

# Chroniques de la substitution

**Au-delà des débats théoriques pour ou contre la substitution, quelles sont les attentes, les craintes et les pratiques des intervenants ? Dix d'entre eux ont confronté leur expérience : Marc Barry, Nelly Boullenger, Anne Coppel, Serge Hefez, Bertrand Lebeau, Alex Maire, Philippe Otmesguine, Malika Tagounit, Jean Tignol et Didier Touzeau.**

**Débat organisé par Mathieu Verboud.**

*La première question s'adresse à ceux qui « font de la méthadone ». Quelles ont été vos hypothèses de travail lorsque vous vous êtes lancés ?*

**Jean Tignol :** A Bordeaux, nous avons commencé dans un climat difficile avec 25 places... Nous avons adopté le système du « premier arrivé », en considérant qu'il serait vraiment très arbitraire d'opérer une sélection autrement...

**Didier Touzeau :** Le programme était complet avant même de commencer. Mais je me suis astreint à ne refuser de traitement à personne. Je me suis donc mis à prescrire tout seul à 180 personnes... pour ne pas créer de listes d'attente. Faut-il, comme on le considérerait jusqu'à présent, réserver la méthadone à ceux qui ont le besoin d'un plus fort encadrement psychosocial ? C'est à mon avis la question clé du débat des traitements de substitution.

**Serge Hefez :** Il m'est apparu logiquement qu'il ne suffisait pas de mettre en place l'outil substitution, que ce soit la méthadone ou que ce soit une coordination de médecins généralistes qui prescrivent des opiacés, mais

qu'il fallait créer une palette d'outils différents qui puissent dans leur complémentarité rendre possible la prescription des traitements de substitution... C'est la seule garantie éthique que l'on puisse avoir en matière de traitement de la toxicomanie et de prévention de l'épidémie...

Quant à la sélection de populations prioritaires, cela représenterait à Paris une population de 40 000 à 50 000 personnes prioritaires de toute évidence et pour lesquelles les critères de plus ou moins de priorité me paraissent discutables. D'autant plus qu'on a les moyens de les accompagner sur le plan psychosocial. Chez nous aussi, donc, les premiers inscrits ont été les premiers servis.

**Bertrand Lebeau, comment se situe l'Espace Parmentier par rapport aux autres centres méthadone ?**

**Bertrand Lebeau :** Il est accablant qu'une association humanitaire comme MDM, qui avait au départ une vocation internationale, se retrouve aujourd'hui à gérer près d'une dizaine de programmes d'échanges de seringues en France

et quatre ou cinq programmes méthadone. Cela prouve qu'il y a eu des blocages extrêmement importants à vaincre sur cette question de la méthadone.

Ces dernières années avec l'évolution des consciences, l'idée est venue qu'après tout MDM pourrait faire un programme méthadone... On a déposé ce projet en mars 1993, il a été refusé par la commission consultative méthadone de l'époque car il était considéré comme « non thérapeutique ». Nous avons demandé 50 places alors que le protocole de l'époque en prévoyait au maximum 25. La seconde chose que l'on demandait, c'était que la dose maximale sans autorisation particulière ne soit plus de 60 mg mais de 100 mg. On souhaitait enfin que les contrôles urinaires soient un peu allégés. Heureusement, le tandem Veil-Douste-Blazy voyait bien qu'il y avait un problème de ce côté-là et il est finalement passé outre l'avis défavorable. On a donc pu monter ce programme en juin 1994.

Au départ, ce qu'il nous fallait, c'était une équipe qui ait de la bouteille et des gens qui ne fassent pas de la méthadone alors qu'ils détestaient ça. C'était un peu la quadrature du cercle ! De ce point de vue là, l'existence du collectif Limiter la casse, où il y a eu beaucoup de contacts entre professionnels, a été un grand accélérateur...

**A l'Espace Parmentier, vous avez une clientèle particulièrement désinsérée...**

**B. L. :** Les gens qui sont vraiment complètement désocialisés, on ne les voit pas... Le protocole se situe à un niveau d'exigence relativement haut. Un exemple : un jour, on a hospitalisé en urgence

une fille qui était dans un état de santé déplorable, avec des abcès partout... Elle est toxicomane, maghrébine, prostituée, SDF et atteinte du sida. Elle cumule un nombre effrayant de stigmates. Ensuite, on a essayé de la mettre sous méthadone. Elle est arrivée à tenir trois semaines et elle a disparu. Il est très clair que notre programme se situait à un niveau d'exigence peu accessible pour elle [cette patiente est revenue par la suite].

« Il fallait créer une palette d'outils différents qui puissent dans leur complémentarité rendre possible la prescription des traitements de substitution... »

D' Serge Hefez,  
psychiatre,  
La Terrasse  
(Paris)

**On se heurte donc là à une limite intrinsèque de vos programmes...**

**B. L. :** Habituellement le bas seuil méthadone, en Europe, ce sont les généralistes qui s'en chargent. Le problème de l'appellation *bas seuil*, c'est que les gens entendent bas de gamme ; mais cela ne veut pas du tout dire ça. Dans le cas du bas seuil d'Amsterdam, les contraintes sont très faibles. Les gens s'inscrivent, ils doivent voir un médecin quatre fois par an. On leur donne leur méthadone, sans leur demander plus, aux alentours de 40 mg par jour. S'ils veulent un accompagnement psychosocial, alors ils doivent rentrer dans des programmes dont le niveau d'exi-

gence est forcément un peu plus élevé. Là on leur demande des contrôles urinaires négatifs, etc. S'ils n'y arrivent pas, ils retournent dans des dispositifs d'exigence moins grande. Il s'agit donc là de programmes de bas seuil *ad hoc*, uniques en Europe.

Dans les mois qui viennent, on va enfin sortir en France de la méthadone expérimentale. On va enfin disposer d'un cadre légal de prescription, on aura des primo-prescriptions dans les centres de soins spécialisés et une prorogation en médecine de ville. En cas d'hospitalisation, ce cadre légal permettra une prorogation sûre, ce qui n'est pas garanti dans le cadre actuel. On commence aussi à avoir un certain nombre de clients incarcérés dont le traitement méthadone est prorogé (même si c'est une vraie bataille). A côté des centres de soins spécialisés et dont le travail sera en gros les cas les plus lourds, les réseaux de médecins s'occuperont des patients stabilisés.

