'être présente à Cap Espoir, mais en temps que présidente de l'association Asud Avignon, qui soutient mon approche des traitements de substitution. Je travaille toujours avec les médecins, pharmaciens et autres intervenants de Cap Espoir.

## **I - HISTORIQUE**

### **1 - Situation des Usagers de Drogues (U.D.) avant la naissance d'Asud**

#### **a) En France et en Europe**

Depuis 1980, la politique française en matière de toxicomanie, basée sur la loi de 1970, n'avait pas évolué, alors que dans le même temps, la majorité des autres pays européens, Hollande, Grande-Bretagne et Suisse en tête, s'ouvrait à d'autres thérapeutiques, dont la substitution, et apprenait à écouter les groupes d'auto-support d'U.D. naissants. Au même moment, en France, le nombre de cas de Sida recensés chaque année ne cesse de croître et la proportion des cas liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse s'accroît plus rapidement que celle des cas liés à d'autres modes de transmission. A titre de comparaison, en 1993, en Grande-Bretagne, les U.D. malades du Sida représentent 4% des cas cumulés dans le pays, alors qu'au même moment, en France, dans la région PACA, le même taux est de 50%!

Pour résumer la situation française antérieure à Asud, on peut dire qu'un U.D. accro n'avait le choix qu'entre les centres du "Patriarche", ceux tenus par des psy affiliés à l'Anit (*association des intervenants en toxicomanie*), adeptes de la psychothérapie et du sevrage, ou les quelques médecins généralistes, acceptant de recevoir des U.D., prescrivant principalement des neuroleptiques pour des sevrages ambulatoires. Pour tous, la prescription d'opiacés était prohibée et le "toxico" considéré plus comme un délinquant que comme un être en souffrance.

Asud a été créé fin 92 à Paris, au moment où des médecins généralistes s'impliquaient davantage dans la substitution en créant des réseaux.

#### **b) A Avignon**

Début 1994, la situation des U.D. Avignonnais était similaire, aggravée par les problèmes spécifiques d'une ville moyenne. En effet, la seule structure spécialisée était l'Avapt (*Association Vauclusienne d'Aide et de Prévention de la Toxicomanie*), centre affilié à l'Anit, animé par un psychiatre, des psychologues, des éducateurs et une assistante sociale, proposant des entretiens à visée psychothérapique, des sevrages ambulatoires ou hospitaliers au CHS de Montfavet ou au CHU, possédant 5 appartements thérapeutiques, etc... Le seul recours des U.D. ne souhaitant pas passer par l'Avapt était les psychiatres libéraux et ceux des CMP, proposant des sevrages ambulatoires et hospitaliers au CHS de Montfavet, ou le recours direct au CHS.

En fait, les derniers temps, l'entrée en urgence pour un sevrage au CHS était devenu impossible, le délai variant de 2 entretiens au CMP à plusieurs semaines pour l'Avapt.

En ce qui concerne la réduction des risques, elle était assurée par l'association Aides qui commençait à mettre à disposition à son local des kits sanitaires (*seringues + tampons alcoolisés + préservatifs*) sans aucune publicité et donc très peu d'U.D. était au courant.

En fait, j'ai appris plus tard qu'il existait une autre association s'occupant de toxicomanie et de Sida, l'Apist, qui regroupe les professionnels, médecins libéraux principalement, qui se forment sur ce sujet et ont créé le Réseau Ville Hôpital pour le VIH (*en réalité, seul le réseau VIH est*

*connu des séropositifs et malades du Sida, sinon les U.D. ne connaissent pas l'Apist car ses médecins ont été formés par l'Avapt et ils ne proposaient que des sevrages et renvoyaient sur l'Avapt, refusant toute prescription d'opiacés ).*

## **2 - Création d'Asud Avignon et intérêt pour les traitements substitutifs**

### **a) Parcours personnel <sup>1</sup>**

J'ai commencé à me shooter à l'héroïne et au "speedball" ( *mélange cocaïne + héroïne*) en 1979. J'avais alors 15 ans 1/2 et j'allais entrer en 1ère C à Paris, sans conviction, poussée par ma famille. Fumant du hasch depuis l'âge de 14 ans et n'éprouvant aucun problème de dépendance de ce fait, j'ai pensé que le discours que m'avaient tenu mes parents et la société "la drogue est dangereuse", sans distinction entre les produits, était entièrement faux.

Je n'ai découvert le manque qu'en 1982, après quelques années de forte consommation, ininterrompue, facilitée par le "business" que j'avais mis en place dès le début. Quand mon associé a été arrêté, que j'ai dû cesser mon trafic du jour au lendemain, sous peine d'atterrir en prison, le manque m'a terrassé et terrifié au point que j'ai cru puis voulu mourir et quand j'ai demandé à faire une désintoxication, on m'a répondu d'attendre un mois.

En fait, un ami a réussi à me faire admettre le lendemain à l'hôpital Fernand Widal. J'ai alors cru, comme on me l'avait dit, que cette hospitalisation alliée à ma volonté, résoudrait le problème. Je pesais alors 37 kg ( *pour 1m72* ) suite à une hépatite C alliée à ma forte consommation.

Les années qui allaient suivre n'ont été qu'une longue succession de rechutes ( *10 sevrages hospitaliers de 1979 à 1990, suivis de psychothérapies et parfois de postcures* ). Je suis partie, en 1984, vivre au Pays Basque où je me suis mise à travailler, alternant les périodes de consommations modérées, soutenue par du Néo Codion, et les rechutes.

Heureusement, mon hépatite m'avait fait prendre conscience des risques de transmission sanguine et ma situation sociale apparente ( *travail + business* ) me donnant les moyens d'acheter des seringues, j'ai échappé au Sida.

Ce n'est malheureusement pas le cas de mes amis et connaissances que j'ai vu souffrir et disparaître, pour beaucoup, au fur et à mesure des années. Dans le même temps, le discours des intervenants en toxicomanie prônant l'abstinence, prétendant que les rechutes font parti du chemin vers la guérison, parlant de volonté et de motivation, mais ignorant pour beaucoup les ravages du Sida, les suicides, le désespoir, a fait grandir en moi la colère et la révolte.

J'ai moi-même voulu mettre fin à mes jours, suite à mon 10ème sevrage infructueux, pensant que c'était le seul moyen d'arrêter la came. Cette tentative avortée, mon salut est venu d'une proposition de substitution au Temgésic et d'hébergement d'une vieille amie. Même si le Temgésic n'avait pas d'effet physique sur moi, son effet antagoniste de l'héroïne m'a protégé, m'évitant de céder à l'envie.

J'ai commencé alors à revivre, malgré les difficultés d'approvisionnement, beaucoup disant que je remplaçais juste une drogue par une autre. Cela a duré presque 4 ans, et seul des problèmes de santé, persistants depuis de longues années, ne m'ont pas permis d'aboutir. Je m'étais éloignée du milieu de la came, par peur de la tentation, et je cachais mon passé pour des raisons professionnelles.

Je m'autorisais juste une "petite fête" de temps en temps, et j'en profitais alors pour distribuer des seringues autour de moi et aider à faire des papiers. J'avais repris des études quand une tuberculose m'a contrainte à l'inactivité et m'a replongé dans la déprime. J'ai alors demandé la Méthadone à Nîmes.

Dans le même temps, j'ai appris en Avril 1994, l'incarcération d'un ami proche, malade du Sida, élevant seul sa fille de 8 ans, orpheline. Toxicomane depuis 10 ans, il avait réussi à maîtriser sa consommation quand l'annonce de la maladie Sida l'a fait replonger. Le médecin hospitalier qui

---

<sup>1</sup>Odile Maurin, fondatrice et présidente d'Asud Avignon et co-fondatrice du réseau Cap Espoir - rédactrice du présent rapport

l'a alors vu, a refusé de soigner son Sida tant qu'il continuerait la came. Il s'est remis à trafiquer pour payer sa consommation et a donc été arrêté en Janvier 1994.

Je pense que cette affaire a été pour moi un révélateur et le point de départ de mon engagement. J'ai pensé que s'il avait eu de la Méthadone au début de sa maladie, il ne serait pas aujourd'hui encore en prison. Alors, quand j'ai entendu parler d'Asud et de son journal par des amis et lors du Sidaction, j'ai réalisé que d'autres U.D. partageaient mon point de vue, et j'ai créé Asud Avignon avec quelques amis en Mai 1994.

## **b) Intérêt d'Asud Avignon pour les traitements de substitution**

Bien que les statuts de l'association Asud Avignon n'aient été déposés à la Préfecture de Vaucluse que le 27 Septembre 1994, le groupe constituant l'association travaille sur le terrain depuis Mai 1994. Depuis cette date, diverses actions ont été mises en place : distribution de matériel de prévention avec écoute, soutien et messages de prévention, participation au groupe de travail sur l'installation d'un échangeur de seringues, participation à des débats, colloques et congrès, suivis d'U.D., soutien à l'entourage et aux familles, etc... ( *pour plus d'informations et de détails, demander les rapports d'activité 1994 et 1995, d'Asud Avignon* )

Dès le début, j'ai pensé que ce que la substitution m'avait apporté, elle pouvait l'apporter à d'autres mais j'ai aussi constaté qu'extrêmement peu d'U.D. savaient de quoi il s'agissait et que la quasi-totalité des intervenants en toxicomanie et des médecins participaient à cette désinformation, colportant des idées fausses, sans pour autant rechercher une information objective.

