

LES OPIACÉS

Les opiacés constituent une famille de produits dérivés de l'opium, substance provenant de la culture du pavot. La morphine (ou sulfate de morphine) est le produit de référence de cette famille. Le terme opiacés désigne aujourd'hui l'ensemble des substances ayant un effet de type morphinique [52].

En France, les opiacés désignent diverses catégories de produits, à commencer par les substances illicites, produites clandestinement, telles que l'héroïne, l'opium ou le rachacha. Mais il existe également une gamme de médicaments à base d'opiacés caractérisés par deux grands types d'utilisation : les médicaments indiqués dans le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres analgésiques (codéine, sulfates de morphine), les médicaments de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine haut dosage ou BHD, commercialisée jusqu'en 2005 uniquement sous l'appellation Subutex®).

Depuis l'introduction des traitements de substitution aux opiacés, au cours de la seconde moitié des années quatre-vingt-dix, il est difficile de se référer à l'évolution d'un produit sans prendre en compte celle des autres opiacés. Cette interdépendance est essentiellement à l'œuvre entre l'héroïne et la BHD, laquelle semble en effet avoir exercé une influence paradoxale sur la consommation d'héroïne. D'une part, la facilité d'accès aux médicaments de substitution (dans un cadre thérapeutique ou sur le marché parallèle) a jusqu'à maintenant permis de maîtriser la demande d'héroïne mais, dans le même temps, la BHD a favorisé la venue de nouveaux usagers vers l'héroïne. Recrutés essentiellement parmi les primo-usagers⁵¹ de BHD, ceux-ci ont cherché à expérimenter l'héroïne, perçue dans certains sites comme un produit mythique. « Protégée » par la substitution et désormais occa-

51. Primo-usagers de BHD : usagers qui consomment de la BHD sans avoir consommé d'autres opiacés auparavant.

sionnelle, la prise d'héroïne peut revêtir pour certains un aspect festif ou récréatif. Ainsi, la BHD semble avoir « asséché » un temps la demande d'héroïne tout en l'alimentant à la marge, empêchant par là même sa disparition totale.

Aujourd'hui, il apparaît que l'évolution des marchés et notamment le retour de la disponibilité de l'héroïne à un niveau significatif est actuellement en train de redistribuer les cartes : l'héroïne redevient un produit consommé en première intention par de jeunes consommateurs, dans un usage qu'ils pensent pouvoir maîtriser avec ou sans les substituts. Dans d'autres cas, elle peut également apparaître comme le substitut permettant d'arrêter un usage de BHD ou de méthadone perçu comme plus contraignant. La plus forte disponibilité de l'héroïne semble ainsi renvoyer d'avantage la BHD, lorsque son usage n'est pas thérapeutique, à son statut de « drogue du pauvre ».

Ainsi, l'usage des opiacés, pris dans leur ensemble, n'a jamais vraiment décru en France, alors que les conséquences de cet usage ont, par de nombreux aspects, largement diminué.

L'HÉROÏNE

L'héroïne est un opiacé synthétisé en 1874 à partir de la morphine, elle-même produite à partir du pavot. En France, elle se présente sous deux formes chimiques : chlorhydrate (la blanche ou thai, baïda etc.), assez rare ; base (la brune), beaucoup plus disponible. Cette dernière est également nommée brune, marron, brown sugar, rabla, kabla, manou, chmak, bourrin, drepou, meca, meu, dope... Beaucoup plus puissant que l'effet de la morphine, celui de l'héroïne consiste en un état d'euphorie et de plaisir, d'autant plus intense et bref que l'héroïne parvient rapidement au cerveau (flash de l'injection), suivi d'un effet sédatif, d'une diminution de l'anxiété ou du mal-être. Son usage entraîne très fréquemment une forte dépendance physique et psychique. Elle est classée comme stupéfiant.

Données de cadrage

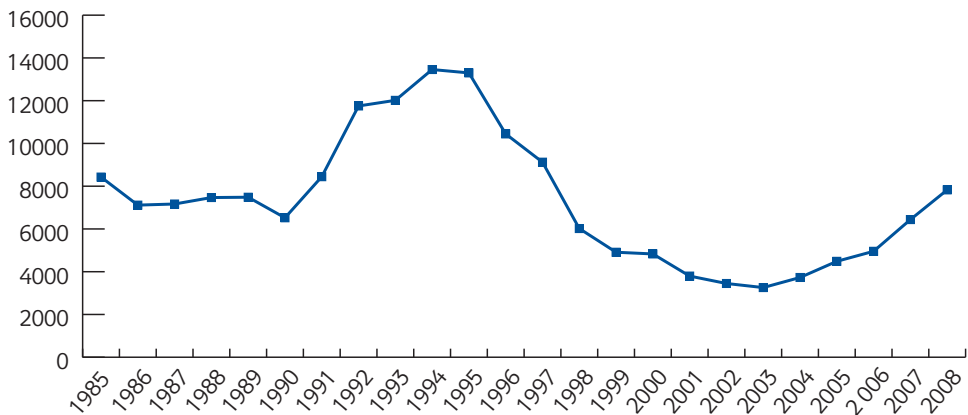
Le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois dans la vie) de l'héroïne en population générale en France est faible et reste stable depuis les années quatre-vingt-dix. Chez les personnes âgées de 18 à 64 ans, l'expérimentation ne dépasse pas 0,9 % en 2005 et l'usage au cours de l'année, 0,1 %. C'est chez les 18-25 ans que l'on trouve la part d'usagers au cours de l'année la plus élevée, soit 0,4 % [7]. En 2008, parmi les jeunes âgés de 17 ans, la fréquence de l'expérimentation de l'héroïne s'élève à 1,1 % (0,8 % chez les filles et à 1,4 % chez les garçons). Elle connaît ainsi une augmentation de 56 % par rapport à celle mesurée en 2003 [53].

En 2008, les interpellations pour usage s'élèvent à 7 827, soit une hausse de 21 % par rapport à l'année précédente. Ce nombre a été multiplié par pratiquement 2,5 depuis 2003, après une chute continue depuis le milieu des années quatre-vingt-dix.

En 2008, 3 792 interpellations pour trafic ou revente ont été réalisées (+ 28 % par rapport à 2007, + 117 % depuis 2003) [9].

Dans le même temps, les quantités d'héroïne saisies par les forces de l'ordre continuent à augmenter (+ 7,8 % par rapport à 2007) après une croissance brutale entre 2005 et 2006 (+ 40 %) qui avait créé une inflexion sur une courbe déjà croissante depuis 1999. En effet, entre 1999 et 2008, la quantité d'héroïne saisie a été multipliée par près de 5,5 [9, 54]. En 2008, les quantités saisies s'élèvent à 1 117 kg dont 53 % sont destinées au marché français (part supérieure à celles des années précédentes) [9, 54]. La France est, en effet, également un pays de transit pour les marchés anglais surtout, mais aussi espagnol, italien ou portugais.

Graphique 7 - Évolution du nombre d'interpellations pour usage simple d'héroïne entre 1985 et 2008



Source : données OCRTIS, traitement OFDT

LA SITUATION

Marché

Le marché européen de l'héroïne est dominé par la production afghane qui représente plus de 90 % des quantités produites (voir données de cadrage). La quantité destinée à la France est, en 2008, la plus haute (600kg) jamais atteinte. Les grossistes qui approvisionnent directement la France sont localisées aux Pays Bas et en Belgique [9, 41].

Au plan local, l'héroïne est restée pendant presque dix ans, depuis le développement des traitements de substitution, peu disponible et/ou peu visible. Cette situation s'était traduite par la quasi-disparition des scènes ouvertes de deal et la conversion des petits trafiquants vers la vente, plus lucrative, de cocaïne.

À partir de 2004, la disponibilité de l'héroïne a eu tendance à augmenter légèrement, ici ou là, en dépit d'une accessibilité toujours difficile. S'en procurer nécessitait en effet de recourir à des réseaux de deal opérant plutôt dans des lieux privés. L'année 2006 a vu la situation évoluer plus nettement vers un accroissement de sa disponibilité voire, sur certains sites, de son accessibilité. Les années 2007 et 2008 voient ce phénomène s'amplifier (voir phénomènes marquants) à l'exception du site marseillais qui connaît une situation particulière du point de vue de la gamme des produits consommés.

En milieu festif, l'héroïne n'apparaît disponible que dans les événements alternatifs, free parties et teknivals à l'exception de Lille où elle y demeure très rejetée. Elle resterait absente du secteur commercial dans lequel les patrons d'établissement exerceraient un contrôle soutenu. Le coordinateur Parisien mentionne que son prix serait en baisse dans ces événements (entre 40 et 50 € le gramme) [9, 42].

L'héroïne brune est largement plus disponible que la blanche (94 % des saisies en 2007 selon l'OCRTIS). La part de l'héroïne blanche diminue dans les saisies depuis l'année 2005 où elle atteignait 13 % [55].

L'héroïne dite « brune » a en réalité des couleurs variables allant du blanc cassé au marron en passant parfois par le gris et le rose. Le taux moyen de pureté de l'héroïne brune saisie ne dépasse pas 12 % et 46 % des échantillons saisis contiennent moins de 5 % de produits actifs [9]. L'enquête SINTES-héroïne menée par le réseau SINTES en 2007 retrouve un résultat identique. En outre, dans 7 % des échantillons analysés dans cette étude (N=369), l'héroïne ou ses résidus de synthèse sont en si faible quantité qu'ils ne peuvent être dosés [40].

