

**NANTES UNIVERSITE**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année : 2023

N° :

**T H E S E**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

**Violaine BESSY**

---

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 2023

---

**VECU ET ATTENTES DES USAGERS D'OPIOIDES SOUS SULFATE DE MORPHINE  
PRIS EN CHARGE DANS UN CSAPA**

---

Présidente du jury : Madame la Professeure Marie GRALL-BRONNEC

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Yves PANICI

# Remerciements

Au Professeur Marie GRALL-BRONNEC, merci de me faire l'honneur de présider ce jury et d'apporter votre regard d'addictologue sur mon travail. Veuillez recevoir ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

Au Docteur Jean-Yves PANICI, merci d'avoir dirigé ce travail de thèse. Merci pour ta disponibilité et pour nos échanges tout au long de ce travail.

Aux membres du jury, Professeure Maud JOURDAIN et Docteur Rosalie ROUSSEAU, merci de votre relecture et d'apporter un regard en tant que médecins généralistes sur mon travail. Merci également de votre investissement au sein du DMG. Les formations à la communication et aux thèses qualitatives m'ont beaucoup aidé dans la réalisation de ce travail.

Merci à tous les professionnels de la Rose des Vents de Saint-Nazaire, infirmiers, médecins, psychologues, accueillant(e)s, travailleurs sociaux. Merci de m'avoir fait découvrir lors de mon stage SASPAS vos missions au sein du CSAPA et du CAARUD.

A tous les participants de cette étude, je vous remercie de votre temps et de votre confiance au cours des entretiens. Merci d'avoir accepté de partager votre expérience, sans quoi je n'aurais pu réaliser ce travail.

À mes parents, merci pour vos encouragements et votre soutien au cours de toutes ces années d'études. Merci pour tout le temps et l'amour que vous donnez pour notre belle famille.

À Marc, Thomas, Jean-Guy et Pierrick, mes quatre brothers adorés et à mes belles-sœurs ! A Tomy, Juanita et SimSim, merci d'être là !

À mes grands-parents au Ciel.

À tous mes cousins et cousines, mes oncles et tantes, merci pour tous les bons moments passés ensemble !

À Marie ma cousine chérie.

À mes bestas, Isa, Manon, Maï, Poupoune et Mathou. Merci pour tout <3

À François, Pierre, Arthur, Paul et Joseph qui rendez mes copines si heureuses !

Au G5, Barb, Elise, Sarah et Julie. Merci pour nos GEP à nous, à parler des heures et des heures... de médecine évidemment :) Et A Isma, GuiGui, Oliv et Hugo !!

À la team des Sables avec qui on a tant rigolé !

À Clém Lejoubioux, merci pour toutes nos discussions et navigations !

À Zbegueloute, Ysouille et Jeanne avec qui nous avons tant rigolé !

À Anand, merci pour toutes nos discussions autour d'un petit thé !

À Philippe et Izabelle et à toute l'équipe CVX, merci pour tous nos partages.

À Anne-Maude et aux copains d'Erasmus avec qui j'ai tant découvert !

Aux copains du lycée et aux casaniers avec qui nous avons tant rigolé ! A Adé, Clém, Camille, Soso, Jeannot, Vianney, Nico, Cyssou, Hugues, Alexis, Constance, Barth, Pedro et Suzie.

À la bande des Rennais, vous êtes juste géniaux !

À Jean-do et à Sylvie, aux GP et à toute la famille! Merci pour tous les bons moments passés à Locqui ou à Arnage et pour tous ceux à venir !

À Tristan, mon amour. Merci pour ton soutien sans faille et pour tes précieuses relectures ! Je me réjouis de tout ce qui nous reste à vivre que ce soit en Bretagne ou à la montagne ! Je t'aime.

# Liste des abréviations

AERLI : Accompagnement et Éducation aux Risques Liés à l'Injection

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CEIP : Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSST : Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

DGS : Direction Générale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IPA : Interpretative Phenomenological Analysis (analyse phénoménologique interprétative)

IV : Intraveineuse

MSO : Médicament de Substitution aux Opioïdes

OEDT : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OPPIDUM : Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse

PO : Per Os

RDRD : Réduction Des Risques et des Dommages

SCMR : Salle de Consommation à Moindre Risque

SdM : Sulfate de Morphine

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

TSO : Traitement de Substitution aux Opioïdes

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# Table des matières

<b>Remerciements.....</b>	<b>2</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>4</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>8</b>
I. Prérequis sur les opioïdes.....	10
A) Mécanisme d'action des opioïdes.....	10
B) Définition et épidémiologie du trouble de l'usage aux opioïdes.....	11
II. La prise en charge du trouble de l'usage aux opioïdes.....	11
A) Les traitements de substitution aux opioïdes.....	11
B) La réduction des risques et des dommages.....	14
C) Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	15
III. Place du sulfate de morphine dans la prise en charge des patients présentant un trouble de l'usage aux opioïdes.....	16
A) Pharmacologie du sulfate de morphine.....	16
B) Données d'addictovigilance concernant l'utilisation du sulfate de morphine.	19
C) Le cadre de prescription du sulfate de morphine comme médicament de substitution aux opioïdes.....	20
IV. Justification de l'étude.....	21
V. Objectifs de l'étude.....	22
<b>MÉTHODE.....</b>	<b>23</b>
I. Type d'étude : choix de la méthode qualitative.....	23
II. Population et échantillonnage.....	23
A) Description de la population.....	23
B) Le recrutement.....	23
III. Recueil des données.....	24
A) Déroulement des entretiens.....	24
B) Guide d'entretien.....	25
C) Formation personnelle.....	25
IV. Analyse des données.....	25
V. Cadre éthique.....	26

<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>27</b>
I. Présentation de la population étudiée.....	27
A) Inclusion.....	27
B) Caractéristiques socio-démographiques.....	27
C) Informations concernant le protocole.....	28
II. Démarche de demande de soin dans un protocole.....	31
A) Histoire addictive.....	31
1. Souffrance psychologique.....	31
2. Rencontre avec le sulfate de morphine.....	32
3. Des tentatives « d'auto-substitution ».....	33
B) Instabilité et insécurité mènent à la demande d'une prise en charge.....	34
1. Difficultés d'accès au sulfate de morphine.....	34
2. Être éprouvé par l'état de manque.....	35
III. Vécu de la prise en charge dans un protocole de soin.....	36
A) Vécu lié au cadre thérapeutique.....	36
B) Vécu de la relation de soin.....	38
1. Une relation fragilisée dès l'origine.....	38
2. Attentes exprimées par les usagers.....	40
IV. Le sulfate de morphine comme traitement et support du plaisir.....	41
A) Rapport au sulfate de morphine comme traitement.....	41
1. Réguler les consommations.....	41
2. La gestion du manque.....	43
3. Tolérance du traitement.....	44
B) Le sulfate de morphine comme support du plaisir.....	45
1. La recherche d'une substitution injectable.....	45
2. La recherche d'effet.....	46
V. Changement de statut et maintien dans le trouble de l'usage.....	49
A) Maintien dans le trouble de l'usage.....	49
1. Sentiment d'aliénation.....	49
2. Injection et comportements à risque.....	51
3. Comorbidités psychiatriques et barrières psychologiques.....	52
4. Co-dépendance et transfert du trouble de l'usage à l'arrêt du SdM.....	53
B) Vers un changement de statut : de la recherche du produit à la recherche de stabilité.....	54
1. Accès à une sécurité financière et une réinsertion sociale.....	54
2. Fin à l'errance thérapeutique, au nomadisme médical et au trafic.....	56
3. Évolution dans le parcours de substitution.....	57

<b>DISCUSSION.....</b>	<b>61</b>
I. Forces et faiblesses.....	61
A) Les forces de l'étude.....	61
B) Les faiblesses de l'étude.....	61
II. Littérature existante sur le sujet.....	63
III. Principaux résultats.....	64
A) Schéma explicatif.....	64
B) Démarche de demande de soin et représentations autour du sulfate de morphine.....	66
C) Les enjeux du cadre thérapeutique et de la relation de soin.....	67
1. Vécu du cadre thérapeutique.....	67
2. Le risque de « dépendance institutionnelle ».....	68
3. Vécu et attentes des usagers concernant la relation de soin.....	69
D) Bien-être social et santé mentale.....	70
E) Le sulfate de morphine comme traitement.....	71
1. Impact sur les consommations.....	71
2. Le « mésusage thérapeutique » : une transition vers le soin ?.....	72
F) Problématique liée à l'injection.....	73
1. Une problématique autonome au sein du TUO.....	73
2. La RDRD au centre de la prise en charge.....	74
3. Les limites de l'injection.....	75
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>77</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>78</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>83</b>
Annexe 1 : Critères diagnostiques du TUO selon la classification DSM-5.....	84
Annexe 2 : Circulaire Girard.....	85
Annexe 3 : Modalités de prise en charge dans le « protocole Skenan ».....	87
Annexe 4 : Formulaire de consentement.....	90
Annexe 5 : Questionnaire d'ordre socio-démographiques et informations concernant le protocole et les consommations.....	91
Annexe 6 : Guide d'entretien.....	92

# INTRODUCTION

De nos jours, sur le plan législatif, le sulfate de morphine (SdM) n'a pas en France d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en tant que médicament de substitution aux opioïdes (MSO). Selon son autorisation de mise sur le marché, le SdM doit être prescrit à visée antalgique en particulier pour les douleurs rebelles d'origine cancéreuse (1).

Pourtant, le SdM reste une option pharmacologique destinée aux personnes qui souffrent d'un trouble de l'usage aux opioïdes (TUO) sévère et réfractaire aux médicaments de substitution « classiques » que sont la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD). En effet, le niveau de remboursement du sulfate de morphine en tant que MSO malgré son absence d'AMM était estimé à 1,7% en 2017, soit environ 3000 personnes parmi les 180 000 recevant un MSO (2).

Concernant les données de la littérature, une revue Cochrane en 2011 concluait en l'absence de preuves suffisantes pour démontrer l'efficacité du SdM comme MSO en raison du faible nombre d'études (3). Une nouvelle revue de la littérature en 2019, méta analyse prenant en compte des études plus récentes, montrait la non-infériorité du SdM en comparaison à la méthadone concernant le taux de rétention en traitement<sup>1</sup> et l'usage d'opioïdes concomitant (4). Depuis, une étude réalisée en Autriche a montré un meilleur taux de rétention en traitement avec le SdM en comparaison aux autres MSO (5). La revue de la littérature de 2019 s'appuyait sur des études qui ont montré une diminution du craving pour l'héroïne, un taux de satisfaction plus élevé et un stress mental plus faible avec le SdM en comparaison avec la méthadone. Selon ces études, la tolérance était comparable entre les deux traitements (6–8).

---

1 Taux de rétention en traitement : critère d'évaluation thérapeutique dans les études cliniques permettant de comparer deux MSO, il correspond au pourcentage de patients ayant poursuivi le traitement au cours d'une période donnée.

L'absence de cadre récent et de recommandations concernant l'utilisation du SdM comme MSO est à l'origine d'une disparité importante des pratiques entre les médecins et les différentes régions de France rendant le SdM plus ou moins accessible pour la substitution (9).

Afin de cadrer la prescription de SdM, certains centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ont établis un protocole de dispensation du SdM, le « Protocole Skenan ». Ce protocole est appliqué notamment dans le CSAPA « La rose des Vents » à Saint Nazaire (44) et dans le CSAPA « Charonne » à Paris (75).

Peu de patients reçoivent actuellement ce traitement (une douzaine seulement sont inclus dans le protocole à Saint Nazaire) et aucune étude n'a été réalisée afin d'explorer le vécu, l'expérience et les attentes des usagers depuis leur inclusion dans ce protocole.

La question qui se posait était donc : comment l'introduction des usagers dans ce protocole de dispensation du sulfate de morphine au sein du CSAPA de Saint Nazaire a modifié leur vécu et quelles sont leurs attentes ?

## I. Prérequis sur les opioïdes

### A) Mécanisme d'action des opioïdes

Par opioïde nous entendrons toute substance exogène qu'elle soit naturelle (morphine, codéine), semi-synthétique (héroïne, buprénorphine) ou synthétique (fentanyl, méthadone), qui se fixe à certains récepteurs opioïdes spécifiques et qui produit un effet semblable à celui de la morphine (10).

Les opioïdes ont des propriétés analgésiques et addictives dues à la stimulation de récepteurs dans le système nerveux central, *mu* ( $\mu$ ), *kappa* ( $\kappa$ ) et *delta* ( $\delta$ ), normalement activés par les endomorphines. Ils stimulent également la voie dopaminergique mésolimbique indirectement, en diminuant le contrôle négatif par les neurones GABAergiques au niveau du noyau accumbens (système limbique) favorisant ainsi le renforcement positif (11,12).

Les opioïdes stimulent les récepteurs ( $\mu, \kappa$  et  $\delta$ ) et peuvent interagir avec les trois types de manière différente. On peut les classer de la manière suivante (13) :

- Agoniste complet : stimule les 3 sous-types de récepteurs (morphine) ;
- Agoniste partiel : effet moins important que pour l'agoniste complet ;
- Agoniste-Antagoniste : agoniste pour un sous-type de récepteur et antagoniste pour un autre (par exemple la buprénorphine : agoniste des récepteurs *mu* et antagoniste des récepteurs *kappa*) ;
- Antagoniste complet : antagonise les effets sur tous les sous-types de récepteurs (la naloxone pour la voie intraveineuse ou la naltrexone pour la voie orale).

## B) Définition et épidémiologie du trouble de l'usage aux opioïdes

Le diagnostic de trouble de l'usage aux opioïdes (TUO), selon la Haute Autorité de Santé (HAS), se fait par l'identification d'un ensemble de comportements pathologiques dans lequel le patient continue à utiliser une substance malgré des conséquences (personnelles, familiales, socio-professionnelles) considérables liées à son utilisation répétée et compulsive (14). Des critères diagnostiques spécifiques du TUO sont décrits dans la classification DSM-5, issue de l'association américaine de psychiatrie (Annexe 1).

Le trouble de l'usage aux opioïdes (TUO) et en particulier celui de l'héroïne, a des conséquences sanitaires et sociales majeures. Les opioïdes sont responsables chaque année de nombreux décès à la fois prématurés et évitables chez l'adulte. La mortalité est à la fois liée aux surdoses, mais aussi de façon indirecte aux infections virales (VHB, VHC, VIH), aux suicides et aux violences (15).

En 2020, l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) estime que les opioïdes sont impliqués en Europe dans trois quart des surdoses mortelles, soit 4500 personnes en 2020 (7). En France, selon l'étude DRAMES de 2020, on compte 567 décès liés à l'abus de substances psychoactives toutes confondues, l'héroïne restant la première drogue illicite responsable de ces décès (17).

## II. La prise en charge du trouble de l'usage aux opioïdes

### A) Les traitements de substitution aux opioïdes

Les traitements de substitutions aux opioïdes (TSO) impliquent au sens large la prise en charge pluridisciplinaire des usagers : médicale, psychologique et sociale (18).

Les médicaments de substitution aux opioïdes (MSO) font partie intégrante des TSO. Ils contribuent à favoriser l'accès aux soins des usagers, à diminuer morbidité, mortalité et dommages sociaux, ce qui en font un des fondements de la politique de réduction des risques et des dommages (18).

Depuis 1995, en France, deux médicaments possèdent une AMM pour la substitution aux opioïdes: la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD), sous le nom de subutex ou associée à la naltrexone, sous le nom de suboxone.

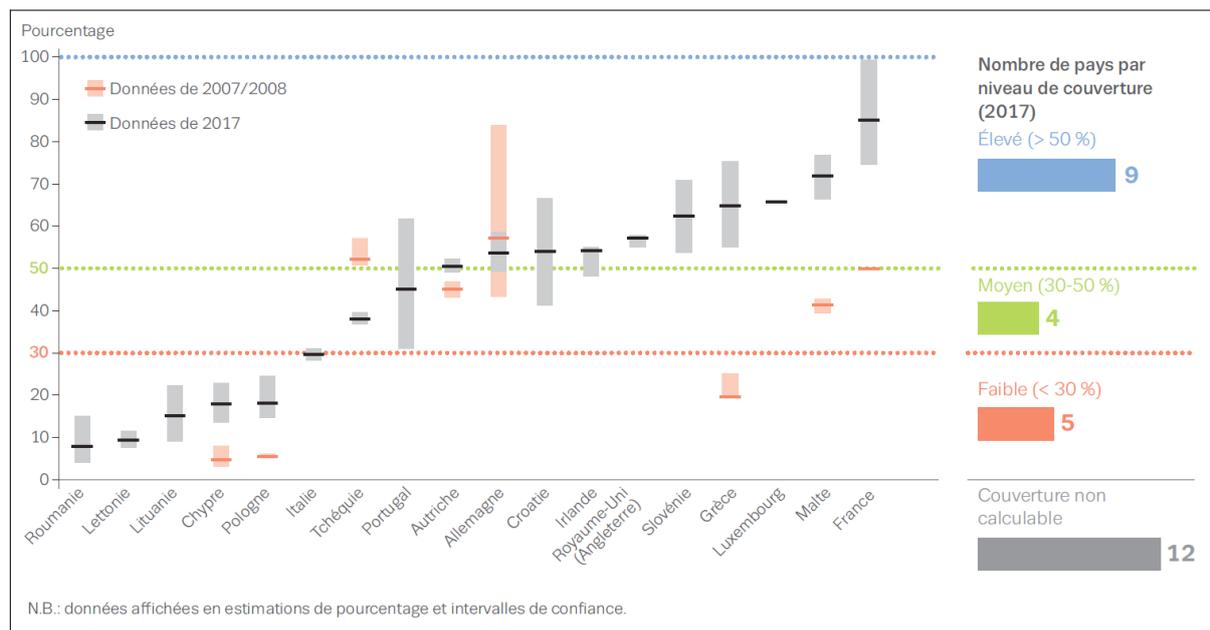
En France, la prescription en ville de BHD représentait 62 % des ventes de MSO et la méthadone 38 % en 2019 (2). Ces chiffres ne prennent pas en compte la prescription de MSO dans les structures spécialisées en addictologie (CSAPA, CAARUD, à l'hôpital). Selon l'enquête OPPIDUM (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation) de 2021, parmi les patients recevant un MSO dans ces structures spécialisées, 70 % avaient reçu de la méthadone (chiffre stable depuis 2015) et 26 % de la buprénorphine (en décroissance depuis 2015), 3 % de la buprénorphine/naloxone et 0.9% étaient sous un « autre médicament », dont faisait parti le SdM (19).

En 2018, le nombre global de bénéficiaires d'une délivrance de MSO (en ville, en CSAPA, dans les structures hospitalières et en prison) approchait les 180 000, soit environ 85 % des usagers d'opioïdes (hors prescription d'opioïdes antalgiques), ce qui faisait de la France le premier pays prescripteur d'Europe (figure 1).

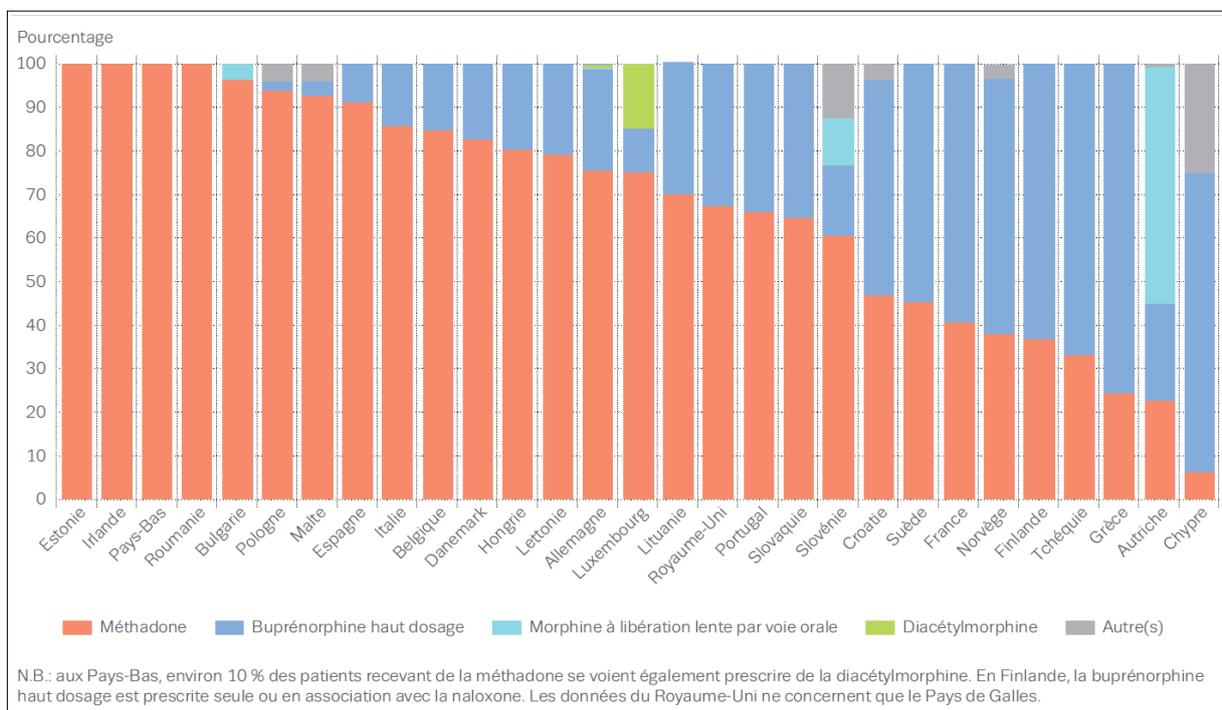
Au niveau Européen, contrairement à la France, la majorité des patients qui recevaient un MSO en 2019 étaient sous méthadone (63 % des patients recevaient de la méthadone et 34 % de la BHD). Par ailleurs, le SdM possède une AMM en tant que MSO en Autriche, en Allemagne, en Slovaquie, en Slovénie, en Bulgarie et au Luxembourg (16,20,21). Mise à part le cas de l'Autriche, la proportion d'usagers qui recevaient le SdM comme MSO en 2019 restait faible (figure 2).