A mon contact, de plus en plus d'U.D. se sont posés des questions, me voyant mener une vie "normale" et ne pas rechuter à leur contact. D'autre part, certains ont fait appel à moi pour tenter d'arrêter l'héro, et bien que la plupart avaient déjà fait plusieurs sevrages sans résultat durable. Il me semblait donc logique de tenter autre chose, par exemple la substitution, mais cela étant impossible sur Avignon, j'ai dû les orienter vers des sevrages.

Tout ceci a donné lieu à de nombreuses discussions au sein d'Asud Avignon et nous avons donc décidé de nous mobiliser pour qu'il y est enfin des traitements de substitution à Avignon.

Un des moyens était d'obtenir un centre Méthadone, l'autre étant d'impliquer des médecins généralistes dans la prescription de produits de substitution en cabinet de ville, avec des produits comme le Temgésic ou les sulfates de morphine ( *Moscontin, Skénan* ).

En Juillet 1994, j'ai alors commencé à adresser à mon médecin généraliste, sensibilisé à l'intérêt de ces traitements, un ami séropositif qui ne supportait plus le Néo Codion et l'alcool, à qui il a d'abord prescrit du Temgésic, puis du Moscontin, sans que je fasse un suivi réel. Puis en Octobre 1994, j'ai adressé à un autre généraliste une jeune femme que je suivais depuis l'été et pour qui le dernier sevrage avait été un échec. Elle a pu bénéficier d'une prescription de Temgésic qui s'est révélée très positive et je me suis engagé vis à vis du médecin et d'elle à la suivre sur le plan psychosocial.

Pour la Méthadone, j'ai rencontré le médecin inspecteur de la DASS de Vaucluse dès le mois de Juillet 1994, lui faisant part de l'urgence et de l'intérêt d'un tel programme, et forte de mon expérience personnelle ( *j'avais débuter en Juin la méthadone à Nîmes* ), lui rappelant que ce projet devrait être confié à des personnes motivées et ne s'opposant pas à ce type de traitement. En Septembre 1994, la DDASS a décidé d'accorder à l'association Avapt un programme de 30 places de Méthadone. A cette occasion, j'ai rencontré Laurent Decoust, directeur de l'Avapt, pour lui faire part des problèmes rencontrés à Nîmes par les patients en traitement à la Méthadone et éviter leur répétition à Avignon. Il m'a assuré que le programme démarrerait au plus tard fin Décembre 1994.

Asud a donc joué le jeu et a fait fonctionner le bouche à oreille pour inciter les U.D. à demander la Méthadone tout en les informant sur la substitution alors que dans le même temps, l'Avapt tentait de dissuader certains et n'informait aucune personne qu'elle suivait déjà. Très vite, Asud, puis un peu Aides, a adressé directement et indirectement à l'Avapt la grande majorité des candidats à la Méthadone mais fin 94, l'ouverture du centre n'était toujours pas à l'ordre du jour ( *elle n'a finalement eu lieu que le 1er Février 1995* ), ce qui m'a obligé à faire mettre sous substitution ( *au Moscontin, principalement* ) ceux qui ne pouvaient plus attendre! De plus, nous

avons vite réalisé que l'Avapt ne tenait aucun compte des informations que je leur avais fait passer, et plus généralement, de ce que nous disions ou propositions.

### **3 - Création du réseau "Cap Espoir"**

Les premières substitutions, citées ci-dessus, se sont faites de manière "sauvage" et nous étions donc, plus ou moins, dans l'illégalité. En effet, l'AMM ( *Autorisation de Mise sur le Marché* ) du Temgésic et du Moscontin prévoit leur utilisation en cas de douleurs majeures et non comme traitement de substitution à l'héroïne, la dose journalière maximum pour le Temgésic étant fixée à 6 comprimés. Or les doses de Temgésic utilisées en substitution vont en moyenne de minimum 6 à 15, voire actuellement jusqu'à l'équivalent de 40 comprimés et plus par jour. La seule solution pour prescrire ces traitements était de créer un réseau officiel de médecins, formés à cette pratique, assurant, en collaboration avec d'autres intervenants, un suivi des U.D. Il m'est donc très vite apparue nécessaire de créer un réseau similaire, comme par exemple le réseau "Option Vie" à Nice.

C'est pourquoi j'ai répondu favorablement à l'invitation d'André Benezech et du Dr Mucchielli, fondateurs d'Option Vie", et j'ai passé quelques jours à Nice, début Octobre 94, pour m'informer sur le fonctionnement du réseau : quand un U.D. veut être mis sous traitement de substitution, il s'adresse d'abord à la coordination d'Option Vie, qui après un premier bilan psychosocial, l'oriente vers un médecin généraliste du réseau qui prescrira un produit de substitution ( *Temgésic, Moscontin, ...* ) et s'occupera de son état de santé ; l'U.D. continuera d'être suivi sur le plan psychosocial par la coordination qui lui proposera aussi d'être suivi sur le plan psychothérapeutique, s'il le désire.

Dès mon retour, j'ai souhaité mettre en place un réseau similaire et j'ai donc contacté plusieurs généralistes pour demander que l'un d'eux devienne l'animateur du réseau sur le plan médical et que les autres deviennent prescripteurs. Les Drs Regard et Bry ont accepté d'être ces animateurs et nous avons donc co-organisé une réunion le 17 Février 1995 destinée à officialiser le réseau, si assez de médecins, pharmaciens et autres acceptaient de collaborer, ce qui fut le cas. Nous avons invité le Dr Lebeau ( *médecin directeur du centre Méthadone de Médecin du Monde* ), André Benezech ( *fondateur du réseau "Option Vie"* ) et le Dr Jean Marie Guffens ( *gastro-entérologue / centre Méthadone de Hyères* ) et étaient présents partisans et adversaires de la substitution et du réseau, notamment la présidente du Conseil de l'Ordre des médecins de Vaucluse, le médecin inspecteur de la DASS, le président du pôle vaclusien de Aides Provence, des représentants de l'Avapt, des CHRS ( *structures d'hébergement* ), l'Apist, des médecins généralistes, des psychiatres, des pharmaciens, ...

Ayant dès le départ assuré la coordination du réseau sauvage, j'ai continué et me suis donc retrouvée de fait coordinatrice des nouvelles demandes de substitution du réseau officiel, que nous avons appelé "Cap Espoir".

## **II - FONCTIONNEMENT DE "CAP ESPOIR"**

### **1 - Fonctionnement de la coordination**

Ce fonctionnement a évolué au fil du temps, en fonction de mon expérience et des premiers résultats. J'assume seule cette coordination, en temps que secrétaire de Cap Espoir et non en temps que présidente d'Asud Avignon, car, pour l'instant, mes camarades d'Asud, en traitement depuis peu pour la plupart, ne se sentent pas encore capable de prendre en charge tout seul des U.D., qui au départ consomment toujours, et peuvent donc, même involontairement, les mettre en danger. En fait, certains ont commencé à travailler sur quelques suivis, mais jamais seul. J'ai heureusement dépassé ce stade, grâce aux années de substitution que j'ai derrière moi, et je peux voir "shooter" ou de la came sans craquer. Le processus décrit ci-après correspond au fonctionnement existant les derniers temps, avant l'été 95.

#### **a) Comment se fait le 1er contact ?**

Comme Asud n'a pas encore de local, les U.D. me contactent par téléphone au numéro d'Asud Avignon, après avoir appris mon existence par le bouche à oreille, ou adressé par un proche lui même en traitement de substitution, ou après m'avoir rencontré lors d'une distribution de matériel de prévention. Nous prenons alors un RDV pour un premier bilan psychosocial.

## **b) Le 1er RDV**

Faute de local, il a lieu, soit chez l'utilisateur, soit dans un café. Je me présente brièvement, ainsi qu'Asud et Cap Espoir et j'écoute alors l'utilisateur me parler de lui et du problème qui l'amène. Je lui donne des explications sur la substitution ainsi que sur le sevrage pour trouver ensemble la solution qui lui convient le mieux, puis s'il confirme sa demande de substitution, on aborde le choix du produit, Méthadone en centre spécialisé ou Temgésic, Moscontin ou Skénan par les généralistes de Cap Espoir. Cependant, en cas de choix différent du conseil donné, je respecte toujours le choix de l'utilisateur. Le choix du produit tient souvent à l'ancienneté de la dépendance, ou à des critères géographiques, personnels, ... Se pose parfois le problème des usagers qui ont pris du Temgésic, avant qu'il soit mis sur carnet à souches, sans bénéficier de suivi et de manière anarchique, prescrit par des médecins non formés, mélangeant les prises d'héroïne et de Temgésic. Le produit a perdu petit à petit toute efficacité chez eux, les poussant à l'abandonner définitivement. La seule solution reste alors la Méthadone, à condition qu'il y est une place et que l'utilisateur, pour diverses raisons, puisse y accéder.

Je remplis au fur et à mesure de la conversation un questionnaire portant sur la situation médico-sociale et sur le parcours de l'utilisateur, de façon à régler au plus vite les problèmes administratifs préalables ( *le 1er étant celui des droits qui permettront de régler le médecin et la pharmacie* ).

