

# **Le flacon et l'ivresse**

Substitution ou plaisir

Le faux débat

# Une palette restreinte

- Seules 3 spécialités ont une AMM, méthadone, BHD et BHD naloxone.

Points communs:

- A) En concurrence avec l'héroïne et la morphine elles auraient été unanimement placées en queue de liste par les bénéficiaires si on avait eu l'idée incongrue de les consulter pour établir un hit parade du meilleur TSO.
- B) Ces trois spécialités possèdent un intérêt politique majeur. Aux yeux du législateur et surtout du public elles peuvent passer pour des médicaments de l'addiction aux opiacés à la différence de l'héroïne ou de la morphine qui passent pour ce qu'elles sont, des drogues données aux drogués

# Sulfates de morphine: quel intérêt

- La morphine est un agoniste pur (comme la méthadone)

Autre langage pour « défonce » « sensation opiacée » « ivresse »

- La morphine y compris par voie orale provoque une euphorie particulière très appréciée de certains usagers: les soi-disant « morphinomanes », une sous espèce de toxicos qui perdure depuis la fin du XIXe siècle.

# Sulfates de morphines: la mauvaise réputation

- Ces qualités de « défonce » qui les font rechercher par les usagers sont justement celles qui les desservent auprès des autorités sanitaires.

Ex: Rapport Montastruc (sept 2004) sur l'opportunité d'intégrer la morphine dans la palette des MSO.

Dans sa définition de bon t.s.o., le Pr Montastruc excluait délibérément toute molécule susceptible de provoquer de « l'euphorie au quotidien »

# La substitution « vraie » un faux-ami

- Dans le même ordre d'idée le Pr Auriacombe avait établi une distinction entre « substitution vraie » et « substitution thérapeutique »
- La substitution « vraie » ou maintenance étant assimilée à la maintenance avec de hautes posologies et des agonistes purs était sensée être moins efficace que la substitution « thérapeutique » à base d'agonistes partiels et de baisse par paliers.

# L'euphorie au quotidien

- Le malentendu de départ est donc centré sur cette fameuse euphorie qui a systématiquement été bannie de toutes les argumentations pour obtenir une AMM .
- En 1993, la méthadone était censée justement ne pas provoquer d'euphorie , puis en 1996 la BHD, et bien sûr la BHD naloxone conçue comme un prototype de médicament anti-shoot, donc anti-défoncé
- En pratique tout le monde convient aujourd'hui que toutes ces molécules sont intégrées à l'espace thérapeutique justement parce que malgré les intentions de départ des autorités, les usagers réussissent à y trouver leur compte d'euphorie quitte à jongler avec les modalités de prise

# SDM: le cache sexe du dossier injection

- Une réserve: aujourd'hui, la spécialités de SdM la plus prescrite est le Skénan<sup>®</sup>. Gélule remplie de microbilles que l'on peut facilement écraser pour les injecter sous forme de poudre.
- L'absence de substitution injectable sur le marché crée les conditions de ce recours systématique au «Sken», y compris de la part d'usagers qui seraient sans doute plus attirés par le diacétylmorphine.

# conclusion

- Une AMM reconnu au sulfate de morphine (*per os*) aurait au moins l'avantage de faire converger pour une fois le choix des addictologues avec celui des usagers. En clair cette spécialité permettrait de remettre la question de la place occupée par l'ivresse opiacée dans la réussite ou l'échec d'un traitement, place centrale et toujours taboue.
- Second avantage : en l'absence d'héroïne injectable médicalisée (comme dans de nombreux pays) permettre de faire bouger le dossier « injectable » en abordant de front l'hypocrisie générée par la prescription de « Sken », hypocrisie partagée par les usagers et les prescripteurs.