**Abordons le rôle des médecins généralistes qui prescrivent des produits de substitution. Ils interviennent donc, en théorie, avant et après les phases lourdes qui sont gérées par les centres spécialisés...**

**AlexMaire:** Ça, c'est le futur... Les généralistes sont un peu réticents envers la notion de médicaments dont la primo-prescription serait réservée à des catégories particulières de médecins. Dans un premier temps, comme il faut que ce dossier se débouque absolument et comme la France a accumulé un retard, une somme de craintes considérables sur ce dossier, ce système de primo-prescription proposé par les pouvoirs publics, on va le prendre tel qu'il est...

Depuis très longtemps, certains généralistes, bien avant que les programmes méthadone ne se développent, ont accueilli des patients dépendants aux opiacés. Un certain nombre de médecins généralistes, dès que le Temgésic® a été mis sur le marché, d'abord en injectable et par la suite en comprimés, se sont approprié ce médicament. Ils se sont bien rendu

compte dans la clinique que cela pouvait aider les patients à décrocher d'une consommation illicite de drogues. Ces médecins travaillaient dans une certaine clandestinité, dans l'illégalité la plus totale et dans la culpabilité du fait que ce produit n'avait pas dans son AMM d'indications spécifiques pour le soin aux toxicomanes. Ils étaient stigmatisés par l'ensemble de leurs confrères. Dans le XVIII<sup>e</sup> arrondissement, bien avant 1992, on les appelait « Temgésicologues ». Quand le décret Kouchner est passé (prescription du Temgésic® sur carnet à souches), ces médecins généralistes ont décidé d'arrêter leurs pratiques parce que cela leur mettait au grand jour. C'est à ce moment-là que je me suis engagé à leurs côtés. Je trouvais qu'un des effets pervers de ce décret, c'était quand même d'éloigner le toxicomane du cabinet du généraliste...

« Que l'on me prouve que l'injection de buprénorphine a un effet délétère sur la santé. Je n'ai lu aucune étude là-dessus ! »

D' Alex Maire,  
médecin généraliste  
(Paris)

On se dit, actuellement, que focaliser le débat sur le contrôle strict de l'injection, notamment par rapport à la buprénorphine qui doit bénéficier d'une AMM, pour éviter les infections, c'est encore une fois une tentative pour éloigner le généraliste des toxicomanes. Que l'on me prouve que l'injection de buprénorphine a un effet délétère sur la santé. Je n'ai lu aucune étude là-dessus !

C'est une très bonne chose que les médecins généralistes soient associés à la prescription de méthadone... Mais la méthadone n'est actuellement pas le médicament qui est utilisé par les généralistes. Celui qu'ils utilisent, c'est la buprénorphine, de la façon la plus massive. Il est donc indispensable que

se mette en place très rapidement une autorisation légale de prescription de la buprénorphine et qu'il n'y ait pas trop de tergiversations sur le contrôle des injections, sur la forme galénique, sur les dosages. Quelle est actuellement la situation des généralistes en France ? Ils sont soumis à des contraintes de la part de tous les organismes légaux. Des médecins sont actuellement poursuivis par des caisses de sécurité sociale pour prescription hors AMM et on leur demande de rembourser. Des procès vont avoir lieu, il va y avoir jurisprudence... D'autres médecins sont poursuivis par le Conseil de l'Ordre pour prescription de Temgésic®. On ne parle pas d'accidents thérapeutiques, de mort, mais juste de prescription de Temgésic® ! Cette prescription est à son maximum en ce moment. J'ai des patients qui s'injectent régulièrement leurs comprimés de buprénorphine depuis des années et qui sont extrêmement bien stabilisés de cette façon-là, avec un retour à une vie sociale très satisfaisant, des personnes qui mettent en route des grossesses, des familles qui se reconstituent. Je demande une AMM buprénorphine *per os* mais je suis preneur pour une buprénorphine injectable...

**Philippe Otmesguine :** Je suis assez d'accord avec ce que dit Alex Maire. Moi, je n'ai jamais eu d'états d'âme ou de culpabilité. J'ai commencé à être médecin généraliste en terminant mon internat de médecine générale à Marmottan. J'y suis resté cinq ans ; c'est une grande institution, j'y ai beaucoup appris... Je ne connaissais rien à la toxicomanie. Je me suis heurté à un monde dans lequel l'existence du corps était totalement niée. C'était un scandale de proposer une vaccination contre l'hépatite B. Le premier patient toxicomane séropositif sous AZT que l'on a réussi à faire hospitaliser, cela a été vécu comme un échec retentissant qui a déclenché une bouffée d'angoisse au sein des équipes qui assuraient les gardes, une bouffée d'angoisse diffusée à tous les toxicomanes hospitalisés. A l'époque, le service de médecine générale de Marmottan

n'existait pas. En créer un a été difficile... Nous faisons sécession dans l'institution. En même temps, je travaillais dans un cabinet en banlieue nord, dans une banlieue très défavorisée où je commençais à prescrire des produits sans états d'âme. Très vite, quand on prescrit des produits et quand on a un peu l'habitude des toxicos, cela peut se passer relativement bien. Alors, on commence à penser différemment et à sortir du carcan... Je dois dire que sept ou huit ans après, les idées ne sont pas encore claires pour moi entre la buprénorphine, le Moscontin® ou le Skenan®... Mais simplement, ça marche !

**En regard de quels objectifs ?**

**P.O. :** La stabilisation. Je n'ai jamais eu de hautes exigences au départ. Ce que je souhaitais, c'était que les gens puissent revenir et instaurer un dialogue. Aller à leur rencontre : il y a des gens que l'on ne voit jamais, même en cabinet de ville, même dans des institutions ou des centres d'accueil complètement ouverts...

Après, quand les gens reviennent et commencent à s'inscrire dans un suivi, les exigences restent très modérées. Parler de l'abandon de la *shooteuse*, c'est très difficile. Moi, j'ai envie d'aider les gens à se réinsérer même s'ils continuent à se shooter. J'ai des patients qui se shootent régulièrement avec ce que je leur prescris. Ils me le disent et il y en a qui s'en sortent extrêmement bien même s'ils continuent à se shooter. Il n'est absolument pas rare de voir des gens qui modifient d'eux-mêmes leur pratique sans qu'on ne leur demande rien... Pour l'instant, avec mes patients, je n'ai jamais demandé moi-même, par le biais d'un produit de substitution, que les gens décrochent. Il y a des moments où ils en font la demande eux-mêmes ; pour l'instant, j'en suis là et je n'ai pas le sentiment qu'on puisse dire qu'on en soit au-delà. J'émet une seule restriction dans la pratique de la médecine générale à prescrire des produits ; elle est liée au fait qu'on assiste à énormément de discours autour de la substitution en médecine de ville et de la substitution tout court.