Je demande à l'utilisateur de "jouer le jeu" de la franchise avec moi-même et aussi avec le médecin car nous ne pourrions pas l'aider si nous ne connaissons pas sa situation réelle. Pourtant, ce n'est souvent pas naturel chez l'utilisateur car la plupart des médecins ne sont pas prêts à entendre le fait qu'un usager n'arrête pas du jour au lendemain l'héroïne et continue pendant un moment à "craquer" plus ou moins sans pour autant rechuter. De plus, l'objectif de certains n'est pas l'abstinence totale, mais de cesser la galère. Le premier objectif est de leur permettre de changer de mode de vie et de les protéger des risques liés à l'usage d'une drogue illégale ( *Sida, hépatites, prison, suicide, etc...* ). J'explique à l'utilisateur que les médecins du réseau sont prêts à tout entendre et qu'il est donc de son intérêt de jouer "franc jeu".

J'aborde aussi, dès le 1er RDV, la question du mode de prise du Temgésic, en sublingual ou en shoot I.V. ( *cf. II-1k* ).

Quand tout est réglé, notamment les problèmes de Sécurité Sociale, j'adresse l'utilisateur à un médecin généraliste du réseau, en fonction de critères géographiques, de santé ( *ex: suivi VIH* ), de personnalité, ...

## **c) Rôle du médecin généraliste ( MG )**

Le généraliste prescrit le traitement de substitution en fonction de son échange avec l'utilisateur, de sa propre expérience et des informations que je lui aurais fait passer. En général, il règle cela en premier afin d'évacuer le stress lié à un éventuel refus. Il examine son patient pour faire le point sur son état de santé et prescrit éventuellement des examens complémentaires.

Il a aussi un rôle important d'écoute, sans jugement, afin qu'un climat de confiance réciproque s'instaure avec son patient, dans le but de l'aider au mieux en disposant d'informations vraies sur sa situation, au contraire des pratiques passées.

Au début, il voit l'utilisateur au moins une fois par semaine, puis quand ça va mieux, tous les 15 jours, jusqu'à une fois par mois pour ceux traités avec du Temgésic.

Bien que je coordonne l'action de tous les intervenants du réseau et que le médecin entende et suive généralement mes conseils, il reste le coordinateur et responsable médical et lui seul peut

prendre la décision finale, basée ou non sur mes infos et conseils, en terme d'arrêt, poursuite ou changement de traitement ou d'orientation vers tel ou tel spécialiste. C'est donc un intervenant essentiel ( *et pas simplement pour le carnet à souches* ) sans lequel rien ne serait possible mais qui, s'il travaillait seul, serait dans l'échec. Il est donc important que les moyens et les objectifs soient les mêmes pour le ou la coordinatrice et le MG, afin que l'utilisateur ne se sente pas perdu au milieu des éventuelles dissensions entre coordinateur et MG.

#### **d) Rôle du pharmacien ( membre du 1er réseau "sauvage" et/ou de Cap Espoir )**

Au début, le médecin demande à l'utilisateur de passer prendre chaque jour ses comprimés à la pharmacie, dans le but de l'aider à gérer sa consommation car trop souvent l'angoisse pousse à une consommation excessive et inutile et l'utilisateur manque alors de comprimés pour attendre le renouvellement de l'ordonnance. En général, on passe très vite à une délivrance bihebdomadaire, puis hebdomadaire, puis plus, tout ceci est fonction de la personne.

Le pharmacien joue souvent un rôle de soutien et généralement les U.D. sont satisfaits des relations qu'ils ont avec leur pharmacien, à condition que celui-ci soit volontaire, informé et formé quant à son propre rôle.

#### **e) Rôle de la coordination que j'assure**

Mon rôle principal est de recruter, informer, voire former et coordonner l'action des différents intervenants dans le suivi de l'utilisateur ( *généraliste, pharmacien, psy, assistante sociale, foyer, justice, etc...* ) tout en assurant un soutien psycho social de proximité.

J'assure un soutien, d'urgence ou de longue haleine, en étant joignable 7 jours sur 7, de 14h à 23h, par téléphone ou en me déplaçant car l'angoisse et le besoin de parler ne surgissent pas à heure fixe et ce n'est pas toujours quand on a un RDV que l'on a envie de parler.

Dès le 1er RDV, j'informe l'utilisateur des différentes thérapies existantes, ainsi que de leur intérêt et limite, en tenant compte de sa situation et de sa personnalité. Je l'aide aussi à changer d'attitude face au médecin, que j'aurais au préalable aidé à entendre la franchise de l'utilisateur qui ne peut devenir abstinent à court terme, et aussi aidé à travailler sur les représentations qu'il se faisait des U.D. ( *délinquant, menteur, semant la confusion dans le cabinet du MG, ...* ). Tout ceci a pour but d'optimiser leurs relations dans l'intérêt du patient et du soignant. J'y aborde aussi la question du shoot de Temgésic.

#### **f) Rôle du psychiatre et/ou psychologue**

Je dois d'abord préciser que tous les U.D., en traitement de substitution ou non, ne relèvent pas d'un suivi psychiatrique contrairement à ce que prétendent nos "intervenants en toxicomanie traditionnels" car la dépendance aux opiacés est avant tout un problème neurobiologique ( *pourquoi est ce si méconnu en France alors qu'à l'étranger, c'est prouvé depuis une dizaine d'années !* ). Mais il y a aussi des usagers, qui avant l'héroïne, ont souffert de problèmes psychiatriques et ces problèmes qui ont été longtemps masqués par les prises d'héroïne, resurgissent à l'arrêt du produit, nécessitant des soins psychiatriques. Reste aussi le cas de ceux chez qui la prise prolongée de stupéfiants a aussi créé des troubles psychiatriques ou psychologiques.

Dans presque tous les cas, la démarche psychothérapique n'aura d'effet que si le patient est volontaire et que son éventuel refus n'empêche pas la poursuite du traitement.

Les psychiatres étant souvent les plus opposés aux traitements de substitution et au partenariat réel avec les ex-U.D., il fut difficile de trouver un psychiatre prêt à travailler avec moi, ex U.D., pour un réseau de substitution et acceptant de travailler dans le même sens que nous, sans tenter de changer ou arrêter le traitement. L'autre difficulté fut de trouver des psy formés à la thérapie comportementaliste, contrairement à la grande majorité qui pratique d'abord de la psychothérapie analytique avec les toxicos, alors que de nombreuses études étrangères notamment mettent en avant l'inefficacité, voire les dangers de cette thérapie précoce chez les U.D., cela

équivalant parfois à soulever le couvercle d'une marmite en ébullition, acculant certains au suicide.

Heureusement, j'avais déjà commencé à travailler avec l'équipe du CHS de Montfavet, en lui adressant pour des sevrages hospitaliers urgents des U.D. demandeurs que j'avais reçu. C'est donc naturellement vers lui que je me suis tournée pour demander s'il pouvait suivre les personnes substituées volontaires pour engager un travail, en commençant par une thérapie comportementaliste leur permettant de mieux comprendre leur fonctionnement psychique afin de modifier une partie de leur comportement. En fait, les résultats pour la substitution furent décevants car ce médecin a du mal à reconnaître le principe de la substitution. Quant aux autres psychiatres que l'on m'avait indiqués, ils n'acceptèrent pas de changer leur méthode de travail, considérant qu'ils étaient suffisamment qualifiés pour ne pas s'informer davantage.

Le suivi psychiatrique et psychologique fut donc insuffisant.

### **g) Rôle des autres intervenants**

Je contacte les autres intervenants au fur et à mesure des besoins des patients. Je prends ainsi contact avec un responsable de la CPAM rencontré lors d'une réunion qui me permet de faire immatriculer ou ouvrir des droits S.S. en un temps record et au fil du temps, d'autres salariés de la caisse m'aident et ils reçoivent très bien les personnes que je lui adresse. Le contact est aussi pris avec les assistantes sociales de quartier et parmi elles, je trouve des personnes vraiment qualifiées avec lesquelles un partenariat efficace, humain et de qualité prend forme et permet après mon appel à une personne marginalisée, n'ayant plus de contacts avec le milieu médico-social, d'être reçu en tenant compte de ses difficultés. Je développe ainsi un réseau de personnes clefs à la Mission locale, à l'unité territoriale, au service médical de la S.S., dans certains foyers d'hébergement (CHRS), dans la police nationale, à la CAF, ainsi que dans les associations remplissant certaines missions de l'Etat ( *VISA, l'UDAF, Déclit, etc...* )

Pour tous, le rôle d'information et de formation à nos méthodes de travail reste essentiel, permettant aux personnes en traitement de se trouver face avec des professionnels conscients de leurs difficultés, favorisant le contact humain, et pratiquant un partenariat réciproque.

### **h) Aspects humains du suivi ( *intérêt et limites* )**

Contrairement à la pratique des "professionnels étiquetés en tant que tel" ( *en général, ceux qui perçoivent un salaire et ont des diplômes* ) qui gardent une distance importante vis à vis des U.D. et qui ne s'impliquent surtout pas, afin de ne pas se mettre en danger en étant dans l'affectif, je pratique différemment en m'impliquant beaucoup.

Pourquoi ? Ce qui manque souvent beaucoup aux U.D., c'est d'avoir face à eux des êtres humains qui s'intéressent vraiment à eux, non pas seulement pour des motifs professionnels, mais aussi parce qu'ils comprennent et ressentent la détresse de l'être humain face à eux. De plus, quand ils ont affaire à un pair, un ex-usager qui a vécu des choses identiques, l'implication est forcément vraie.