Le taux moyen a connu une légère mais constante hausse depuis 2003 (où le taux moyen était autour de 10 %). Cette tendance semble inversée en 2008 du fait d'une légère augmentation de la part des échantillons contenant moins de 10 % d'héroïne, et d'une faible diminution de la part des héroïnes dosées à plus de 30 % parmi les produits de saisie analysés [56].

Alors que jusqu'en 2007, le discours dominant faisait état d'une qualité d'héroïne de plus en plus médiocre, un discours « positif » sur la qualité émerge en 2008. Il ne concerne pas la totalité de la gamme des produits disponibles mais il témoigne du fait que désormais, si l'on dispose du réseau et des moyens financiers adéquats, « *on peut trouver de l'héroïne de bonne qualité* » (Marseille, Rennes, Metz.). Le rapport de Metz signale que le produit est alors désigné par le terme « points noirs » en référence à des points noirs visibles à l'œil nu qui seraient, selon

les usagers, des résidus d'opium [32]. Cependant, des analyses pratiquées dans le cadre d'une enquête mise en œuvre en 2007 (SINTES-héroïne) ne montrent pas toujours de concordance entre qualité perçue et pureté mesurée [40].

L'héroïne « blanche », d'une qualité qualifiée de supérieure, est présente uniquement dans certains sites, notamment certaines villes de la banlieue Parisienne situées dans les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis. Elle est signalée en 2008 à Rennes, accessible par un réseau très fermé. Cependant, elle reste rare et peu accessible du fait de l'extrême discrétion du trafic. Elle ne doit pas être confondue avec de l'héroïne « brune » parfois tellement coupée qu'elle en devient presque blanche. En effet, les produits de coupage sont composés essentiellement de poudre de caféine et de paracétamol qui sont elles même de couleur blanche [24, 57].

Cinquante-cinq pour cent des échantillons d'héroïne blanche saisis en 2008 présentent une pureté supérieure à 45 % et 33 % une pureté supérieure à 50 % [56].

Les produits de coupe retrouvés lors de l'analyse des saisies en 2008 sont essentiellement de la caféine, présente dans 96 % des échantillons, et du paracétamol (95 %), ce dernier étant en moyenne présent en quantité plus importante. Il entre en effet dans la composition du produit, pour une part allant de 40 % à 60 %, la caféine représentant de 20 % et 40 % du produit [56]. On trouve également des sucres (saccharose, mannitol, lactose, chacun dans 1 à 2 % des échantillons) [55]. En 2007 et 2008, aucun échantillon ne contient de griséofulvine, un antifongique retrouvé dans 4 % des saisies analysées en 2006 [9].

En 2008, le prix de l'héroïne le plus fréquemment rencontré se situerait à 42 € selon le dispositif de surveillance mis en place par l'OCRTIS [41] et à 45 € selon le dispositif d'observation TREND. Ce prix moyen connaît de très sensibles variations au cours des dernières années, mais s'inscrit néanmoins dans une tendance de stabilisation (45 € en 2006 et 42 € en 2007).

Ce constat national ne doit pas cacher des réalités plus complexes et des écarts de prix rencontrés entre les différentes régions. Des qualités très différentes peuvent être retrouvées dans les différents échantillons d'héroïne circulant ; la qualité étant partiellement corrélée au prix de vente. De plus, certaines régions, notamment du Nord de la France, enregistrent des prix inférieurs à la médiane nationale et des qualités supérieures. Des approvisionnements depuis les pays frontaliers expliquent en partie ce constat. À l'inverse, des villes comme Toulouse ou Bordeaux constatent des prix de vente au détail autour de 60 €, soit bien supérieur à la médiane nationale.

Ce prix au gramme ne donne toutefois qu'une vision imparfaite du prix réel de l'héroïne payé par les usagers. D'une part, un discours répandu des usagers consiste

à remettre en cause la réalité du « gramme » vendu par les filières les plus accessibles pour lequel il faudrait utiliser la notion de « gramme non pesé ». Ils constatent d'autre part que le produit est parfois à ce point coupé que la notion de « gramme » d'héroïne n'a plus beaucoup de sens. L'approvisionnement proche de la source (Belgique, Pays-Bas) ou auprès des filières les plus privées et les plus chères permettrait d'accéder à un marché plus acceptable.

Tableau 18 - Prix moyens de l'héroïne brune en 2008

Sources	Prix le plus fréquemment rencontré (€)
OCRTIS 2008	40,0
	Bordeaux 55,0
	Lille 30,0
Sites d'observation	Marseille nd
	Metz 30,0
TREND	Paris 45,0
	Rennes nd
	Toulouse 60,0
	Synthèse : Prix en 2008 (médiane sites Trend et données police) 42

Sources : TREND 2008/OFDT

Fréquences d'usage et usagers

Après plusieurs années de stabilité, l'usage déclaré d'héroïne au cours de la semaine précédente par les usagers rencontrés dans le cadre d'une prise en charge socio sanitaire connaît une tendance croissante depuis 2004 (12,6 % en 2004, 16,6 % en 2006, 19,9 % en 2007), et ce, en dépit d'une chute entre 2007 et 2008 (18,1 % en 2008) [4].

Parmi les personnes rencontrées dans les structures de première ligne au début de l'année 2006 (enquête PRELUD), 96 % avaient déjà consommé de l'héroïne, et elles étaient 34 % à en avoir consommé au cours du dernier mois, soit 4 points de plus qu'en 2003. Cette dernière donnée marquait une inflexion à la hausse après les baisses constatées depuis 2001 [15, 33-34, 58]. En 2008, l'enquête exhaustive

réalisée sur une semaine donnée et menée sur la même population⁵² mesure une prévalence d'usage au cours du mois égale à 29,3 % [11]. Une part importante des personnes fréquentant ces structures se trouve en situation de précarité sociale et se tourne davantage vers les opiacés licites, moins coûteux. Ainsi, parmi les usagers d'héroïne au cours du dernier mois qui fréquentent les CAARUD, 20,0 % seulement en ont consommé chaque jour, 34,8 % au moins une fois par semaine (mais pas quotidiennement) et 45,2 % moins d'une fois par semaine [11].

Parmi les personnes rencontrées en milieu festif techno, l'enquête réalisée en 2004 et 2005 fait apparaître que 26 % d'entre elles avaient consommé de l'héroïne au moins une fois au cours de la vie (41 % des personnes fréquentant les manifestations techno alternatives) et 8 % le mois précédent (15 % en milieu alternatif) [27]. Ces données sont susceptibles d'avoir évolué à la hausse, compte tenu d'une présence de l'héroïne qui tend à s'affirmer au cours du temps dans l'espace festif.

Après le bouleversement des usages d'opiacés liés à la mise à disposition des traitements de substitution, l'installation progressive des consommations dans des cadres festifs et une tendance des usages à se diffuser en milieu inséré, la description des usagers d'opiacés doit différencier deux populations principales : celles concernées par un usage traditionnel et celles concernées par un usage festif.

Les groupes concernés par un usage « traditionnel » de l'héroïne

Ils utilisent l'héroïne en priorité par voie injectable, les autres voies pouvant être mise en œuvre quand le capital veineux ne permet plus l'injection. Elle vise alors la recherche du flash, mais aussi l'apaisement du mal-être et l'oubli des difficultés quotidiennes.

■ Les « anciens héroïnomanes »

Il s'agit d'une population très masculine, âgée en général de plus de 30 ans (voire 40 à 50 ans), « anciens » consommateurs d'héroïne.

Ils sont le plus souvent bénéficiaires d'un traitement de substitution et une part d'entre eux a rejoint la population dite « insérée socialement ». L'usage reste en général occasionnel, en alternance avec la prise de traitements de substitution et vise à rompre la « monotonie » de ce traitement par le biais de ce qui est appelé un « extra ». Ainsi, pour les mieux insérés dans un traitement de substitution, la prise occasionnelle reprend un caractère récréatif.

52. La méthode étant différente, les résultats des deux enquêtes ne peuvent être interprétés comme des évolutions.

De plus en plus fréquemment cependant, chez ces patients substitués depuis longtemps, l'héroïne serait envisagée comme un moyen de « décrocher » de la BHD ou même de la méthadone, mais la peur de « replonger » limiterait les passages à l'acte.

■ Les usagers précaires

Une autre partie de ces usagers se trouve en situation de précarité sociale importante. Il s'agit d'héroïnomanes ayant débuté leur consommation dans les années 80 qui n'ont pas réussi à équilibrer leur usages ou à sortir de la précarité ou surtout de personnes entrées dans l'usage d'opiacés depuis. On décrit principalement :

- des jeunes, filles ou garçons, en situation de grande précarité sociale (errance, nomadisme) et évoluant aux frontières de l'espace urbain et de l'espace festif (cf. « jeunes errants » dans les sous populations de l'espace urbain). Parmi ces jeunes polyusagers, les consommations du milieu festif (stimulants, hallucinogènes) ont souvent précédé les usages d'opiacés, consommés d'abord en régulation des effets des stimulants, mais la finalité des usages apparaît plus proche de la « défonce » que de la fête. Avec l'âge, l'évolution se ferait vers l'injection pour une part significative d'entre eux, pour rentabiliser les produits. Il s'agit d'un groupe certainement minoritaire mais dont l'importance exacte reste difficile à définir.

- des immigrés de fraîche date, principalement issus d'Europe centrale et orientale, eux aussi en grande difficulté sociale ;

- des primo-consommateurs de BHD qui s'engagent dans une consommation d'héroïne dans un second temps [59].