Comme si c'était la seule voie. Cela me choque beaucoup car on continue à voir des patients en cabinet de ville qui viennent demander un sevrage et non un produit de substitution.

Je trouve très optimiste de penser que dans les mois qui viennent, la situation va se décanter concernant la méthadone. Je pense que l'absence totale de moyens dont on dispose correspond exactement à ce qu'a dit Alex Maire. Tout est d'une certaine façon fait pour que les patients échappent à une possibilité de suivi en ville.

**Marc Barry, de votre côté, quel rapport avez-vous avec les patients toxicomanes ?**

**Marc Barry :** La question d'autoriser ou pas la première prescription de méthadone en ville est très importante ; cela ressemble beaucoup au combat que l'on a mené en 1988 pour l'AZT... On retrouve à peu près les mêmes façons de procéder, les mêmes confrontations.

« C'est vrai qu'on n'est pas très chaud pour arrêter la toxicomanie chez nos patients, parce qu'on a plutôt des expériences malheureuses. »

D<sup>r</sup> Marc Barry,  
médecin généraliste,  
membre du réseau Ecos

La visibilité des patients toxicomanes dans mon cabinet ou à l'hôpital date de 1991/92. 1992 surtout, après l'arrêt du Temgésic<sup>®</sup>. Nous avons eu des demandes de sevrage de gens que l'on ne connaissait pas ou des demandes de prescription de Temgésic<sup>®</sup>. On était complètement déstabilisé parce qu'on ne voyait pas ce qu'on venait faire là-dedans, face à des gens que l'on ne connaissait pas, qui étaient séropositifs et qui nous étaient envoyés éventuellement pour changer de suivi. Visiblement il y avait un enjeu à la clé, qui était radicalement différent de ce qu'on avait vu auparavant. Là, on s'est rendu

compte qu'on avait beaucoup de toxicomanes dans notre clientèle (environ 15% aussi bien en ville qu'à l'hôpital). Mais il est vrai qu'on a peu de problèmes avec les toxicomanes. Cela nous a d'ailleurs très étonnés... Ils ne viennent pas toujours aux rendez-vous mais ce ne sont pas les seuls. Ils sont en fait très au courant des traitements qu'on leur propose, de la prévention, et du fait que pour nous la priorité c'est avant tout la prise en charge du VIH...

**Vous n'excluez pas le fait que, comme les autres soignants, vous ne voyiez que « l'élite » des toxicomanes ?**

**M.B :** Je ne peux pas l'exclure puisque nous ne voyons que les gens qui ont fait une démarche pour le VIH. On n'a pas affaire aux gens qui squattent en banlieue, qui ont 15 ans et qui sont en situation irrégulière...

**Certains toxicomanes, lorsqu'ils découvrent leur séropositivité, veulent arrêter leur consommation de drogues, d'autres non...**

**A.M. :** On a le même genre de réactions qu'avec n'importe quel type de maladie grave. Quand on apprend à un patient qu'il est atteint d'un cancer, il peut avoir une période de déni de sa maladie. Il y a, face à des maladies graves, plusieurs attitudes : le déni, la dépression ou encore la surmotivation pour s'en sortir...

**M. B :** Depuis qu'on a institué cette relation (avec la clinique Liberté), il y a quelque chose d'autre qui se dégage. Au bout d'un moment, nos patients toxicomanes nous disent : « Je t'ai toi pour être suivi pour le VIH, j'ai la clinique Liberté pour la toxicomanie, j'aimerais trouver quelqu'un pour parler de moi. » C'est assez extraordinaire...

C'est vrai qu'on n'est pas très chaud pour arrêter la toxicomanie chez nos patients, parce qu'on a plutôt des expériences malheureuses. On a l'impression que quand ils arrêtent, l'infection par le VIH évolue plus rapidement. C'est un sentiment, ce n'est pas objectif, mais on le partage un peu tous.

**Nelly Boullenger, quelle est la situation en Seine-Saint-Denis où il y a relativement peu de traitements de substitution, et une situation sociale de grande marginalité ?**

**Nelly Boullenger :** Je ne suis pas médecin. Avec les usagers de drogues, j'aime bien parler de drogues. Et je pense qu'ils aiment bien aussi. Ayant travaillé dix ans en institution et depuis 1989 dans une association, le discours n'est vraiment pas du tout le même. Tout à coup, on a accès à des tas d'informations. Auparavant j'avais un peu assisté à l'arrivée de la drogue sur ce département. Et puis j'ai l'impression d'avoir un vide de dix ans dans ma connaissance des produits. En institution, chez les toxicomanes, il y a un grand principe, on évacue très vite la drogue et les médicaments. On laisse ça aux médecins. Avec les toxicomanes, quand je me suis remise à parler de produits, j'ai appris beaucoup de choses sur l'héroïne, sur les médicaments et sur l'autosubstitution. En Seine-Saint-Denis, la substitution, pendant très longtemps, a surtout été basée sur les produits codéinés vendus en pharmacie. J'ai renoncé à ce moment-là au grand mythe : « Ils prennent tous du Néocodion<sup>®</sup>... » En fait, certains n'aiment pas du tout ça. Ils essayent d'autres produits. Il y en a un qui est merveilleux quand on est en manque, c'est l'Antalvic<sup>®</sup>. Deux Antalvic<sup>®</sup>, une bière et on n'est plus en manque ! Les toxicomanes se parlent beaucoup entre eux de produits, de médicaments. Quand ils sont en manque, ils expérimentent les médicaments...

Et puis, il y a eu en Seine-Saint-Denis, l'expérience du Temgésic<sup>®</sup> avant le carnet à souches. Cela a été assez catastrophique. Il s'est créé un marché noir du Temgésic<sup>®</sup>. Certains toxicomanes arrivaient à s'en procurer auprès des médecins. Quand le Temgésic<sup>®</sup> a été mis sur carnet à souches, beaucoup de médecins ont cessé de le prescrire... Ils étaient d'ailleurs soulagés parce qu'ils s'étaient laissé largement déborder. Donc, nous avons eu une très mauvaise expérience du Temgésic<sup>®</sup>. Quant à la méthadone, très peu de mé-

decins en prescrivait. J'étais bien contente que finalement, en Seine-Saint-Denis, les soignants n'aient pas trop l'air de s'intéresser au débat sur la substitution. Sur le plan national, le débat était terrible et c'était bien qu'il ne se présente pas en Seine-Saint-Denis. On attendait que la vague d'hostilité soit passée. Après, on pourrait discuter plus sereinement.