Je ne conteste pas pour autant que si la relation devient uniquement affective, il y ait risque de dérapage préjudiciable à l'utilisateur et au "soignant". Cependant, contrairement à ce qu'on pu prétendre certains professionnels, je garde toujours une relation d'aide même si une relation d'amitié s'est installée entre moi et l'utilisateur. En fait, cette relation d'amitié n'est pas la même que celle que je peux avoir avec mes amis propres où la relation est complètement réciproque alors que la relation d'amitié avec les personnes que je suis tient à l'aide que j'apporte sans que ce soit forcément réciproque du fait de la fragilité de l'utilisateur. Avec mes amis, la relation n'a pas de limites alors qu'avec les utilisateurs dont je m'occupe, la limite est de rester dans une relation d'aide positive pour l'utilisateur.

L'intérêt est que cette relation permette à l'utilisateur de reprendre confiance en lui ( *comment reprendre confiance en soi si l'entourage n'y croit pas et reste distant* ), de se sentir réellement soutenu, et c'est pourquoi il peut me joindre tous les jours, y compris dimanche et jours fériés, de 14h à 23h et que je le reçois aussi en urgence, sans RDV.

Ce qui caractérise nombre d'utilisateurs, c'est le désespoir et le fait qu'après plusieurs tentatives

d'arrêt, ils ne croient plus possible de s'en sortir ( *cela explique souvent que beaucoup préfèrent alors dire qu'ils aiment leur vie marginale et qu'ils n'ont pas l'intention d'arrêter au lieu d'avouer qu'ils sont désespérés !* ) et il est donc essentiel de leur redonner de l'espoir en leur montrant que l'on s'intéresse sincèrement à eux et que l'aide offerte vient du coeur.

### **i) Groupe de parole des personnes substituées**

Les personnes en traitement de substitution ont souvent du mal à changer de relations, car beaucoup avaient perdu le contact avec leurs amis d'avant la défonce et ne fréquentaient plus que le milieu toxico, soit juste pour le produit, soit parce qu'elles avaient des affinités avec certains consommateurs. Pour se protéger de la rechute au démarrage du traitement de substitution, il est essentiel qu'elles rompent complètement avec le milieu toxico, même et surtout avec ceux que l'on considérait comme des amis.

Il reste alors un obstacle à franchir, se faire de nouveaux amis parmi les non usagers, avec 2 possibilités : ne rien dire de son passé et la situation délicate qui en découle quand innocemment vos amis vous demandent ce que vous faisiez avant, et que vous vous trouvez obligé de mentir et si vous dites la vérité, on vous reproche d'avoir menti jusque là; la 2ème solution étant de dire la vérité dès le départ (*sauf raisons professionnelles*) avec 2 solutions, un rejet possible ou l'intégration au groupe sans problème. Je conseille plutôt la 2ème solution car elle a le mérite de clarifier la situation et de faire le tri entre des relations superficielles et une vraie relation amicale.

Il reste la question de trouver des personnes avec lesquelles on pourra évoquer les problèmes passés sans se heurter à l'incompréhension des non usagers ou à la compréhension dangereuse des usagers actifs.

La meilleure solution est de pouvoir rencontrer des usagers en traitement, qui allieront connaissance du sujet sans pour autant mise en danger. Les groupes de parole d'usagers en traitement de substitution peuvent aussi créer une dynamique positive, les résultats positifs de l'un encourageant l'autre, et les échanges entre participants apportant de nouvelles idées. Cela permet aussi de ne pas garder pour soi un "secret lourd à porter seul".

Malheureusement, l'absence de local à Avignon n'a permis qu'une seule fois ce type de réunion et j'espère que le local prévu pour Septembre 95 relancera ces réunions.

### **j) Problème de revente des produits de substitution**

Les motifs qui poussent un usager à revendre tout ou partie de son traitement peuvent être de 2 ordres : la volonté délibérée de gagner de l'argent ainsi tout en utilisant le Temgésic pour ne plus consommer (!) (*ou plutôt gérer son manque*) ou le fait d'usagers qui ne sont pas parvenus à limiter leur consommation d'héro et qui utilisent alors le traitement pour faire face au manque et payer l'héro. Dans le 2ème cas, tout doit être fait pour les aider en augmentant leur dosage, en modifiant le suivi, mais dans certains cas, la solution est une hospitalisation pour les suivre au quotidien. Malheureusement, à Avignon, cette solution n'a jamais pu être utilisée, malgré mes demandes.

Cf. aussi II - 1 - 1)

### k) Temgésic : en sublingual ou en shoot I.V. ?

C'est un problème que je pose clairement dès le 1er RDV, avant que l'utilisateur n'ait vu le MG et obtenu sa prescription, sans que l'utilisateur ne le vive comme un chantage. En effet, je précise tout de suite que, quel que soit le choix de l'utilisateur, je soutiendrais sa demande de Temgésic et qu'en cas de shoot, je fournirais assez de seringues stériles pour qu'elles ne servent qu'une fois et j'expliquerai à l'utilisateur comment se shooter propre et comment préparer le Temgésic pour réduire les risques (*abcès, poussières, ...*) au minimum.

Ce préalable posé, je tente de persuader l'utilisateur de prendre le Temgésic en sublingual, c'est à dire mettre les comprimés sous la langue et attendre qu'ils fondent passant alors par les muqueuses et donc agissant rapidement, plus vite qu'en les avalant. Pour cela, mes arguments, en faveur du mode sublingual et contre le shoot, sont les suivants :

- l'effet du Temgésic est plus long (*en moyenne, 2 à 3h de plus par prise*) et plus linéaire ( le shoot produisant des effets de pic, la sensation de bien être physique n'est pas vraiment continue ) et évite donc la multiplication des prises et donc des shoot ( *en sublingual, 3 prises par jour est généralement la solution* ). A moyen et long terme, le traitement pris en sublingual agit mieux en terme de substitution que pris en shoot.

- l'état des veines des usagers est le plus souvent désastreux, proportionnel à l'ancienneté de la dépendance et la fréquence des shoots, et donc, prendre le Temgésic en shoot ne fait qu'aggraver le problème, d'autant que le traitement devant durer au minimum 2-3 ans sans interruption, les veines n'auront aucune période de répit pour se "reposer" et cicatriser à l'inverse du shoot d'héroïne où souvent les périodes de sevrage permettent ce répit.

- quand l'état des veines est mauvais, il n'est pas rare que l'utilisateur mette du temps à se shooter ( *souvent, cela peut prendre de 20 mn à plus d'une heure, voire 1h et demi* ) et dans ce cas, cela pose le problème de la réinsertion : comment expliquer à un employeur qu'on passe entre 1/2 h et 1 h au WC, 3 à 4 fois par jour au boulot; de même, dans un foyer d'hébergement, cela passe rarement inaperçu et mène à l'exclusion; etc ...

- les risques de contamination ( *hépatites, HIV* ) mais surtout, même avec le shoot propre, les abcès, les poussières, les septicémies, etc ... car le Temgésic en comprimé n'est pas prévu pour cet usage, contrairement à la forme injectable, uniquement disponible à l'hôpital. En fait, il faudrait pouvoir disposer de cette forme injectable pour les irréductibles de la shooteuse même s'ils peuvent ne pas être majoritaires.

- le meilleur argument est que, contrairement à ce qui se dit dans le milieu toxico, le Temgésic en shoot ne défonce pas ( *sauf ceux chez qui la dépendance physique n'est pas encore installée ou qui sont dépendants d'autres produits, exemple : cocaïne* ), l'effet étant limité à une sensation de chaleur très fugitive surtout quand c'est le 1er shoot de la journée. On peut dire que le Temgésic marche autant que le shoot d'eau chaude. Il est logique qu'un usager qui a entendu dire que "c'est mieux en shoot", souvent par ses copains, décide de le prendre en shoot. S'il est en manque à ce moment là ce qui est souvent le cas, le soulagement procuré allié à la mini bouffée de chaleur fugitive, et le psychisme aidant, il se rassure en confondant son bien être physique et l'effet de défonce et continue alors le shoot se disant que la prochaine fois, en en mettant plus, il sera vraiment défoncé mais en fait, il se retrouve très vite pris au piège de la répétition du geste du shoot et il est alors très difficile de repasser au mode oral. Par contre, quand on aborde le sujet avant la 1ère prise, en rationalisant les effets, c'est à dire quand je prétend que ça ne fait pas plus d'effet que le shoot d'eau chaude, alors, même si l'utilisateur vérifie mes dires ( *c'est souvent le cas* ) une fois, il revient dans la majorité des cas me dire que j'ai raison et il choisit alors le mode sublingual. En général, ceux qui le shootent n'ont pas cette discussion préalable ou il le faisait déjà avant et n'arrivent pas à arrêter car la dépendance psychique arrive en quelques shoot. Et puis, il y a les exceptions pour qui c'est un choix non discutable que je respecte.

Si j'agis ainsi, c'est qu'avec le temps, je vois venir des usagers qui n'en peuvent plus d'avoir les bras déformés par les hématomes et je préfère prévenir que guérir.