Pour les usagers précaires également, la consommation d'héroïne se ferait sur un rythme irrégulier, adossé aux rentrées d'argent, la consommation des produits de substitution permettant de répondre au manque.

La pratique des mélanges pour potentialiser les effets de l'héroïne sont fréquents dans ce groupe : alcool, cannabis, benzodiazépines principalement.

Les usagers « récréatifs de l'héroïne »

Au cours de ces dernières années, l'usage s'est progressivement, quoique modérément, étendu à des usagers plus jeunes, relativement intégrés sur le plan social (ayant un logement, un emploi, même s'il est parfois précaire, ou intégrés dans un cursus de formation) et dont le rapport au produit est tout autre.

■ Les usagers de l'espace festif

La majorité des usagers « récréatifs » entame dans un cadre festif un usage intermittent d'héroïne. Ils l'utilisent en général pour gérer la descente lors d'épisodes de consommation des stimulants (« matelas » ou « parachute opiacé ») et « solder les effets » des stimulants en fin d'épisode festif [32]. Certains la connaissent encore (mais de moins en moins) uniquement sous le nom de « rabla » sous

lequel l'héroïne circule fréquemment en milieu festif, et la prennent pour une substance naturelle telle que l'opium.

La plupart ne sont pas dépendants. Des passages au stade de la dépendance à l'héroïne sont rapportés de plus en plus fréquemment par les professionnels des centres de soins même si les données quantitatives manquent. Ils notent avoir affaire dans ce cadre à des usagers de plus en plus jeunes. Une particularité de ces usagers est de conserver un usage en sniff ou en inhalation à chaud même dans les situations de dépendance. En 2008, une visibilité plus importante de ce phénomène est constatée (voir « Phénomènes marquants ») (Metz, Toulouse, Paris).

■ Un groupe émergent : les usagers « très insérés »

Evoqués depuis maintenant trois ans, notamment à Paris, Bordeaux et Rennes, ces nouveaux usagers ont une faible visibilité aux yeux des systèmes d'observation. Ils sont pratiquement absents des structures de première ligne (CAARUD), phénomène inhabituel s'agissant de l'héroïne.

Ils ne relèvent pas de catégories marginalisées sur le plan social mais de milieux particulièrement bien insérés dans la société (voire même de catégories socioprofessionnelles aisées comme le mentionne le rapport parisien) et bénéficient d'un entourage familial et relationnel dense. Ils se différencient des usagers traditionnels par leur jeune âge en général (20-25 ans), leur mode d'usage (sniff ou fumette exclusivement). Ils se distinguent également des usagers de l'espace festif car l'héroïne est prise pour ses effets intrinsèques (euphorie, plaisir...) et non en régulation d'autres drogues [60].

Sur le site de Marseille sont décrits des jeunes de moins de 25 ans, insérés, qui, s'ils sont issus du milieu festif, n'ont pas commencé leur usage dans ce cadre [13].

Par ailleurs, soucieux de maintenir leur consommation dans une sphère très privée, et désireux de s'éloigner au maximum de l'image du toxicomane, ils développent peu d'échanges en dehors du groupe au sujet de leur pratique et ne fréquentent pas les structures de réduction des risques. De ce fait, ils manquent d'informations sur les risques de l'usage.

Ils s'approvisionneraient dans des circuits relativement fermés à l'ensemble des usagers par lesquels ils obtiendraient des produits de qualité jugée supérieure à un prix également plus élevé.

Il est clair que les deux groupes décrits ci-dessus ne peuvent être totalement disjoints. L'observation d'usagers d'héroïne ayant peu de contact avec le milieu festif techno, appartenant à des catégories socioprofessionnelles très aisées ou utilisant l'héroïne pour ses effets propres et non en régulation des prises de stimulants (ou pour répondre à la dépendance acquise par l'usage festif) laisse penser que l'ensemble des usages récréatifs d'héroïne ne peuvent plus être appréhendés par le biais des seules populations festives.

Modes d'usage

Trois modes d'administration de l'héroïne existent en France : l'injection, le sniff et l'inhalation à chaud ou fumette (chasse au dragon). Schématiquement l'injection domine au sein des populations qui fréquentent les structures de première ligne. Le sniff et la fumette sont les modes d'administration prédominants de la population rencontrée au sein des événements festifs électroniques techno. Le recours au sniff et à l'inhalation sont plus particulièrement liés aux jeunes générations d'usagers et s'explique par la stigmatisation dont l'injection reste l'objet compte tenu de son association à la figure déchéante du toxicomane dépendant des années 80 et à l'ensemble des risques sanitaires découlant de la prise d'héroïne.

Le sniff, s'il est responsable d'une chute de la « rentabilité » quantité / effet présente l'avantage de la discrétion, de la facilité de mise en œuvre et de la minimisation des risques. L'inhalation à chaud avec une pipe à eau (bhang) ou surtout « en chassant le dragon » demandent une certaine préparation mais procurent le « flash » sans les inconvénients de l'injection. L'initiation à l'usage de l'héroïne se faisant maintenant habituellement par la voie sniffée ou fumée, on a observé au cours de ces dernières années une fréquence croissante de ce mode d'usage y compris parmi les usagers précaires. Par comparaison avec les deux décennies précédentes au cours desquelles l'injection prédominait, la transition vers cette voie intraveineuse, si elle se produit, semble se réaliser plus tardivement dans le parcours toxicomane.

Les observateurs témoignent, particulièrement en 2008, d'une progression continue chez les jeunes générations, de l'inhalation à chaud, surtout lorsque l'héroïne est consommée pour ses effets propres ou dans le cadre d'une dépendance, essentiellement en remplacement de l'injection.

Cependant, parmi la population fréquemment précaire qui fréquente les CAA-RUD, au vu des données récentes recueillies lors d'une enquête exhaustive une semaine donnée, il semble que l'injection d'héroïne y reste fortement pratiquée et aurait même pu progresser [11].

Tableau 19 - Part des différents modes d'usage de l'héroïne dans les structures de bas seuil (au cours du dernier mois) et dans les centres de soins spécialisés (au cours de la dernière semaine)

	ENa-CAARUD	OPPIDUM
	2008	2008
	N=921	N=96 ?
Injection	63,6 %	20 %
Sniff	42,1 %	68 %
Inhalation	24,2 %	24 %

Source ENa-CAARUD 2008 /OFDT, OPPIDUM 2006 et 2008 CEIP / AFSSAPS

L'injection d'héroïne, longtemps bannie des milieux festifs techno se fait de plus en plus visible à leurs marges. Cette pratique concerne en général des usagers injecteurs par ailleurs dans leur vie quotidienne. Il peut s'agir d'usagers du milieu festif devenus dépendants qui « rentabilisent » ainsi le produit, mais aussi de jeunes toxicomanes de l'espace urbain qui fréquentent le milieu festif en quête de produit et d'affiliation culturelle.

Tableau 20 - Mode de consommation de l'héroïne au cours du mois précédent chez les usagers des structures de première ligne en 2003 et 2006 et selon la fréquentation ou non des événements festifs techno, en 2006

	Nombre d'événements festifs techno dans la vie en 2006	
	<10 fois	= 10 fois
Injection	50 %	55 %
Sniff	44 %	58 %
Inhalation	28 %	36 %

Sources : Enquête PRELUD 2006, OFDT

Quel que soit le groupe d'usagers considéré, on observe maintenant que l'usage quotidien d'héroïne tel qu'il prévalait avant l'arrivée des traitements de substitution est devenu très rare. En cas de dépendance, l'existence des produits de substitution permet de supprimer le manque et d'adapter son usage d'héroïne à ses revenus.

La consommation d'autres produits associés à l'héroïne est courante et les produits les plus fréquemment associés à l'héroïne sont variables selon les sites : alcool, benzodiazépines et cannabis permettent de potentialiser l'opiacé, avec des risques accrus de surdose pour les deux premiers. La fréquence de l'association avec la cocaïne semble continuer à s'accroître. (en speed-ball c'est à dire les deux produits mélangés ou de manière concomitante). À Paris, sont en outre décrits des usages en association avec le crack.

Enfin, l'utilisation d'un opiacé pour adoucir les chutes d'effets des stimulants a déjà été évoquée.

Perceptions

La perception de l'héroïne par les usagers de drogues semble de plus en plus positive à mesure que l'on s'éloigne de la figure archétypale du toxicomane injecteur des années 80.

Dans les milieux urbains marginalisés, les observateurs font état d'un retour en grâce du produit. Ce constat est lié à la dégradation continue, depuis plusieurs années, de l'image de la BHD, ou même maintenant de la méthadone, ces médicaments apparaissant à beaucoup d'usagers comme des produits dont il est extrêmement difficile de « décrocher ». Chez certains usagers sous BHD, l'absence de plaisir lié au produit reste une cause de frustration non résolue. Chez les plus jeunes, relevant du même milieu, l'héroïne est un produit qui fait moins peur, le manque éventuel engendré par l'usage pouvant être géré grâce à une prise de BHD conçue comme une sorte de « filet de sécurité ».

En milieu festif où l'usage est traditionnellement rejeté, notamment du fait de son association à l'injection, l'image de l'héroïne apparaît double. Les non usagers l'associent encore à la figure du junky des années 80, tandis que les usagers la voient davantage comme un produit facile à gérer n'entraînant pas de descente ou de dépression.