« Quand ils sont en manque, les toxicomanes expérimentent les médicaments... »

Nelly Boullenger,  
sociologue, intervenante  
en toxicomanie, Arcades  
(Bobigny)

Au début de l'année 94, une dizaine de médecins de Seine-Saint-Denis se préoccupaient de la progression terrible du sida chez les toxicomanes. Ils avaient pris contact avec le Repsud et ils se sont mis à la substitution tout doucement, très naïvement. En juin 1994, ils étaient quatorze... Ils ne voulaient généralement pas plus de trois, quatre ou cinq patients de peur d'être débordés, à l'exception d'un ou deux qui, très vite, se sont mis à avoir une file active de cinquante toxicomanes. Mais il n'y a pas tellement de possibilités de parler du fait que certains toxicomanes shootent le Temgésic<sup>®</sup>. Encore aujourd'hui, ce n'est pas entendable pour la plupart des médecins et des pharmaciens de Seine-Saint-Denis.

**Anne Coppel :** Quand on a ouvert avec Didier Touzeau le traitement méthadone à Pierre-Nicole en 1989, j'étais persuadée qu'il y avait besoin de prescription (je n'appelais pas ça un traitement) pour des gens dont je voyais qu'ils ne pouvaient pas se passer de produit et qui étaient en train de mourir du sida. Mais cela n'avait toujours pas le statut de traitement ; j'ai mis très longtemps à accepter la venue quotidienne, que je considérais

comme un contrôle social, sans compter la négociation des doses, que je voyais à l'avance comme une horreur, et les contrôles urinaires que je trouvais... monstrueux ! Il a fallu que j'apprenne que c'était un traitement en lisant les évaluations étrangères. Je le savais pourtant (sur le terrain), mais je ne le vivais pas comme ça, et les toxicomanes non plus. Ils ne percevaient pas le Néocodion® comme un traitement de substitution.

Depuis un an que nous exerçons à Bagneux, j'ai travaillé sur les conditions d'une bonne stabilisation. J'avais l'expérience de toxicomanes qui s'en étaient sortis en passant par des opiacés, mais aussi de tous ceux qui avaient échoué. J'avais aussi l'expérience de l'Angleterre où j'avais vu des gens sous méthadone depuis 20 ans qui l'utilisaient de façon assez particulière (*grosso modo* trois jours de méthadone, et le reste revendu pour pouvoir se shooter le week-end). C'était une espèce de Smic de drogue qui servait de base et qui permettait de continuer à vivre, mais de manière plus décente que les toxicomanes que je connaissais à Paris. Il y a eu aussi l'expérience de l'échec du Temgésic® en 1993 qui a été très dure, plus les difficultés de certains programmes méthadone européens, notamment en Espagne...

« A partir du moment où le toxicomane est capable de gérer son produit, il peut passer en cabinet de ville. »

Anne Coppel,  
sociologue, intervenante  
en toxicomanie,  
clinique Liberté  
(Bagneux)

Méthadone ou pas méthadone, un traitement de substitution doit déjà acquiescer le statut de traitement. A vue d'œil, il y a un avant et un après ; avec la méthadone le toxicomane va mieux, et s'il continue à prendre des produits à

côté, cela se fait d'une manière moins violente. Il peut affronter ses propres difficultés, avoir une démarche de soins. Il est aussi capable de vivre dans un état qui n'est pas un état de défonce... C'est ça, la stabilisation.

Notre critère d'admission dans le programme était qu'il devait s'agir de gens qui ne pouvaient pas se débrouiller chez le généraliste, qui avaient obtenu des prescriptions chez les médecins généralistes, qui les avaient cumulées avec des consommations multiples et variées, et qui ne parvenaient donc pas à cette stabilisation. Avec un an de recul, il y a toujours des gens qui ont besoin de l'accompagnement au quotidien que nous offrons à Bagneux, mais presque les deux tiers de ceux qui ont démarré il y a un an ne viennent plus qu'un jour sur deux, voire deux fois par semaine et donc gèrent en grande partie leur produit.

**Ce type de suivi intermittent, vous l'acceptez ?**

**A.C. :** Oui, à partir du moment où ils sont stabilisés. Pour moi, l'AMM de la méthadone est une assez bonne formule. A partir du moment où le toxicomane est capable de gérer son produit, il peut passer en cabinet de ville. Il n'a pas besoin de l'accompagnement ni du contrôle au quotidien. Ça libère une place. Ce que nous offrons, nous, à Bagneux, c'est un lieu, mais les toxicomanes se plaignent souvent qu'on ne passe pas assez de temps à les écouter. On en a reçu 500, c'est vrai, et plus on leur en donne plus ils en demandent ; on donne beaucoup au démarrage et moins après.

**J.T. :** Cela signifie que nos premiers résultats, dans tous nos programmes méthadone, seront surévalués ; nous aurons trop donné pour les obtenir et nous ne serons pas capables de donner autant au long cours...

**A.C. :** Je pense aussi que nous avons obtenu des résultats excellents à la clinique Liberté, mais qu'on n'obtiendra pas ces résultats par la suite et encore moins avec l'extension de la méthadone en ville... C'est inévitable. Il a fallu que nous y croyions, que nous

fassions partager cette croyance aux toxicomanes, c'était très important...

**S.H. :** Nous avons ouvert un an après vous, et cette vague d'usagers qui sont arrivés pour la substitution étaient des usagers conscients de leur statut politique, porteurs d'un discours sur eux-mêmes et sur la substitution. Ceux qui gravitaient autour ont très vite été pris dans ce discours que l'on a forgé avec eux depuis deux ou trois ans. Je sens cela comme quelque chose de très fragile.