En dehors de l'Europe, d'autres pays comme le Canada ou la Suisse ont publié récemment des recommandations concernant les modalités de prescription du SdM en tant que MSO (22).

**Figure 1 :** Couverture du traitement de substitution aux opioïdes en 2007-2008 et 2017-2019 en Europe (estimation du pourcentage d'utilisateurs problématiques d'opioïdes suivant un traitement de substitution), selon European Drug Report 2019: Trends and Developments (23).



**Figure 2 :** Proportion d'utilisateurs recevant différents types de médicaments de substitution aux opioïdes sur prescription dans les pays européens, selon European Drug Report 2019: Trends and Developments (23).



## B) La réduction des risques et des dommages

Le terme de réduction des risques et des dommages (RDRD) désigne de manière générale l'ensemble des lois, des programmes et des pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique de la consommation de substances psychoactives par les personnes qui ne souhaitent pas, ou ne peuvent pas cesser de consommer (9). La réduction des risques et des dommages se situe au cœur de la prise en charge du TUD.

D'un point de vue sociologique, la RDRD opère un changement de paradigme fondamental qui rompt avec l'idéal d'éradication des drogues et propose plutôt d'apprendre à « vivre avec les drogues » tout en promouvant la notion de mesure à la place de l'abstinence (24). Elle prend en compte la trajectoire de l'utilisateur de drogues et ses conditions d'existence pour répondre à ses besoins (20). L'utilisateur est alors considéré comme un individu responsable et autonome, capable d'adopter des comportements de prévention si on lui donne accès à des outils lui permettant de limiter les risques liés à la consommation de drogues (25,26).

Concernant l'usage des opioïdes, les principales actions de réduction des risques aujourd'hui sont les suivantes :

- Diffusion de messages de prévention ;
- Interventions pédagogiques comme l'accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection (AERLI) ;
- Mise à disposition de matériel stérile : kits et matériel à l'unité (seringues, garrots, filtres, lingettes désinfectantes, tampons secs, eau injectable, cupule, acide citrique/ascorbique), jetons pour automates, collecteur de matériel usagé, etc. ;
- Mise à disposition de la naloxone pour tout usager d'opioïdes ;
- Mise à disposition de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour le dépistage du VIH et des hépatites (VHB/VHC) ;
- Expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR) ;
- Associations de réduction des risques, médiation sociale ;

Les actions de réduction des risques peuvent se dérouler dans différents milieux :

- Secteur hospitalier et libéral dans son ensemble ;
- Centres médico-sociaux (CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et CAARUD : centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) ;
- Équipes mobiles/de rue (maraudes sociales) ;
- Interventions en milieu festif ;
- Interventions en milieu carcéral.

### C) Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Depuis 2007, les CSAPA ont progressivement remplacé les anciens centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST).

Leurs missions sont définies à l'article L. 3411-6 du Code de la santé publique du 26 janvier 2016 : « Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent obligatoirement des missions d'accompagnement médico-psycho-social, de soins, de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective » (22). Cet article rend donc désormais obligatoire la mission de prévention et de RDRD dans les CSAPA.

### III. Place du sulfate de morphine dans la prise en charge des patients présentant un trouble de l'usage aux opioïdes

#### A) Pharmacologie du sulfate de morphine

##### Produits disponibles en France

La morphine est toujours commercialisée sous forme de sels, ce qui permet d'améliorer son absorption et sa biodisponibilité. Il existe principalement deux types de sels de morphine : le sulfate de morphine et le chlorhydrate de morphine.

Les produits commercialisés en France à base de sulfate de morphine sont les suivants :

- Par voie orale à libération immédiate : Actiskenan® (sous forme de comprimé orodispersible à 1, 2.5, 5, 10, 20, 30 mg ou sous forme de gélule à 5, 10, 20, 30 mg ), Sevedrol® (sous forme de comprimé pelliculé à 10 et 20 mg) et Oramorph® (solution buvable en gouttes) ;
- Par voie orale à libération prolongée : Skenan® (sous forme de gélules micro-encapsulées à 10, 30, 60, 100 et 200 mg) et Moscontin® (sous forme de comprimés dosés à 10, 30, 60, 100 et 200 mg).

A noter : Le sulfate de morphine est commercialisé en Allemagne comme MSO (sous le nom de Substitol®) sous forme de gélules contenant des microgranules de tailles différentes à libération prolongée (LP) sur 24 heures, permettant ainsi une seule prise journalière.

##### Indication

Selon son AMM, la morphine est indiquée dans les douleurs persistantes intenses ou rebelles aux autres analgésiques, en particulier dans les douleurs d'origine cancéreuse (1).

### Pharmacodynamie

Elle possède une action analgésique dose-dépendante, c'est à dire qu'une augmentation de la dose s'accompagne toujours d'une augmentation de l'effet analgésique.

Les principales autres actions de la morphine sont les suivantes :

- Action psychodysleptique selon les doses et le terrain : excitation et/ou sédation, euphorie ou dysphorie, confusion voire hallucinations (12) ;
- Action dépressive des centres bulbaires (diminution dose-dépendante de la réponse aux stimuli hypoxémiques et hypercapniques, entraînant par conséquent un risque de dépression respiratoire) à l'origine de son action antitussive ;
- Action sur le centre du vomissement avec stimulation ou dépression en fonction de la dose ;
- Stimulation du noyau parasympathique du nerf moteur oculaire commun (responsable du myosis) ;
- Effet cardiovasculaire (bradycardie et hypotension orthostatique) ;
- Action sur les muscles lisses (provoque un spasme des sphincters pylorique, valvule iléo-cæcale, sphincter anal, sphincter d'Oddi, sphincter vésical), ayant pour conséquence constipation ou rétention aiguë d'urines.

### Pharmacocinétique

La morphine dispose d'une bonne résorption après administration par voie orale, mais subit un effet de premier passage hépatique important lui conférant au final une biodisponibilité estimée entre 30 et 50 %.

Son métabolisme est hépatique, son élimination principalement rénale.

La demi-vie plasmatique de la morphine à libération immédiate est variable (entre 2 à 6 heures), la morphine à libération prolongée (LP) possède des concentrations plasmatiques stables sur 12 heures, les concentrations sériques maximales étant obtenues en 4 heures.

### Phénomène d'accoutumance et de dépendance

En cas d'utilisation prolongée et répétée de morphine, il existe une tolérance au médicament et un besoin d'augmenter progressivement les doses pour maintenir l'analgésie. C'est le phénomène d'accoutumance, ou d'assuétude.

L'utilisation d'analgésiques opioïdes peut être associée au développement d'une dépendance ou d'une tolérance physique et/ou psychologique. Plus l'utilisation du médicament est longue et les doses sont élevées, plus ce risque augmente. Il existe alors un syndrome de sevrage avec des manifestations physiques et psychiques à l'arrêt des consommations.

Les symptômes physiques de sevrage sont : douleurs musculaires et osseuses, diarrhées, nausées, vomissements, anorexie, larmoiements, bâillements, écoulement nasal, troubles du sommeil, courbatures, tremblements, sudation, tachycardie, hypertension et mydriase.

Les symptômes psychiques sont : humeur dysphorique, anxiété et irritabilité.

Dans le cadre d'un sevrage chez une personne présentant un TUO, un état de manque ou de « craving » (envie irrépressible de consommer) est présent.

Les symptômes de sevrage se manifestent dans les 6 à 24 heures suivant la dernière prise, atteignent leur paroxysme dans les 2 à 3 jours et se dissipent largement en 5 à 10 jours. Néanmoins, l'état de manque, les insomnies et la dysphorie peuvent persister pendant des semaines ou même des mois.

### Règles de prescription et de dispensation

La morphine est un médicament stupéfiant, sa prescription doit être rédigée de manière manuscrite ou informatique, sur une ordonnance sécurisée (papier blanc filigrané, double carré en bas à droite). Le prescripteur doit préciser en toutes lettres sur l'ordonnance le nombre d'unités thérapeutiques par prise, le nombre de prises, le dosage. Il doit indiquer dans le cadre en bas le nombre total de spécialités prescrites.

La durée maximale de prescription du SdM est de 28 jours.

Un même prescripteur ne peut pas établir deux ordonnances de stupéfiants qui se chevauchent, sauf s'il appose une mention expresse sur sa prescription du type "Chevauchement autorisé » .

Le nom du pharmacien chargé de la délivrance doit être mentionné sur l'ordonnance.

## B) Données d'addictovigilance concernant l'utilisation du sulfate de morphine

Selon le rapport d'addictovigilance de la CEIP (Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance) de Montpellier, De 2017 à 2019, il y avait 509 notifications spontanées de mésusage, de pharmacodépendance ou d'abus de SdM. Elles concernaient surtout des hommes (75 %), avec un âge médian de 35 ans, la morphine était injectée dans 80 % des cas et la spécialité Skenan impliquée dans 81 % des cas (28,29).

Le programme OPPIDUM est un programme d'observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse mené auprès de patients dépendants abuseurs ou sous médicaments de substitution aux opiacés et pris en charge dans les structures spécialisées en addictologie. Celui-ci a montré entre 2014 et 2018 une augmentation de l'utilisation de Skenan. Les hommes étaient majoritaires (75 %), avec un âge médian de 34 ans, la morphine était injectée dans plus de 75 % des cas et il s'agissait de la spécialité Skenan dans 92 % des cas (19).

Selon l'enquête Ena-CAARUD de 2019 (Enquête nationale sur les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues), la prévalence des consommations des SdM (prescrits ou non) au cours du mois précédent était en hausse entre 2015 et 2019 (30).

Cette hausse des consommations chez les usagers pourrait s'expliquer par la constatation d'une moindre disponibilité et d'une moindre qualité de l'héroïne en Europe depuis 2011 (29). Elle pourrait également s'expliquer par la recherche par les usagers d'une substitution qui soit injectable, avec un effet pic plus marqué (9).

Il est donc constaté dans de nombreuses enquêtes que l'usage du sulfate de morphine détourné de son indication est en constante augmentation en France. La principale spécialité concernée est le Skenan et celui-ci est détourné par voie intraveineuse dans la plupart des cas.

### C) Le cadre de prescription du sulfate de morphine comme médicament de substitution aux opioïdes

A la fin des années 1980, au démarrage de la substitution et dans l'urgence de l'épidémie de sida, l'absence de MSO disponibles en France a conduit certains praticiens à prescrire de la morphine à libération prolongée hors AMM pour répondre à l'urgence sanitaire. Mais en 1996, une note de la DGS, la « circulaire Girard » régule les conditions de prescriptions. Elle oblige le relais du traitement par SdM dans un but substitutif, vers les médicaments désormais validés pour cette indication, la méthadone et la BHD (Annexe 2).

Cette circulaire précise également qu'à titre exceptionnel, après concertation entre le médecin traitant et le médecin conseil, la prescription du SdM en tant que MSO peut être poursuivie dans les situations suivantes :

- Contre-indication et/ou d'inadaptation des traitements à la Méthadone ou à la BHD aux besoins des patients ;
- Chez les femmes enceintes qui ne parviendraient pas à se sevrer totalement ;
- Chez les usagers qui sont en situation socialement stable et qui privilégient l'aspect agoniste des opiacés, pour lesquels la tentative de substitution par la Méthadone a échoué pour des raisons « sociales » ou « psychologiques » (réfutation de la méthadone en raison d'une représentation subjective négative) (21).

Cette circulaire précise donc dans quel contexte la prescription de SdM peut être poursuivie, mais ne donne aucune indication sur les primo-prescriptions. En 2014, l'Assurance Maladie avait conseillé aux médecins-conseil régionaux de se référer à l'avis de la Commission des stupéfiants du 29 avril 2009 pour les demandes ou les renouvellements d'utilisation de SdM dans un cadre de substitution :

- À titre exceptionnel (en cas notamment de contre-indications ou d'intolérance à la BHD ou la méthadone) ;
- Dans le cadre de la mise en place d'un protocole de soin (article L324 de la sécurité sociale ou ALD non exonérante) avec l'Assurance maladie, engageant le médecin traitant et le médecin conseil ;
- Après avis favorable d'un addictologue exerçant dans un service spécialisé (CSST, CSAPA ou service hospitalier).

En 2020, le comité « psychotropes, stupéfiants et addictions » de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) considère à la majorité que le SdM a toujours sa place dans l'arsenal thérapeutique de la prise en charge des usagers d'opioïdes, hors patients douloureux et après échec des autres thérapeutiques (22).

#### IV. Justification de l'étude

Afin de cadrer au mieux la prescription de SdM, certains CSAPA (à Saint Nazaire et Paris) ont établi un protocole de dispensation du SdM, le « Protocole Skenan ». Ce protocole est prescrit après concertation multidisciplinaire de l'équipe du CSAPA et du CAARUD, avec l'accord du médecin conseil de la CPAM. Pour y avoir accès, l'utilisateur doit obligatoirement bénéficier de droits sociaux et d'une couverture complémentaire. La dispensation du SdM est effectuée initialement quotidiennement par un infirmier diplômé d'état (IDE) directement au CSAPA. Par la suite, la fréquence des dispensations peut être réévaluée à l'appréciation de l'équipe médico-infirmier, mais elle aura lieu au moins une fois par semaine. Les modalités précises de prise en charge dans le « Protocole Skenan » sont disponibles en annexe (Annexe 3).

Ce protocole de dispensation du SdM est indiqué en deuxième intention pour des patients présentant un trouble de l'usage sévère aux opioïdes, ne pouvant entrer dans un protocole classique de MSO. Les indications sont les suivantes :

- Échec préalable avec les MSO classiques, notamment en raison de la recherche d'un effet pic/opiacé plus marqué ;
- Consommation de SdM au marché noir ou par nomadisme médical, avec le recours à un MSO classique non envisageable dans l'immédiat ;
- Traitement par SdM en cabinet de ville, insuffisamment stabilisé et requérant un accompagnement multidisciplinaire et plus encadré.

Les objectifs attendus du protocole sont les suivants :

- Permettre à certains patients en échec avec les MSO habituels un accompagnement intégré et global, permettant une stabilisation de leur situation et une réduction des risques et des dommages ;
- Améliorer la qualité de vie, l'état de santé physique et psychique, réduire la centration sur les produits consommés ;
- Réduire les dommages liés aux pratiques à risque ;
- Réduire l'escalade des posologies et les risques d'overdose chez les patients déjà usagers de Skenan ;
- Favoriser l'accompagnement médico-psycho-social et la réinsertion ;
- Permettre d'envisager à terme une orientation vers un MSO classique.

## V. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'explorer l'expérience vécue des usagers inclus dans un protocole de délivrance du sulfate de morphine dans un CSAPA (le « Protocole Skenan » du CSAPA de Saint Nazaire) et de savoir quelles étaient leurs attentes concernant leur prise en charge.

# MÉTHODE

## I. Type d'étude : choix de la méthode qualitative

Une étude qualitative a été menée, il s'agissait de comprendre le vécu des participants, avec une approche par analyse phénoménologique interprétative (IPA). Cette méthode était la plus adaptée afin de répondre à la question de recherche. En effet, il s'agissait d'explorer l'expérience subjective des participants, le sens donné à cette expérience, ainsi que les mécanismes psychologiques sous-jacents (33,34). Il s'agissait d'une démarche inductive, c'est-à-dire d'exploration d'une problématique complexe, sans hypothèse préalable sur le sujet étudié, dont les résultats émergent spontanément pendant l'étude. Cette étude a été réalisée dans le respect des critères COREQ (35,36).

## II. Population et échantillonnage

### A) Description de la population

La population de l'étude est constituée de patients usagers ou anciens usagers de sulfate de morphine (SdM) à libération prolongée qui sont inclus ou ont été inclus dans un protocole de délivrance du traitement dans un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) à Saint-Nazaire (44).

### B) Le recrutement

Le recrutement s'est fait au sein du CSAPA La Rose des Vents à Saint-Nazaire (44). Les participants ont été contactés une première fois par téléphone, ou par l'intermédiaire des médecins addictologues exerçant dans la structure afin d'obtenir leur accord oral. Le rendez-vous était fixé directement avec l'utilisateur ou par l'intermédiaire de leur médecin addictologue. L'entretien se déroulait à la suite d'un rendez-vous infirmier ou médical au sein du CSAPA.

Les critères d'inclusion à l'étude correspondaient aux usagers de SdM inclus dans le protocole Skenan ou les anciens usagers de SdM qui sont sortis du protocole Skenan. Les usagers inclus devaient avoir accepté de participer à l'étude et être en capacité de donner leur consentement.

Le seul critère d'exclusion était le refus de participation à l'étude et/ou à l'enregistrement des entretiens.

### III. Recueil des données

#### A) Déroulement des entretiens

Des entretiens individuels et semi-dirigés ont été réalisés en face-à-face au CSAPA de Saint-Nazaire. Ceux-ci ont été réalisés dans les salles de consultation de deux psychologues qui étaient équipées de fauteuils, ce qui permettait d'éviter le cadre trop formel d'un cabinet de consultation médical. Seul un des entretiens a été réalisé par téléphone. La durée des entretiens n'était pas fixée au préalable, ils prenaient fin sur demande du patient ou lorsque tous les éléments du guide d'entretien avaient été évoqués.

Chaque entretien était introduit par une brève présentation personnelle et de mon étude. Le participant signait ensuite un formulaire de consentement (Annexe 4), lu et explicité. Chaque entretien a été enregistré suite à l'accord du participant, puis retranscrit mot pour mot à l'écrit. Des notes de terrain manuscrites ont été prises au décours et suite à l'entretien, portant sur la communication verbale et non verbale, ainsi que sur les premières impressions ressenties. L'ensemble de ces notes ont été consignées dans le journal de bord tout au long de l'étude.

A la fin de chaque entretien, des questions d'ordre socio-démographique étaient posées afin de caractériser l'échantillon (Annexe 5). Les données ont par la suite été présentées dans des tableaux anonymisés (Tableaux 1-4 p28-30).

## B) Guide d'entretien

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien élaboré après des recherches bibliographiques sur la méthode et le sujet (Annexe 6). L'ordre des questions n'était pas fixe et des sujets imprévus ont pu émerger pendant l'entretien. Les questions ouvertes cherchaient à comprendre le ressenti et le sens donné par les participants à leur vécu. Le guide était évolutif au fur et à mesure des entretiens.

## C) Formation personnelle

Participation aux ateliers thèses proposés par la faculté de médecine de Nantes. Participation aux séminaires théoriques et pratiques sur les techniques de communication et d'écoute active, proposées par le Département de Médecine Générale. Lecture personnelle, en particulier d'ouvrages concernant la recherche qualitative en santé (37,38).

## IV. Analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit manuellement dans le logiciel LibreOffice de manière littérale (le verbatim), en rapportant également les éléments de communication non verbale. Les différentes étapes d'analyse ont été réalisées avec l'aide d'un médecin addictologue, permettant ainsi une triangulation des données.

Pour chaque entretien, trois grandes étapes d'analyse ont été effectuées. Premièrement, il s'agissait de faire un étiquetage expérientiel. Cette étape correspond à la transformation du verbatim en unité de sens (ou étiquette), faisant état de l'expérience du participant. Deuxièmement, les unités de sens ont été transformées en thèmes. Ceci correspond au fait de théoriser et conceptualiser les unités de sens en se posant la question « Quel phénomène cette étiquette caractérise-t-elle ? » Enfin, la dernière étape d'analyse a consisté au rapprochement

des différents thèmes en thèmes superordonnés, de façon indépendante pour chaque entretien. Cette organisation en thèmes superordonnés a été faite au mieux, en fonction du sens que les événements avaient pour les participants. Après l'analyse de plusieurs entretiens, les thèmes superordonnés ont été rapprochés au fur et à mesure selon leurs convergences et divergences.