L'héroïne apparaît comme un produit fascinant auprès de certaines populations relativement jeunes. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à expliquer ce constat :

- la perte, pour les usagers les plus jeunes, de la conscience de l'association de l'héroïne à la contamination par le VIH et à la marginalisation sociale ;
- le sentiment que les modes d'usage festif (donc théoriquement occasionnels) protègent de la survenue d'une dépendance ;
- le développement de modes d'administration alternatifs (sniff et inhalation) à l'injection qui permettent de découpler l'usage d'héroïne de l'usage de la seringue ;
- une familiarité croissante avec les formes poudre du fait de la diffusion massive des produits se présentant sous cette forme tels que la MDMA et la cocaïne.
- et enfin le prix, encore relativement élevé de l'héroïne sur plusieurs sites, qui lui octroie encore un statut d'opiacé de choix par rapport à la BHD, vendue dans la rue à bas prix.

Certains sites évoquent également une dimension « socialisante » de l'héroïne en milieu festif. Là où prévalait l'usage individuel apparaissent des démarches collectives de consommation s'accompagnant d'un sentiment d'appartenance communautaire.

Au sein de cette même population, l'héroïne serait de plus en plus consommée en tant que telle et n'aurait plus besoin de se masquer sous l'appellation « rabla » pour être acceptée. D'ailleurs, il semblerait que cette dénomination cache de moins en moins le lien entre « rabla » et héroïne dans les milieux festifs. Comme le constate une intervenante marseillaise : « *Actuellement, personne n'est dupe, et excepté des jeunes qui seraient vraiment des nouveaux arrivants, dans le milieu tout le monde sait maintenant que le rabla c'est de l'héroïne.* »

Si l'on assiste bien à un recul du « tabou » lié à l'héroïne en milieu festif, celui-ci reste tout de même limité et très ancré dans certaines régions, à l'image de la zone d'observation lilloise. L'héroïne demeure un produit dont on ne parle pas facilement de peur de se faire « cataloguer ».

Conséquences de l'usage

Outre les pathologies liées au mode de consommation et les risques de contamination par le VIH, le VHC et le VHB, l'usage d'héroïne et d'autres opiacés induit une très forte dépendance physique et psychique, avec un état de manque, ainsi que des risques de surdose en particulier en cas d'association avec de l'alcool ou des benzodiazépines. L'accroissement des pratiques de sniff va de pair avec une fréquence plus importante des lésions de la cloison nasale.

Les conséquences de l'injection sont traitées dans le chapitre « La santé des usagers » située dans la partie transversale du rapport. Les surdoses sont traitées dans la partie « Héroïne, phénomènes marquants ».

Délinquance

Si l'on perçoit un accroissement de l'usage, les modalités d'usage sont relativement différentes de celle des années 80/90. La consommation quotidienne d'héroïne est désormais minoritaire et ce même parmi les usagers dépendants, la pression du manque se faisant moins sentir du fait de la disponibilité des médicaments de substitution. Pour cette même raison probablement, il semble que l'on ne note pas de recrudescence de la délinquance hors usage et hors trafic.

Demandes de traitements

En 2007, les opiacés (sans la BHD et la méthadone, c'est-à-dire essentiellement l'héroïne) sont à l'origine de la prise en charge pour 38,7 % des consultants du système de soins spécialisé⁵³[61]. Parmi les nouveaux patients des CSST, cette part est égale à 41,1 % et est stable entre 2005 et 2007⁵⁴[35]. L'héroïne constitue le premier produit ayant entraîné une dépendance pour 67 % des usagers suivis dans les centres de soins spécialisés pour les usagers de drogues qui ont participé à l'enquête OPPIDUM 2008 [4].

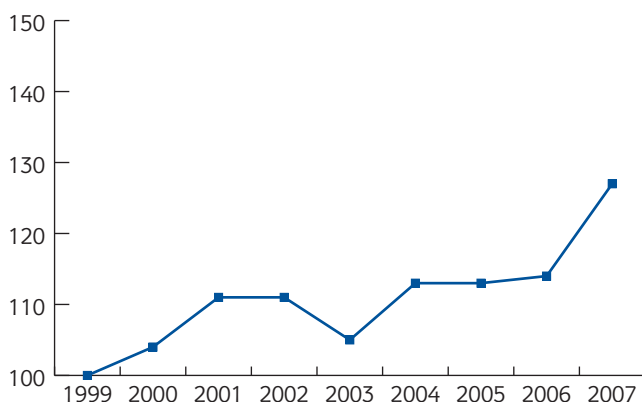
L'arrivée pour des problèmes de dépendance aux opiacés, d'usagers ayant initiés leur consommation en milieu festif et restés non injecteurs pour la majorité d'entre eux, est signalée depuis déjà plusieurs années par les centres de soins. Sur un plan qualitatif également l'arrivée de patients plus jeunes est aussi souvent mentionnée.

53. Devant le cannabis (31,8 %) et l'alcool (11,2 %).

54. Données RECAP, analyse à champ constant.

Par contre, les témoignages sont divergents quant à un accroissement quantitatif perceptible des demandes qui, selon toute logique, devrait arriver. Alors que la courbe d'évolution du nombre moyen par CSST des demandes de traitement liées principalement à un opiacé autre qu'un médicament de substitution (héroïne essentiellement donc) apparaît faiblement ascendante sur le long terme⁵⁵, elle pourrait montrer, une inflexion entre 2006 et 2007 [61]. L'accroissement de cet indicateur n'est en effet que de 14 % entre 1999 et 2006 mais de 12 % entre 2006 et 2007⁵⁶ [61]. Seules les données ultérieures permettront de faire la différence entre un aléa et une tendance.

Graphique 8 - Indice du nombre moyen par CSST de demandes de traitement avec les opiacés (hors MSO) comme produit principal



Lecture : Un indice égal à 150 signifie que l'effectif a augmenté de 50 % depuis l'année 2000.

Source : Rapport d'activité des CSST, traitement OFDT [61]

Surdoses

Dans un contexte de remontée du nombre de surdoses objectivable depuis l'année 2001, le rôle de l'héroïne est apparu de plus en plus clairement au cours de l'année 2007 et 2008 (voir phénomènes marquants).

Parmi les 192 décès directement liés aux produits recensés par le dispositif DRAMES (CEIP / AFSSAPS) en 2007, l'héroïne est présente dans 45 % des cas : seule dans 29 % des cas (sans tenir compte de la présence de cannabis, d'alcool ou

55. Ce phénomène est probablement lié à la faible sortie des usagers d'opiacés des files actives, les prises en charges nécessitant des traitements au long cours.

56. Soit 27 % en tout.

de benzodiazépines) et en association avec d'autres produits dans 16 % des cas [6]. La part de l'héroïne dans les décès en rapport avec l'abus d'un produit psychotrope s'accroît par rapport à 2006 (présente dans 37 % des cas dont seule dans 23 % des cas) et par rapport à 2004 (présente dans 26 % des cas, seule dans 21 % des cas). Cependant en 2004, les sites participant au dispositif DRAME étaient moins nombreux d'où une moindre fiabilité des données [62].

HÉROÏNE, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007

La disponibilité de l'héroïne poursuit sur sa lancée

La hausse de la disponibilité de l'héroïne est désormais généralisée à l'ensemble des espaces urbains des sites d'observation TREND (à l'exception de celui de Marseille où toutefois le produit aurait vu sa disponibilité accroître légèrement au deuxième semestre 2008). Cet accroissement généralisé de la disponibilité d'héroïne est à mettre en lien avec l'accroissement massif entre 2005 et 2007 de la production d'opium en Afghanistan passée de moins de 4 000 tonnes en 2005 à plus de 8 000 tonnes en 2007. L'année 2008 a vu chuter de 16 % l'ensemble des terres accueillant des cultures d'opium en Afghanistan et la production potentielle a été estimée à 7 700 tonnes, quantité qui reste très supérieure à la consommation mondiale [63].

On note, en 2007 et 2008, une réapparition d'un trafic visible et même d'un trafic de rue, à Paris dans le XVIII^{ème} arrondissement et à Lille dans certains quartiers périphériques populaires [21, 24]. Les autres sites TREND en revanche ne signalent pas de marché de rue, le produit étant acquis le plus souvent « en appartement ».

Le produit le plus disponible et accessible est une héroïne de qualité médiocre, parfois presque dépourvue d'effet. De l'héroïne plus pure peut être obtenue à prix élevé dans des réseaux plus fermés et non accessibles à tous. Les micro-réseaux d'usagers qui s'approvisionnent collectivement directement en Belgique ou aux Pays-Bas ou encore en Espagne pour les régions plus méridionales semblent jouer une part de plus en plus importante dans l'approvisionnement des usagers, notamment celui des plus insérés. Cette pratique permet entre autres aux usagers d'échapper à la « piètre » qualité de l'héroïne la plus accessible [19].

L'accroissement du deal de rue et du trafic de proximité est d'ailleurs un phénomène constaté par les services de police qui ont vu progresser le nombre de saisies de moins de 5 grammes de près de 50 % entre 2006 et 2008. Ils constatent également l'impact croissant sur le marché français de ce qu'ils nomment « les touristes de la drogue » qui importent régulièrement de petites quantités d'héroïne afin de minimiser les risques pénaux [9]. Selon les fonctionnaires de police parisiens, cette faible organisation du trafic retarderait un accroissement plus important de la disponibilité du produit qui devrait cependant survenir [21].

Concernant l'espace festif, l'héroïne est également considérée par les observateurs et les usagers comme disponible à très disponible dans l'espace festif alternatif des sites TREND (rave parties, free parties et même teknival), à l'exception de Lille où elle y demeure fortement rejetée. Par contre, les sites sont unanimes à la déclarer peu ou pas disponible dans l'espace festif commercial où les patrons d'établissement assurent une surveillance soutenue.