« Il n'est absolument pas rare de voir des toxicomanes qui modifient d'eux-mêmes leur pratique sans qu'on ne leur demande rien... »

D' Philippe Otmesguine,  
médecin généraliste  
(Paris)

**A.M. :** Je reviens sur le shoot, parce que c'est un point central. L'injection est quand même le vecteur du VIH. J'ai passé beaucoup de temps à interroger mes toxicomanes, qui étaient très bien stabilisés et qui continuaient à s'injecter, sur la signification de cette injection de buprénorphine qu'ils n'arrivaient pas à arrêter. Toutes les prises de buprénorphine se faisaient par injection... La buprénorphine est un médicament qui a des effets agonistes et des effets antagonistes ; et la prise de buprénorphine est une concession que nous fait le patient dépendant aux opiacés par rapport à l'effet agoniste. Il dit : « Moi je rentre un peu sur votre terrain et j'abandonne l'effet agoniste. » Il accepte de ne plus être en manque. Il vient sur notre terrain, la non-défonce, la clarté de l'esprit. On lui donne en échange l'absence de souffrance, l'absence de manque. Et j'ai eu l'impression que l'injection était un moyen de récupérer une partie du terrain concédé... Ce qui est intéressant, c'est que tant que cette situation de contrôle de

l'injection est maintenue, je ne me sens pas, moi, la possibilité d'intervenir, puisqu'il y a une stabilisation des choses. Nous n'intervenons que lorsqu'il y a perte de contrôle de l'injection, et cela arrive avec la buprénorphine.

**Qu'entendez-vous par perte de contrôle ?**

**A.M. :** Au lieu de s'administrer deux ou trois injections quotidiennes de doses à peu près contrôlées de buprénorphine, certains patients s'injectent des quantités de plus en plus importantes à une fréquence de plus en plus rapprochée. On peut arriver à des cas de patients qui s'injecteront trois boîtes de buprénorphine avec des injections toutes les heures. Là, on est en perte de contrôle. A ce moment-là, on fait passer les patients à un médicament agoniste oral pur (comme le Moscontin®) et du jour au lendemain ils arrêtent toute injection. Mais cela ne veut pas dire qu'ils ne vont pas les reprendre.

**J.T. :** Cette expérience réelle, décrite dans le livre de Jean Carpentier, révèle une insuffisance technique vis-à-vis du produit. Les doses sont trop faibles et sont données plusieurs fois par jour. C'est cette faiblesse qui pousse probablement les gens à s'injecter, parce que s'injecter c'est quand même obtenir un effet plus rapide, « du producteur au consommateur » en quelque sorte...

Il ne faudrait pas en conclure que c'est ce que doit être le traitement par la buprénorphine. Ce traitement-là doit être donné en une dose, une forte dose, en moyenne 6 mg, mais il ne faut pas hésiter à donner plus, pour éviter au maximum le risque de manque léger, d'insuffisance d'effet qui est à l'origine de la recherche d'un effet supplémentaire.

**A.M. :** Moi je n'utilise pas six comprimés ; j'utilise de temps en temps des doses assez fortes. J'ai des patients, des vieux toxicomanes, qui me demandent du Moscontin®, donc des agonistes, et à qui je refuse ce médicament parce que je veux les maintenir sur la buprénorphine dont je pense qu'elle est adaptée à leur cas. Et j'en ai deux au moins qui m'ont dit : « Docteur,

la buprénorphine ça me change.» Ils ont eu cette impression que parce qu'ils faisaient des concessions sur mon terrain, ça les changeait. Les médicaments sont relativement différents, ils ont des indications qui méritent d'être précisées. Nous sommes tous à la recherche d'études qui précisent les indications de tous ces médicaments utilisés chez les toxicomanes : produits opiacés ou par-opiacés, benzodiazépines, antidépresseurs ; tous ces médicaments sont actuellement utilisés de façon un petit peu empirique et un peu anarchique. Il faut que la dépendance aux opiacés soit reconnue de la même façon que l'alcoolisme est reconnu comme une pathologie.

**D.T.** : Je n'ai pas du tout le même point de vue sur l'état de défoncé. On peut donner des médicaments, on peut faire un tas de choses : c'est un mode de vie. J'ai vu des gens qui n'avaient rien pris et qui étaient défoncés, avec lesquels on avait beaucoup de mal à communiquer. C'est quelque chose qu'on connaît bien, qu'on a décrit. Entre les deux extrêmes, ceux qui sont défoncés sans produit et ceux qui ont besoin d'un produit pour fonctionner normalement, il y a toute une gamme de situations. Les produits qu'on va utiliser, contrairement à ce qu'on pense, ne guérissent pas l'état de défoncé, ils fournissent un état de défoncé tout à fait différent.

« Si un patient toxicomane vient nous voir c'est qu'effectivement l'injection le gêne ; sinon il ne vient pas... »

D' Didier Touzeau, psychiatre, clinique Liberté (Bagneux)

Autre question : si un patient toxicomane vient nous voir c'est qu'effectivement l'injection le gêne, sinon il ne vient pas. Le meilleur produit c'est quand même l'hé-

roïne, et ce n'est pas nous qui le distribuons. Il ne faut pas se mettre en concurrence avec le meilleur produit et le meilleur fournisseur. On est perdant de toute façon. Le médecin là-dedans est une toute petite partie du problème, tout à fait accessoire. Mais ce moment accessoire, si on l'entoure d'un certain nombre de personnes qui aident le médecin à prescrire, alors là les choses changent complètement, parce que le patient maîtrise sa vie, peut arrêter les injections et en parler avec différents intervenants qui ne sont pas forcément le prescripteur du produit. Ça, c'est ce que je vois au quotidien ; on parvient à construire des prises en charge avec tout ce soutien psychosocial, qui aide le toxicomane à arrêter de s'injecter.

**J.T.** : Ça, c'est certain. Certains toxicomanes s'en sortent avec une prise en charge purement psychologique, d'autres purement psychosociale, et d'autres purement médicale. Je ne vous connaissais pas, mais je connaissais vos courants de pensée. C'est assez fantastique, cette diversité d'expériences, et la part de vérité de chacun. Je resterais volontiers pour ma part dans mon rôle de médecin, d'autres seraient plus psychothérapeutes, d'autres plus sociologues, et d'autres plus somaticiens. Mais l'important est qu'on ne s'ignore pas et que chacun dans sa spécialité acquière un peu des connaissances de l'autre...