Le nombre d'entretiens n'a pas été fixé a priori. Ils ont été conduits jusqu'à suffisance des données, c'est-à-dire quand l'analyse n'a plus permis de relever d'éléments nouveaux.

## V. Cadre éthique

Pour ce travail d'analyse il n'a pas été nécessaire de réaliser de déclaration auprès de la Commission nationale de l'information et des libertés (CNIL), ni de réaliser une analyse par un comité d'éthique. Seul le consentement oral et écrit des participants a été recueilli.

Les données obtenues ont été anonymisées, chaque participant étant désigné par un code non identifiable (Usager 1 à 10).

Le verbatim n'est pas inclus en annexe pour cause de confidentialité et de respect de l'anonymat des patients, il est cependant disponible sur demande.

# RÉSULTATS

## I. Présentation de la population étudiée

### A) Inclusion

Dix entretiens individuels ont été réalisés sur une période de sept mois, entre le 3 février 2022 et le 8 septembre 2022. La population était constituée de patients usagers d'opioïdes, qui étaient inclus ou qui ont été inclus dans le protocole Skenan. Un patient a refusé de participer à l'étude et un patient n'a pas pu être rencontré par impossibilité de convenir d'un rendez-vous. Il n'y a pas eu d'abandon à l'étude.

Les entretiens ont duré entre 22 minutes et 1 heure et 19 minutes. La durée moyenne des dix entretiens était de 53 minutes. Deux entretiens ont été écourtés plus rapidement que prévu par les participants pour des raisons personnelles. Ceux-ci ont été conservés dans l'analyse.

### B) Caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques des usagers ont été résumées dans les tableaux 1 et 2.

Dix usagers ont participé à l'étude, dont sept hommes et trois femmes, la moyenne d'âge était de 39 ans et 10 mois. Les participants étaient logés dans un appartement, une maison personnelle ou un logement social. Aucun d'entre eux n'était sans logement. Parmi les dix participants, deux d'entre eux avaient un travail régulier. Les autres bénéficiaient du RSA.

**Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des usagers U1 à U5**

Usager	U1	U2	U3	U4	U5
<b>Age</b>	39	44	43	34	39
<b>Sexe</b>	H	H	H	H	H
<b>Statut</b>	célibataire	célibataire	célibataire	célibataire	en couple
<b>Enfants</b>	non	non	1	non	non
<b>Lieu de vie</b>	appartement personnel	appartement personnel	appartement non personnel (personnel dans 1 an )	achat d'une maison depuis 2 ans	maison personnelle
<b>Activité professionnelle</b>	non	non (plus depuis deux ans)	non	mécanicien de métier, commissioning	électricien soudeur
<b>Ressources</b>	RSA, manche	RSA	RSA	revenu professionnel	revenu professionnel

**Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des usagers U6 à U10**

Usager	U6	U7	U8	U9	U10
<b>Age</b>	35	37	27	45	56
<b>Sexe</b>	F	H	F	H	F
<b>Statut</b>	en couple	en couple	en couple	célibataire	célibataire
<b>Enfants</b>	Non	3	1	1	2
<b>Lieu de vie</b>	appartement personnel	appartement social	appartement (depuis 7 ans avant à la rue)	Appartement personnel	appartement personnel
<b>Activité professionnelle</b>	non	non	non	non	ancienne secrétaire
<b>Ressources</b>	RSA	RSA	RSA	RSA	préretraite

### C) Informations concernant le protocole

Les données concernant les dates d'entrée et sortie du protocole, les posologies de SdM et les éventuels autres traitements ont été résumées dans les tableaux 3 et 4.

Les patients U6 et U7 étaient sortis récemment du protocole après six années d'inclusion. Ces deux patients étaient sous méthadone seule au moment des

entretiens. La méthadone avait déjà été instaurée avant l'arrêt du traitement par SdM. A noter que la posologie moyenne de sulfate de morphine était de 490 milligrammes par personne et par jour.

Tableau 3 : Informations concernant le protocole pour les usagers U1 à U5

Usager	U1	U2	U3	U4	U5
<b>Age entrée dans l'addiction</b>	14 ans (cannabis, puis OH, puis cocaïne, puis héroïne vers 18/20 ans)	33 ans ** (héroïne)	36 ans ** (héroïne)	14 ans	15 ans (tabac, cannabis, puis héroïne arrivé très vite)
<b>Skenan : années de consommation</b>	17 ans	8 ans	4 ans	12 ans	15 ans
<b>Année d'entrée dans le protocole Skenan</b>	2012	2021	2020	2017 à LRdV * (2015 à 2017 ailleurs)	2016
<b>Année de sortie du protocole</b>	-	-	-	-	-
<b>Posologie moyenne de Skenan / 24h</b>	700 mg	180 mg	600 mg (3*200)	600 mg	460 mg
<b>Voie d'administration</b>	IV	PO (surtout) et IV	PO (1/3) et IV (2/3)	PO (1/3) et IV(2/3)	IV surtout (une prise)
<b>Méthadone</b>	non	non	80 mg gélule, le soir	non	100 mg gélule, le matin
<b>Autres consommations</b>	OH (4 à 5 bières/j), cannabis	non	OH	cannabis. cocaïne très occasionnel	OH
<b>Autres traitements</b>	Paroxétine, Baclofène, Lexomil	Valium 30mg	Valium 40mg	avant prenait Seresta mais arrêt	-
<b>Douleurs chroniques</b>	non	non	oui	non	non
<b>ATCD OD***</b>	non	non	non	non	non

\* LRdV : CSAPA La Rose des Vents

\*\* Données manquantes concernant l'âge d'entrée dans l'addiction

\*\*\* ATCD OD : Antécédent d'overdose.

Tableau 4 : Informations concernant le protocole pour les usagers U6 à U10

Usager	U6	U7	U8	U9	U10
<b>Age entrée dans l'addiction</b>	25 ans (cocaïne et héroïne en même temps)	14 ans	18 ans	18 ans (cannabis, cocaïne, héroïne fumée puis injectée)	< 18 ans (cannabis puis cocaïne 30 ans puis héroïne)
<b>Skenan : années de consommation</b>	9 ans	> 6 ans	7 ans	12 ans	6 à 10ans
<b>Année d'entrée dans le protocole Skenan</b>	2013	2015	2018	2019	2020
<b>Année de sortie du protocole</b>	2019	2021	-	-	-
<b>Posologie moyenne de Skenan / 24h</b>	400 mg (et méthadone 40mg)	600 mg (et méthadone)	210 mg	500 mg (en 2 fois)	660 mg
<b>Voie d'administration</b>	IV	IV	IV (rarement PO)	PO et IV	PO
<b>Méthadone</b>	100 mg, gélule	140 mg	100 mg, gélule	40 mg	80 mg
<b>Autres consommations</b>	cocaïne occasionnel, OH occasionnel	OH ++	non	OH occasionnel	cocaïne occasionnel, OH sevré depuis 3 ans
<b>Autres traitements</b>	-	Dépakote	Miansérine 10 mg	Laroxyl et Rivotril	Noctamide Valium Seroplex
<b>Douleurs chroniques</b>	non	non	non	OUI	non
<b>ATCD OD*</b>	non	non	non	non	non

\* ATCD OD : Antécédent d'overdose.

## II. Démarche de demande de soin dans un protocole

### A) Histoire addictive

#### 1. Souffrance psychologique

Des évènements de vie douloureux, des traumatismes psychologiques étaient souvent responsables de la première prise de SdM ou participaient aux rechutes. Il pouvait s'agir d'une rupture amoureuse, du placement d'un enfant, du décès d'un proche. Le vécu négatif de ces évènements de vie était renforcé par la présence de troubles de l'humeur non équilibrés.

*U1 : « Ça faisait quatre ou cinq années que j'étais avec ma copine, je m'étais calmé, j'avais arrêté, j'avais plus que de la méthadone. Puis je me suis séparé de ma copine à cette époque là et j'ai re-craqué vu que j'allais pas bien. »*

*U9 (en parlant du SdM) : « Une fois séparé voilà j'ai eu du mal à m'en remettre quoi, c'est là que j'ai déprimé et puis je m'y suis mis quoi (silence). »*

*U8 : « Au moment du placement, ça a été la plongée. Je suis retombée d'abord dans l'héroïne, puis dans le Skenan. »*

Ces situations de détresse psychologique amenaient l'utilisateur à consommer en dépit des connaissances du risque encouru, le produit jouant alors le rôle d'une « béquille chimique ».

*U8 : « Je connaissais les produits, les effets et les catastrophes que ça faisait sur les gens, avant même de prendre quoi que ce soit. Je voyais déjà, je connaissais déjà les produits sans même y avoir touché à l'époque. Et il y a eu un moment où je suis partie complètement en vrille mentalement, physiquement et... J'ai commencé par le subutex. »*

## 2. Rencontre avec le sulfate de morphine

Pour la plupart des usagers, la première rencontre avec le SdM avait déjà eu lieu dans la rue, en dehors d'un contexte de soin. Celui-ci était proposé par d'autres consommateurs réguliers.

*U7 : « En fait c'est ici (à Saint Nazaire), c'est ici avec des gens qu'en prenaient déjà et qui en vendaient. Et du coup au squat, ils avaient du Skenan et j'en achetais, j'ai commencé comme ça. »*

L'effet physique ressenti était décrit comme une sensation agréable, le « flash », à l'origine de la recherche du produit. La dépendance était souvent immédiate.

*U6 : « Ça m'a fait délirer parce que ça fait quelque chose physiquement quand ça monte, ça pique. Ouais, c'est assez indescriptible. Et moi j'aime bien cette sensation, ça me monte dans le corps (mime la sensation du bas vers le haut du corps) et après... Ouais j'ai pas de mots ! (rires) »*

*U3 : « J'ai senti directement l'effet, ça m'a fait tellement du bien. Avant j'en prenais pas, mais à partir du moment où j'ai commencé à en prendre c'était fini, il fallait que j'en prenne à chaque fois. »*

*U2 : « Il y en a un qui m'a fait une injection de Skenan et puis bah j'ai plongé dedans et voilà quoi... Et ça a duré des années. »*

Souvent, les usagers exprimaient le fait que l'héroïne était devenue un produit difficile à se procurer, cher et dont la qualité s'était dégradée. Pour ces raisons, ils s'étaient tournés vers le SdM qui était désormais plus accessible et offrait plus de constance dans l'effet de par sa plus grande pureté.

*U9 : « Nous on allait en Hollande ou en Belgique chercher de l'héroïne, c'était pas cher à l'époque, c'était des meilleurs produits que maintenant. »*

*U1 : « C'est vrai que oui, c'est quand même plus propre que l'héroïne donc c'est pas le même effet, ça tient plus longtemps. Avec une gélule de Skenan je tiens 8h, donc avec trois gélules par jour je tiens nickel. Alors qu'avec l'héroïne c'est pas toujours stable, suivant la qualité des fois une heure après je peux déjà être en chien. Donc c'est me permettre d'être stable quoi. »*

### 3. Des tentatives « d'auto-substitution »

Parfois, le SdM était utilisé pour remplacer l'héroïne, celui-ci étant perçu comme un médicament pouvant être détourné de son utilisation à des fins « d'auto-substitution ». Certains usagers décrivaient même avoir fait le va-et-vient entre l'héroïne et le SdM en espérant se passer de l'un puis de l'autre, sans réel succès.

*U2 : « C'est un médicament à la base que j'ai pris et que j'ai détourné... Puisque c'est un médicament pour les gens en phase terminale. Donc du coup je l'ai détourné pour quelque part sortir de l'héroïne. [...] Vu que moi je m'étais déjà sevré moi même de l'héroïne, je m'étais dit je vais peut-être voilà me remettre dedans (l'héroïne), normalement, sans faire d'excès, quitter le Skenan et après me re-sevrer moi même avec l'héroïne puisque je sais comment faire quoi. Mais bon c'était pas possible parce qu'il y avait les deux en même temps, c'était compliqué. »*

*U8: « Plus tard j'ai switché sur l'héroïne, puis le Skenan, puis à nouveau sur l'héroïne parce que l'héroïne est moins forte que le Skenan. Pour pouvoir arrêter le Skenan c'était plus facile pour moi de prendre de l'héroïne! »*

Ces tentatives « d'auto-substitution » dans la rue étaient souvent vécues comme très contraignantes, source de trafic et d'une grande instabilité que nous détaillerons dans le chapitre suivant.

*U5 : « Avant que je rentre dans le protocole Skenan, j'avais quand même réussi à me réinsérer (professionnellement) bien comme il fallait, avec du Skenan que j'achetais dans la rue. Et même pendant un moment, il y avait un gars, je lui troquais contre de la coke! Du coup j'allais acheter de la coke alors que je ne prenais pas de coke, juste pour lui troquer pour avoir du Skenan quoi. Enfin c'était un peu contraignant avec le travail... »*

## B) Instabilité et insécurité mènent à la demande d'une prise en charge

### 1. Difficultés d'accès au sulfate de morphine

La demande d'une prise en charge dans un CSAPA était souvent motivée par la difficulté qu'avaient les usagers pour trouver des médecins libéraux qui accepteraient de prescrire du SdM à visée substitutive. Certains patients sous SdM, pris en charge par leur médecin traitant ont dû trouver une solution au moment du départ à la retraite de leur médecin. En effet les médecins récemment installés se montraient plus réticents pour prescrire du SdM dans cette indication.

*U5 : « À partir du moment où je suis passé une première fois en cure après j'ai suivi le chemin du CSAPA, parce qu'au final de toute façon les médecins ça commençait à être de plus en plus compliqué. »*

*U8 : « Quand mon médecin m'a dit qu'il allait partir en retraite, il m'a prévenu un an à l'avance et j'ai préféré venir ici pour faire le relai plutôt que de galérer à trouver un médecin généraliste qui allait me dire non. »*

*U9 : « Mon premier médecin est parti en retraite, puis l'autre médecin au début pas de soucis le premier mois, puis le deuxième mois elle était pas okay pour me donner de la morphine à fortes doses... Donc elle m'a envoyé vers la Rose des Vents. »*

D'autres patients se sont retrouvés en difficulté à cause d'un changement de région. En effet, le protocole pouvait être prescrit et validé par la CPAM dans un département et ne pas l'être dans un autre.

*U4 : « Vu que j'étais au Skenan chez un médecin à Toulouse et bien je suis venu ici parce que personne ne voulait me faire du Skenan ici en médecin. Donc j'étais obligé de venir à la Rose des Vents. »*

*U2 : « Le 31 avec le 44 ne fonctionnait pas alors j'ai dû tout recommencer à zéro, ça a été très compliqué et... ça a traîné presque deux ans sans rien avoir, j'achetais tout dans la rue quoi, alors que j'avais un protocole sur Toulouse, donc moi j'ai été en très grande difficulté... »*

Ces disparités d'accès au SdM entre les différentes villes, qu'il soit prescrit ou non, étaient souvent responsables d'une instabilité géographique et d'un nomadisme médical.

*U4 : « C'est sûr que c'est un peu compliqué ici, moi j'étais pas ici avant pour le Skenan, j'étais à Toulouse et avant Paris, c'était plus facile. [...] Puis c'est plus dur à trouver ici que dans le Sud. Par ici oui c'est compliqué, vu que peu de gens ont le protocole et bah ils le gardent quoi, ils ne le vendent pas. »*

*U5 : « Moi j'ai pas mal vadrouillé, j'étais à Nantes après j'étais à Montpellier, à Nice, Paris, enfin j'ai fait un peu le tour quoi. Et du coup à chaque fois faut un suivi quoi. Mais en règle générale j'étais quand même en médecine de ville. »*

## **2. Être éprouvé par l'état de manque**

Tous les usagers ont décrit des états de manque quasiment permanents les ayant conduits à demander une substitution par le Skenan. Certains d'entre eux avaient déménagé à Saint-Nazaire car ils avaient entendu parler du « protocole Skenan » par d'autres.

*U1 : « Un matin, je ne savais pas comment j'allais faire donc du coup j'ai pris mon sac à dos et je suis venu à Saint Nazaire. Moi c'est vraiment pour ça que je suis venu à la base. »*

*U6 : « Je me suis retrouvée vraiment sans rien et euh... j'ai fini par sauter le pas et aller à la Rose, mais euh vraiment je commençais à être malade hein. »*

Dans plusieurs situations, les raisons initiales d'une demande de prise en charge étaient financières : les usagers n'avaient plus le budget nécessaire pour subvenir à leurs consommations et pour gérer leur état de manque.

*U7 : « Je ne suis pas venu les premières fois en me disant « Je viens prendre un traitement, j'arrête. » Je viens prendre un traitement juste pour quand j'ai pas de came en fait. C'est euh... l'occasion de me sentir normal, de me sentir bien quoi. C'est pas le fait d'arrêter au début, c'était de plus payer de came et d'avoir la défonce tranquille, facile. »*

*U3 : « Pour ne pas me ruiner, je suis venu ici. »*

*U6 : « Financièrement c'était devenu chaud donc du coup j'ai demandé le protocole. [...] J'en prenais déjà du Skenan hein, j'en consommait déjà. C'est pas comme si j'arrivais et que j'en demandais. Non, j'en consommait, j'en achetais et c'est pour ça d'ailleurs que je venais, parce que ça devenait un gros budget. »*

### III. Vécu de la prise en charge dans un protocole de soin

#### A) Vécu lié au cadre thérapeutique

Plusieurs rendez-vous étaient nécessaires avant une potentielle inclusion dans le protocole Skenan. Ceci imposait un délai de prise en charge variable, de plusieurs semaines à plusieurs mois, qui était difficilement accepté par les patients. Ils étaient demandeurs d'une prise en charge rapide, principalement en raison de l'état de manque ressenti.

*U2 : « Fallait être aux rendez-vous euh... un rendez-vous tous les deux mois... et j'étais là mais euh... [...] Je suis arrivé ici dans des manques pas possibles et on m'a dit on peut rien pour vous quoi... »*

Certains patients avaient au départ le sentiment que leur demande et leur état de détresse n'avait pas été entendu et qu'ils n'étaient pas dignes de confiance. Ce délai imposé avait amené certains patients à renoncer à leur demande de prise en charge et à se tourner de nouveau vers le marché de rue ou la médecine de ville.

*U2 : « Et je dis : « Mais je fais quoi moi pendant six mois? Je fais quoi moi? Je continue à acheter dans la rue ? » Je leur ai tout exposé. [...] Je m'étais un peu fermé parce que je voyais que c'était comme si on ne voulait pas me le donner [...] Donc à partir de là je me suis fait une raison, c'était pas là que je trouverai de l'aide. Donc je me suis un peu fermé d'ici et puis j'ai cherché à l'extérieur quoi. »*

*U5 : « Oh bah ça a été compliqué, c'était long, ça a été très compliqué, c'était très long. Ah ouais pendant un moment limite ouais je commençais à lâcher quoi. »*

*U6 : « C'était déjà un grand pas pour moi d'admettre que j'avais un problème... [...] Donc là en deux semaines j'ai largement le temps de retomber dedans et de ne pas revenir avant un moment. »*

Une autre difficulté ressentie par les usagers qui travaillaient était celle de se dégager du temps sur leurs horaires de travail, il leur était difficile de se rendre disponibles sur les heures d'ouverture du CSAPA.

*U4 : « Au début il fallait que je vienne chercher mon traitement tous les jours pendant un mois, puis après c'était tous les deux jours, puis toutes les semaines, pour qu'ils voient que je le prenne... Après je comprends, c'est normal. C'est vrai que se démerder avec le boulot c'était un peu dur. »*

*U5 : « En gros ouais ça a été hyper long et contraignant. Ouais très contraignant, j'ai fait des rendez-vous toutes les semaines, avec le travail c'était un peu compliqué... ».*

Avec le temps, le fait de se rendre chaque semaine au CSAPA pour chercher son traitement devenait une vraie contrainte pour certains.

*U1 : « Euh oui forcément le fait qu'il y ait que 7 jours de délivrance, c'est contraignant des fois, on peut pas partir en vacances plus de 7 jours... »*

Malgré toutes ces difficultés imposées par le cadre thérapeutique, les patients se sentaient sécurisés par ce cadre qui était imposé par le protocole.

*U1 : « Je suis tranquille quoi, ouais ça créé une sécurité. »*

*U5 : « Enfin moi ce que je vois c'est que ça m'a quand même genre aidé à... genre à me rassurer. »*

*U9 : « Non heureusement que c'est structuré. Sinon ce serait comme si c'était euh... bah de la drogue mais gratuitement quoi. »*

Certains patients reconnaissaient même avoir besoin de ce cadre contraignant pour évoluer dans la prise en charge, mais aussi pour leur éviter de surconsommer leur traitement, en particulier pour les patients qui injectaient le SdM.