Comme la chronologie des faits observés le laissait supposer, la consommation d'héroïne semble nettement poussée par l'offre, et non l'inverse : l'accroissement des saisies (offre) a été suivi d'une montée progressive de la disponibilité, avant que l'on observe une montée quantitative des usages, portée par un contexte favorable (éloignement des images liées à l'usage de l'héroïne dans les années 80, les pratiques de poly expérimentation et de poly usage).

Plusieurs sites évoquent en effet une véritable pression de l'offre. À Paris, par exemple, un observateur signale que l'héroïne serait quelquefois donnée pour attirer les clients. Le rapport lorrain rapporte également les propos d'une jeune toxicomane à Epinal qui déclare qu'il lui est impossible d'arrêter sa consommation d'héroïne du fait de la fréquence des propositions de vente dont elle est l'objet.

Un élargissement des usages vers de plus jeunes usagers et vers les populations « solvables »

En premier lieu, il faut noter que l'accès à l'héroïne demeure largement limité par son coût pour les populations les plus précaires. Si un certain nombre de structures de réductions des risques observe effectivement que l'héroïne redevient le produit principal pour davantage de personnes (en lieu et place de la BHD), elle reste le plus souvent consommée occasionnellement. Elle semble, pour une grande part de la population fréquentant les structures de première ligne (CAARUD), tenir davantage de place dans les discours que dans la pratique [13, 23].

La diffusion de l'usage d'héroïne à des populations de plus en plus hétérogènes apparaît comme la résultante de multiples phénomènes : l'accroissement de la disponibilité du produit, dans l'espace festif en particulier, l'affaiblissement du rejet de l'héroïne parmi les jeunes générations, mais aussi une diffusion initiale par un mode d'usage familier et rassurant pour les usagers de stimulants (le sniff) qui tend à banaliser le produits ainsi consommé.

Vers le milieu festif

En 2006 déjà, était mentionnée dans l'espace festif alternatif, une frange de « teuffeurs » de plus en plus importante, usant de l'héroïne (ou d'autres opiacés) pour adoucir les « descentes » de stimulants. Ces pratiques tendent à se banaliser. La visibilité des usages et le renouveau des populations dans cet espace aidant, l'héroïne y paraît de moins en moins stigmatisée et de moins en moins effrayante.

Le phénomène, déjà visible depuis plus de cinq ans, d'usagers festifs se retrouvant en situation de dépendance à l'héroïne continue donc à s'amplifier. Certaines demandes sont le fait de personnes ayant déjà plusieurs années d'usage régulier d'héroïne derrière elles.

Vers les plus jeunes

Plusieurs sites signalent régulièrement depuis deux à trois ans une diminution de l'âge d'expérimentation de l'héroïne et la rencontre d'usagers de plus en plus jeunes. Les acteurs sanitaires et ceux de l'application de la loi observent par exemple à Rennes des usagers de 18 /19 ans ayant découvert l'héroïne en milieu festif dont certains, en demande de soins, pratiqueraient un usage régulier depuis déjà six mois. À Marseille, des usages débuteraient chez des jeunes des quartiers périphériques. À Bordeaux, c'est sur les consommations des jeunes « insérés » que l'accent est mis [13, 19, 64].

Vers les populations très insérées socialement

La particularité de ces usagers qui restent très minoritaires est leur extrême discrétion aux yeux des structures de RDR, des structures de soins, des services en charge du respect de la loi et des dispositifs d'observation. Commerçants, étudiants, cadres etc., souvent aisés, ils évitent l'étiquette de « toxicomane ». Contrairement aux usagers du milieu festif, ils prennent plutôt l'héroïne pour ses effets propres et non en régulation d'autres drogues mais uniquement en sniff ou en fumette. Plus jeunes que les usagers traditionnels, une grande part d'entre eux ne dépasse pas 25 ans.

Des professionnels de CSST de Bordeaux témoignent d'une nouvelle visibilité de certains de ces usagers, adressés par des médecins généralistes en difficulté avec eux, quand après une période d'usage relativement courte (quelques mois à un an), ils se retrouvent dépendants. Visant davantage l'abstinence comme issue thérapeutique, ces usagers privilégient sevrage et substitution courte. [64]. Certains gèreraient d'ailleurs tout seuls leur consommation par de courtes périodes de sevrage ou de substitution.

L'émergence de ces usagers a fait l'objet en aout 2008, d'un communiqué de presse conjoint des autorités sanitaires et des institutions en charge des problèmes de drogues suite à une note d'information produite en mai 2008 par l'OFDT [65-66].

La nouvelle image de l'héroïne

Cette « nouvelle image » de l'héroïne déjà évoquée dans les rapports précédents gagne en poids au fur et à mesure de l'arrivée de nouvelles générations. N'ayant pas connu les dégâts liés à son usage avant les mesures de réduction des risques (dépendance, déchéance sociale, délinquance, surdoses ...) jusqu'au milieu

des années 90, les jeunes générations résumant les risques liés à l'héroïne à la pratique de l'injection qui seule est susceptible de mener à la dépendance, à la surdose ou à l'infection, et aux produits de coupage. Le risque de dépendance est très peu envisagé et, quand il l'est, considéré comme « soignable » par la substitution. Le risque de surdose est ignoré- à partir du moment où l'on injecte pas- de même que le risque infectieux lié à la pratique du sniff.

Par ailleurs, pour les personnes, déjà amatrices de psychotropes, notamment en milieu festif alternatif, l'utilisation du mode d'usage de la cocaïne (le sniff) ou la facilité de mise en œuvre de la prise fumée, tend à dédramatiser l'usage d'héroïne, qui petit à petit perd son statut de repoussoir.

Pire, pourrait-on dire, il semble que pour certains usagers en recherche d'identité, être consommateur d'héroïne constitue un statut distinctif enviable. Le rapport Parisien mentionne ainsi de jeunes nouveaux consommateurs, fascinés par leur récent statut d'héroïnomanes. Dans une autre population, celle des très jeunes précaires désaffiliés ou « jeunes errants », l'accès au statut (ici valorisé) de « toxicomane » passe aussi désormais, dans les discours, par l'héroïne : « Un vrai tox, c'est celui qui prend de la cam. Celui qui s'injecte du Subutex® c'est un déchet » [21].

Une extension marquée de la pratique de la fumette ou inhalation à chaud en 2008

La diffusion de cette pratique est signalée très largement en 2008 à la fois dans l'espace urbain et dans l'espace festif, le plus souvent « en chassant le dragon ». L'intérêt pour les usagers se situe dans le meilleur rapport effets/coût, sans les effets secondaires et l'image se rapportant à l'injection. Ce mode d'usage apparaît également plus rapide et plus discret pour des personnes devenues dépendantes mais qui s'efforcent de continuer à mener une vie normale. Chez les injecteurs de longue date, aux veines très abîmées, cette pratique serait de plus en plus alternée avec l'injection.

Les conséquences : surdoses liées à l'héroïne

Le rapport précédent, signalait la veille attentive dont allait faire l'objet les surdoses liées à l'héroïne au cours des années 2007 et 2008 compte tenu du contexte évoqué précédemment dans ce rapport. Conformément à ces prévisions, de nombreux acteurs de la réduction des risques ou des soins ont exprimé, dès 2007, leurs inquiétudes vis-à-vis du nombre croissant de surdoses dont ils avaient connaissance. Plusieurs groupements de cas ont mobilisé, notamment en 2008, la Cellule nationale d'alerte concernant les drogues⁵⁷

57. Groupe incluant les différentes institutions sanitaires impliquées dans le champ sanitaire des usages de produits psychotropes, qui assure une veille sur la circulation de produits particulièrement dangereux ou la survenue de faits sanitaires sérieux et inhabituels.

Deux types de contexte ont pu être mis en évidence à travers les deux principaux dossiers qui ont mobilisé les autorités sanitaires.

1- La diffusion de l'usage en population insérée, jeune et inexpérimentée

Entre décembre 2007 et mai 2008, 17 décès consécutifs à des usages de drogues sont répertoriés dans la région lorraine par la coordination TREND locale (source presse locale), fréquence qui apparaît intuitivement inhabituellement élevée [67]. La comparaison avec les 16 décès par surdose (tous produits confondus) décomptés par le CépiDC (INSERM) à partir des certificats de décès survenus en Lorraine au cours de l'année 2005 (10 pour l'année 2004) confirmera cette impression [65].

Dans un premier temps (février 2008) les soupçons se tournent vers la circulation de poudre d'héroïne fortement dosée. Les informations fournies par le laboratoire d'analyse toxicologique en médecine légale de Metz ayant pratiqué des analyses de sang sur sept des victimes conduisent finalement à écarter cette hypothèse :

- Les concentrations des métabolites de l'héroïne sont jugées au dessous des doses létales.
- L'héroïne a souvent été retrouvée associée à plusieurs autres produits stupéfiants.
- Les victimes étaient jeunes et aucune trace d'injection n'a été observée.
- D'après le site TREND de Metz, la grande majorité des victimes était inconnue des structures de soins pour toxicomanes.

C'est donc moins la nature inhabituellement dangereuse du produit que la population consommatrice, probablement inexpérimentée⁵⁸, ou même n'ayant aucune expérience du produit et relativement nouvelle (jeunes ne fréquentant pas les structures de soins) de même que les circonstances de l'usage (polyconsommation) qui ont posé problème.