### l) Mesures d'exclusion et sort de l'utilisateur

La décision d'exclure une personne est quelque chose de trop grave pour être fait à la légère et dans la précipitation. Seul le médecin peut prendre cette décision et il ne doit le faire qu'après avoir essayé toutes les autres solutions.

Ceci étant dit, il m'arrive de soutenir la décision du médecin pour certains cas de revente. Quand je rencontre pour le 1er RDV l'utilisateur, j'aborde le sujet en lui demandant de lire et signer ( *de Janvier à Juin 95* ) une convention régissant le déroulement du traitement et posant des règles minimum pour le succès du traitement de l'utilisateur mais aussi des autres usagers, et je lui remets un double. Cette convention ( *faite sur le modèle de celle du réseau "Option Vie" à Nice* ) demande aux usagers en traitement, entre autre chose, de : "- Jouer la carte de la franchise ..... - N'utiliser les médicaments prescrits que pour leur usage personnel et d'assumer la responsabilité de cette marque de confiance. Les médicaments seront sous leur entière responsabilité, c'est à dire qu'ils ne seront ni volés, ni perdus, ni donnés, ni échangés. - Renoncer, durant la durée du traitement, à toutes formes de trafic impliquant des drogues naturelles ou de synthèse, ou d'en assumer le risque, sachant que le réseau ne cautionne pas cette attitude." Le but de ces règles est de ne pas faire le jeu des adversaires de la substitution qui sont trop contents de dire que les médecins alimentent le marché noir, et surtout d'éviter le plus possible que des usagers commencent le Temgésic dans de très mauvaises conditions ( *mauvais dosages, mélange héro/Temgésic, pas de suivi, etc...* ) qui hypothéqueraient leur tentative future de traitement ( *le problème est le même qu'avant 92, où nombre d'utilisateurs ont eu du Temgésic prescrit n'importe comment avec les résultats qu'on connaît* ). Il n'est pas acceptable à l'heure où peu d'utilisateurs ont accès à ce type de traitement, de prescrire à des usagers qui font se faire de l'argent sur le dos de leurs camarades, au détriment d'utilisateurs qui en auraient vraiment plus besoin.

La persistance du problème m'a obligée, dans quelques cas, à conseiller vainement au médecin l'arrêt du traitement qui n'était plus pris mais revendu. Dans plusieurs cas, j'ai proposé que l'on prescrive un codéiné remboursé par la S.S. pour permettre à l'utilisateur, quand il n'a pas d'argent ou d'héro, de supporter le manque, et donc d'éviter les prises de risques ou le recours au Rohypnol, en attendant une éventuelle reprise du traitement.

En fait, cela pose le problème des indications du traitement de substitution et la nécessité de produits propres pour ceux qui ne sont pas prêts à une substitution.

## **2 - Fonctionnement du réseau**

### **a) Réunion mensuelle du réseau**

Les réunions du réseau ont lieu une fois par mois, avec des médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux, impliqués sur le terrain ou venus s'informer, l'Avapt, Aides, Asud et moi-même en tant que coordinatrice. Contrairement à ce que je souhaitais ( *réunion de travail destiné à la résolution de cas et auto formation des membres* ), les réunions ont été des réunions d'information sur la substitution et un moyen de rencontre entre professionnels et associatifs.

### **b) Formation des médecins**

En dehors du temps que j'ai passé avec certains médecins à leur transmettre mon savoir ainsi que des documents inédits, 2 formations de 2 jours chacune ont eu lieu à l'automne 95, l'une organisée par le Dr Bry pour des MG de la région PACA, avec l'intervention du Dr Autheman ( *Avapt* ) et des gens du réseau Option Vie à Nice ( *Dr Mucchielli, A. Benezech* ) et l'autre organisée par MG Formation avec l'Avapt, l'Apist, le Dr Cadart et une intervention de 2 h sur mon rôle dans l'accueil des U.D. et l'accompagnement des patients en traitement de substitution.

### **III - EVALUATION DES RESULTATS**

L'analyse du travail effectué couvre la période du 20 Juillet 94 au 7 Juin 95, soit 11 mois environ des premières substitutions "sauvages" au lendemain de la réunion de Cap Espoir où j'ai annoncé ma décision de ne plus prendre de nouvelles personnes ( voir le chapitre IV).

Durant cette période, j'ai reçu 40 demandes de substitution (  $N=40$  ) ayant donné lieu pour chacune à un 1er RDV.

Je précise que je n'analyse que les résultats des substitutions, alors que dans la même période, j'ai initié et suivi plusieurs démarches de sevrages ( 8 ) car je pense qu'il faut proposer différentes thérapeutiques, en fonction de chaque cas.

#### **1 - Situation des U.D. demandant une substitution (N=40)**

##### **a) Profil socio démographique**

Les demandeurs sont surtout des hommes, à 58%, pour 42% de femmes. Parmi eux, il y a 50% de célibataires, 15% de divorcés et 34,5% sont mariés ou en concubinage, officiel ou non. Les couples d'usagers sont pris en charge conjointement car il est illusoire d'envisager de traiter un seul membre, quand tous les deux sont toxicomanes.

Leur moyenne d'âge est de 29,5 ans, variant de 19 à 43 ans, et 35% ont moins de 26 ans. Cette population est en moyenne plus jeune que celle des centres méthadone car la majorité d'entre eux bénéficie plutôt de Temgésic, produit qui correspond souvent à des sujets moins dépendants que ceux sous méthadone.

Si 47,5% n'ont pas d'enfants, 30% ont un enfant, 7,5% ont deux enfants, les 15% restants en ont 3 ou 4 mais seulement 33% des parents ont la garde effective de leur(s) enfant(s)!

82,5% réside sur Avignon ou Montfavet, le restant venant du Vaucluse, du sud de la Drôme, du Gard et du nord des Bouches du Rhône. L'éloignement complique le suivi, menant parfois à l'échec.

Si 40% ont leur propre appartement, les autres sont souvent en situation précaire, 42,5% étant hébergé chez des parents ou amis, 2,5% en foyer d'hébergement, et 15% sont SDF!

Si 12,5% perçoivent un salaire ( dont la moitié au noir ), les autres doivent s'en sortir avec les Assedic (20%), le RMI (12,5%), l'AAH ou une pension d'invalidité (5%) ou d'autres allocations, sachant aussi que 35% sont sans aucun revenu! Le revenu moyen des demandeurs est de 2500 F/mois! Seulement 5% cherche vraiment un travail.

L'illégalité de l'héroïne, son coût prohibitif et la dépendance qui fait de l'héro le produit indispensable font que 97,5% sont obligés d'avoir des activités illégales ( deal, prostitution, vol,...).

##### **b) Couverture sociale et état de santé**

Une couverture sociale étant indispensable pour démarrer un traitement, j'aborde ce sujet dès le 1er RDV et il s'est avéré que si 70% avaient des droits à jour auprès de la Sécurité Sociale, dont seulement 25% avaient le 100% S.S. et 15% l'aide médicale bénéficiant ainsi de la gratuité de leurs soins, cela voulait dire que 30% n'avait aucune couverture, bien que nombre d'entre eux soient passés en centre spécialisé!

Il faut dire que seul 27,5% sont suivis par une assistante sociale. A noter que l'association VISA qui est en charge des personnes SDF ne semble pas remplir son rôle pour les U.D.

77,5% d'entre eux disent avoir un médecin de famille ce qui rassure au premier abord, mais ils disent aussi que s'il est souvent au courant de leur toxicomanie, ils ne lui font généralement plus confiance sur ce sujet, évitant de faire appel à lui en cas de problèmes. Il s'avère que seul un médecin sur les 21 cités apparaît bien formé à ce type de prise en charge.

Pour l'hépatite B, 10% sont positifs ou malades alors que 40% ne connaissent pas leur statut sérologique. Pour l'hépatite C, 25% sont positifs ou malades alors que 37,5% ne connaissent pas leur statut sérologique.

Quant au HIV, 15% sont séropositifs ou malades, et surtout 27,5% ignorent leur statut sérologique. Le taux relativement faible de séropositifs et malades par rapport à la moyenne en région PACA s'explique en partie par manque de dépistage, mais surtout par le nombre de jeunes ayant débuté le shoot alors que l'information passait un peu mieux que dans les années 80.

### **c) Antécédents toxicomaniaques**

Pour tous, le produit principal est l'héroïne et les autres produits ( *cocaïne, amphétamines, alcool, etc...* ) restent occasionnels. La moyenne d'âge de la première prise d'héroïne est de 21 ans, variant de 16 à 34 ans. Le temps écoulé entre la première prise et l'usage quotidien est de 12 mois en moyenne, variant de 0 à 11 ans. Au début, 65% utilisent le sniff pour 32,5% le shoot alors qu'au 1er RDV, la proportion s'inverse avec plus que 37,5% en sniff pour 62,5% en shoot.

Actuellement, seul 2,5% ont remplacé l'héroïne par un codéiné, alors que 62,5% font entre 1 et 5 prises d'héro par jour, 27,5% de 6 à 10 prises par jour et 7,5% de 11 à 15 prises.

90% d'entre eux ont déjà fait des sevrages, hospitaliers ou "à la dure" ( *en ambulatoire, avec ou sans traitement* ) avec une moyenne de plus de 3 sevrages par personne. La répartition entre sevrages hospitaliers et "à la dure" est quasi égale. Si 10% n'ont donc jamais fait de sevrages, 25% en ont fait 1 à 2, 40% en ont fait 3 à 4, 12,5% en ont fait 5 à 6, et 5% en ont fait 7 à 12, ce qui montre l'échec du sevrage pour tous ces cas et justifie le passage à un traitement différent, type substitution.