**B.L.** : Il est difficile de connaître la proportion des patients qui shootent le Temgésic® ou le Moscontin®. Ceux qui sont très opposés à la substitution disent 90 %, de même que les usagers organisés dans les groupes d'autosupport qui sont tout à fait favorables à la prescription de produits injectables... Je voudrais raconter une histoire : il s'agit de quelqu'un que j'ai rencontré dans le cadre d'une consultation hospitalière mais qui m'était envoyé par l'association Espoir Goutte-d'Or. Un type très sympathique ; il vient d'une famille de voleurs professionnels et lui est un voleur raté. Il avait tout échoué, il avait 40 ans, quatorze ans passés en prison, et il n'était jamais resté dehors plus de six mois... J'ai

commencé à lui prescrire du Moscontin® ; ensuite je l'ai suivi (à Parmentier). Les choses se passaient plutôt bien, ses histoires d'hébergement se réglaient plus ou moins, il était en train de commencer à trouver du boulot ; il était très déprimé mais il tenait le choc. On comptait les mois où il restait dehors... Et puis finalement, avec des hésitations, on lui a proposé de rentrer dans notre programme méthadone. On a été plusieurs à le porter à bout de bras à un moment où on sentait qu'il avait envie de tenir mais que c'était terriblement fragile. Et il me dit : « *Quel soulagement d'être sous méthadone, j'en pouvais plus.* » De quoi ? « *Le Moscontin® ; je shootais pas tout, mais j'en shootais une bonne partie, c'était l'enfer, il m'en manquait toujours...* » Vraiment, s'il y en avait un dont je pensais qu'il ne se shootait pas, c'était lui... Parce que je le trouvais plutôt stable et déprimé, que je ne l'ai jamais vu raide défoncé. D'ailleurs il ne shootait pas tout, il en shootait la moitié, et c'est pour ça qu'il a tenu... S'il avait tout shooté, ça n'aurait pas tenu. Il avait 200 mg de Moscontin® par jour, il en shootait 100 mg... Je crois donc que ces histoires de produit sont compliquées.

**Malika Tagounit** : C'est sûr que par moments il y a un grand mensonge. Les médecins vont prescrire une substitution pour éviter à la personne de se retrouver en manque, pour l'aider à vivre mais, beaucoup, en demandant une surenchère au niveau des dosages ne cherchent qu'à être défoncés... On a plus de cinquante personnes sous méthadone, dont une trentaine environ qui viennent tous les jours ou tous les deux jours, ou deux fois par semaine chercher du Moscontin®. Et parmi eux, les trois quarts facilement shootent le Moscontin®. On parlait du shoot du Temgésic® qui ne procure pas de flash mais offre quand même une certaine euphorie. Le shoot du Moscontin® c'est un grand flash. Quand la personne sait que le produit est shootable, même si c'est dangereux, elle va essayer. Donc, on essaye de la dissuader sans pour autant la punir en la

privant de son Moscontin®. On l'avertit plutôt des risques qu'elle court (on l'invite à essayer de bien répartir les prises dans la journée). Mais les trois quarts continuent...

« On a plus de cinquante personnes sous méthadone (...). Beaucoup viennent aussi chercher du Moscontin®... et les trois quarts le shootent. »

Malika Tagounit, Espace Parmentier (Paris)

Un de nos patients qui se disait « *soulagé d'être sous méthadone* », ne pouvait plus quitter son foyer en sachant qu'il avait un comprimé de Moscontin® qui restait... Il revenait se faire son shoot de Moscontin®. Tandis qu'avec la méthadone il lui arrive, notamment le samedi et le dimanche, de la prendre un peu plus tard, de partir puis de l'oublier et de se dire : « *Tiens, j'ai pas pris ma métha aujourd'hui, il faut que je rentre.* » Cette précision est de taille. Donc, nos patients sont dans la surenchère parce qu'ils cherchent à être défoncés même si c'est très peu. Même si c'est infime. Parmi ceux qui sont sous méthadone, on a environ 42 % de personnes séropositives. Parmi elles, beaucoup de femmes très marginalisées, toxicos, prostituées. Plusieurs d'entre elles, depuis qu'elles sont à la méthadone – certaines étaient fumeuses et injecteuses de crack –, sont dans une forme merveilleuse, stabilisées au niveau du traitement... Elles font des stages, elles sont à l'heure, elles ne ratent aucune journée parce qu'elles ont un réflexe : « *si je rate une journée, on m'enlève une journée de mon salaire...* »

Donner une substitution à quelqu'un qui est marginalisé, cela va l'aider, ça va lui apporter un confort. Mais ce ne sera pas l'idéal dans la mesure où l'héroïne illicite fait partie d'un système de survie. Ce n'est pas uni-

▲ quement le fait de prendre un produit opiacé illicite. C'est graviter dans un milieu où l'on trouve son produit, son argent ; c'est comme ça qu'ils mangent, qu'ils parviennent à trouver un lieu où dormir, c'est comme ça aussi qu'ils ont un réseau relationnel...

On a évoqué l'AMM de la méthadone, ça va libérer effectivement quelques places dans les centres mais pas suffisamment pour pouvoir offrir la méthadone à des gens qui pour l'instant seraient désireux d'entrer dans un programme... Il y a un bruit qui circule parmi les toxicos, c'est que le 31 mars, il suffira d'aller chez le médecin généraliste pour avoir la méthadone. Pour eux, ce sera aussi simple que ça...

Tout à l'heure, on faisait allusion à ce qu'était le bas seuil. Le produit dans ces cas-là est véritablement un accessoire. Mais pour les filles qui se prostituent, il vaut mieux avaler 40 mg de méthadone et ne pas être en manque, et être en mesure de refuser le premier client, surtout quand il refuse de mettre un préservatif. C'est déjà pour elles, en termes de santé publique, une sacrée prévention !

« Quand on ne propose rien aux toxicomanes hospitalisés, c'est catastrophique : soit ils s'en vont, soit ils font venir le dealer et s'injectent dans les toilettes. »

P<sup>r</sup> Jean Tignol,  
psychiatre, hôpital  
Charles-Perrens  
(Bordeaux)

**J. T. :** Chez nous au CHU de Bordeaux, l'équipe qui s'occupe du sida est plutôt opposée aux traitements de substitution. Les toxicomanes, on ne leur propose rien quand ils sont hospitalisés... C'est catastrophique parce que soit ils s'en vont, soit ils font venir le dealer dans le service et s'injectent dans les toilettes... Il y a quelquefois des types qui sont en sevrage dans les mêmes services.

C'est le foutoir intégral ! C'est catastrophique pour les patients d'abord, mais aussi pour le personnel de soins qui doit faire face à ces contradictions. S'il y a une chose qu'il faut peut-être pousser rapidement, c'est cette prorogation des prescriptions de produits de substitution ; et ça marcherait tout de suite...

**Marc Barry, quels sont les échos que vous avez dans les équipes qui s'occupent du VIH ?**

**M. B. :** Pour un infectiologue bien né, un toxicomane ça se shoote toujours, et avec une seringue. Donc, si on lui donne un produit, de toute façon on le retrouve shooté...