*« V: Donc finalement le cadre est important pour vous ?*

*U5: Bah ouais. Même si c'est contraignant quoi, mais ouais c'est quand même important. Parce que bon dans les addictions c'est tellement facile de faire vraiment ce qu'on veut, comme on veut quoi...»*

*U9 : « En médecine de ville des fois mon médecin il me faisait pour un mois, la pharmacie me donnait le mois complet mais bon comme au début je m'injectais pas y'avait pas de soucis. J'en prenais pas plus. Mais là quand on s'injecte faut que ce soit bien structuré parce que sinon, si j'allais à la pharmacie pour me donner deux semaines, bah... à en avoir plein au début on ne fait pas attention et puis les jours passent et puis après et on se dit merde, il me manque deux ou trois jours ! »*

## B) Vécu de la relation de soin

### 1. Une relation fragilisée dès l'origine

La relation de soin était fragilisée par des expériences de stigmatisation vécues dans le passé. Cette stigmatisation avait eu pour conséquence une plus faible estime de soi, un sentiment de honte et de culpabilité et avait renforcé leur peur d'être jugé par le corps médical.

*U6 : « Ah bah oui de toute façon, méthadone égal toxico hein. [...] Franchement faut être honnête, vous parlez de méthadone, les gens ils pensent gros drogué de la mort qui tue, drogué égal sale euh... enfin... les gros clichés... Moi j'ai jamais été sale. »*

*U6 : « Chez certains médecins il y a vraiment ce rapport un peu de domination, qui est pas forcément sain chez tout le monde. Je crois qu'il y en a qui en profitent franchement. Parce que déjà en tant que patient, on est forcément comment dire, « à la merci de », on est obligé de faire confiance. »*

La relation de soin était fragilisée par des expériences vécues comme des sanctions au cours de leur prise en charge. Les patients se sentaient infantilisés. Le plus souvent, ces expériences négatives étaient le résultat de la confrontation au cadre thérapeutique qu'ils avaient du mal à respecter (rupture de soin, rendez-vous manqués).

*U6 : « Voyez par exemple là j'ai loupé un rendez-vous, je suis à 100 mg de méthadone, on m'a enlevé 40mg! Parce qu'ils ont considéré, parce que je ne suis pas venue, que c'était une rupture de protocole. Mais moi je le vis comme une punition, vraiment quoi. Heureusement que je peux me débrouiller, que j'ai réussi à prendre 100mg quand même. [...] Donc du coup on ne peut pas tout raconter. »*

*U10 : « Ça m'est arrivé il y a deux ou trois mois de rater mon rendez-vous, j'ai téléphoné et on m'a redonné un rendez-vous plus d'une semaine après. J'ai vraiment eu l'impression d'être punie quoi, c'était genre « Tu as raté ton rendez vous donc c'est tant pis pour toi. » Sauf qu'ils ne connaissent pas dans quel mal on se retrouve... »*

Certains sujets restaient alors tabous comme le fait de sur-consommer, ou au contraire le fait de diminuer progressivement le traitement sans en faire part au médecin, de faire des « réserves » par peur de manquer. Les patients n'osaient pas en parler par crainte d'être sanctionné.

*U6 : « On est extrêmement nombreux à en prendre en réalité un peu moins que ce qu'on nous prescrit, mais on n'ose pas le dire. Parce qu'en fait, on a peur que si on rechute, de pas avoir assez de traitement vous voyez ? Parce que c'est facile d'enlever, mais pour en redemander... non c'est plus difficile les changements. Donc en fait on aime tous avoir de l'avance. Et la peur de manquer, mais ça c'est un truc euh... je crois que quand on a connu le manque, on n'a vraiment pas envie de revivre ça. Et c'est délicat d'en parler, car on a peur du retour de flamme. Je pense que c'est un tabou là ce dont je parle. [...] C'est le seul truc dont on n'a pas parlé au médecin. »*

## 2. Attentes exprimées par les usagers

Pour certains patients, la relation de soin prenait une place très importante dans leur parcours de prise en charge. Ils mettaient en avant la qualité de la relation qu'ils avaient eu avec les professionnels du CSAPA, qu'ils soient médecins ou non. Les patients exprimaient surtout leur besoin d'écoute et de non jugement.

*U10 : « A la Rose ils sont à l'écoute, ça je pense que c'est le principal. Il faut vraiment être à l'écoute et ne pas être casé toute suite par les professionnels, sinon il faut changer de voie. [...] Ils ne sont pas dans la critique, ils sont là pour nous aider. On ne se sent pas rejeté, au contraire. »*

*U6 : « Le Dr. c'est un médecin que j'ai beaucoup aimé, il a été d'un grand soutien pour moi, il a pris du temps. »*

*U10: « Ce qui m'a le plus aidé, bah je pense que c'est le médicament lui même ! Et puis l'écoute évidemment, [...] et il n'y a pas que le médecin qui est important, il y a tout le personnel autour. »*

L'accueil bienveillant des travailleurs sociaux du CAARUD était pour certains patients le facteur permettant le début d'une prise en charge médicale. Ils s'étaient sentis écoutés, en confiance.

*U2 : « Avec un éducateur du CAARUD j'ai créé un lien, il m'a connu, il a vu ma détermination, mes volontés, tout ça. [...] Il est venu voir un des médecins pour certaines choses, pour passer à des étapes suivantes, pour faire accélérer les choses des fois. Et c'est comme ça que j'ai pu m'ouvrir en voyant qu'il y avait des possibilités et qu'on me soutenait. »*

Enfin, les patients avaient besoin d'être reconnus comme des personnes malades et non comme des « toxicos ». Ils exprimaient leur besoin d'être accompagnés par des professionnels spécialisés en addictologie, qui étaient plus à même de les soigner de par leur expérience.

*U10 : « Maintenant je pense qu'on est quand même malgré tout, même si c'est de notre faute au départ, on est quand même des malades. Même si c'est nous qui nous nous sommes mis dans cette mouise. On n'a pas qu'un*

*rhume quoi. [...] À la Rose ils ont choisi cette branche donc euh... Ils sont vraiment documentés, renseignés, ils sont là pour les dépendants. Ils sont vraiment formés pour ça, donc j'ai entièrement confiance. [...] Donc je pense qu'ils sont plus au courant, entre guillemets, euh... qu'un généraliste qui voilà va s'occuper des gripes et d'autres maladies. »*

Une fois reconnus comme malades et pris en charge par des médecins spécialisés, les patients se sentaient en confiance et, avec le temps, parvenaient à faire confiance en retour et ainsi à avancer dans leur parcours de soin.

*U7 : « Au début j'ai eu du mal avec lui, au début c'est mal passé tous les deux, je suis très compliqué moi, en fait moi je donne pas ma confiance comme ça moi. Et après on a appris à se connaître et aujourd'hui voilà il y a de la confiance quoi. »*

#### IV. Le sulfate de morphine comme traitement et support du plaisir

##### A) Rapport au sulfate de morphine comme traitement

###### 1. Réguler les consommations

Pour la plupart des usagers, l'inclusion dans le protocole de dispensation du SdM avait permis de mettre fin aux consommations d'héroïne. Pour beaucoup, le SdM était jugé comme plus efficace en comparaison avec la méthadone ou la BHD en ce qui concerne l'éviction des rechutes.

*U2 : « Je ne prends plus rien du tout comme drogue quoi. Là j'ai que mon traitement, uniquement, c'est tout. »*

*U3 : « C'est grâce au Skenan que j'ai arrêté l'héroïne. »*

*U4 : « Ils m'ont fait un protocole et depuis, bah c'est vrai que je ne suis jamais retourné vers la came. Je suis toujours resté au Skenan. »*

*U5 : « Le Subutex bah ça a tenu quelque temps, mais pas forcément très longtemps quoi. Et avec la méthadone je voulais enlever le Skenan sauf que ça a tenu quelques temps mais euh... ça a tenu un an et demi puis j'ai re-*

*craqué sur l'héroïne. [...] Enfin moi le Skenan je pense que c'est ça qui m'a aidé à tenir dans le temps et que j'ai pu me réinsérer. C'est ce qui fait que, je pense, ce coup là ça a tenu. »*

Pour la plupart des patients, le traitement par SdM avait également permis de diminuer les consommations d'autres produits (hors opioïdes), en particulier l'alcool et la cocaïne. Le SdM semblait combler un besoin de consommation plus global.

*U1 : « Je pense que ça m'a pas mal aidé quand même à diminuer les envies d'alcool, parce qu'avant je buvais le matin dès le réveil, alors que maintenant ça va. Bon je bois quand même tous les jours mais j'ai quand même diminué peut-être de moitié. »*

*U3 : « Ça m'a empêché de prendre de la drogue. Je ne prends plus de cocaïne, plus d'héroïne, je ne prends plus rien du tout, je prends que mon traitement et ça me suffit. »*

*U4: Depuis que j'ai le Skenan je consomme plus d'héroïne. Je fume du cannabis de temps en temps. Je consomme un peu de cocaïne, mais c'est vraiment à l'occasion. Ça fait un an et demi que j'en ai pas tapé... Non ça c'est vraiment à l'occasion, c'est plus mon délire. »*

*U6 : « En fait ça a régulé les autres consommations. Le fait d'avoir ça, ça rassure en fait. Ouais moi c'est vraiment ce que je retiens. Surtout qu'on consommait aussi beaucoup de coke, donc pendant un temps ça a permis de diminuer ça aussi. »*

## 2. La gestion du manque

D'après le discours des usagers, la dispensation du SdM de manière régulière dans le temps avait permis une meilleure gestion du manque. En effet, les patients avaient moins de craving sous SdM, ce qui permettait d'éviter les rechutes.

*U5 : « Je suis devant la télé, ça me coupe le craving ouais. En gros ça m'empêche de craquer, genre d'aller chercher autre chose le soir quoi. »*

*U8 : « Rien que le fait que ce soit régulier ça m'évite des trop gros manques comme j'ai pu avoir par le passé pendant deux ou trois jours. »*

*U10 : « Ben ça me soulage, [...] ça enlève le manque quoi vraiment. »*

Des résultats contradictoires ont été observés chez certains patients qui présentaient une persistance voir une majoration du manque sous SdM. Ceci était souvent lié à une utilisation et/ou une gestion inappropriée du traitement. Il s'agissait essentiellement de situations de surconsommation, d'usage répété du SdM par voie intraveineuse avec peu de prises orales ou lors de situations d'échecs à l'injection.

*U3 : « Il y a des périodes de manque... Surtout quand je surconsomme. Au lieu d'en prendre trois j'en prend quatre et à la fin de la semaine ça me fait une journée en moins quoi. »*

*U9 : « J'injecte, mais des fois j'y arrive pas spécialement donc des fois c'est du gaspillage quoi. [...] Et puis le problème c'est qu'avec l'injection ça dure moins longtemps l'effet du Skenan. »*

*U8 : « Quand ça redescend je vais parfois pas être bien pendant trois ou quatre heures. Des fois au bout de deux heures je commence déjà à pas être très bien, avec de la transpiration, le ventre qui travaille et une irritabilité qui augmente au fur et à mesure. [...] Parce que si je le prend en PO certes ça va me durer plus longtemps mais je vais être en manque même après l'avoir pris... Donc je vais être moins en manque, mais sur plus longtemps. »*

*V : « D'accord, donc c'est tout les jours que vous avez les sensations de manque en fait ?*

*U8 : Moi oui, parce que j'attends que ça redescende un minimum avant de reprendre le reste de mon traitement sinon je n'ai pas assez de traitement. »*

Un des patients avait le sentiment que l'inclusion dans le protocole ne pouvait aider quiconque. Pour lui, la prescription du protocole Skenan avait été délétère dès son inclusion. En effet, elle avait été associée à une escalade des doses thérapeutiques, à une majoration des injections et donc du manque.

*U7 : « Ça enfonce plus qu'autre chose, ça n'aidera personne. »*

*« Il n'y a eu aucun avantage, il n'y a eu que de la merde. En fait, c'est là que j'en avais le plus, donc du coup j'ai eu beaucoup plus de syndrome de manque, j'étais beaucoup plus en chien, j'avais besoin de ça pour vivre, toutes les six heures je devais me piquer, c'était une grosse galère. En fait, ça m'a gâché une partie de ma vie. [...] Avant j'étais un peu accro et au final je suis tombé très bas avec le Skenan. Si j'avais pas eu mon bébé qui naissait, euh je serai encore plus bas... »*

### **3. Tolérance du traitement**

Les patients toléraient relativement bien le traitement. Pour un des patients, il y avait notamment moins de sudations, moins d'asthénie et moins de symptômes dépressifs en comparaison avec la méthadone.

*U4 : « La métha ça me mettait vraiment amorphe. J'étais là, je piquais du nez, [...] ça me faisait beaucoup d'effet, j'étais tout le temps en sueurs, tout le temps à dormir, dépressif, envie de rien... avec le Skenan non. »*

Des effets indésirables ont été rapportés par certains patients concernant le SdM ou les opioïdes de façon générale. Il s'agissait de troubles du sommeil avec la présence de cauchemars, une diminution de la libido et une majoration du stress et des troubles de l'humeur.

*U6 : « Je me suis rendue compte que c'était à cause du Skenan que je faisais beaucoup de cauchemars. »*

*U6 : « Par contre les opiacés en général, sur le couple euh... je pense que c'est bien d'aborder ce point parce que entre nous on s'en parle aussi... Mais*

*c'est les drogues en général aussi hein, euh... le sexe dans le couple euh... ben... y'a plus rien hein ! »*

*U8 : « Je suis beaucoup plus nerveuse depuis que je suis sous Skenan. C'est... Je crois que c'est pas le seul produit à faire ça hein il me semble. En tout cas c'est un truc que j'ai remarqué avec ce produit là, c'est ça. Ça ne change pas la personne en elle-même mais la personnalité... et la bonne humeur oui. »*

## **B) Le sulfate de morphine comme support du plaisir**

### **1. La recherche d'une substitution injectable**

Les patients restaient très dépendants au geste d'injection et recherchaient donc une substitution qui soit injectable. Ils avaient été pour la plupart en échec thérapeutique avec les MSO classiques en raison de leur non-injectabilité. Ils considéraient le SdM comme le médicament le « plus injectable » ou le « moins délétère à l'injection » après avoir vécu ou été témoins d'expériences négatives (avec le Subutex injecté notamment).

*U5 : « Après avec les autres traitements euh... C'est peut-être un peu dans le geste qu'il me manque quelque chose aussi quoi... pour le début. C'est peut-être un peu trop violent quoi, genre d'un coup arrêter les injections, enfin je sais pas quoi... C'est peut-être pour ça que les gens accrochent pas... »*

*U1 : « C'est mieux que le Sub, enfin je connais plein de gens qui étaient passés par le Sub à l'époque et puis qui injectaient du Sub, c'était une horreur quoi le Subutex à l'époque, les gens avaient des mains qui triplaient de volume en quelques années. »*

Avec le temps, certains patients se plaçaient dans un statut de « patient expert » dans l'injection. La plupart d'entre eux pensaient avoir les bonnes pratiques. Ils n'avaient pas eu de complications infectieuses locales. L'injection n'était pas un problème en soi et ils n'avaient pas de craintes vis-à-vis des complications liées à l'injection. Ils avaient participé à des ateliers de RDRD au sein du CAARUD.

V: *« Et au niveau de l'injection il n'y a pas eu de complications ? »*

U4: *« Non, je suis un vrai médecin, je ne m'infecte jamais. Et je fais venir mes colis depuis le CARRUD. C'est une seringue par trou, je fais pas trois fois avec la même seringue, j'ai la lingette d'alcool, le cicatryl. »*

U8 : *« J'ai vu tous les pires trucs qui étaient possibles de voir chez les autres, du simple abcès, à la personne qui a failli perdre sa jambe, à la nécrose euh... j'ai vu un peu de tout ça chez les autres donc ça ma permis de faire très attention dès le début. »*

U1 : *« Je pense que j'ai des bonnes pratiques aussi enfin... Pas des bonnes pratiques hein, c'est pas des bonnes pratiques, mais euh, la bonne façon de faire je dirais. »*

Certains patients dénonçaient quand même le risque de s'injecter un médicament à libération prolongée destiné à la voie orale, malgré la filtration du produit.

U7 : *« Moi ça m'a bousillé le Skenan, j'ai eu des pattes crevées parce qu'avec l'amidon, avec les poumons... Vous savez qu'il y a de l'amidon dedans ? Normalement à mon âge on devrait être allez à 95% de saturation quoi... Vous savez à combien je suis ? 85 %. Et en plus moi je faisais la double filtration! »*

## **2. La recherche d'effet**

Pour certains patients, les sensations physiques agréables étaient encore recherchées. Le plaisir physique ressenti était décrit comme une sensation de « picotement » à l'injection du SdM. Pour certains, le SdM apportait plus d'effet encore que l'héroïne.

U1 : *« Avec le Skenan il y a plus de sensations quoi, les sensations sont vraiment courtes mais c'est plus long quand même que l'héroïne par exemple. [...] L'héroïne c'est beaucoup moins fort. L'héroïne il n'y a pas de sensation de picotement, il n'y a pas de... enfin c'est du pipi de chat quoi. [...] Ça fait partie*

*des effets agréables du truc. C'est ce qu'on recherche quand même d'être oui, d'être dans un truc un peu cotonneux, enfin d'être bien quoi. »*

*V: « Qu'est-ce que ça vous fait l'injection du coup ?*

*U4: Bah le picotement hein... du Skenan. »*

*V: « Donc au départ, vous m'avez dit ce que vous attendiez du Skenan. Maintenant qu'en attendez-vous quand vous en consommez ? »*

*U6: Bah le plaisir. Ouais... »*

L'intensité et la rapidité de l'effet procurée par l'injection du SdM était souvent recherchée. Les patients recherchaient par exemple le soulagement rapide du manque, ou l'endormissement rapide :

*V: « Et quelle est l'importance de l'injection pour vous dans tout ça ?*

*U8: Moi c'est de ne pas être en manque et que ce soit suffisamment fort pour ne pas être en manque, c'est tout. »*

*U6: « Moi les opiacés ça me fait dormir assise dans le lit... »*

Pour certains patients, il n'était plus question de plaisir. Le principal effet recherché était le soulagement du manque.

*V: « Et donc le Skenan par rapport à l'héroïne qu'est-ce que ça vous apporte ?*

*U4: Bah je vais pas être défoncé. Et je vais être bien. »*

*U5 : « Je ne suis pas défoncé et ça m'apaise le soir quoi.*

*U8: « Bah moi ça permet juste de couper le manque, c'est tout, je cherche pas d'effet agréable, y'en a pas pour moi. »*

La plupart recherchaient également dans le traitement un apaisement psychique, parfois même un effet anxiolytique, hypnotique ou antidépresseur. Ces effets recherchés étaient indépendants du fait d'injecter. Le SdM leur permettait de contrôler des émotions négatives, de réprimer des pensées envahissantes, il jouait le rôle d'un régulateur thymique. Dans certains cas, l'effet antalgique était recherché.

*U6 : « Moi la drogue c'est surtout pour ne pas penser. C'est vraiment mon objectif principal, parce que je suis quelqu'un qui pense énormément, tout le temps, franchement c'est chiant. [...] Il y a le plaisir physique, ça c'est certain. Et le fait qu'après je me sens apaisée quoi. »*

*U6: « Mais franchement moi le Skenan ça a été quand même une béquille quand j'y pense. C'était vraiment comme un antidépresseur pour moi. »*

*U10 « Moi ça m'aide surtout à m'endormir parce que sinon je vais être angoissée, je vais pas réussir à m'endormir alors même que je prend un somnifère. »*

*U3 : « Là j'ai une grosse souffrance au dos, bah ça m'aide un petit peu. »*

Pour conclure, les patients avaient souvent bien conscience de leur mésusage, mais ceux-ci se considéraient également pleinement comme patients, sous traitement de substitution. Plus que le plaisir physique, les patients exprimaient surtout la recherche d'effets d'apaisement pouvant parfois s'apparenter à des effets thérapeutiques (antidépresseur, anxiolytique, antalgique). Certains soulignaient le fait que le corps médical les voyaient trop du « côté drogue » alors qu'eux-même essayaient de s'en sortir et recherchaient des effets thérapeutiques dans le SdM.

*U2 : « C'est un médicament à la base que j'ai pris et que j'ai détourné [...] pour quelque part sortir de l'héroïne. »*

*U6 : « C'est peut-être ça que les médecins, enfin le corps médical a du mal à accepter enfin... Ils voient trop les choses du mauvais côté, euh, que du côté drogue quoi... »*

## V. Changement de statut et maintien dans le trouble de l'usage

### A) Maintien dans le trouble de l'usage

#### 1. Sentiment d'aliénation

Les patients avaient pour beaucoup le sentiment d'être piégés dans le trouble de l'usage aux opioïdes, en particulier avec le sulfate de morphine.