Cette situation apparaît comme la résultante des différentes évolutions contextuelles précédemment évoquées, à l'œuvre depuis plusieurs années :

- La diffusion des pratiques d'usage vers des populations de plus en plus variées, insérées et « cachées », ne fréquentent pas le dispositif spécialisé et peu informés des pratiques de réduction des risques (dosage, effets, risques et gestion des produits a fortiori des mélanges...).
- Un défaut de transmission des pratiques de réduction des risques aux générations les plus jeunes (moins de 25 ans). Ce manque concerne à la fois les groupes de jeunes précaires désaffiliés (« jeunes errants ») et des jeunes plus insérés qui vont consommer de manière très occasionnelle. L'éclatement des grandes manifesta-

58. Or, si l'usager est peu expérimenté, sa tolérance au produit est faible et le risque de surdose augmente si il n'applique pas certains principes de réduction des risques (test du produit à petite dose, en sniff et accompagné d'autres personnes).

tions festives maintenant très contrôlées en de multiples petites manifestations à caractère beaucoup plus « privées » a également rendu plus difficile les actions de réduction des risques en milieu festif.

■ Une moindre stigmatisation des usagers d'héroïne et de l'héroïne elle-même de la part de générations qui n'ont connu ni les débuts du Sida, ni la dépendance aux opiacés avant l'arrivée des traitements de substitution, et qui n'associent plus l'héroïne à l'injection. Le sniff, en progression ces dernières années, leur apparaît comme une pratique plus sûre.

Le site TREND de Rennes décrit en 2008 la survenue d'un nombre de surdoses paraissant inhabituel concernant des usagers présentant le même profil que celui décrit ci-dessus [19].

2- La circulation d'héroïne fortement concentrée

L'année 2008 (de même que l'année 2009) aura été marquée par le développement de la circulation d'échantillons ou de lots d'héroïne particulièrement dangereux.

Un premier phénomène réside dans l'accroissement des quantités de poudre d'héroïne fortement dosées (au-delà de 30 % ou même de 45 %) même si elles restent très minoritaires sur le marché et si leur part n'a pas progressé en 2008, dans un contexte où la grande majorité des poudres d'héroïne qui circulent en France n'en contient que de très faibles quantités⁵⁹ [40, 56]. Ces produits très dosés sont le plus souvent accessibles par des filières d'initiés qui s'organisent pour aller chercher eux même le produit en Hollande par exemple. De ce fait, la plupart du temps, l'utilisateur qui dispose d'un produit très pur le sait et agit en conséquence. Les problèmes surviennent lorsque l'utilisateur ne sait pas que son produit est plus dosé que les héroïnes qui circulent habituellement sur le marché, souvent parce que le dealer n'a aucune idée de la pureté du produit qu'il vend. C'est une des explications des cas de surdoses survenues en Île-de-France entre le 20 et le 23 janvier 2009. Quarante-huit personnes ont été admises aux urgences hospitalières pour une surdose à l'héroïne : 35 en Seine Saint Denis, 6 dans le Val d'Oise, 3 dans le Val de Marne et 4 à Paris. Une personne a été en outre retrouvée décédée d'une surdose dans un hôtel du Val d'Oise. Les usagers âgés de 40 ans en moyenne étaient consommateurs réguliers d'héroïne [68].

Les analyses des échantillons saisies ont montré que l'héroïne en cause (brune semble-t-il) était non seulement concentrée en héroïne mais aussi en intermédiaires de synthèse psychoactifs de l'héroïne. Ces échantillons étaient de plus quasiment

60. Voir point « marché » du chapitre « Héroïne ».

tous coupés avec l'alprazolam (principe actif du Xanax®, de la famille des benzodiazépines) quoiqu'en faible quantité. Les analyses révélaient en outre du sucrose (sucre de cuisine) à la place du lactose utilisé habituellement. Tous ces éléments suggèrent une synthèse mal maîtrisée de l'héroïne à partir d'une poudre fortement dosée [68].

L'utilisation d'une BZD comme produit de coupe, est un phénomène jusqu'alors peu fréquent⁶⁰ probablement en raison du risque d'overdose que l'association entraîne⁶¹. Ainsi, au cours de l'année 2008, plusieurs analyses d'héroïne contenant de l'alprazolam ont été réalisées dans le cadre des collectes SINTES-veille ou de l'analyse des saisies. En février, le laboratoire des douanes de Paris a analysé un échantillon d'héroïne de coloration rosée, contenant de l'alprazolam. En septembre 2008 un échantillon de poudre de couleur marron contenant 50% d'héroïne et coupé également à l'alprazolam a été collecté à Bordeaux. Ramené d'Espagne, il a occasionné une perte de connaissance pendant 5 heures après injection chez deux usagers réguliers.

Ainsi, ces « errements », si l'on peut dire, dans la composition de l'héroïne témoignent probablement des mutations actuellement à l'œuvre dans l'approvisionnement du marché français et dans le trafic de proximité.

À signaler

La diversité des produits disponibles s'accroît

En 2007 et 2008, plus qu'en 2006, les discours sur la circulation d'héroïne d'aspect moins habituel ou du retour de formes d'héroïne non vues depuis une dizaine d'années sont florissants et parfois accompagnés de détails pittoresques : l'héroïne brun clair est la plus fréquente, mais en 2007, on mentionnait la Grise (Paris, Metz) qui serait de meilleure qualité que la brune. À Metz « elle serait produite artisanalement pas des petits fermiers Afghans ». À Paris, où elle serait rose ou grise, elle serait au contraire « synthétique » et viendrait de Lybie. Elle serait annoncée comme ayant un effet plus fort que l'héroïne habituelle, allégation peu vérifiée par les usagers. L'analyse d'un échantillon n'a pas permis de mettre en évidence l'origine de la couleur (héroïne : 2 %, paracétamol 52 %, caféine 23 %).

La Rose, déjà décrite en 2006, est présente à Rennes en 2007 (dosée en 2006 elle ne présentait aucune caractéristique particulière et contenait 2 % d'héroïne), puis en 2008 à Marseille où elle suscite la crainte d'être coupée au Xanax®.

Une héroïne noire, la Black Tar, qui viendrait du Mexique aurait circulé à Marseille en 2007... dans des circuits très fermés.

60. En 2006, l'INPS avait identifié le nordazépan (une autre benzodiazépine, principe actif du Nordaz®), dans 1% des échantillons d'héroïne saisis.

61. Les trafiquants eux-mêmes n'ont aucun intérêt à provoquer des overdoses.

Une héroïne nommée Coca Cola, brun clair lorsqu'elle est sèche, marron foncé en milieu aqueux a circulé à Rennes en 2006. La couleur que les jeunes usagers ont envisagée provenir d'un coupage au Coca cola, viendrait selon les anciens de sa forte teneur en caféine.

Les très bonnes héroïnes seraient piquetées de points noirs (Metz, Lille) ou rouge (Lille). Une héroïne de ce type analysée à Metz a montré une pureté égale à 15 %.

Ces différentes formes, accompagnées d'allégations parfois fantaisistes, semblent relever de stratégies « marketing » de la part des dealers et ne fournir aucune indication sur le contenu réel du produit.

LES PRODUITS DE SUBSTITUTION DÉTOURNÉS DE LEUR USAGE

Les traitements de substitution constituent une des options thérapeutiques offertes en France aux personnes dépendantes des opiacés. Le cadre de prescription mis en place en 1995 est structuré autour de deux médicaments : la méthadone, qui se présentait en France uniquement sous la forme d'un sirop jusqu'en 2008, et la buprénorphine haut dosage (BHD), qui existe sous la forme de comprimés à laisser fondre sous la langue et commercialisée jusqu'en 2005 sous le nom de spécialité Subutex®. Les années 2006 et 2007 ont vu arriver sur le marché deux spécialités génériques de la buprénorphine distribuées respectivement par les marques Arrow® puis Merck®⁶² et une version de la méthadone en gélule AP-HP® commercialisée comme le sirop par le laboratoire Bouchara-Recordati.

La prépondérance de la BHD au plan quantitatif, selon les données disponibles, reste massive (voir Données de cadrage) en dépit de l'accroissement du nombre de patients sous méthadone et d'une accélération des passages de patients traités de la buprénorphine vers la méthadone [4, 69]. Cette volonté de rééquilibrage des médicaments de substitution prescrits au profit de la méthadone, officialisée lors de la Conférence de consensus sur les traitements de substitution en 2004, vise notamment à faciliter l'accès à la méthadone aux patients les plus en difficulté avec leur traitement par BHD, en particulier ceux qui l'injectent.

Les sulfates de morphine (Moscontin®, Skenan®), analgésiques majeurs, sont parfois prescrits comme substitutifs de l'héroïne, bien que ne disposant pas d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour cette indication.

L'impact des TSO⁶³ (Traitement de substitution aux opiacés), en particulier sur un plan collectif, a été évalué comme très positif (chute spectaculaire de la morta-

62. La BHD Merck® est devenue BHD Mylan® en 2008.

63. Selon les terminologies définies à l'issue de la conférence de consensus de 2004 sur les traitements de substitution, on désigne par le terme TSO (traitements de substitution aux opiacés) la prise du médicament dans le cadre d'une prise en charge médicale et théoriquement globale (psychologique, sociale...). Le terme MSO (médicament de substitution aux opiacés) désigne les produits eux-mêmes.

lité par surdose, baisse importante des contaminations par le VIH, baisse de la délinquance liés aux besoins financiers générés par le prix de l'héroïne...) même s'ils ne règlent pas à eux seuls tous les problèmes des usagers.