Il faut voir aussi qu'on est en bout de chaîne, c'est-à-dire que c'est nous qui récupérons les endocardites, les abcès, etc. J'entendais dire tout à l'heure : « Quel mal y a-t-il à s'injecter le Temgésic® ? » ; c'est une question de regard. Pour un service d'infectieux, l'injection c'est l'endocardite à tous les coups, un jour ou l'autre. Donc ça change absolument la façon de voir...

**Bertrand Lebeau, une de vos grandes revendications est que dans l'adoption d'un cadre légal des produits de substitution on puisse réfléchir à des galéniques, notamment une galénique du Temgésic® qui le rende non injectable.**

**B. L. :** Je ne voudrais pas avoir l'air d'un ayatollah de la substitution orale mais je crois qu'il faut essayer de lever un certain nombre d'hypocrisies. Si la substitution est un traitement, il faut que les galéniques soient soit purement orales, soit injectables. Je crois que l'entre-deux pose un énorme problème. Je n'ai pas envie que les gens meurent suite aux prescriptions que je fais.

**M. T. :** C'est beaucoup plus dangereux d'injecter le Moscontin® que l'héroïne.

**B. L. :** Il existe des programmes de substitution à l'héroïne sous forme de ce que les Anglais appellent des *reefers*, des cigarettes qui se fument. Il y a beaucoup de manières d'intromission dans le corps

des opiacés. Mais on ne peut pas se désintéresser de ce que les gens font des produits qu'on leur prescrit, de leur capacité à les gérer. Il vaut certainement mieux distribuer, à des gens qui sont incapables de gérer leur consommation, de l'héroïne au quotidien que de les laisser en tête-à-tête avec la totalité de la prescription que le médecin a délivrée...

**L'affaire de la salle d'injection de Montpellier, comme l'expérience de distribution d'héroïne en Suisse, nous ramène peut-être face au dernier tabou que les médecins ne peuvent tout de même pas accepter. Serge Hefez disait : « Je ne suis pas là pour fournir de la drogue aux drogués. »**

**D. T. :** Ce serait vraiment une curieuse façon de faire ! Quand quelqu'un s'adresse à des soignants, il vient pour être soigné. A nous de négocier le niveau d'exigence que l'on met pour l'aider. En dernier ressort, il faut qu'il sente que la personne est intéressée par son devenir. Ce n'est pas le produit ni le mode d'injection qui compte, c'est la façon de le faire...

**J. T. :** Le débat renvoie à des questions de gradation du niveau de soins, de gradation des moyens employés pour atteindre tel ou tel résultat. Là-dessus, on devrait obtenir un consensus relatif. Dans les traitements, il est assez facile de savoir quels sont les produits qui sont les meilleurs, les plus faciles et les plus difficiles à manier. Le meilleur c'est la buprénorphine *per os*, parce que c'est celui qui monte le moins haut, donc qui rappelle le moins des expériences de *shoot*. C'est le moins dangereux parce qu'il a un effet autolimitatif de l'effet morphinique par son effet antagoniste. C'est donc celui qui devrait être le premier libéralisé dans les circuits non spécialisés, à une dose de 2 à 8 mg. Eventuellement plus tard, pour être logique avec ce qu'on fait, il devrait être remplacé par une forme non injectable de la Naloxone® qui interdit vraiment l'injection. Cette forme sera au point dans deux ans : elle constituera le produit « idéal ».

Après il y a la méthadone. La méthadone est un très bon produit de substitution, mais elle reste dangereuse, en particulier en médecine de ville. Les overdoses de méthadone sont fréquentes, soit parmi les gens qui se sont arrêtés un moment et qui reprennent les mêmes doses parce qu'ils sont en prison ou ailleurs, soit dans les familles où les membres du foyer, notamment les enfants qui ne sont pas dépendants, sont susceptibles de faire de grosses overdoses... Donc il faut que la délivrance soit plus contrôlée que celle de la buprénorphine. Il reste que ce sont deux formes de traitement qui permettent aux gens de sortir vraiment des habitudes toxicomaniaques s'ils le peuvent.

« Si la substitution est un traitement, il faut que les galéniques soient soit purement orales, soit injectables. L'entre-deux pose un énorme problème. »

D<sup>r</sup> Bertrand Lebeau,  
médecin généraliste,  
Espace Parmentier  
(Paris)

Tous les autres produits opiacés (morphine, Moscontin®, Palfium®) sont susceptibles d'être injectés. Ils n'ont donc qu'un avantage relatif, en termes de substitution.

**Les traitements de substitution sont-ils encore pertinents avec les patients qui continuent à consommer du crack ou de l'héroïne ?**

**J. T. :** D'après les expériences américaines, le Temgésic® est meilleur que la méthadone pour éviter le recours à la cocaïne... ou pour les gens qui continuent d'en prendre.

**D. T. :** Il y a de toute façon un intérêt à mettre les gens sous méthadone, c'est qu'on les voit, et qu'on s'occupe d'eux...

**A. C. :** ...et que les descentes sont moins violentes.

**M. T. :** Actuellement, quelques-uns de nos patients vivent une « épidémie » de crack. En plus ils sont

en lune de miel parce que cela ne fait pas longtemps qu'ils en consomment et qu'ils se l'injectent... On est un centre de méthadone, donc normalement les gens ne doivent pas se shooter. Mais on se retrouve à soigner des gens qui ont des abcès suite à des injections de crack. C'est un gag. On n'a plus besoin des contrôles urinaires... Pendant qu'on soigne ses abcès à un patient, la relation s'engage et va très loin. Et puis, quand il y en a un qui se soigne, ça fait boule de neige avec les autres qui disent: «*Moi aussi, j'ai un abcès.*» Ça montre que le programme méthadone, ce n'est pas simplement le petit sirop que les gens avalent.

Concernant la consommation de crack avec la méthadone, je m'interroge: je crois que l'effet du crack n'est pas le même. Il y a une potentialisation de l'un et de l'autre. Certains patients m'ont dit qu'ils arrivaient même à piquer du nez suite à un shoot de crack, alors qu'ils avaient bu leur méthadone avant.

**A. C. :** Là, on se pose encore la question du moment de la trajectoire où l'on intervient. Mais c'est vrai que quand les gens sont en train de s'injecter leur crack ou leur cocaïne, il y a des moments où l'on se demande exactement où ils en sont et à quoi on sert...