*U2 : « S'il n'y avait pas ça (le SdM) moi je serai peut être déjà sevré d'ailleurs je pense (rire), enfin je veux dire que je ne serai peut être plus dans la drogue quoi. [...] Mais le fait est que je suis corporellement lié euh... à un poison. »*

*U9 : « C'est difficile de... bah d'arrêter quoi. Moi je sais que ça fait beaucoup de temps que je suis sous Skenan, j'aimerais bien arrêter. »*

*U10 : « Ce qu'il faut c'est jamais essayer. Parce qu'on y prend très vite goût, très très vite, beaucoup trop. Donc il ne faut pas essayer. [...] Le mieux c'est si ça n'avait pas existé. »*

Avec le temps, ils se sentaient également prisonniers du protocole et de la structure de soin et pouvaient développer une forme de « dépendance institutionnelle ». Ce qui était vécu au départ comme une aide était devenu pour eux un nouveau problème. Certains patients se sentaient installés dans une situation confortable, sans volonté de changement.

*U6 (en parlant du protocole) : « Quand j'y pense il y a peut être autant de négatif que de positif au final. Mais ça dépend des moments. Au départ ça m'a apporté beaucoup de positif et je suis certaine que je ne suis pas la seule. Je pense qu'après c'est avec le temps que ça pose problème. [...] Mais euh c'est pas lié qu'au Skenan. Je pense que c'est aussi un produit, c'est pas anodin... »*

*U1 : « Après ça a un côté vicieux aussi, un côté facilité. C'est « je suis tranquille, j'ai ma dose tous les jours » et bien forcément pour avancer après c'est compliqué. »*

*U3 : « Maintenant que je l'ai, j'ai plus envie de l'enlever hein... Je suis très bien avec mon Skenan. [...] Mais là si on m'enlève le Skenan je vais direct retourner dans les fours chercher de l'héroïne quoi... »*

*U5 : « J'ai réussi à me caler, donc en vrai je cherche pas à trop à... enfin si j'essaie d'en enlever le plus possible quoi mais euh, je suis pas forcément prêt encore à le retirer totalement je pense. »*

Certains patients sont parvenus à sortir du protocole Skenan mais étaient conscients de la fragilité de leur situation. Ils se sentaient également plus à risque de rechutes à cause de la fréquentation d'autres usagers sur le CSAPA.

*U6 : « Je suis quand même pas idiote, je vais pas bien en ce moment, donc je suis quasiment sûre que je si je traîne avec des gens qui shootent encore... C'est une faiblesse que je garderai à vie quoi, c'est clair. On me le propose, euh... J'ai du mal à dire non quoi. C'est clair... »*

*U4 : « La Rose des Vents le problème c'est qu'on voit des gens qu'on voudrait pas voir, c'est pour ça que je préférerais aller voir un médecin généraliste... Parce qu'on se connaît tous ici. Bah ouais Saint Nazaire c'est petit hein, c'est ça le problème. Revoir des gens qui brassent et qui te proposent des trucs. Moi j'ai fait le pas dessus, mais je sais que y'en a... Ils ressortent de là avec leur métha mais bon le mec il va aller faire un gramme à côté quoi. C'est ça le problème de la Rose. »*

Les usagers se sentaient également privés de liberté dans de multiples aspects de leur vie personnelle et en particulier dans les relations conjugales.

*U1 : « C'est pas forcément bénéfique quoi, les relations de couple que j'ai eu depuis que je suis au Sken, enfin juste des relations avec l'addiction autour, c'est un peu comme un couple où il y a une maîtresse quoi, on aime toujours quelqu'un d'autre donc non c'est pas compatible je pense avec la vie de couple, avec le vrai amour en tout cas. »*

Pour d'autres usagers, certaines privations dans la vie quotidienne avaient un réel impact sur la qualité de vie.

*U4 « Moi maintenant ce qui m'embête c'est le taquet<sup>2</sup>. J'aimerais bien le virer maintenant. C'est surtout les marques sur les bras ça commence à m'énerver. Je suis toujours obligé de mettre des tee-shirt à manches longues. »*

## **2. Injection et comportements à risque**

Pour tous les patients, la dépendance au geste d'injection restait importante, avec la présence de rituels très ancrés.

*V: « C'est difficile pour vous d'arrêter l'injection?*

*U4: Ouais je pense c'est le procédé, le petit rituel... »*

*U3 : « Je le prends par habitude maintenant, c'est le geste. D'habitude je me lève le matin, je bois mon café, je fume une cigarette et je vais préparer mon Skenan. »*

*U1 : « J'ai mes petits rituels quoi, je sais que je fais toujours de la même façon, j'ai mes horaires à peu près, faut que je fasse ma petite douille après, faut que j'ai ma bière déjà avant de commencer... Enfin oui c'est assez ritualisé. »*

Cette dépendance au geste d'injection entraînait parfois des comportements à risque. En effet, les patients étaient souvent dans le déni de la dégradation de leur corps. Ils atteignaient pour beaucoup les limites de l'injection de par la perte du capital veineux.

*U9 : « Ça vous fout les veines en l'air... Voilà moi maintenant je le paie quoi... Je fais des ulcères aux jambes euh... J'ai toujours bien souvent les mains enflées... Même si des fois j'essaie de ne pas le faire dans mon bras handicapé mais bon des fois c'est plus fort que moi si je vois une veine, je le fais... »*

---

2 Taquet = injection

*U7 : « Si je dois me shooter, au pire je shoote à la coke ou un truc comme ça quoi, si ça doit arriver... Des fois je dis pas hein, je suis pas un saint... et euh... si quelqu'un doit me payer un taquet de coke ou machin, je le fais en artériel. »*

La peur de manquer de traitement amenait parfois les patients à prendre des risques infectieux, par exemple en conservant les cotons nécessaires à la filtration du SdM qu'ils pouvaient ensuite réutiliser en cas de manque, pratique entraînant un risque majeur d'infections locales.

*U6 : « Et puis c'est un peu dégueu, mais je suis pas la seule à le faire, on gardait les cotons, parce qu'il reste du produit dedans tout simplement... Et on est nombreux à le faire hein... Très nombreux. A l'origine c'est hyper sale hein, faut pas le faire. C'est vraiment pas l'idée du siècle hein... Mais voilà c'est psychologique, s'il n'y a plus de Skenan parce qu'on a trop consommé et ben il y a les cotons. »*

### **3. Comorbidités psychiatriques et barrières psychologiques**

Des comorbidités psychiatriques semblaient souvent associées et les patients avaient des difficultés d'observance avec leurs traitements (hors MSO). Les troubles psychiatriques semblaient peu équilibrés.

*U6 : « Je me souviens moi j'avais eu des neuroleptiques et moi ça m'avait complètement changée... On me l'a dit en plus, « On ne te reconnaît pas. " du coup je l'ai arrêté. »*

*U7 : « Moi je suis bipolaire en fait. Mais je prends plus le Dépakote. [...] La séparation de mon couple, moi je la supporterai pas... J'ai déjà tout préparé, j'me bute, c'est clair et net je le ferai. Et après au moins je serai tranquille. Là au moins je serai apaisé. Plus de stress, plus d'angoisses... Enfin c'est compliqué, c'est une vie de merde. »*

Les patients éprouvaient de nombreux sentiments négatifs à leur propre égard, ce qui pouvait être un frein dans l'évolution de leur prise en charge. En effet, ils étaient parfois résignés à tout changement possible, ils éprouvaient une culpabilité importante, une mésestime de soi, un sentiment de regret et de perte de temps.

*U10 : « C'est de ma faute hein... Si je suis tombée là dedans, c'est que de ma faute hein... Personne ne m'a incitée... Mais bon... C'est la vie qui m'a entraînée... (silence) »*

*U7 : « Oh moi je suis un grosse merde, je suis tout pourri, je suis pas là pour donner. [...] J'ai une vie de merde euh... je suis nul... Je suis très nul mais en tout cas je m'occupe bien de mon fils, les gens voilà il n'y a pas de soucis, mais pour moi je suis nul, je ne prends pas soin de moi quoi. Je me détruis quoi. »*

*U6 : « Mine de rien les années elles passent et euh... d'un coup d'un seul on se retourne et on se dit « Ah non mais ça fait quand même bientôt dix ans. » Je me dis peu d'années de bêtises pour des années de traitement derrière. [...] J'ai quand même 35 ans et j'ai rien fait dont je puisse être fière....»*

Bien qu'un suivi psychologique soit systématiquement proposé aux patients, certains n'en faisaient pas la démarche.

*V: « Êtes-vous suivie par un psychologue?*

*U10: Non moi j'y vais pas. Je sais qu'il y en a mais je ne pense pas en avoir besoin. »*

#### **4. Co-dépendance et transfert du trouble de l'usage à l'arrêt du SdM**

A l'arrêt du traitement par SdM, il n'était pas rare que les patients déplacent leur trouble de l'usage aux opioïdes sur un autre produit. Par exemple, chez plusieurs patients, les consommations d'alcool avaient été reprises ou majorées à l'arrêt du traitement par SdM.

*U1 : « J'avais quand même la métha pour m'aider mais il y avait quand même de l'alcool tous les jours. J'ai toujours eu quand même une addiction présente quoi. »*

*U7 (après arrêt du SdM) : « Oui au début, j'avais arrêté de boire... Mais là j'ai remis le couvert parce que là on s'est embrouillés. Et en fait moi c'est mon excuse, c'est que dès qu'on s'embrouille bah je me remet dedans. »*

Une fois sortie du protocole, une patiente consommait plus régulièrement de la cocaïne et occasionnellement du SdM.

*U6 : « Le seul point un peu négatif en arrêtant c'est que je suis retourné vers la came. Mais pas tout de suite par contre. Je dirai que pendant un an on a touché à rien quoi, à l'aise... La coke, toujours, mais en opiacés plus rien quoi. Mais euh c'est revenu euh très progressivement au bout d'un an, mais du coup c'est vraiment un plaisir, ça reste occasionnel. »*

**B) Vers un changement de statut : de la recherche du produit à la recherche de stabilité**

### **1. Accès à une sécurité financière et une réinsertion sociale**

Suite à leur inclusion dans le protocole, les patients avaient moins de difficultés financières. D'autre part, la prise en charge sociale au sein du CSAPA leur a permis d'avoir accès à un logement.

*U1 : « Bah déjà ça m'a permis de plus avoir à faire la manche pour m'en acheter dans la rue. [...] Et puis j'ai évolué aussi, le fait d'avoir le Skenan ça m'a permis de me concentrer sur les autres choses et d'avancer sur le logement, on a fait une demande de logement thérapeutique avec la Rose des Vents. Puis j'ai fait un compte bancaire, j'ai fait tous mes impôts, pour me remettre dans une situation un peu plus stable quoi. »*

*U3 : « Sur le plan social j'ai pas arrêté. J'étais dans la rue, maintenant je suis dans un appartement. [...] Je suis passé de la rue, au foyer, à la maison en*

*colocation et maintenant j'ai mon appartement et dans six mois j'aurai mon appartement définitif. »*

*U5 : « Ça a fait du bien au compte en banque surtout ! (rire), ouais du coup on a pu acheter une maison. »*

Pour certains patients, cette stabilisation dans la délivrance du traitement a permis un climat favorable à une réinsertion professionnelle.

*U5 : « Parce que maintenant j'ai un bon job, genre avec des responsabilités et tout quoi. Enfin... ouais je trouve que ça m'a vachement aidé là dessus. »*

L'inclusion dans le protocole de délivrance de sulfate de morphine s'accompagnait peu à peu d'une reprise des projets personnels. Les patients se sentaient mieux globalement, ils avaient plus de temps et de motivation pour mettre en œuvre leurs projets. Ils avaient envie d'avancer dans leur vie personnelle et pour certains le besoin de « rattraper le temps perdu » en multipliant les projets.

*U3 : « Si j'avais pas le Skenan, je bougerai pas mon cul quoi. Ça me fait bouger, ça m'active. Ça me fait oublier la drogue, le monde de la drogue. J'aimerais bien repasser mon permis, travailler et m'acheter une voiture. »*

*U4: « Et puis bah maintenant j'ai ma maison depuis trois ans, je travaille et c'est vrai que j'avais jamais été aussi bien. Pas très bien hein, mais euh... j'suis mieux [...] maintenant ce que je veux c'est racheter un camion, aménagé! Pour voyager! »*

*U5: « Parce que bon si j'étais resté je pense à l'héroïne je pense que voilà quoi... je suis pas sur que j'aurai fait tout ce que je fais... fin ... tout ce que je fais maintenant quoi. [...] ça m'a permis de reprendre une vie, bien même d'ailleurs ouais. »*

L'inclusion dans le protocole a permis l'amélioration de leurs rapports familiaux et du regard que leurs proches portaient sur eux.

*U4: « Ah je pense que le Skenan m'aide, ouais je pense ouais. Même ma mère me dit que depuis que je suis au Skenan, je suis différent. Ouais, je suis mieux. Elle m'a dit qu'elle n'aurait jamais cru que j'aurai acheté une maison il y a deux ans... c'était pas possible. »*

*U1 : « Ça se passe de mieux en mieux avec mes parents aussi donc c'est cool, ils voient bien que j'ai évolué, ils sont contents que j'ai eu un nouvel appart et puis ils voient bien même physiquement que je suis un peu moins marginal qu'il y a quelques années quand même... Même si c'est pas encore ça à leur goût ! »*

## **2. Fin à l'errance thérapeutique, au nomadisme médical et au trafic**

L'inclusion dans le protocole Skenan mettait fin à une longue période d'errance thérapeutique vécue précédemment dans la rue ou en médecine de ville sous la forme d'un nomadisme médical, source d'instabilité et d'insécurité. Ce cadre leur permettait ainsi d'évoluer dans leur parcours de soin : Ils avaient le sentiment d'avancer.

*U5 : « Depuis que c'est en centre c'est quand même bien plus cadré, bien plus stable et bien plus évolutif quoi. [...] Ça m'aide plus à avancer, parce qu'avant j'avais pas forcément la vie aussi stable que quand j'étais en médecine de ville c'est sûr. »*

*U4: « Ça m'a apporté la stabilité quoi. Parce qu'au début je courais partout, fallait que j'aille l'acheter... c'était compliqué. »*

Cela mettait souvent fin aux abus par chevauchement d'ordonnance possibles en médecine de ville. Les patients n'avaient plus le besoin permanent de recherche de produit dans la rue et étaient donc moins confrontés au trafic.

*U5: « Quand j'étais en médecine de ville, on en avait un peu autant qu'on voulait quoi, on pouvait faire plusieurs médecins. Donc en centre c'est quand même bien plus euh... bien plus géré quoi. »*

*U2 : « Ça a tout changé... Le fait que déjà je côtoie plus des gens que j'ai pas envie de côtoyer pour aller chercher des trucs. Aller voir des gens que j'ai pas envie d'aller voir, des dealer etc... que je ne veux plus voir pour ça non. »*

*U4 : « Et maintenant le trafic c'est fini, je touche du bois, j'ai échappé à la prison. Je ne veux pas y aller... »*

### 3. *Évolution dans le parcours de substitution*

Les objectifs de prise en charge étaient très différents en fonction des patients. Certains visaient seulement la stabilisation des posologies de SdM, d'autres étaient dans une démarche progressive de diminution des injections vers une majoration des prises orales.

*U8: « Moi j'essaie déjà de me stabiliser pour pouvoir par la suite penser à ralentir pour arrêter mais euh... C'est vrai qu'avant de penser à ça c'est vrai que j'essaie déjà de me stabiliser. »*

*U2 : « Je suis en train de m'en sortir justement... Là je commence à l'avalier sans injecter... Ouais je suis sur le cap de la transition quoi... donc euh... Voilà ça je suis content quoi. »*

*U5 : « Au début j'en gobais pas du tout et après j'ai réussi à le faire un peu... »*

Dans certains cas, l'association de méthadone au SdM aidait les patients à diminuer les injections de SdM, ou à ressentir moins de manque au cours de la journée.

*U5 : « La méthadone ça m'aide à me lever puis prendre une vie un peu sans injection quoi... et du coup c'est ça qui m'a aidé avec le temps à pousser, à pousser plus loin, pousser plus loin... »*

*V: En quoi est-ce que ça vous aide d'avoir de la méthadone en plus du Skenan?*

*U3: Parce que la méthadone ça dure 24h et le Skenan en fix<sup>3</sup> ça dure 6h quoi... Donc euh... c'est pour ça, pour tenir la journée. »*

Dans d'autres cas, l'arrêt des injections de SdM résultait de la perte du capital veineux. Les patients étaient donc contraints de changer leurs pratiques.

*U6 : « Moi ce qui m'a motivé à arrêter le Skenan, ça a été euh... Ce qui est devenu une problématique, c'est que j'arrivais plus à me piquer. Donc ces*

---

3 En fix = en injection

*moments là qui étaient des moments euh... sympas, sont devenus des moments affreux, à s'énerver, à pleurer, c'est pas des beaux moments. [...] Quand vous avez la table avec du sang de partout... même en temps que consommateur franchement, c'est vilain quoi. »*

*U7 : « Oui, ça a été dur de se passer du geste... ça a été dur... Mais maintenant c'est terminé quoi. De toute façon j'ai plus de veines... donc euh je peux plus me piquer j'ai plus de veines, j'ai plus aucunes veines. »*

Les limites de l'injection étaient donc souvent imposées par les limites de leur propre corps. Ces limites étaient aussi fonction des représentations qu'ils avaient de l'injection. Par exemple, une des patientes se refusait d'injecter ailleurs que dans les bras par peur de franchir un point de « non retour ».

*U6 : « Moi c'est psychologique, je peux pas aller ailleurs que sur les bras. Parce que j'ai vraiment le sentiment que si je fais ça, je vais franchir une étape... (silence) de non retour. Après je l'ai déjà fait, mais très, très, très rarement quoi. Ouais donc du coup j'ai les bras bousillés clairement. »*

Cette nécessité de contrainte pour se passer du geste a été relevée par d'autres patients qui étaient dans une démarche de réduction des injections. Pour s'en passer, les patients avaient également besoin de lutter contre l'ennui.

*U5 : « Là par exemple on part en vacances bon bah euh comme l'année dernière genre euh... On sait qu'on part sans seringue, sans rien. »*

*U7 : « J'ai tout stoppé d'un coup, ils étaient sur le cul quoi. Mais moi je l'ai fait, je l'ai fait pour mon bébé. Et il fallait que je le fasse, j'avais pas le choix, je ne voulais pas qu'il y ait de seringues à la maison. »*

*U9 : « J'ai été hospitalisé trois semaines pour autre chose qui n'a rien à voir avec le Skenan [...], pendant ces trois semaines où j'ai été hospitalisé j'ai pas pensé du tout à m'injecter mon traitement quoi... »*

*U4 : « Tant que je suis au boulot, ça va. Alors que le soir quand je suis chez moi, ça n'aide pas. Je vais en prendre un et au bout de 2h j'ai envie de m'en remettre un... En fait je pense qu'il faut que je m'occupe, faut que je fasse un sport autre que le boulot en dehors. »*

Finalement, tous exprimaient leur besoin de temps et d'avancer à leur propre rythme dans la prise en charge.

*U9: « Ouais faut être prêt mentalement. Au début, on m'a baissé un petit peu le Sken et on m'a mis un peu de métha.. Quand il m'en a parlé Dr. je lui ai dit « Ok mais attendez laissez moi le temps, la prochaine fois! Parce que vous me dites ça aujourd'hui mais je ne suis pas prêt aujourd'hui. Laissez moi le temps de me mettre dans l'optique de baisser et on voit ça le mois d'après. »*

*U5 : « Donc c'est un peu un travail à long terme quoi. Enfin comparé à toutes les fois où j'ai pu rechuter, ben je pense que c'est pas mal. »*

*U10 : « C'est plus comme avant où les injections c'était tous les jours, tout le temps quoi. Mais il faut du temps quand même... C'est pas en six mois en claquant des doigts comme ça que j'ai tout arrêté hein. »*

*U6: « C'est hyper dur franchement, c'est forcément progressif. On a arrêté quand même progressivement... On n'est pas passé de de 400 mg injectés tous les jours, tous les jours, à rien. C'est pas vrai. On a diminué les injections au fur et à mesure, ça nous a pris un an. »*

Certains patients espéraient encore un sevrage complet de tout médicament de substitution.

*U9 : « Moi je veux pas arrêter le Skenan pour être après sous méthadone quoi... Sinon c'est arrêter un produit pour en prendre un autre... Bah c'est pas arrêter quoi. C'est se remettre dans une autre galère. Après c'est pareil c'est autant difficile d'arrêter la méthadone. »*

*V : « Et quels sont vos objectifs actuellement ?*

*U10: Bah tout arrêter ! Bah ne plus être dépendante de médicament, ça c'est évident hein... Mais je pense qu'il faut beaucoup de temps. À mon avis il faut beaucoup de temps oui... Puis après on en devient accro aussi du médicament hein. »*

La plupart prenaient conscience qu'ils auraient sans doute besoin d'un MSO de façon chronique, ils acceptaient peu à peu la chronicité du trouble de l'usage aux opioïdes.