Ces traitements sont généralement prescrits pour une longue durée aux anciens héroïnomanes dépendants. Après la période de soulagement qu'a représenté, pour les usagers de drogues, l'introduction des traitements de substitution, une lassitude apparaît chez certains substitués face à la perspective d'une poursuite prolongée voire définitive de ces traitements. Émerge alors, chez certains, la demande de protocoles de sevrage afin d'échapper à la dépendance ou le souhait d'un élargissement de l'éventail des traitements de substitution (sulfates de morphine, héroïne médicalisée).

Si les traitements de substitution sont pris le plus souvent dans le cadre d'un protocole thérapeutique, l'accroissement de leur disponibilité s'est accompagné du développement de mésusages, concernant essentiellement la BHD [70].

Données de cadrage

Les traitements par méthadone ne peuvent être prescrits que par des médecins exerçant dans un Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (anciens CSST devenus CSAPA) ou à l'hôpital. Le relais par un médecin de ville peut être assuré une fois le patient stabilisé. Les conditions d'accès aux programmes « méthadone » et de maintien dans ces programmes sont plus ou moins strictes selon les centres. Contrairement à la méthadone, la BHD ne présente pas ou peu de risque de surdose en l'absence de consommation conjointe d'autres psychotropes. Elle bénéficie donc d'un cadre plus souple de prescription, l'initiation du traitement pouvant être pratiquée par tout médecin. Cette large accessibilité de la BHD constitue une spécificité française. La méthadone peut être prescrite pour une durée maximale de 14 jours, alors que cette durée est de 28 jours pour la BHD. Les principaux prescripteurs de traitements de substitution sont les médecins généralistes. [70].

Les personnes dépendantes aux opiacés habitant à proximité de la Belgique peuvent aussi recevoir une prescription de méthadone en comprimé en Belgique auprès de médecins généralistes.

En 2007, le nombre moyen de personnes prenant, en France, de la buprénorphine haut dosage (BHD) un jour donné était estimé à 83 174, à partir des données de vente⁶⁴, tandis que celui des personnes prenant de la méthadone atteignait 28 665 [39]. La

64. Sous l'hypothèse de patients traités pendant un an complet par une dose quotidienne moyenne de 8 mg de buprénorphine ou de 60 mg de méthadone.

part des patients recevant de la méthadone, s'élève selon cette source, à près de 25 % des patients traités (vs 20 % en 2006) [39]. Pour la même période, le nombre de personnes remboursées par l'Assurance Maladie pour une délivrance de BHD s'élève à environ 96 000, alors que celui des patients remboursés pour une délivrance de méthadone s'élève environ à 24 000 (soit 20 % de personnes recevant de la méthadone sur 120 000 personnes remboursées d'un traitement de substitution) [69].

Cet écart peut en partie être expliqué par le fait qu'une part des personnes recevant de la buprénorphine (estimée à 34 %) ne s'inscrit pas dans un traitement au long court et donc ne peut compter pour un traitement annuel complet (ce que compte la première estimation) et qu'une part des patients sous méthadone suivie en centres spécialisés reçoit cette dernière directement des centres (et ne sont donc pas comptés dans les patients remboursés).

Cependant, la méthadone étant considérablement moins détournée que la buprénorphine, si l'on considère seulement les patients sous traitement de substitution, encadré médicalement, la part des patients traités par méthadone est probablement plus haute que ne l'indiquent les données de remboursement ou de vente [70-71].. L'observation de l'évolution des ventes de la BHD montre pour la première fois une chute des quantités vendues entre 2006 et 2007 (-7 %) après une croissance continue depuis 11 ans . À l'inverse, les ventes de méthadone qui ont accéléré leur croissance depuis 2005 continuent sur cette lancée (+16 % entre 2006 et 2007) [39]. Depuis 2004, parmi les personnes en traitement de substitution suivies en CSST, la proportion de sujets sous protocole méthadone est plus importante que celle des sujets sous buprénorphine, l'écart allant en se creusant avec le temps (60 % vs 40 % en 2008) [4].

Parmi des patients sous traitement de substitution suivis en médecine de ville (en majorité par des médecins participant à un réseau toxicomanie), 68 % reçoivent de la BHD, 30 % de la méthadone et 2 % un autre traitement [72] .

À l'échelle de la population française, l'usage de la buprénorphine reste rare : en 2008, seuls 0,3 % des filles et 0,8 % des garçons de 17 ans ont déjà expérimenté la BHD [8]. L'usage de méthadone en population générale, extrêmement faible, n'est pas mesuré.

LES MÉSUSAGES, QUELQUES REPÈRES

A priori, on nomme mésusage toute consommation se situant hors des normes d'usage définies par l'AMM, à savoir la prise par un patient dépendant aux opiacés, par la voie pré-vue (sublinguale pour la BHD, orale pour la méthadone), du médicament, prescrit pas un médecin, dans le cadre d'une prise en charge globale de l'addiction.

Ainsi le mésusage comporte plusieurs dimensions possibles, chacune pouvant être présente isolément ou se combiner aux autres, de manière transitoire ou durable. Il est à noter que l'usage à visée thérapeutique est loin d'être exempt de mésusage, puisqu'une part des patients sous substitution ne peut se passer de l'injection, ou du sniff, de la recherche d'un « effet plaisir » et à des degrés divers bénéficie des revenus que peut permettre la vente ou l'échange de BHD.

1) Le mode d'acquisition de la BHD consommée qui peut être obtenue

■ Par polyprescription, c'est-à-dire en consultant plusieurs médecins dans le but d'obtenir plusieurs ordonnances couvrant la même période thérapeutique (chevauchement d'ordonnances).

■ Sur le marché parallèle

■ Ou des deux manières : approvisionnement mixte

2) L'usage de la BHD acquise qui peut être consommée mais aussi :

■ Vendue sur le marché parallèle. Il s'agit du trafic.

■ Consommée pour une partie et vendue ou donnée pour une autre. Il peut s'agir de trafic, plus fréquemment de petit trafic et de dépannage.

3) L'intentionnalité de la consommation

■ L'usage est thérapeutique si l'utilisateur consomme la BHD pour arrêter ou diminuer sa consommation d'opiacés et ce, quel que soit le mode d'acquisition de la BHD et l'existence d'un suivi médical ou non. Du point de vue médical il s'agit d'un usage conforme à l'indication. On distingue alors :

- Un usage thérapeutique « sous protocole » ou usage thérapeutique dans le cadre d'un suivi médical.

- Un usage thérapeutique hors protocole ou auto-substitution (de patients dépendants aux opiacés, faisant un usage substitutif du Subutex® en dehors du cadre d'un suivi médical).

■ L'usage peut être dit « toxicomaniaque » ou « à visée de défonce » (ou encore hors indication) quand il vise, soit une défonce, soit la gestion de la descente des stimulants, soit la réponse au manque d'autres opiacés. Il s'agit d'une modalité de gestion de la consommation d'opiacés.

Il existe alors un continuum de situations entre l'utilisation de la BHD comme n'importe quelle autre drogue pour gérer sa consommation d'héroïne, comme produit de dépannage où comme produit de maintenance et l'auto substitution.

Dans le cadre de cet « usage toxicomane » ont été définis :

- Un usage substitutif : la BHD vient remplacer ponctuellement ou plus régulièrement un usage d'héroïne (gestion du manque, coût du produit...)
- Un usage non substitutif ou primo usage de BHD : l'usager initie son usage d'opiacés par la BHD. On en rapproche la primo-dépendance : l'usager a déjà consommé de l'héroïne sans être dépendant et le devient avec la BHD. Cet usage ne découle donc pas d'une pharmacodépendance opiacée pré-existante : Il s'agit d'un usage toxicomane ou destiné à gérer des difficultés diverses.

Enfin, au cours d'une période donnée, l'usage peut être mixte.

4) Le mode d'administration

- L'injection qui constitue la voie d'administration problématique sur le plan sanitaire.
- Le sniff
- Eventuellement la voie orale (comprimés avalés) source d'inefficacité du traitement.

LA BHD

La BHD est une molécule agoniste/antagoniste morphinique prescrite jusqu'en 2005 uniquement sous le nom de spécialité Subutex® et désormais disponible sous deux formes génériques : buprénorphine Arrow® et Buprénorphine Merck® devenue Mylan®. Elle n'est pas classée comme stupéfiant. Les usagers emploient d'une manière générale le terme de Subutex ou Sub y compris pour désigner le générique qui peut être qualifié de « faux ».

LA SITUATION

Le dispositif TREND ne voit les usagers des MSO qu'à partir du moment où ils entrent dans son champ d'observation. Par conséquent, il ne peut pas rendre compte de la grande partie de patients en traitement par BHD invisibles en dehors d'un strict cadre thérapeutique.

Fréquences d'usage et usagers

Les premiers usagers de BHD sont les héroïnomanes en traitement. L'appropriation du produit par ces usagers dont une part n'est pas en situation ou en capacité immédiate de renoncer à la recherche d'un « effet » ou à l'injection (ou ne le souhaite pas), ou encore ne souhaite/peut pas accéder au traitement par la voie légale, constitue une part essentielle des usages non-conformes au cadre thérapeutique défini par la loi. Il n'empêche que l'on observe que pour nombre de poly usagers précarisés le « Sub » est une drogue comme les autres, si ce n'est que son prix au marché noir la rend nettement plus accessible.