Plus de la moitié d'entre eux est consommateur de produits codéinés, soit à l'occasion, soit pour quelques uns pour une "substitution sauvage" servant essentiellement à couper le manque et à favoriser une resocialisation, le problème restant de l'arrêt quasi impossible sans vrai substitution.

Ce qui est très inquiétant, c'est les 37,5% de consommateurs de Rohypnol, qui le prennent pour couper le manque, à des doses moyennes de 10 cp par jour, allant assez souvent jusqu'à 20-25 cp/jour. Si certains n'en prennent pas quotidiennement, d'autres l'utilisent quotidiennement avec les problèmes de violence, d'absence de souvenirs, de délire, de dangers pour soi et pour les autres.

Quant à la prison, si 55% n'en ont pas fait (*encore!*), 27,5% ont fait 1 à 2 séjours déjà et 12,5% de 3 à 4 séjours. Quant à la durée, la plupart des peines sont de 3 à 6 mois mais certaines, correspondant souvent à des braquages armés ou du deal font plusieurs années. J'ai le cas d'un garçon de 23 ans, qui a fait son premier sniff en prison lors de sa première peine, et qui a déjà fait 7 ans de prison en 4 peines!

## **2 - Situation des U.D. au début de leur traitement de substitution**

Les 40 demandes de substitution n'ont en fait donné lieu qu'à 35 démarrages de traitement. En effet, 5 personnes ( *2 couples et une célibataire* ) n'ont pas donné de suite à leur demande pour les raisons suivantes : tous étaient des petits consommateurs ( *1 à 3 doses par jour* ) et 3 d'entre eux consommaient par période des codéinés ou de l'héro; ils disaient décrocher au Néo Codion et minimisaient donc leur dépendance. Quant au dernier couple, la femme était motivée mais son concubin voulait en fait continuer l'héro et les Rohypnol alors sa femme a laissé tomber pour rester avec lui, bien qu'elle ait un bébé de quelques mois certainement maltraité par son père.

Le nouvel échantillon est donc de 35 personnes (  $n=35$  ) ayant débuté un traitement.

### **a) Prescription d'un premier traitement**

Le délai moyen entre le premier RDV avec moi et le premier contact avec le médecin généraliste et le début de la prescription, avant la création de Cap Espoir, variait de 2 à 93 jours, surtout pour la méthadone et compte tenu des problèmes légaux, puis à partir de la création de Cap Espoir, est en moyenne de 7 jours, variant de 2 à 25 jours, sauf dans 2 cas où les personnes ont repoussé leur démarrage jusqu'à 2 mois et demi. Le délai est généralement dû au règlement de problèmes sociaux, dont l'absence de droits Sécurité Sociale.

13 personnes ont eu un 1er RDV avec moi, entre le 30 Avril 94 et le 14 Février 95, et ont

démarré une substitution, entre le 20 Juillet 94 et le 15 Février 95, alors que le réseau était encore non officiel. La première a bénéficié de Temgésic, puis très vite de Moscontin, sans qu'un suivi de ma part soit organisé; j'ai juste demandé à un MG de faire face à une urgence. Pour la 2ème personne qui a démarré du Temgésic fin Octobre 94, j'ai proposé au MG, avec l'accord du patient, d'assurer un soutien et d'organiser un suivi avec la pharmacie, un psychiatre, une A.S., un foyer d'hébergement et une éducatrice, le CHU pour l'aspect somatique et j'ai fait une demande de 100%. J'avais pris pour modèle le fonctionnement du réseau niçois et tout cela s'est mis en place sans préméditation, au fur et à mesure des besoins et demandes du patient. Les 5 personnes suivantes ont été traitées au départ fin 94 au Temgésic (2) ou au Moscontin ou Skénan (3), puis toutes au Moscontin ou Skénan ( *sulfate de Morphine* ) car elles étaient toutes en attente de la Méthadone à l'Avapt, et nous avons donc dû suppléer au manquement de l'Avapt qui s'était engagé à faire démarrer le programme Méthadone au plus tard le 31 Décembre 94, alors que cela n'a eu lieu que le 1er Février 95!

Puis de Décembre 94 à Février 95, j'ai suivi 4 demandeurs sous Temgésic, et 2 candidats pour la Méthadone, dont l'un a bénéficié dans l'attente de Moscontin.

A partir du 20 Février 95, au moment de l'officialisation du réseau Cap Espoir, jusqu'au 7 Juin 95, j'ai assuré la coordination de fait de Cap Espoir en recevant en 1er RDV 27 demandeurs, dont 22 ont été substitué. L'analyse suivante concerne les 35 personnes substituées, sans faire de différence entre suivi "sauvage" ou officiel, car à peu de choses près, le suivi a été organisé de la même façon.

Les MG prescripteurs ont été au nombre de 10, prenant en charge en moyenne 3,3 personnes, mais variant de 1 à 9 personnes / MG. Seul 7 MG font partis de Cap Espoir.

Les premiers produits prescrits ont été à 85% du Temgésic, à 11% du Moscontin ou Skénan et pour 1 personne de la Méthadone ( *à l'Avapt* ). Le dosage moyen pour le Temgésic était de 10 cp par jour, variant de 6 à 18, et pour le Moscontin/Skénan de 175 mg/jour, variant de 100 à 200 mg. 5 personnes ont changé de produit de substitution, 4 sont passés à la Méthadone et 1 au Moscontin.

En ce qui concerne le problème de l'injection de produits de substitution destinés à la voie orale, seul 15% shootent le Temgésic ( *moyenne nationale : 60%* ), alors que 85% le prennent en sublingual, quant au Moscontin/Skénan, les 3/4 l'ont shooté.

23% de ceux qui sont sous Temgésic sont suivis par un psychiatre ou psychologue, dont 6% l'avaient avant le Temgésic, quant à ceux traités par Méthadone, ils ont tous un suivi psychologique !

## **b) Évolution sur le plan social**

Le taux des personnes suivies par une AS passe à 66%, soit une évolution de 34% entre l'avant et le début de traitement.

Tous ont maintenant des droits à jour à la Sécurité Sociale, soit une progression de 30%. Quant au 100% SS, 69% en bénéficient, soit une progression de 43%, et pour l'AME ( *Aide Médicale Économique* ), 55% l'ont ou vont l'obtenir, soit une progression de 40%.

Les bénéficiaires actuels ou en cours du RMI représentent 29% des substitués, soit une progression de 17%; quant à l'AAH de la Cotorep, 11% l'ont ou l'attendent, soit une progression de 8%.

Les bénéficiaires actuels ou en attente d'un contrat CES passent de 0 à 17%. De plus, 37% des substitués sont inscrits à l'ANPE.

En ce qui concerne les problèmes de logement, j'ai fait avec ceux qui le demandaient des demandes d'entrée en foyers d'hébergement si bien qu'entre ceux qui ont une place et ceux qui attendent, 42,5% des patients sont concernés, soit une progression de 40%. Le taux de ceux qui ont une place est lui de 20%. Quant à ceux qui ont leur appartement, ils sont 63%, soit une progression de 25%. Il reste alors 17% qui sont hébergés chez les parents ou amis, dont un certain nombre dont l'hébergement est plus que précaire.

### c) Évolution de la santé et de son suivi

Le dépistage des hépatites et du HIV a été systématiquement proposé par le médecin et/ou par moi-même, mais l'obstacle le plus fréquent est financier car l'arrangement trouvé avec les pharmaciens et médecins en attendant l'accord officiel du remboursement à 100% Sécu ( *gratuité des médicaments dès que l'utilisateur m'a remis la demande d'exonération du ticket modérateur rédigée par son MG et la photocopie de sa carte de SS* ) ne marche pas ailleurs, dans les laboratoires d'analyse, et pour pouvoir faire des bilans sanguins sans moyens financiers, il faut attendre l'obtention officielle du 100% SS ( *2 à 3 mois* ) ou de l'AMG ( *3 à 6 mois* ). L'autre obstacle est d'ordre psychologique, la peur de savoir.

En ce qui concerne le dépistage de l'hépatite B, ceux qui avaient déjà fait au moins un dépistage dans le passé, et qui se sont faits dépister au début du traitement, représentent 46% de l'échantillon contre 6% de n pour ceux qui ne se sont pas faits dépister. Ceux qui connaissaient leur statut sérologique et ont fait un nouveau bilan représentent 6% de n<sup>2</sup> contre 2% à n'avoir pas fait de nouveau bilan. Parmi ceux qui ne connaissaient pas leur statut sérologique, ceux qui se sont faits dépister représentent 26% de n contre 14% pour ceux qui n'ont pas été dépistés.

20% des personnes traitées se sont faites vacciner contre l'hépatite B.

En ce qui concerne le dépistage de l'hépatite C, ceux qui avaient déjà fait au moins un dépistage dans le passé, et qui se sont faits dépister au début du traitement, représentent 31% de l'échantillon contre 9% de n pour ceux qui ne se sont pas faits dépister. Ceux qui connaissaient leur statut sérologique et ont fait un nouveau bilan représentent 23% de n. Parmi ceux qui ne connaissaient pas leur statut sérologique, ceux qui se sont faits dépister représentent 23% de n contre 14% pour ceux qui n'ont pas été dépistés.