*V: « Du coup le jour ou peut être vous arrêterez le Skenan il y aura la méthadone derrière ?*

*U5: Ouais bah c'est sûr de toute façon, à moins que je trouve une autre, alternative ou solution miracle quoi ! (rire) »*

*U6 : « L'addiction c'est vraiment quelque chose de dur, de... de violent et surtout dans le temps. C'est un truc qu'on gardera toujours je pense. Parce qu'au final, quand on va mal bah... on y retourne. »*

# DISCUSSION

## I. Forces et faiblesses

### A) Les forces de l'étude

Il existe peu de recherches qualitatives s'intéressant au vécu et aux attentes des patients sous SdM à visée substitutive et délivré dans un CSAPA, ce qui rendait ce travail original. En effet, la méthodologie par IPA reste rare en médecine bien qu'elle soit particulièrement adaptée pour l'analyse du vécu des participants. Explorer le vécu et les attentes des usagers sous SdM pourrait aider à améliorer nos pratiques en nous mettant au plus proche de leur vécu et en prenant en compte leur parcours dans sa globalité.

D'un point de vue méthodologique, les entretiens semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien souple et des questions ouvertes ont pu encourager la spontanéité de la parole. Les participants semblaient être en confiance et ont parlé de sujets qu'ils n'osaient pas aborder habituellement avec leur médecin ou les professionnels du CSAPA. Le contenu des entretiens était approfondi, les patients ont pu aborder des sujets intimes et ont pris le temps nécessaire à les développer. Une expérience en tant qu'interne dans un CSAPA a pu aider l'enquêtrice dans la réalisation des entretiens. Leur durée moyenne était de 53 minutes, la suffisance des données a pu être obtenue. Enfin, la méthodologie a été explicitée et les critères de qualité respectés selon la grille COREQ (35).

### B) Les faiblesses de l'étude

#### Le recueil des données

C'était pour l'enquêtrice le premier travail mené en recherche qualitative. Bien que la pratique de la médecine générale ait été une aide, la réalisation d'entretiens semi-dirigés de qualité n'a pas été un exercice facile. La qualité des entretiens a pu être limitée par des questions qui manquaient parfois d'ouverture, ayant pour

conséquence de fermer le discours ou d'orienter une question et sa réponse sur des *a priori*. Afin d'éviter ce défaut de formation, le guide d'entretien a été suivi aux mieux et les techniques de reformulation et de clarification des réponses ont été utilisées le plus possible. Certains ouvrages méthodologiques sur la recherche qualitative en santé ont été d'une grande aide (37,38). Pour finir, deux entretiens ont été écourtés plus rapidement que prévu par les participants pour des raisons personnelles et toutes les questions du guide d'entretien n'ont pas pu être abordées. La suffisance des données a pu être obtenue malgré tout.

### L'analyse des données

Bien que la subjectivité du chercheur fasse partie intégrante de la recherche qualitative, en tant que chercheuse unique, les entretiens et la discussion sont issus d'un seul point de vue. Il aurait été préférable de réaliser ce travail de thèse à deux afin d'élargir les points de vue. Pour pallier cette limite méthodologique, la triangulation des données a été recherchée grâce à la double analyse de la moitié des entretiens par un médecin addictologue. D'autre part, la réalisation de notes de terrain et la tenue régulière d'un journal de bord ont permis de garder la juste distance vis-à-vis des *a priori* et de rester fidèle malgré tout à l'expérience et au vécu des participants.

### Les participants de l'étude

Comme vu précédemment, les patients semblaient se sentir en confiance et semblaient s'exprimer librement au cours des entretiens. Ils ont pu parler de sujets jusqu'alors tabous habituellement non abordés avec les professionnels du CSAPA. En revanche, il est possible que mon statut de médecin ait quand même favorisé le biais de désirabilité sociale pour certains patients. En effet, certains d'entre eux pouvaient donner une image valorisée d'eux-mêmes, une image d'« usager-exemplaire », en ne parlant pas aussi librement qu'ils l'auraient fait face à un non-soignant par crainte de voir leur prescription menacée. Afin d'éviter au mieux ce biais, il était rappelé avant chaque entretien toutes les informations concernant l'anonymat de cette étude.

## II. Littérature existante sur le sujet

La principale étude quantitative s'intéressant aux vécu et aux attentes des usagers concernant les MSO, y compris ceux sous SdM, était l'étude menée conjointement par Aides et l'Inserm en 2002 (39). Dans cette étude, 46 % des patients suivaient un traitement par BHD, 44 % par méthadone et près de 10 % par sulfate de morphine. D'autres études quantitatives se sont intéressées aux représentations et aux attentes des patients sous méthadone et BHD (40,41).

La principale étude qualitative s'intéressant aux MSO du point de vue des usagers a été menée par E. Langlois, entre 2009 et 2010. Le traitement par sulfate de morphine n'était pas retenu comme critère d'inclusion mais l'enquête y faisait référence lorsque les patients en parlaient (42).

Les études qualitatives qui ont cherché à explorer le vécu et les attentes des patients sous sulfate de morphine restent rares. Deux travaux de thèses qualitatives réalisés à Strasbourg et Toulouse en 2017 ont exploré les expériences des usagers d'opioïdes sous sulfate de morphine, à travers le discours d'usagers suivis en centres spécialisés ou en médecine de ville (43,44).

Une autre thèse concernant l'utilisation du SdM en tant que MSO a été réalisée à Nantes en 2019, il s'agissait d'une revue systématique de la littérature, associée à une présentation clinique de deux patients ayant eu une expérience personnelle avec le sulfate de morphine (45).

### III. Principaux résultats

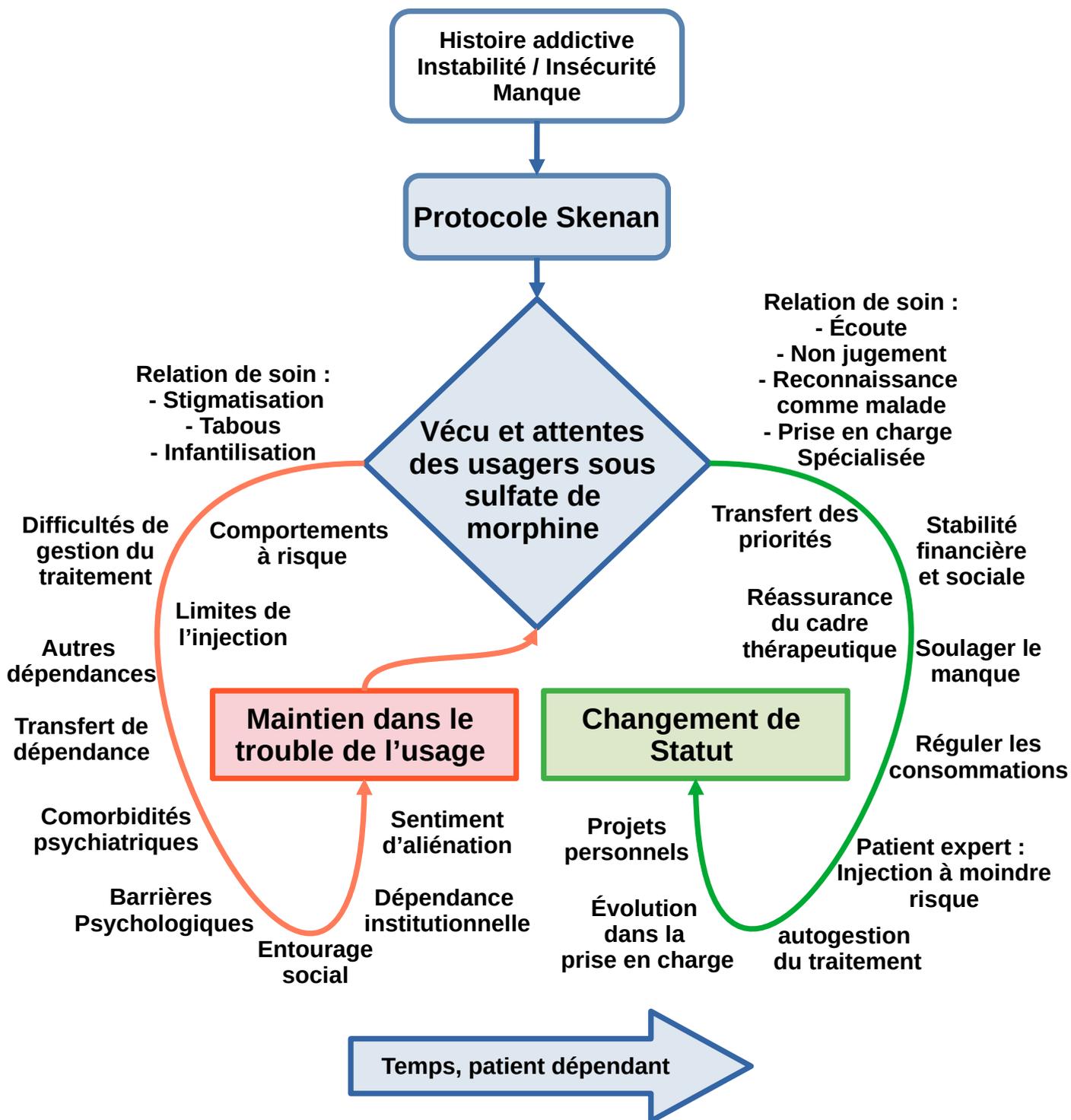
#### A) Schéma explicatif

Les principaux résultats ont été résumés et seront discutés à l'aide d'un schéma explicatif (figure 3). Celui-ci tente d'illustrer comment la prescription du protocole de délivrance du sulfate de morphine dans un CSAPA a impacté le vécu des usagers, tant sur leur trajectoire de vie que sur leur parcours de soin et quelles sont leurs attentes vis-à-vis de la substitution.

L'expérience vécue des usagers au sein du protocole de délivrance du SdM pourrait être appréhendée autour de deux axes : les expériences négatives qui maintenaient dans le trouble de l'usage ou au contraire les expériences positives qui permettaient à l'utilisateur d'aller vers un changement de statut (tant sur le plan médical que psychosocial).

Les usagers n'empruntaient pas une voie ou l'autre, mais étaient en perpétuel mouvement entre les deux. L'objectif serait *in fine* de réfléchir aux outils qui pourraient permettre aux usagers de tendre d'un « maintien dans le trouble de l'usage » vers un « changement de statut ».

Figure 3 : Vécu des usagers inclus dans un protocole de délivrance du SdM en CSAPA : entre maintien dans le TUO et changement de statut



**Légende :**

- Expériences des usagers qui maintenaient dans le trouble de l'usage
- Expériences des usagers qui permettaient un changement de statut

## B) Démarche de demande de soin et représentations autour du sulfate de morphine

La démarche de demande de soin était dans la plupart des cas motivée par une instabilité globale s'accompagnant d'états de manque importants. Ce contexte d'insécurité amenait les usagers, parfois malgré eux, à demander une prise en charge spécialisée en CSAPA, parfois par le biais du CAARUD. Initialement, ils n'étaient pas dans une perspective thérapeutique. La plupart étaient dans une impasse car ne trouvaient pas de médecins généralistes pour les prendre en charge. Dans de rares cas, certains recherchaient la « défonce tranquille » comme l'avait vécu le patient U7. Ceci rejoint l'enquête de E. Langlois, qui parle « d'effet d'aubaine », ce qui consisterait pour un usager à rechercher une substitution pour des raisons opportunistes plus qu'à visée thérapeutique, du moins au départ (42). Dans tous les cas, la prise en charge dans le protocole de délivrance du SdM semblait permettre d'aller vers les usagers les plus précaires jusqu'alors en errance médicale et sociale et de les intégrer dans un parcours de soin sur le plus long terme dans une logique de réduction des risques et des dommages.

Du point de vue des usagers, le SdM était généralement perçu comme un traitement. Cependant, la perception qu'ils en avaient restait ambivalente à travers leur discours. Tantôt drogue, tantôt traitement, elle mêlait souvent les deux à la fois et semblait évoluer avec le temps. Celle-ci dépendait également des usagers en fonction de ce qui pouvait être vécu comme des réussites ou comme des échecs au cours de leur prise en charge : stabilisation dans le traitement, rapport à l'injection, qualité de la relation de soin, rapport au cadre thérapeutique, bien-être psycho-social, etc. Avec l'arrivée de certaines difficultés (surconsommations, atteinte des limites physiques de l'injection, difficultés personnelles), le SdM était de nouveau perçu comme l'objet problématique. Il était alors jugé comme inefficace voire dangereux, « un poison » pour U2 et parfois fortement rejeté à l'exemple de U7 qui arrêta son traitement d'un jour à l'autre.

Cette ambivalence ne concerne pas que le sulfate de morphine, mais rend compte des représentations qu'ont les usagers d'opioïdes quant à la substitution en général. En effet, dans l'étude de Guillou-Landreat *et al.*, méthadone et BHD étaient perçus comme des drogues dans 45,6 % des cas et comme des traitements tels les autres dans 57,5 % des cas (40). Ceci témoigne que cette ambivalence persiste au sein des usagers d'opioïdes et qu'elle concerne tous les MSO.

Avoir conscience de cette ambivalence permet de mieux comprendre leur vécu dans leur parcours de soin et donc de mieux répondre à leurs attentes, celles-ci pouvant être très différentes de celles des soignants.

## C) Les enjeux du cadre thérapeutique et de la relation de soin

### 1. Vécu du cadre thérapeutique

D'après l'expérience des usagers, le cadre thérapeutique était un élément majeur contribuant au vécu de leur prise en charge. La présence d'un cadre exigeant et stable était considéré par les usagers comme un bénéfice certain. Le cadre imposé contribuait à ce qu'ils retrouvent une stabilité et un rythme de vie, à se réinsérer socialement et parfois professionnellement. D'autre part, les règles de dispensation les aidaient à se réappropriier le SdM comme traitement, en limitant entre autres la possibilité de surconsommation. Pour l'utilisateur U9, c'était précisément le cadre thérapeutique et ses règles qui justifiait la prescription du SdM comme MSO : « *Non heureusement que c'est structuré, sinon ce serait comme si c'était de la drogue mais gratuitement quoi.* »

D'un point de vue sociologique, certains auteurs établissent un lien direct entre un cadre de dispensation strict des MSO et l'amélioration de la situation sociale des usagers. En effet, le rythme imposé par le cadre permettrait à l'utilisateur de « mettre à distance des règles propres au monde de la drogue et de se familiariser avec les règles de la société dominante », telles que se lever le matin, respecter les horaires, etc (44).

Cependant, l'expérience des usagers nous a montré qu'un cadre trop strict pouvait être perçu comme une tentative de domination, d'infantilisation ou un manque de confiance des professionnels à leur égard et ainsi altérer la relation de soin voire induire des ruptures dans les soins.

Par ailleurs, pour certains usagers, le cadre thérapeutique pouvait être perçu comme très contraignant. C'était le cas des usagers insérés professionnellement, qui avaient de la peine à organiser des rendez-vous quotidiens puis hebdomadaires sur les horaires du CSAPA.

L'importance d'un cadre de dispensation du SdM clair, bien défini et ajusté à chacun apparaît donc primordial. Ceci avait également été souligné dans la thèse de Galiano-M, qui montrait que les patients insatisfaits par leur traitement ou par le cadre finissaient par interrompre leur suivi et finalement étaient de ceux qui avaient le plus de comportements de mésusage (43).

## **2. Le risque de « dépendance institutionnelle »**

Le principal risque d'une telle prise en charge était le glissement progressif vers une forme de « dépendance institutionnelle ». Avec le temps, certains usagers pouvaient se complaire dans une situation confortable sans désir de changement dans le soin, socialement ou dans leur vie personnelle. Cependant, certains usagers souhaitaient se dégager de cette dépendance vis-à-vis de la structure et étaient demandeurs d'une prise en charge en médecine de ville. Ils souhaitaient plus de liberté dans leur prise en charge, notamment en raison d'une activité professionnelle. De plus, ils souhaitaient éviter les « tentations » liées au fait de côtoyer d'autres usagers sur les lieux du CSAPA.

A travers l'expérience des usagers, une prise en charge initiale en médecine de ville ne semblait pas adaptée. En effet, le haut risque de mésusage du SdM et la complexité de la prise en charge sociale rendent indispensable une prise en charge qui soit initialement pluridisciplinaire et spécialisée. Cependant, pour certains usagers stabilisés socialement et dans le traitement, on pourrait se poser la question

d'une prise en charge en réseau, partagée entre le médecin généraliste, les pharmacies et le CSAPA. Cette possibilité a également été évoquée dans la thèse de Verholleman A., qui suggérait que deux parcours de soins soient possibles en fonction des usagers. L'un visant l'abstinence et dans lequel on pourrait imaginer une prise en charge en médecine de ville, l'autre ne visant pas l'abstinence mais plutôt la réduction des risques, nécessitant alors une prise en charge dans une structure spécialisée (45).

### **3. Vécu et attentes des usagers concernant la relation de soin**

Les patients éprouvaient souvent un sentiment de méfiance à l'égard des professionnels de santé, surtout au début de leur prise en charge. Ceci pouvait s'expliquer par des expériences antérieures de situations stigmatisantes, infantilisantes ou même de domination. Ils se sentaient particulièrement vulnérables en tant que patients, usagers de drogues et de surcroît, usagers-injecteurs. Ils avaient donc besoin de temps pour entrer dans une relation de confiance avec les soignants. Par ailleurs, leurs principales attentes concernant les soignants étaient le professionnalisme, la qualité d'écoute, le respect et le non-jugement.

Les patients attendaient également d'être davantage pris en compte dans les modifications thérapeutiques surtout lorsqu'il était question de modifier les posologies de SdM ou d'ajouter un autre traitement comme la méthadone. Les patients avaient besoin de se sentir plus acteurs dans leur prise en charge. Pour ces mêmes raisons, il n'était pas rare que les usagers prennent l'initiative de modifier leur traitement sans en faire part à leur médecin. Ceci a également été mis en évidence dans l'étude Aides-Inserm, où 90 % des modifications thérapeutiques étaient initiées par les usagers, dont près d'un tiers sans en informer leur médecin (39). Ceci pourrait s'expliquer par un besoin fort qu'ont les patients de gérer leur traitement et de se sentir acteurs dans leur prise en charge. Ce manque de dialogue dans la relation médecin-patient pouvait également s'expliquer par la présence de sujets tabous. A titre d'exemple, de nombreux patients préféraient diminuer leur traitement par eux-mêmes, sans en informer leur médecin, par peur du manque en cas de

rechute. Une des patientes exprimait qu'il s'agissait-là d'un des principaux tabous de la relation de soin. Ces situations montrent à quel point la relation de soin est à la fois fragile et déterminante dans la prise en charge des patients présentant un TUO.

#### D) Bien-être social et santé mentale

Les bénéfices sociaux suite à l'introduction des patients dans le protocole étaient indiscutables. L'étude s'intéressait à des patients suivis en CSAPA exclusivement. Nous pouvons penser qu'ils étaient donc plus précaires socialement que ceux suivis en médecine de ville. Tous ont retrouvé un logement fixe, deux d'entre eux avaient repris une activité professionnelle. Il s'opérait donc un transfert dans leurs priorités. En effet, les usagers n'avaient plus à organiser leurs journées exclusivement autour de la recherche de produits et avaient arrêté leurs activités illicites. Ce temps retrouvé était alors utilisé pour débiter des démarches liées à l'insertion (46). Ces résultats observés vont dans le même sens que l'étude Aides-Inserm, où plus de la moitié des usagers avaient le sentiment que leur situation sociale et que leurs relations avec leur entourage s'étaient améliorées (39).

La santé mentale des patients semblait également être améliorée. Ils avaient en particulier moins de troubles anxio-dépressifs. Les patients associaient la régression de ces symptômes à la prise du SdM, mais ceci reste à prendre avec du recul car ces effets pouvaient se mêler à ceux des traitements antidépresseurs ou anxiolytiques souvent co-prescrits. Pourtant, il est connu que les MSO peuvent jouer le rôle de régulateurs thymiques. Une revue de la littérature récente montrait que les MSO (méthadone et BHD) amélioraient le bien-être psychologique global des patients et diminuaient les symptômes dépressifs indépendamment d'une prise en charge psychologique (47). Cependant, les recherches s'intéressant à la santé mentale des patients sous SdM restent rares. Nous pouvons citer une étude qui a été réalisée en Allemagne, randomisée et en crossover, qui montrait que les symptômes dépressifs et la sévérité des signes psychiques avaient augmenté lors du passage de la morphine à la méthadone et diminué lors du passage de la méthadone à la morphine (48). Le SdM semble donc avoir un impact positif sur la

santé mentale des usagers. Ces mêmes résultats ont été observés au cours de l'enquête Aides-Inserm dans laquelle les patients sous SdM étaient de ceux qui rapportaient le moins de troubles anxio-dépressifs en comparaison avec les patients sous méthadone ou BHD (39).