**A. C. :** Pour finir, je voudrais quand même dire une chose qui

a été un peu évacuée du débat: c'est que la maintenance est interdite dans le protocole français (même s'il n'y a pas de durée limitée des programmes). Pour ma part, je ferai le maximum pour que tous les gens qui sont séropositifs dans notre programme bénéficient de la substitution aussi longtemps que nécessaire, c'est-à-dire peut-être jusqu'à la fin de leurs jours. Pour moi, ces gens-là sont en maintenance. Je ne le leur dis pas, parce que j'ai peur, sauf à certains qui me le demandent...

**P. O. :** La non-reconnaissance de la maintenance est, selon moi, liée à la non-reconnaissance depuis toujours du fait que la toxicomanie est une pathologie.

**A. C. :** J'avoue quand même qu'il y a une chose qui m'a toujours un peu déprimée chez les Américains, c'est qu'ils considèrent que les dépendants lourds aux opiacés le sont à vie.

**J. T. :** Bien sûr, ils sont assez réalistes! Et puis ils ont le parti pris de dire des vérités qu'ils ne contrôlent pas complètement. Moi, je ne dis pas ça, ni pour le lithium, ni pour rien. La vie c'est long, je ne dis jamais à un patient qu'il sera substitué à vie: je lui dis qu'il est au long cours...

En définitive, je prêche pour plus de science, parce que de la conscience on pense en avoir beaucoup. Mais de la science, on en manque énormément!

## P E T I T G U I D E D E S P R O D U I T S

### Sulfate de morphine (Moscontin®, Skénan®) :

Opiacé. Agoniste pur (stimule les récepteurs morphiniques du cerveau). Libération prolongée en prise orale (*per os*, comprimé à avaler). Sa galénique permet une libération progressive dans l'intestin. Délivrance et usage: prescrits sur carnet à souches. Placé au Tableau B (produits stupéfiants). Pas d'AMM spécifique dans l'indication soins aux toxicomanes. Dosage en substitution: entre 180 et 400 mg/jour. Danger en cas de détournement d'usage (injection): risque de surdose important car il s'agit d'un agoniste pur (comme la méthadone).

### Buprénorphine (Temgésic®) :

Opiacé de synthèse. Agoniste et antagoniste (il bloque les récepteurs morphiniques). Demie-vie de 8 à 12 heures (comme le sulfate de morphine). Sa pharmacodynamie permet deux à trois prises par jour, voire une prise unique si la dose est suffisante. Il est absorbé par voie sublinguale (il fond dans la bouche) et ne passe pas par l'intestin. Délivrance lente des récepteurs qui donne un

effet prolongé. Délivrance et usage: prescrit sur carnet à souches mais ne figure pas en liste II (produits stupéfiants) en raison de la faible accoutumance qu'il engendre. Un des très rares produits à être sur carnet à souches sans être un stupéfiant. Le plus souvent utilisé en substitution de première intention. Dosage en substitution: entre 2 mg (10 comprimés) et 8 mg (40 comprimés) par jour.

Danger en cas de détournement d'usage (injection): peu de risques de surdosage en cas de détournement de l'utilisation avec injection. L'accoutumance (nécessité d'augmenter les doses) est jugée faible (selon le Vidal), la dépendance (risque de syndrome de sevrage en cas d'arrêt de la consommation) est faible mais fonction de la dose. AMM: attendue prochainement dans l'indication soins aux toxicomanes avec un dosage de 0,4, de 2 et de 8 mg par tablette.

**Méthadone :** Opiacé de synthèse. Agoniste morphinique. Demie-vie: 24 heures. Donné sous

forme de sirop en une seule prise orale par jour. Métabolisme lent. Risques majeurs de surdoses (en cas de rajout d'autres opiacés ou d'accumulation de méthadone). Légèrement euphorisant mais sans pouvoir de défoncé. Supprime le syndrome de manque à l'héroïne, accoutumance faible, dépendance réelle.

Délivrance et usage: pour l'instant délivré en centre de soins spécialisés. Avec l'AMM, prévue pour le 31 mars 1995, il passera sur carnet à souches.

Dosage en substitution: entre 20 et 100 mg/jour. AMM: à partir du 31 mars, AMM avec délivrance en officine. Prescription initiale en centre de soins spécialisés et prorogation par des généralistes affiliés à des réseaux de soins aux toxicomanes.

Signalons également l'existence du **LAAM** (Levo Alpha Acetyl Methadol), «*méthadone retard*» qui sera probablement disponible en Europe dans un proche avenir. Il s'agit d'un agoniste de synthèse dont le principal intérêt est sa demie-vie très longue qui permet une administration en traitement de substitution tous les deux

ou trois jours (*per os*). En revanche, le LAAM ne peut être pris quotidiennement et ne permet pas l'absorption de drogues psychoactives ou d'alcool dans les heures suivant sa prise. Dosage: en moyenne, 80 à 100 mg par prise (voir le *Journal du sida* n° 62, mai 1994, p. 39).

Il s'agit là des principaux produits de substitution auxquels il est fait recours en France. Il faut en effet distinguer traitements de substitution et produits de substitution. Un produit de substitution est n'importe quel opiacé ou «*opiate-like*» qui peut remplacer, plus ou moins bien, l'héroïne, quand elle fait défaut au sujet dépendant.

Un traitement de substitution est l'utilisation d'un produit de substitution adéquat pour libérer le sujet de la dépendance à l'héroïne. Le traitement de substitution doit être médicalement contrôlé avec adjonction d'une prise en charge psychosociale si besoin. Les seuls produits de substitution utiles dans ce sens sont la méthadone et la buprénorphine *per os*. D'autres produits, disposant d'AMM hors indication toxicomanie, sont souvent

utilisés. C'est notamment le cas du **Néocodion®**, médicament en comprimés à base de codéine vendu sans ordonnance et qui permet de supprimer le manque. Il est utilisé en autosubstitution à hauteur de 2 à 10 boîtes par jour par les toxicomanes qui souffrent de syndrome de manque en cas de rupture d'accès au produit principal (héroïne). Le Néocodion® provoque, lorsqu'il est consommé à hautes doses, un état de défoncé, un risque de surdosage et une réelle toxicité (foie-pancréas). D'autres produits, notamment le **Palfium®** ou des benzodiazépines (**Rohypnol®**, **Tranxène®**) sont également utilisés mais ne sont généralement pas considérés comme des produits propres à assurer une stabilisation, dans le cadre d'une substitution. Les morphines retard sont en effet trop faciles à détourner (injection). Le Palfium® et le Rohypnol® ont par exemple un trop fort potentiel de dépendance. Il en va de même avec le Tranxène® à fortes doses. De la même manière, la morphine, si elle est injectée, ne constitue pas un traitement de substitution.