Enfin, en ce qui concerne le dépistage du HIV, ceux qui avaient déjà fait au moins un dépistage dans le passé, et qui se sont faits dépister au début du traitement, représentent 51% de l'échantillon contre 9% de n pour ceux qui ne se sont pas faits dépister. Ceux qui connaissaient leur statut sérologique et ont fait un nouveau bilan représentent 17% de n. Parmi ceux qui ne connaissaient pas leur statut sérologique, ceux qui se sont faits dépister représentent 9% de n contre 14% pour ceux qui n'ont pas été dépistés. Bien que le dépistage du HIV puisse se faire anonymement et gratuitement, peu d'utilisateurs utilisent ce moyen car il nécessite 2 visites au centre de dépistage, 1 pour la prise de sang et 1 pour le résultat la semaine suivante, de plus dans des créneaux horaires bien précis, et si l'on prend l'exemple du CHU d'Avignon, le plus connu des centres, l'appel par numéro au milieu de toutes les personnes en attente de consultation montre du doigt dans une ville de province ceux qui sont "toxiques, homos ou infidèles et contaminent forcément les autres"; de même, il est fréquent de croiser d'autres U.D. à qui l'on a souhaité cacher ses soupçons. Le MG reste le moyen souvent le plus sûr pour des U.D. de se faire dépister, sous réserve que le MG soit formé, et ait une éthique rigoureuse.

La solution permettant un bilan de santé, sans attendre l'obtention du remboursement à 100% ou de l'AME, est de proposer au patient de faire le bilan de santé du centre d'examen de santé de la Sécu ( *amnamèse, examen corporel, bilan sanguin, vue, dents, vaccinations, diététique, coeur, gynéco, etc...* ), avec RDV sous 15 jours et résultats transmis au patient et à son médecin. Suite à ma proposition, 20% des personnes en traitement ont passé ce bilan.

### d) Évolution de la prise d'héroïne

Durant les 6 premiers mois du traitement, 92% des personnes n'ont pas arrêté définitivement de prendre de l'héroïne, c'est à dire que leur consommation a globalement très fortement chuté mais qu'ils continuent à "se faire une fête" de temps en temps ( *une prise d'héroïne ponctuelle variant de une fois par semaine, à tous les 15 jours, tous les mois, voire tous les 3 mois* ). L'abstinence ne concerne donc que 8% d'entre eux et cela peut changer.

Pour leurs 6 premiers mois, les personnes substituées ont eu en moyenne 10 jours

---

<sup>2</sup> n = 35, sujets ayant débuté un traitement

( 1 prise/jour ) de prises d'héroïne par mois, se répartissant ainsi :

8%	ont fait	0 prises / mois
38%	"	1 à 5 prises / mois
20%	"	6 à 10 "
17%	"	11 à 15 "
17%	"	16 à 30 "

Cela pose la corrélation possible entre nombre de prises d'héro par mois et succès du traitement, déjà démontrée et auquel je crois.

Quant au partage de seringues, plus aucun ne le fait.

### e) Évolution sur le plan judiciaire

Le nombre de personnes ayant une activité illégale ( *je ne compte pas dans les 2 cas les consommateurs occasionnels ou réguliers de cannabis, même s'ils en revendent parfois, car cela concerne la très grande majorité d'entre eux et qu'à l'heure où on parle de légalité ou dépenalisation, je trouve très discutable de mettre l'usage du cannabis dans les activités illégales d'autant plus que cela n'affecte généralement pas l'insertion et la réussite du traitement* ) passe de 97,5% avant traitement à 28% en début de traitement. Quant au 28% qui ont toujours régulièrement ou occasionnellement des activités illégales, elles se répartissent ainsi : 10% aux vols, 30% à la prostitution et 60% à la revente d'héroïne. Dans les cas de prostitution et de vols, la baisse est très nette car l'activité ne sert plus à l'achat d'héro mais à la survie quotidienne ou plus.

Malgré le démarrage du traitement, certains ont toujours des problèmes judiciaires, souvent le résultat du passé toxico, d'où 14% de gardes à vue, 8,5% d'incarcération et 13% de personnes ayant un suivi judiciaire ( *contrôle judiciaire, conditionnelle et mise à l'épreuve* ) souvent antérieur au traitement.

### **3 - Bilan au 6ème mois de substitution**

C'est à la fois le bilan de ceux qui ont dépassé 6 mois de traitement mais aussi de ceux qui ont arrêté avec les motifs, la durée de traitement.

#### a) personnes substituées ayant dépassé le 6ème mois de traitement ( n1=7 )

Cela concerne uniquement ceux qui à la date du 7/6/95, avaient passé au moins 6 mois de traitement et attaquaient donc leur 7ème mois, soit 7 personnes.

Ces 7 personnes, à cette date, représentent 20% des personnes traitées et non le pourcentage de ceux qui arrivent à leur 7ème mois.

Bien entendu, la taille de cet échantillon, trop petit ( 7 pers. ), ne permet que des suppositions et nous devons attendre d'avoir plus de personnes traitées ayant franchi le cap du 6ème mois pour s'appuyer sur des résultats bien que les études étrangères semblent confirmer mes premiers chiffres.

#### b) Leur évolution sur le plan social

Parmi eux, 71% sont suivis par une A.S., tous ont la S.S. à jour, 86% ont le 100% Sécu, et 71% ont l'AME.

Quant à leurs revenus, 14% perçoivent le RMI, 43% l'AAH, 14% une pension Sécu, et les 28% restants se partagent entre revenus d'un contrat CES et un salaire à temps partiel. Parmi eux, seuls 28% sont inscrits à l'ANPE car beaucoup ne peuvent travailler du fait de leur état de santé.

Tous ont maintenant un appartement, soit à leur nom, obtenu grâce à une association ou non, soit à celui d'une association.

#### c) Évolution de leur santé et de son suivi

Connaissant tous leur statut sérologique pour l'HVB, l'HVC et le HIV, soit depuis le début du traitement, soit d'avant, ils n'ont pas subi de nouveau dépistage au 6ème mois.

Quant à leur statut sérologique, 29% sont positifs à l'HVB, 86% à l'HVC et 57% au HIV. Seul 14% d'entre eux ( *1 personne* ) sont vaccinés contre l'HVB ce qui me semble insuffisant.

#### **d) Évolution de leur prise d'héroïne**

Parmi eux, 29% ( *2 personnes* ) sont maintenant abstinents de l'héro, bien que l'un des deux continue occasionnellement de prendre de l'alcool. Pour les 71% ( *5 personnes* ) qui prennent encore de l'héro, on note une diminution très nette de la consommation.

Leur consommation moyenne passe de 10 jours de prises ( *1 prise / jour* ) par mois avant le 6ème mois à 3 jours de prises par mois après le 7ème mois, variant de 2 à 4 prises par mois.

#### **e) Leur évolution sur le plan judiciaire**

Aucun d'entre eux n'est sous contrôle judiciaire et n'a subi de garde à vue ou d'incarcération depuis le 6ème mois de traitement.

#### **f) Les arrêts : nombre, motifs, durée de traitement**

Parmi les personnes ayant entrepris un traitement de substitution ( *n=35* ), l'arrêt du traitement et du suivi représente 40% de n, soit 14 personnes. Ces 14 personnes étaient sous Temgésic. L'arrêt du traitement et du suivi a eu lieu en moyenne après 5,6 semaines, variant de 1 à 18 semaines de traitement.

Parmi elles,

- 36% ont abandonné ( *5 pers.* ) après 6,8 semaines en moyenne de traitement, variant de 1 à 12 semaines. Parmi ces abandons, 1 est dû à l'éloignement géographique du patient ne pouvant être suffisamment bien suivi, 2 sont dû au fait que le couple en question n'a pu changer d'appartement, le leur étant voisin d'un squatt habité par des clandestins, dealers et toxicos, entraînant leur rechute régulière, et les 2 autres sont dû au fait que le couple n'était finalement pas assez motivé.

- 14% ont déménagé et cessé le traitement ( *2 pers.* ) après 5,5 semaines en moyenne de traitement, variant de 3 à 8 semaines. En fait, aucun n'a cherché à poursuivre le traitement dans sa nouvelle ville ( *pour l'un d'eux parti à Paris, c'était possible* ) ce qui m'amène à penser qu'il s'agit plutôt d'abandons dû au manque de motivation.

- 14% sont en prison sans traitement ( *2 pers.* ) après 1,5 semaine en moyenne de traitement, variant de 1 à 2 semaines. Dans ces 2 cas, des problèmes financiers dus au retard dans l'obtention de leurs droits S.S., les obligeant à trouver de l'argent pour payer le traitement, les ont poussé à accompagner un dealer en Hollande qui les aurait payer pour faire passer de l'héro à la frontière, mais ils se sont faits prendre au retour à Paris et risquent de lourdes peines. Le pire, c'est que l'accord de la S.S. est intervenu 1 jour après leur départ pour l'un, et pour l'autre, 3-4 jours après!