Malgré tout, à travers le discours des patients, les symptômes anxio-dépressifs étaient encore très présents avec semble-t-il des difficultés d'observance. Ils faisaient également part de nombreuses difficultés d'ordre psychologique qui semblaient participer au maintien dans le TUO. Pourtant, certains patients en difficulté étaient dans le refus d'une prise en charge psychologique. Cette problématique avait également été soulevée dans l'étude Aides-Inserm, dans laquelle les usagers sous SdM étaient les moins suivis sur le plan psychologique en comparaison avec ceux sous méthadone ou BHD (39).

Pour conclure, les comorbidités psychiatriques et les difficultés d'ordre psychologiques prenaient une place centrale dans le discours des usagers et pouvaient participer au maintien dans le TUO. Favoriser la prise en charge des comorbidités psychiatriques, améliorer l'observance des traitements et encourager un suivi psychologique semblent être des éléments clés dans la prise en charge de ces patients.

## E) Le sulfate de morphine comme traitement

### 1. Impact sur les consommations

Le SdM répondait aux principales attentes qu'avaient les usagers vis-à-vis de leur traitement de substitution. À savoir, le soulagement du manque, la diminution du craving, l'arrêt des consommations d'héroïne et la prévention des rechutes. Nous retrouvons ces mêmes attentes chez les patients sous méthadone ou BHD (39,40).

Chez presque tous les usagers interrogés, d'autres produits étaient habituellement consommés, en particulier l'alcool et la cocaïne. Ceci reflète la fréquence des co-

dépendances chez les usagers d'opioïdes (49). La prescription de SdM au sein du protocole avait permis de diminuer le craving et les consommations d'alcool et de cocaïne. Par contre, certains patients avaient augmenté ou repris ces consommations à l'arrêt du protocole.

Une étude observationnelle menée en 2021 en Allemagne (depuis la mise à disposition du SdM en tant que MSO), montrait également une baisse des consommations d'alcool chez les usagers étant passés de la méthadone ou la BHD vers le SdM (50). En revanche, des études randomisées ayant comparé le craving pour la cocaïne sous SdM versus méthadone n'avaient pas pu montrer de différence significative entre ces deux traitements (6,7).

Certaines études montrent que les co-dépendances peuvent être responsables de rechutes dans le TUO et soulignent l'importance de les prendre en charge au même titre que les opioïdes (49,51).

La dépendance au tabac et au cannabis, bien que très fréquente chez les usagers interrogés, était peu abordée au cours des entretiens et semblait rester au second plan.

## **2. Le « mésusage thérapeutique » : une transition vers le soin ?**

Nous avons vu que la plupart des usagers étaient jusqu'alors en échec thérapeutique avec les MSO « classiques » que sont la méthadone et la BHD. Ces traitements n'avaient pas fonctionné à cause d'effets indésirables, d'un soulagement du manque insuffisant et d'un moindre impact sur les consommations d'héroïne. D'après l'expérience des usagers, cet échec était également lié à la difficulté d'abandonner le geste d'injection et de renoncer aux effets recherchés. Pour ces raisons, les patients se sont tournés vers le SdM qui répondait mieux à leurs attentes. Le plaisir physique recherché au départ s'estompait pour laisser place à la recherche d'effets plus « thérapeutiques » comme le soulagement du manque, l'effet antidépresseur, anxiolytique ou antalgique. Ce constat a également été fait dans une autre thèse qui

observait la dimension psycho-thérapeutique par laquelle la plupart des usagers justifiait leur attraction pour le SdM, à l'origine d'une appropriation de celui-ci (44).

D'après le discours des usagers, nous pouvons constater que la possibilité de détournement du SdM par voie intraveineuse et les effets procurés par celui-ci ont été pour eux le principal point d'accroche dans le soin. On pourrait parler de « mésusage thérapeutique ». Cette idée a été développée par E. Langlois dans son enquête s'intéressant aux représentations des MSO du point de vue des usagers. Il soulignait le fait que l'expérience de la substitution était une expérience où les personnes associaient souvent des éléments contradictoires (42). En effet, il semblerait que les patients se soient réappropriés le traitement pour avoir accès à la fois aux bénéfices de la substitution tout en conservant les injections et les sensations éprouvées, qui s'inscrivaient plus dans le registre de l'apaisement que du plaisir. Finalement, si l'on se place du point de vue des usagers, ce qui pouvait être considéré comme une forme de détournement et de mésusage pourrait être reconsidéré comme une forme d'adaptation progressive dans une perspective thérapeutique.

L'enjeu est donc d'accompagner les usagers dans la transition du mésusage au bon usage du traitement, sans les stigmatiser, dans une perspective de réduction des risques et des dommages.

## F) Problématique liée à l'injection

### 1. Une problématique autonome au sein du TUO

Nous avons vu que tous les patients interrogés étaient déjà coutumiers et très dépendants au geste d'injection avant leur inclusion dans le protocole. Cette dépendance impliquait la présence de nombreux rituels menant au geste en lui-même. Outre les effets recherchés que nous avons décrits précédemment, la dépendance au geste d'injection en lui-même restait très forte et semblait s'inscrire dans une problématique indépendante du produit injecté dans leur parcours de

substitution (52). En effet, dans le TUO, la pratique de l'injection ne concerne pas que les usagers de Skenan. Celle-ci est fréquente avec la BHD. Bien que plus rare avec la méthadone, elle serait en hausse ces dernières années selon les derniers chiffres de l'OFDT sur les profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD (30).

La problématique de dépendance au geste requiert donc une prise en charge spécifique, étant considérée comme une problématique autonome au sein de la dépendance aux opiacés.

## **2. La RDRD au centre de la prise en charge**

Pour la plupart des patients, l'injection n'était pas au départ une problématique en soi. Ils se sentaient « experts » et pensaient avoir de bonnes pratiques. Ils n'avaient pas eu de complications infectieuses majeures. Leur prise en charge dans un protocole de dispensation du SdM au sein d'un CSAPA, lui-même attaché à un CAARUD, leur permettait d'avoir accès à des outils de réduction des risques. Certains usagers participaient à des ateliers de réduction des risques liés à l'injection au sein du CARRUD, d'autres se faisaient livrer des kits d'injection stériles directement à domicile. Par ailleurs, une étude évaluant les pratiques à risque chez les patients injecteurs de SdM montrait que ceux à qui on avait prescrit le SdM comme MSO avaient moins de pratiques à risque que ceux qui en consommaient sans prescription (53). Ceci pourrait conforter le fait que les pratiques à risque seraient diminuées par la présence d'un cadre de dispensation.

Malgré tout, le discours des usagers était souvent contradictoire, laissant entrevoir des pratiques restant à risque. En effet, dans un rapport d'intervention AERLI (accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection), un intervenant rapportait le fait qu'il existait très souvent un décalage, involontaire et inconscient, entre la description des pratiques par les usagers et la réalité de leurs gestes. De plus, certaines pratiques à risque, ancrées depuis des années dans leurs gestes, étaient de vrais automatismes dont ils n'arrivaient pas à se défaire (54). Nous pouvons citer l'exemple des cotons très fréquemment conservés parce qu'ils contenaient encore du SdM suite à la filtration de celui-ci.

Pour conclure, l'injection portait une place centrale dans l'expérience et le vécu des usagers, avec la persistance de pratiques à risque. Il semble donc indispensable que ces patients soient pris en charge au départ dans des structures spécialisées et proposant des outils de réduction des risques liés à l'injection. Ceci interroge également sur la nécessité de rendre plus accessible le SdM en tant que MSO, tout en améliorant l'encadrement de sa prescription.

### **3. Les limites de l'injection**

Les difficultés liées à l'injection prenaient une place centrale dans le discours des usagers. L'injection atteignait souvent des limites physiques. Les complications venaient avec le temps et étaient liées aux conséquences de sa pratique régulière avec en particulier l'apparition d'une sclérose veineuse.

Un des problèmes rapportés par certains usagers était la difficulté à injecter un médicament non destiné à cet usage. Beaucoup d'entre eux étaient à la recherche d'une substitution qui soit injectable et se tournaient alors vers le MSO qui présentait le moins d'effets secondaires à l'injection. Un des patients s'indignait qu'il n'y ait pas d'autres thérapeutiques plus adaptées. Selon certaines études, l'injection de médicaments initialement prévus pour la voie orale (composés d'excipients comme l'amidon ou le talc) pourrait entraîner des complications de nature inflammatoire pulmonaires et cardiovasculaires, en plus des complications locales et du risque de transmissions virales (55,56). De plus, un médicament à libération prolongée contient beaucoup plus d'excipients que ceux à libération immédiate (57). Cette difficulté pouvait mettre le médecin en porte-à-faux et compliquer la relation thérapeutique dans le sens où le soignant cautionne quelque part l'injection d'une thérapeutique non prévue à cet effet.

L'expérience des participants traduisait le besoin d'une galénique plus adaptée à la voie intraveineuse. En 2020, le comité « psychotropes, stupéfiants et addictions » de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) était favorable à rendre disponible une morphine sous forme injectable comme traitement du trouble de l'usage aux opioïdes (32).

Toujours dans une perspective de réduction des risques, nous pourrions imaginer une diversification des MSO avec des formes de morphine injectables.

Dans certains pays comme le Danemark, l'Allemagne, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Suisse, le Royaume-Uni, la Norvège ou le Canada, il existe des programmes d'héroïne médicalisée. Ces programmes s'adressent aux patients qui présentent un TUO sévère et qui sont en échec avec les thérapeutiques classiques. Jusqu'à présent, les recherches menées dans ces pays montraient que pour ces patients, l'héroïne médicalisée avait un meilleur taux de rétention en traitement que les autres MSO (58,59). En revanche, selon les études, l'impact de ces programmes sur leur situation sociale était plus controversé (60,61). En effet, le cadre très strict (déplacements à l'hôpital plusieurs fois par jour) semble rendre une réinsertion sociale et professionnelle difficile et pourrait possiblement accroître le sentiment de contrôle vis-à-vis de la société ou du corps médical. Or nous avons vu qu'un cadre thérapeutique trop strict pouvait dans de nombreux cas entraîner une rupture dans les soins, voire limiter une réinsertion sociale. Nous pouvons donc nous demander si ce type de programme pourrait répondre aux attentes et aux besoins des usagers.

## CONCLUSION

Le sulfate de morphine, délivré dans le cadre du protocole, répondait aux principales attentes qu'avaient les usagers vis-à-vis d'un traitement de substitution. Ces attentes étaient le soulagement du manque physique, la diminution du craving et donc la prévention des rechutes pour l'héroïne.

Leurs expériences nous montrent l'importance que peut avoir le cadre thérapeutique sur leur parcours de soin. Le cadre thérapeutique permettait de limiter le mésusage, en particulier les surconsommations. Celui-ci offrait une stabilité nécessaire à la réinsertion sociale et parfois professionnelle. A l'inverse, un cadre trop strict pouvait favoriser des ruptures dans le suivi, voire impacter la relation de soin. Celui-ci se devait donc d'être à la fois exigeant, mais permettant également d'autonomiser les usagers dans leur parcours de substitution au risque de tendre vers une dépendance institutionnelle.

La pratique de l'injection et l'objectif de son abandon restent une problématique majeure dans le parcours des usagers, avec la présence de nombreux rituels à l'injection et des pratiques à risque qui persistent. Il s'agit donc d'accompagner l'utilisateur du mésusage au bon usage de son traitement, dans une perspective de réduction des risques et des dommages. Leurs expériences nous montrent que c'est une démarche qui peut prendre du temps et qui nécessite une relation de soin non stigmatisante et de confiance, permettant d'ouvrir le dialogue entre usagers et soignants.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Résumé des caractéristiques du produit - SKENAN L.P. 10 mg, microgranules à libération prolongée en gélule - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61227030&typedoc=R>
2. Brisacier AC. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes » Mise à jour septembre 2020. OFDT. 2020;21.
3. Jegu J, Gallini A, Soler P, Montastruc JL, Lapeyre-Mestre M. Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. juin 2011;71(6):832-43.
4. Klimas J, Gorfinkel L, Giacomuzzi SM, Ruckes C, Socías ME, Fairbairn N, *et al*. Slow release oral morphine versus methadone for the treatment of opioid use disorder. *BMJ Open*. 2 avr 2019;9(4):e025799.
5. Busch M, Klein C, Uhl A, Haltmayer H, Cabanis M, Westenberg JN, *et al*. Retention in the Austrian opioid agonist treatment system: a national prospective cohort study. *Harm Reduct J*. 24 févr 2021;18(1):25.
6. Hämmig R, Köhler W, Bonorden-Kleij K, Weber B, Lebentrau K, Berthel T, *et al*. Safety and tolerability of slow-release oral morphine versus methadone in the treatment of opioid dependence. *J Subst Abuse Treat*. oct 2014;47(4):275-81.
7. Eder H, Jagsch R, Kraigher D, Primorac A, Ebner N, Fischer G. Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addict Abingdon Engl*. août 2005;100(8):1101-9.
8. Falcato L, Beck T, Reimer J, Verthein U. Self-reported cravings for heroin and cocaine during maintenance treatment with slow-release oral morphine compared with methadone: a randomized, crossover clinical trial. *J Clin Psychopharmacol*. avr 2015;35(2):150-7.
9. Cadet-Taïrou A, Gandilhon M. L'usage de sulfate de morphine par les usagers de drogues en France : tendances récentes (2012-2013). 2013;17.
10. Morel A, Couteron JP. Aide-mémoire - Addictologie: en 47 notions. Chapitre 39. Les traitements de substitution des opiacés. In: Dunod. 2019. p. 525-42.
11. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Héroïne: fiche drogue. [Internet]. [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/heroin\\_fr](https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/heroin_fr)
12. Neurobiologie de la dépendance [Internet]. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <http://acces.ens-lyon.fr/biotic/neuro/drogues/html/dependance.htm>

13. Marillier M, Gaulier JM. Morphiniques : points essentiels de pharmacologie. *Alcoologie Addictologie*. 30 juin 2019;41(2):99-111.
14. Haute Autorité de Santé (HAS). Diagnostic du trouble de l'usage d'opioïdes - Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2022 [cité 12 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3215131/fr/bon-usage-des-medicaments-opioides-antalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-surdoses](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-medicaments-opioides-antalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-surdoses)
15. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Opioid-related deaths [Internet]. LU: Publications Office; 2021 [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/818798>
16. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug report 2022: trends and developments. [Internet]. LU: Publications Office; 2022 [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/75644>
17. Principaux résultats enquête DRAMES 2020 - Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances [Internet]. Addictovigilance. 2020 [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: <https://addictovigilance.fr/programmes-dobservation/drames/>
18. Fédération Française d'Addictologie, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Textes des recommandations. 2004. 57 p. (Conférence de consensus, Lyon).
19. OPPIDUM : Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse [Internet]. Addictovigilance. 2021 [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: <https://addictovigilance.fr/programmes-dobservation/oppidum/>
20. The Global State of Harm Reduction 2022 [Internet]. Harm Reduction International. [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: <https://hri.global/flagship-research/the-global-state-of-harm-reduction/the-global-state-of-harm-reduction-2022/>
21. France, Country Drug Report 2018 | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) [Internet]. 2018 [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2018/france\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2018/france_en)
22. Traitement par agonistes opioïdes : synthèse des lignes directrices canadiennes sur le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes [Internet]. [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.camh.ca/fr/info-sante/guides-et-publications/canadian-opioid-use-disorder-guideline>
23. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug report 2019: trends and developments. [Internet]. LU: Publications Office; 2019 [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/191370>

24. Ehrenberg A. Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques. *Communications*. 1996;(n°62):5-26.
25. Jauffret-Roustide M. Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. *Rev Lacanienne*. 2009;n° 5(3):109-18.
26. Coppel A. In: *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques Chapitre 1 : Aller à la rencontre des usagers de drogues. La découverte*; 2002. p. 56-68.
27. Article L3411-6 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. 2016 [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031917457](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031917457)
28. ANSM. État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques [Internet]. ANSM. 2019 [cité 23 mai 2023]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/antalgiques-opioides-lansm-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-france>
29. Peyriere H, Nogue E, Eiden C, Frauger E, Charra M, Picot MC, *et al.* Evidence of slow-release morphine sulfate abuse and diversion: epidemiological approaches in a French administrative area. *Fundam Clin Pharmacol*. oct 2016;30(5):466-75.
30. Profils et pratiques des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD en 2015 - OFDT [Internet]. [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/etudes-et-recherches/2018/profils-et-pratiques-des-usagers-de-drogues-rencontres-dans-les-caarud-en-2015/>
31. Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville, Direction générale de la santé, Girard JF. Note d'information DGS/685 du 27 juin 1996 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes. 1996.
32. Comité Psychotropes, stupéfiants et addictions - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/L-ANSM/Comites-scientifiques-permanents/Comites-scientifiques-permanents/Les-comites-scientifiques-permanents/Comite-Psychotropes-stupefiants-et-addictions>
33. Smith JA, Flowers P, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis and the psychology of health and illness. In: Yardley L, éditeur. *Material Discourses of Health and Illness*. 1997. p. 68-91.
34. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychol Fr*. déc 2017;62(4):373-85.
35. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. déc 2007;19(6):349-57.

36. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
37. Trimbur M, Plancke L, Sibeoni J. Réaliser une étude qualitative en santé : guide méthodologique. Lille: Fédération régionale de recherche en psychiatrie et en santé mentale Hauts-de-France; 2021. 31 p.
38. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Wolters Kluwer. 2021. 192 p.
39. Calderon C, Soletti J, Gaigi H. Attentes des usagers de drogue concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés. Paris: AIDES; 2002. 51 p.
40. Guillou Landreat M, Dany A, Challet Bouju G, Laforgue EJ, Cholet J, Leboucher J, *et al.* How do people who use drugs receiving Opioid Medication Therapy perceive their treatment? A multicentre study. *Harm Reduct J.* 28 mars 2022;19(1):31.
41. Guillou Landreat M, Rozaire C, Vigneau Victorri C, Grall-Bronnec M. Représentation des traitements de substitution aux opiacés et de leur arrêt. Regards croisés patients/médecins. *Psychotropes.* 2013;19(2):23-44.
42. Langlois E. Les traitements de substitution vus par les patients: quels sont les enseignements de leur expérience? 2011;153.
43. Galiano-Mutschler D. Intérêts et limites du sulfate de morphine à libération prolongée par voie orale comme traitement de substitution aux opiacés: étude qualitative à partir de 16 entretiens de patients français [Thèse méd.]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2017.
44. Charrier L, Yajjou N. Expériences d'utilisateur.s de sulfate de morphine à visée substitutive: poison ou remède ? [Thèse méd.]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.
45. Verholleman A. Place de la morphine à action prolongée dans la réduction des risques et des dommages en addictologie [Thèse méd.]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2019.
46. Jauffret Roustide M. Du point de vue des usagers, quels sont les effets, les bénéfiques et les difficultés suscités par les TSO ? *Alcoologie Addictologie.* 2004;26:328S-35S.
47. Moazen-Zadeh E, Ziafat K, Yazdani K, Kamel MM, Wong JSH, Modabbernia A, *et al.* Impact of opioid agonist treatment on mental health in patients with opioid use disorder: a systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 4 mai 2021;47(3):280-304.

48. Verthein U, Beck T, Haasen C, Reimer J. Mental symptoms and drug use in maintenance treatment with slow-release oral morphine compared to methadone: results of a randomized crossover study. *Eur Addict Res.* 2015;21(2):97-104.
49. Grall-Bronnec M, Laforgue EJ, Challet-Bouju G, Cholet J, Hardouin JB, Leboucher J, *et al.* Prevalence of Coaddictions and Rate of Successful Treatment Among a French Sample of Opioid-Dependent Patients With Long-Term Opioid Substitution Therapy: The OPAL Study. *Front Psychiatry.* 17 oct 2019;10:726.
50. Lehmann K, Kuhn S, Baschiroto C, Jacobsen B, Walcher S, Görne H, *et al.* Substitution treatment for opioid dependence with slow-release oral morphine: Retention rate, health status, and substance use after switching to morphine. *J Subst Abuse Treat.* août 2021;127:108350.
51. Stenbacka M, Beck O, Leifman A, Romelsjö A, Helander A. Problem drinking in relation to treatment outcome among opiate addicts in methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Rev.* 2007;26(1):55-63.
52. Guichard A, Caldéron C, Maguet O. Du point de vue des usagers, quels sont les effets, les bénéfiques et les difficultés suscitées par les traitements de substitution aux opiacés ? In : *Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution.* *Alcoologie Addictologie.* 15 déc 2004;26(4S):61S-74S.
53. Roux P, Mezaache S, Briand-Madrid L, Debrus M, Khatmi N, Maradan G, *et al.* Profile, risk practices and needs of people who inject morphine sulfate: Results from the ANRS-AERLI study. *Int J Drug Policy.* sept 2018;59:3-9.
54. Roux P, Debrus M, Rojas Castro D, Bladou F, Suzan-Monti M, Avril E, *et al.* De la recherche communautaire à la transformation sociale : l'exemple du projet ANRS-AERLI sur l'accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection. *Psychotropes.* 2017;23(2):57-72.
55. Griffith CC, Raval JS, Nichols L. Intravascular Talcosis due to Intravenous Drug Use Is an Underrecognized Cause of Pulmonary Hypertension. *Pulm Med.* 2012;2012:617531.
56. Roberts WC. Pulmonary talc granulomas, pulmonary fibrosis, and pulmonary hypertension resulting from intravenous injection of talc-containing drugs intended for oral use. *Proc Bayl Univ Med Cent.* juill 2002;15(3):260-1.
57. Noël L, Dubé PA, Tremblay PY. Matériel d'injection : réduire les risques chez les injecteurs de médicaments opioïdes | *Toxicologie clinique.* INSPQ. 2015.
58. Strang J, Metrebian N, Lintzeris N, Potts L, Carnwath T, Mayet S, *et al.* Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial. *Lancet Lond Engl.* 29 mai 2010;375(9729):1885-95.

59. Fischer B, Rehm J, Kirst M, Casas M, Hall W, Krausz M, *et al.* Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. *Eur J Public Health.* sept 2002;12(3):228-34.
60. Metrebian N, Groshkova T, Hellier J, Charles V, Martin A, Forzisi L, *et al.* Drug use, health and social outcomes of hard-to-treat heroin addicts receiving supervised injectable opiate treatment: secondary outcomes from the Randomized Injectable Opioid Treatment Trial (RIOTT). *Addict Abingdon Engl.* mars 2015;110(3):479-90.
61. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. New heroin-assisted treatment — recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond:EMCDDA Insights. [Internet]. LU: Publications Office; 2012 [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/50141>

# Annexes

## Annexe 1 : Critères diagnostiques du TUO selon la classification DSM-5

Mode d'utilisation inadapté d'opioïdes conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. Les opioïdes sont souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation d'opioïdes ;
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir des opioïdes, utiliser des opioïdes ou récupérer de leurs effets ;
4. *Craving* ou une envie intense de consommer des opioïdes ;
5. Utilisation répétée d'opioïdes conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ;
6. Utilisation d'opioïdes malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets des opioïdes ;
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation d'opioïdes ;
8. Utilisation répétée d'opioïdes dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
9. L'utilisation des opioïdes est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance ;
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - a) besoin de quantités notablement plus fortes d'opioïdes pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
  - b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité d'opioïdes ;
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a) syndrome de sevrage aux opioïdes caractérisé (cf. diagnostic du syndrome de sevrage aux opioïdes),
  - b) les opioïdes (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Présence de 2 à 3 critères : trouble de l'usage d'opioïdes léger

Présence de 4 à 5 critères : trouble de l'usage d'opioïdes modéré

Présence de 6 critères ou plus : trouble de l'usage d'opioïdes sévère

Annexe 2 : Circulaire Girard



PARIS, le 27 JUIN 1996

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Ministère du Travail et des  
Affaires Sociales

6 8 5 - - - . . 4

à  
Messieurs les Préfets de Région  
Direction Régionale des Affaires  
Sanitaires et Sociales

Messieurs les Préfets de Département  
Direction départementale des Affaires  
Sanitaires et Sociales

NOTE D'INFORMATION

OBJET : Traitement de substitution pour les toxicomanes.

Réf : Note d'information des 15 février et 14 décembre 1995.

Circulaire du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.

Conformément à mes notes citées en référence, je vous rappelle que la poursuite de traitements utilisant le sulfate de morphine, dans le cadre de traitement de substitution, n'est tolérée que jusqu'au 30 juin 1996 pour assurer un relais par les médicaments validés pour cette indication : la METHADONE et le SUBUTEX.

Cependant à titre exceptionnel, en cas de nécessité thérapeutique (contre-indications, inadaptation des traitements à la METHADONE et au SUBUTEX aux besoins des patients), lorsque l'état du patient l'impose, la prescription de médicaments utilisant le sulfate de morphine à des seules fins de substitution, peut être poursuivie après concertation entre le médecin traitant et le médecin conseil, conformément aux dispositions de l'article L 324-1 du code de la sécurité sociale.

L'ordonnance extraite du carnet à souches devra porter la mention manuscrite : "concertation avec le médecin conseil".

Le comité départemental de suivi des traitements de substitution sera informé du nombre de patients concernés.

Enfin, je vous rappelle qu'en aucun cas, le PALFIUM ne doit être prescrit comme traitement de substitution.

Je vous remercie de votre collaboration active et vigilante.

*Le Directeur Général de la Santé*

*J. Girard*

Jean-François GIRARD

8, avenue de Ségur - 75350 Paris 07 SP - Tél. : (1) 45 62 40 00 - Télécopie : (1) 45 62 43 54

MINISTÈRE DU TRAVAIL  
ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Sous-Direction de la Santé  
des Populations

Bureau SP3

6089 - - - /SP3

Personne chargée du dossier :

Coëlle VOISIN

Tél: 46.62.45.27

Tax: 46.62.45.32

teorpha

REPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 28 JUIN 1996

8, avenue de Ségur - 75350 PARIS SP  
Tél. 46 62 40 00

Monsieur le Médecin Conseil National,

Une concertation entre nos services a permis d'établir une procédure encadrant les prescriptions de sulfate de morphine à des fins de substitution. Je vous prie de trouver ci-joint, pour communication aux médecins conseils des Caisses d'assurance maladie, copie de la note retraçant cette procédure.

Ainsi que l'indique cette note, la prescription de sulfate de morphine à des fins de substitution peut être indiquée dans certains cas. Je vous précise que ces cas concernent :

- d'une part, certaines femmes enceintes qui ne parviennent pas à se sevrer totalement, pour éviter un risque de souffrance in utero. De plus, la demi-vie du sulfate de morphine étant très inférieure à celle de la méthadone, la durée du sevrage de l'enfant est minorée ;
- d'autre part, certains toxicomanes relativement bien insérés socialement, qui privilégient l'aspect agoniste des opiacés et pour lesquels les tentatives de substitution par la méthadone ont échoué pour des raisons sociales (contraintes liées à la méthadone trop lourdes) ou psychologiques (réfutation de la méthadone en raison d'une représentation subjective fortement négative).

Vous remerciant pour votre collaboration, je vous prie d'agréer, Monsieur le Médecin Conseil National, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour le Ministre et par délégation  
Le Directeur Général de la Santé,

*J. Girard*

Jean-François GIRARD

Monsieur BENECHÉ  
Médecin Conseil National  
CNAMTS ENSM  
66, avenue du Maine  
75 694 PARIS cedex 14



## PROTCOLE SKENAN CONDITIONS DE DELIVRANCE

### ***Pourquoi ?***

Donner accès à ce traitement lorsqu'il est jugé nécessaire.  
Garantir aux équipes un accompagnement sécurisé pour tous.  
Les usagers de « Skenan de rue », ont des pratiques qui sont souvent à haut risque physique et social. L'accompagnement proposé par l'équipe vise à réduire ces risques. Le sulfate de morphine est un traitement qui comporte des risques lorsqu'il est détourné. Une évaluation psycho-sociale et médicale complète est nécessaire.

### ***Qui est concerné par cette procédure ?***

Les IDE  
L'ensemble de l'équipe  
Les usagers sous protocole Skenan

### ***Où ?***

Dans les locaux sur rendez-vous

### ***Quand ?***

Aux horaires d'ouverture

### ***Comment ?***

Les RDV de délivrance se font sur RDV uniquement et non sur le collectif.  
La délivrance est journée incluse.  
Il n'y aura pas de chevauchement possible.  
En cas de départ ou voyage un aménagement de la délivrance est possible s'il est anticipé.  
En cas de perte ou de vol du traitement, sur présentation d'une déclaration de perte/vol, **pour un premier événement une délivrance quotidienne sera envisagée.**  
**Si plusieurs épisodes se produisent, pas de délivrance et co-entretien avec un autre référent (médecin, TS, psycho ou CDS), dans la semaine si possible.**  
Dès que le cadre n'est pas respecté (venue à un autre moment que le RDV programmé, oubli RDV médical ou de délivrance, prise du traitement par injection sur les lieux) nommer les faits, **proposer un autre RDV infirmier et délivrer jusqu'à ce RDV.**  
S'il y a de nouveau non respect du cadre un co-entretien est organisé (délivrance jusqu'au co-entretien) pour reprendre le cadre et évaluation des événements ayant conduit au non respect du cadre. Évaluation si une adaptation temporaire des horaires, du rythme, ou autre. Possibilité d'adaptation par le groupe de référent et si besoin valider en réunion Skenan.

### **Conditions d'arrêt du protocole**

- Si l'utilisateur en fait la demande.
- Le protocole pourra être suspendu à tout moment en cas de non-respect du règlement de la structure. Un autre traitement pourra être proposé mais pas nécessairement dans la structure.
- Au moment de l'évaluation des objectifs définis dans le DIAMS (tous les 3/6 mois).
- La poursuite du traitement par sulfate de morphine ne pourra pas se faire avec un médecin généraliste. Il pourra se faire dans un autre CSAPA, le tout en accord avec le médecin conseil de la CPAM.

### **Évaluation psycho-sociale**

- 1 - Présentation de l'utilisateur
- 2 - Dommages sociaux et psychologiques décrits par l'utilisateur en lien avec l'utilisation de « sulfate de morphine de rue »
- 3 - Droit commun : Sécurité sociale/complémentaire, Banque, Identité, CAF
- 4 - Budget : Type de revenu, Dettes, Dettes de consommation, Revenus autres, Dépenses.
- 5 - Logement : Type, Salubrité, Nombre de personne
- 6 - Professionnel : Études, Formations, Expériences, Besoins, Projets
- 7 - Judiciaire : Arrestations, Permis, Incarcérations
- 8 - En quoi le traitement et l'accompagnement peuvent être un levier au changement /projet ?
- 9 - Quels sont les partenaires sociaux et locaux pouvant être intéressants (pour les professionnels) ?
- 10 - Liens sociaux et familiaux
- 11 - Tempérament : Recherche de trouble du comportement. Exemple : est ce que vous éprouvez des difficultés à maîtriser un comportement violent ? Troubles anxieux ?
- 12 - Avez vous des centres d'intérêt autres ?
- 13 - Bilan de l'évaluation

### **Évaluation médicale**

- 1 - Histoire des Opiacés
- 2 - Expériences des autres traitements de substitution
- 3 - Expérience de la substitution par sulfate de morphine
  - Première rencontre
  - Temps sous cette substitution
  - Type de prise (oral ou injecté) et nombre de prise par jour
  - Dosage pris quotidiennement, dose minimale nécessaire
  - Bénéfices par rapport aux autres traitements
- 4 - Projet par rapport à ce traitement  
Traitement par sulfate de morphine seul / Co-prescription de méthadone / Passage progressif à une voie orale, but d'arrêter les injections / Diminution progressive des doses avec passage sur un autre TSO / Diminution progressive des doses sans autre TSO / N'envisage pas d'arrêt pour le moment
- 5 - Évaluation des autres Produits (Fréquence et/ou dose, Mode de consommation, Projet)  
Alcool, Cannabis, Cocaïne, Tabac, Autre
- 6 - Médical :
  - ATCD médicaux, chirurgicaux
  - ATCD de complication lié à l'injection (abcès, thrombo-phlébite, endocardite...)
  - ATCD d'infection virale et dernier dépistage

- ATCD d'accident lié à une polyconsommation ou surconsommation (overdose, coma, malaise.)

- ATCD psychiatrique

7 - Examen clinique complet en particulier :

Poids/BMI

Examen cardiaque : rechercher un souffle, TA, si haute dose de morphine ou méthadone, ou consommation importante d'alcool : consultation cardiaque avec ECG peut être proposé.

Examen pneumologique : recherche de critère en faveur IR chronique ou BPCO, peakflow ? En cas de doute, une évaluation pneumologique peut être proposée avant la mise en route du traitement.

Examen des points d'injection.

Évaluation psychiatrique : recherche de trouble non stabilisé (psychotique ou de l'humeur) recherche de d'éléments en faveur d'un trouble de la personnalité. Évaluation psychiatrique peut être proposée avant la mise en place du traitement. Biologie complète proposée.

8 - Mise en place du traitement

Prérogatives : Bandelette urinaire positif aux opiacés

Doses d'initialisation :

Méthodologie similaire à un traitement de substitution classique :

Equivalence retenue : 40 mg de méthadone = 120 mg de Sulfate de morphine

Gélules de Skenan existent en 60mg, 100mg et 200mg

Les pratiques d'injections sont principalement sur des gélules de 100 mg et 200 mg

Les doses consommées dans la rue sont rarement les mêmes quotidiennement. Il s'agit donc d'avoir la dose minimale nécessaire.

Proposition d'adaptation des doses :

D1 : 100 mg

D2 : 160 mg

D3 : 200 mg

D4 : 260 mg

Paliers d'augmentation des doses :

Entre 2 dosages un palier d'une semaine a été proposé.

Les modifications de doses sont faites durant les co-consultations médicale et paramédicale mais peuvent aussi être discuté avec l'ensemble des référents de l'usager (les discours étant parfois différents)

S'il existe des pratiques d'injection : un TROD ou un bilan sérologique sera proposé tous les 3 à 6 mois. A tout moment un dépistage urinaire pourra être proposé.

## Annexe 4 : Formulaire de consentement

### **Formulaire d'Information et de Consentement à l'intention des intervenants**

-

#### **Vécu et attentes des usagers d'opioïdes sous sulfate de morphine pris en charge dans un CSAPA**

-

Investigateur à l'étude : Violaine BESSY, étudiante en médecine générale.

Directeur de thèse : Dr Jean-Yves PANICI

Promoteur : Faculté de Médecine de Nantes, Département de Médecine Générale.

Je suis médecin généraliste remplaçant, rattachée à l'université de Nantes. Dans le cadre de ma thèse de fin d'études, je m'intéresse au vécu et aux attentes des usagers de sulfate de morphine, qui sont inclus dans le protocole Skenan à la Rose des Vents, CSAPA de Saint Nazaire.

L'objectif principal de mon travail est de comprendre quel est/a été votre vécu dans le protocole Skenan et quelles sont vos attentes concernant votre prise en charge.

Les entretiens seront enregistrés, puis retranscrits à l'écrit. Toutes les données seront anonymisées et soumises au secret professionnel. Les enregistrements audio seront ensuite effacés. Vous avez la liberté de refuser de participer à cette étude à tout moment, sans que cela ait d'impact sur la suite de votre suivi à la Rose des Vents. Vous avez également la liberté de ne pas répondre à certaines questions, sans avoir à vous justifier.

Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment et ceci sans avoir à vous justifier. Dans ce cas, les données obtenues avant que votre consentement n'ait été retiré pourront être utilisées, sauf opposition expresse de votre part. Les données recueillies après le retrait de votre consentement ne seront pas utilisées pour cette recherche.

Merci beaucoup pour votre attention et pour votre collaboration à cette recherche.

Je soussigné(e)..... , consens librement à participer à la recherche intitulée : « Vécu et attentes des usagers d'opiacés sous sulfate de morphine pris en charge dans un CSAPA ».

J'ai pris connaissance du formulaire et je comprends le but, la nature, les avantages et les inconvénients du projet de recherche.

Fait à :

Le :

Signature :

Annexe 5 : Questionnaire d'ordre socio-démographiques et informations concernant le protocole et les consommations

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

- Age :
- Sexe :
- Célibataire/en couple :
- Enfants :
- Entourage familial :
- Logement:
- Profession :
- Revenu :
  
- Age d'entrée dans la consommation :
- Durée de consommation du Skenan :
- Voie initiale :
  
- Année d'entrée dans le protocole Skenan :
- Posologie quotidienne actuelle de Skenan :
- Voie d'administration : PO ou IV ou les deux :
- Autre traitement de substitution associé :
- Autres médicaments :
  
- Autres consommations :

## Annexe 6 : Guide d'entretien

### GUIDE D'ENTRETIEN

*Je souhaite tout d'abord vous remercier du temps que vous me consacrez. Je suis étudiante en médecine générale, si je vous vois aujourd'hui c'est parce que je fais une thèse sur la substitution aux opioïdes par le sulfate de morphine. J'aurai besoin que vous me parliez de votre expérience avec ce traitement.*

*Pour cela, je vous poserai quelques questions auxquelles vous serez libre de répondre ou non. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Je ne suis pas là pour juger vos réponses, je suis là pour vous entendre et essayer de comprendre au mieux votre expérience.*

*Si vous le voulez bien, les entretiens seront enregistrés afin que je puisse les écouter et les retranscrire. Ils resteront bien sûr confidentiels et les résultats seront anonymes.*

#### **1. Pouvez-vous me raconter ce qui vous a amené au départ à la Rose des vents ?**

##### Relances :

- Parcours addictif, parcours dans la substitution (rue, MG, hôpital, cures...)
- Qu'est-ce qui vous a conduit à débiter la substitution ? Qu'en attendiez-vous au départ ?

#### **2. A quelle occasion avez-vous fait votre première expérience avec le Skenan ?**

#### **3. Qu'attendiez-vous du Skenan au départ ? Et maintenant ?**

- Qu'attendez-vous du Skenan ? (diminuer le manque, procuration de plaisir, étape vers le sevrage... ?) Quelle différence avec l'héroïne ?

#### **4. Avez-vous des craintes concernant le Skenan ou la substitution en général ?**

#### **5. Quelle est l'importance de l'injection pour vous ? Avez-vous des craintes concernant l'injection ?**

#### **6. Concernant le protocole Skenan, pouvez-vous me raconter ce qui vous a le plus aidé ? Et ce qui n'a pas fonctionné ?**

##### Relances :

- Qu'en attendiez-vous au départ ? Et maintenant ?
- Quelles difficultés et obstacles avez-vous rencontrés dans ce protocole ?

#### **7. Avez-vous un projet actuellement qui vous tient à cœur ?**

- Comment imaginez-vous l'avenir ? (vis-à-vis du Skenan, de la substitution?)

#### **8. Voulez-vous me parler d'autre chose qu'on n'aurait pas abordé ? Qu'avez-vous pensé de cet entretien ?**

**NOM : BESSY**

**PRENOM : VIOLAINE**

**Titre de thèse : Vécu et attentes des usagers d'opioïdes sous sulfate de morphine pris en charge dans un CSAPA**

---

## **RESUME**

**Introduction :** De nos jours, sur le plan législatif, le sulfate de morphine (SdM) n'a pas en France d'autorisation de mise sur le marché en tant que médicament de substitution aux opioïdes (MSO). Cependant, le SdM reste une option pharmacologique destinée aux personnes qui souffrent d'un trouble de l'usage aux opioïdes sévère et réfractaire à la méthadone et à la buprénorphine. Afin de cadrer la prescription du SdM, certains centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ont établi un protocole de dispensation du SdM. L'objectif principal de cette recherche était de comprendre le vécu des usagers inclus dans ce protocole et de savoir quelles étaient leurs attentes concernant leur prise en charge.

**Méthode :** Recherche qualitative avec réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de patients usagers ou anciens usagers de sulfate de morphine (SdM) à libération prolongée qui étaient inclus ou avaient été inclus dans le protocole du CSAPA de Saint-Nazaire.

**Résultats:** Dix entretiens ont été réalisés entre février et septembre 2022. Le sulfate de morphine, délivré dans le cadre du protocole, répondait aux principales attentes des usagers vis-à-vis d'un traitement de substitution. Ces attentes étaient le soulagement du manque, la diminution du craving et la prévention des rechutes pour l'héroïne. L'inclusion dans le protocole permettait une stabilité nécessaire à la réinsertion sociale et parfois professionnelle. Cependant, un cadre thérapeutique trop strict pouvait favoriser des ruptures dans le suivi et impacter la relation de soin. Souvent stigmatisés dans leur parcours de soin, les usagers étaient dans l'attente d'une relation de confiance, empathique et bienveillante. La problématique liée à l'injection restait majeure à travers le discours des usagers.

**Conclusion :** Le parcours de soin au sein du protocole, vécu comme long et progressif, permettait aux usagers de tendre d'un trouble de l'usage aliénant vers un changement de statut dans lequel ils acquéraient autonomie et stabilité.

---

## **MOTS-CLES**

*Trouble de l'usage aux opioïdes, Médicament de substitution aux opioïdes, Sulfate de morphine, Vécu, Recherche qualitative*