- 36% ont été exclus, avec arrêt du traitement ( *5 pers.* ) après 6,8 semaines en moyenne de traitement, variant de 1 à 8 semaines, jusqu'à 18 pour une personne. Tous ces renvois sont dus à la revente du traitement avec prise irrégulière voire inexistante du traitement et parallèlement prise régulière voire quotidienne d'héroïne et/ou alcool + benzodiazépines, tout ceci après plusieurs propositions d'aide et de modification du traitement et plusieurs avertissements. Le but de l'exclusion n'est pas de sanctionner un comportement mais de laisser une chance de reprendre ce traitement à l'avenir avant qu'il ait perdu tout effet et ne soit abandonné définitivement par l'usager. De plus, le suivi mis en place ne permet pas d'aider ceux qui n'arrivent pas ou ne veulent pas jouer franc jeu.

#### **4 - Conclusion de l'évaluation**

Cette première évaluation concernant la période du 20/07/94 au 07/06/95, soit 10 mois et demi, peut se résumer ainsi pour les 35 (*n*) personnes en traitement de substitution :

- l'arrêt du traitement et du suivi représente 40% de *n*, soit 14 personnes

Parmi eux, 36% ont abandonné (*5 pers.*)  
14% ont déménagé et cessé le traitement (*2 pers.*)  
14% sont en prison sans traitement (*2 pers.*)  
36% ont été exclus, notamment pour revente du traitement (*5 pers.*)

l'arrêt du traitement et du suivi a eu lieu en moyenne après 5,6 semaines, variant de 1 à 18 semaines de traitement

- la poursuite du traitement représente 60% de *n*, soit 21 personnes

Parmi eux, - 28% est sous Méthadone (*6 pers.*) dont 3 personnes sont toujours suivies  
- 5% est sous Moscontin (*1 pers.*) sans que j'assure un suivi et ceci depuis le début  
- 62% est sous Temgésic (*13 pers.*) et toujours suivis, dont 2 personnes à distance car elles ont déménagé tout en restant en contact étroit  
- 5% est suivi sans traitement (*1 pers.*) en attendant de re-essayer un traitement

de plus, 33% d'entre eux (*7 pers.*) en sont à plus de 6 mois de traitement

Ces résultats devraient fortement évoluer grâce à l'expérience acquise, et surtout grâce à l'augmentation conséquente des dosages de Buprénorphine ( *dès fin 95, on a pu facilement donner des doses moyennes de Temgésic de 40 comprimés par jour* ) et plus encore grâce au Subutex qui alliera fort dosages, durée de 24h, renforcement de l'effet antagoniste, etc...

Dès la sortie du Subutex, tous les patients sous Temgésic en ont bénéficié.

#### **IV - DES PROPOSITIONS POUR L'AVENIR ( Cf. chapitre II - 1 )**

##### **1 - Buts et fonctionnement du réseau**

###### **a) Rôle et organisation des réunions**

Selon moi, un réseau doit permettre une meilleure coordination entre les divers intervenants et leur permettre de s'autoformer et de s'entraider. Pour débattre de la substitution, il ne me paraît pas utile de faire une association. Les réunions pourraient avoir lieu mensuellement et devraient avoir pour objectif l'étude et la résolution de cas concrets. Il pourrait y avoir aussi des réunions thématiques.

###### **b) Buts et moyens de formation des MG, des pharmaciens, et autres intervenants**

Les intervenants du réseau doivent apprendre à travailler davantage ensemble. La formation doit être pointue sur le plan technique mais elle doit aussi être approfondie sur le plan humain, avec notamment des interventions de représentants des U.D.

### **c) Rôle et intérêt d'une coordination et profil du (ou des) coordinateur(s)**

Il me semble essentiel qu'il y est une coordination, qui s'occupe du 1er contact, en assurant un suivi psychosocial et le lien avec tous les autres intervenants.

Le (ou la) coordinateur(trice) doit bien connaître les U.D. et avoir leur confiance, tout en connaissant bien le travail social et le fonctionnement des institutions et des intervenants avec qui il(elle) travaille.

## **2 - Fonctionnement de la coordination**

### **a) Rôle du (ou des) coordinateur(s)**

Cf. II - 1 - e)

### **b) Comment se fait le 1er contact ?**

Le bouche à oreille permet de se faire connaître. On peut aussi laisser ses coordonnées affichées chez tous les partenaires et dans les lieux fréquentés par des U.D. Voir aussi en II - 1 - a)

### **c) Le 1er RDV**

Cf. II - 1 - b)

Il est clairement préférable que le coordinateur dispose d'un bureau équipé où il puisse recevoir convenablement les usagers.

### **d) Rôle du médecin généraliste ( MG )**

Cf. II - 1 - c)

Il est essentiel aussi que le MG apprenne à travailler avec des non médecins, contrairement au passé, et que sous prétexte du secret médical, il ne refuse plus de partager ses informations, voulant tout régler seul.

Selon moi, le secret professionnel ou médical doit être géré par le patient, qui décide des informations qui doivent circuler, entre qui et qui, et à quels conditions.

### **e) Rôle du pharmacien ( membre du réseau )**

Cf. II - 1 - d)

Son rôle est d'autant plus important car il voit les usagers, pour certains tous les jours, et peut faire le lien avec le MG et le coordinateur.

### **f) Rôle du psychiatre et/ou du psychologue**

Cf. II - 1 - f)

Même si beaucoup d'usagers ne relèvent pas de ce type de suivi, il est essentiel de trouver des psychiatres et psychologues réellement formés au suivi d'UD en traitement de substitution, ce qui reste difficile à trouver. C'est à croire que ces professionnels sont ceux qui ont le plus de mal à évoluer, du fait de rigidités idéologiques.

### **g) Rôle des autres intervenants**

Cf. II - 1 - g)

L'ouverture des réseaux à d'autres partenaires que les professionnels de la santé est essentiel pour permettre un vrai suivi sur le plan social, qui s'il est négligé, peut compromettre le traitement.

Il faut impérativement mobiliser les ressources existantes dans le secteur social et aussi dans les associations.

#### **h) Aspects humains du suivi ( intérêt et limite )**

Cf. II - 1 - h)

Il est essentiel de trouver un juste milieu entre implication et distance professionnelle, en fonction de chaque cas.

L'instauration d'une régulation pour les intervenants de terrain peut permettre de trouver cet équilibre.

#### **i) Groupe de parole des personnes en traitement de substitution**

Cf. II - 1 - i)

Ce groupe a enfin pu voir le jour à Avignon dans les locaux d'Asud Avignon, courant 1996.

#### **j) Problème de revente des produits de substitution**

Cf. II - 1 - j) et l)

On assiste actuellement à une nette augmentation du don et de la revente de traitement alors que dans le même temps, ces traitements sont devenus quasiment accessibles à tous. Ce qui m'inquiète, c'est que de plus en plus d'utilisateurs ont goûté au Temgésic, puis au Subutex, et un peu à la méthadone, dans de mauvaises conditions, et certains rejettent alors les traitements, les jugeant inefficaces.

#### **k) Temgésic : en sublingual ou en shoot I.V. ?**

Cf. II - 1 - k)

La situation est similaire avec le Subutex mais pour ceux qui ne veulent pas ou plus le shooter, on peut les aider en leur proposant une délivrance quotidienne à la pharmacie avec absorption du ou des comprimés devant le pharmacien. Le Subutex fondant vite sous la langue, l'utilisateur n'est pas tenté de le recracher pour le shooter plus tard, et rapidement il prend l'habitude de le prendre en sublingual.

Cette solution n'est acceptable qu'avec l'accord de l'utilisateur.

#### **l) Mesures d'exclusion et sort de l'utilisateur**

Cf. II - 1 - l)

L'accessibilité importante des traitements impose de revoir ce sujet, mais la réponse doit être commune à tous les intervenants du réseau et clairement formulée aux utilisateurs dès le départ.

Le but est d'arriver à une prise en charge continue des utilisateurs, quel que soit les problèmes posés. On peut tout à fait arrêter un traitement, sans interrompre la prise en charge, en proposant à temps une autre thérapie, sans attendre que le non respect des règles amène au "clash". De même, quand la relation d'aide devient impossible, il faut pouvoir passer le relais à d'autres, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'association, afin de donner une nouvelle chance à l'utilisateur.

### **V - CONCLUSION GENERALE**

Ce rapport aura mis beaucoup de temps ( *l'analyse des données date de l'automne 95* ) car ma priorité a toujours été le travail de terrain. Néanmoins, l'analyse du terrain est essentielle pour défendre ou non une thérapie, et l'améliorer. C'est pourquoi j'espère trouver le temps bientôt, de faire une suite à ce rapport avec le Subutex et du recul supplémentaire.

Il faut en tout cas développer les traitements de substitution mais aussi prévoir des programmes de distribution sous contrôle médical d'héroïne pour les usagers qui ne peuvent pas ou ne veulent pas arrêter, pour des raisons ne serait ce qu'humanitaire !

Les résultats de cette première étude seront forcément meilleur avec le Subutex, ne serait ce que pour des raisons de dosage car les premières personnes substituées à Avignon ont été très sous-dosées ce qui a provoqué des échecs, notamment en début de traitement. Ceux qui ont tenu plus longtemps ont fini par bénéficier des augmentations de dosages.

De plus, il serait souhaitable d'arrêter les débats idéologiques, qu'on écoute enfin vraiment les UD et que notre politique dans le domaine de la toxicomanie soit pragmatique, et pour cela il nous faut évaluer sans cesse notre travail.