Depuis plusieurs années, la population des usagers de BHD détournée semble s'élargir de deux manières :

■ On assiste sur certains sites (Bordeaux surtout, mais aussi Paris et Marseille en 2007) au renforcement continu de son usage détourné dans des populations très précarisées qui n'ont de toutes façons pas accès à l'héroïne du fait de leur dénuement. Il s'agit schématiquement de jeunes en errance souvent issus des milieux festifs, de SDF, et de jeunes hommes en provenance de l'ancien bloc de l'Est. Bordeaux signale ainsi la constitution d'un marché parallèle qui viserait spécifiquement les usagers sans couverture sociale. Leurs usages viseraient d'avantage la défonce pour supporter des conditions d'existence difficile que la régulation des prises de stimulants. Cependant, comme pour l'héroïne, certains jeunes très précaires issus du milieu festif alternatif auraient démarré leur usage en « descente » des stimulants.

■ Parallèlement, et il s'agirait pour le moment d'un phénomène plutôt parisien, on assiste à la poursuite d'une diversification des usages et des usagers en direction de groupes plus intégrés socialement relevant d'appartenances socio-professionnelles diverses (coursiers, déménageurs, « costard-cravate ») et ne consommant pas de drogues illicites. Ils utiliseraient notamment la BHD en fin de semaine « pour se détendre ». Certains l'utiliseraient comme produit dopant.

Sur d'autres sites, comme à Lille, les usagers de BHD sont en règle générale des anciens héroïnomanes, population vieillissante qui tend à se réduire du fait des passages sous méthadone [57].

Assez logiquement, plus les usagers sont rencontrés loin d'un cadre thérapeutique, plus le degré de mésusage apparaît fréquent⁶⁵.

Dans les CSST en 2008, 31 % des patients sont consommateurs de BHD, en très grande majorité dans le cadre d'un protocole thérapeutique (92 % des cas) [4]. L'écart entre doses quotidiennes moyennes reçues par les usagers sous protocole et les usagers hors protocole avait atteint un sommet en 2006 (8,9mg +/- 12,6mg sous protocole vs 19,2 mg +/- 37,4 hors protocole) [73], celui-ci s'est considérablement réduit en 2007 et 2008 (8,2 mg +/- 5,2 mg sous protocole vs 9,1 +/- 64,9 hors protocole en 2008) [4].

Dans les structures de première ligne de soutien aux usagers de drogues (CAA-RUD), 40,3 % des usagers interrogés en 2008 avaient consommé de la BHD au cours du mois précédent, dont 74,2 % quotidiennement. Il s'agit du produit dont la régu-

65. Il faut noter que la focalisation sur les populations fréquentant les structures de réduction des risques et dans une moindre mesure des centres de soins spécialisés accroît la visibilité et la proportion des usages détournés des traitements de substitution, les patients ayant peu de problèmes étant évidemment peu visibles. Les patients suivant un traitement de substitution dans le cadre de la médecine générale, bénéficiant d'une intégration sociale et maîtrisant leur problème de dépendance n'apparaissent pas ou peu dans le champ de nos observations.

larité de l'usage sur le mois est la plus importante. Seuls 9 % des usagers la consomment moins d'une fois par semaine [11]. Ainsi, quel que soit le cadre de l'usage, la BHD joue le rôle d'un produit « de base » dans l'éventail des substances.

En 2006 l'étude PRELUD (même public, méthode différente) montrait qu'une moitié des usagers de BHD seulement l'avait fait dans un but thérapeutique uniquement ; les autres en avaient fait un usage détourné exclusif (défonce, descente de stimulant ou gestion du manque) ou avaient mêlé ou alterné les deux usages [12]. La fréquence des usages détournés exclusifs par rapport à l'ensemble des usagers avait alors plus que doublé (de 5 à 12 %) [12].

L'usage détourné exclusif est surtout le fait de jeunes consommateurs en situation de grande précarité sociale (errants, nomades) et d'immigrés récents, en général d'Europe centrale et orientale.

Ceux qui mêlent usage thérapeutique et défonce sont souvent des usagers d'opiacés qui souhaiteraient « décrocher » mais ne parviennent pas à renoncer à l'effet « flash » lié à la montée rapide de la concentration de produit dans le sang. Dans ce cas, la BHD est le plus souvent injectée ou sniffée. La part des injecteurs de BHD au cours du mois précédent dans ce groupe atteint 74 %, ce qui suggère en effet que ces usagers sont parmi les plus en difficulté avec leur consommation.

Les observations issues du dispositif TREND révèlent depuis plusieurs années l'existence de personnes pour qui la BHD constitue le premier opiacé consommé dans la vie (primo consommateurs) [59, 74]. Ainsi, une étude menée en 2003 montrait que l'usage non substitutif⁶⁶ de BHD touchait un quart des personnes consommant de la BHD dans les structures de première ligne [59].

Cependant, au sein des structures de soins spécialisés, le nombre de cas de primo dépendance à la BHD⁶⁷ signalés au cours de l'enquête OPPIDUM reste faible par rapport aux primo dépendances à l'héroïne (76 vs 3 563 en 2008) [4]. En 2008, ce phénomène n'est évoqué qu'à Toulouse et à Marseille où par ailleurs la BHD est très disponible [13, 23]. Il est possible que les autres observateurs ne s'intéressent pas de près à ce phénomène dans la mesure où, pour les populations les plus démunies, notamment les plus jeunes, qui n'ont pas les moyens de choisir, la nature de l'opiacé consommé peut apparaître comme relativement secondaire dans le cadre d'une polyconsommation et les parcours d'usage difficile à reconstituer.

On note également des signalements récurrents de consommation de BHD initiées en prison chez des personnes non préalablement dépendantes aux opiacés.

67. Usage non substitutif : primo-usage de BHD ou primo-dépendance au BHD.

68. Patient dont la première dépendance est liée à la BHD.

Parallèlement à ces primo consommations de BHD, des sorties d'usage non conventionnelles de BHD sont constatées, laquelle est remplacée par d'autres opiacés, notamment l'héroïne. Pour ces personnes, ces transferts semblent traduire une lassitude à l'égard du médicament en raison de ses effets secondaires, la crainte du sevrage réputé difficile et, enfin, la volonté de rompre avec l'image stigmatisée du toxicomane à la BHD.

Des sorties d'usage « conventionnelles » vers la méthadone se font progressivement. Ils représentent moins de 4 % des personnes ayant été remboursés d'une délivrance de BHD en 2007⁶⁸ [69].

Par ailleurs, il apparaît très difficile de repérer des patients sevrés de la BHD, soit parce qu'ils sont peu nombreux, soit parce que, s'éloignant de la sphère des « drogues », ils sont « perdus de vue » par les outils d'observation du champ de la toxicomanie.

Effets

En usage détourné, pour les usagers accoutumés aux opiacés, les effets recherchés seraient les mêmes que ceux de l'héroïne (maximalisation de la montée du produit mais raccourcissement de ses effets recherchés à travers l'injection). Les effets ressentis cependant seraient rarement au rendez-vous. Ceux-ci tiendraient davantage de l'excitation et de l'apaisement du manque que de la « défonce » mais surtout de la satisfaction d'une « dépendance aux gestes ritualisés de l'injection » comme le rappelle le rapport lorrain [19, 21, 32, 75]. Pour tenter de retrouver un effet « défonce », elle serait fréquemment associée à l'alcool ou aux benzodiazépines, notamment au Rivotril® [21].

Les primo-usagers d'opiacés ressentent, quant à eux, un effet défonce, celui-ci perdant de son intensité au fur et à mesure des prises.

Enfin, comme l'héroïne, la BHD est consommée par des usagers de stimulants qui recherchent l'apaisement des symptômes désagréables accompagnant la chute des effets desdits stimulants.

Modes d'usage

Trois modes d'administration de la BHD, outre la voie sublinguale prévue par les protocoles thérapeutiques, sont identifiés : l'injection, le sniff et, plus marginalement, la voie fumée.

68. Cependant, si l'on considère que toutes les personnes remboursées d'une délivrance de buprénorphine ne sont pas des patients traités, ce pourcentage est sans doute sous évalué.

L'injection demeure le mode d'administration le plus répandu quand le médicament est détourné de son usage thérapeutique. Celle-ci est toutefois également pratiquée par une frange de patients respectant par ailleurs ledit protocole. Cette pratique permet une montée rapide du produit et surtout, la conservation d'un rituel de prise que beaucoup d'anciens héroïnomanes ne parviennent pas à abandonner. Cependant, l'injection est d'autant plus fréquente que l'on s'éloigne du cadre thérapeutique. Elle s'accompagne d'une dégradation veineuse importante, à laquelle s'ajoutent de lourdes complications infectieuses et circulatoires (syndromes de Popeye, abcès, etc.) [15, 34, 52, 58, 76]. L'injection de BHD a pu être observée également en milieu festif, mais elle est le fait d'usagers qui injectent aussi hors de ce milieu.

Le sniff est utilisé plutôt chez les « vieux » injecteurs pour lesquels il permet de pallier la dégradation du capital veineux et les complications sanitaires consécutives à la fréquence des injections. En second lieu, comme pour l'héroïne, le sniff est un mode d'usage privilégié par les plus jeunes usagers, notamment les primo consommateurs d'opiacés. Ce serait en effet un mode d'administration moins stigmatisant, plus familier aussi pour de jeunes usagers qui ont pu par ailleurs consommer des stimulants par ce biais et surtout moins risqué sur le plan sanitaire que l'injection.

On décrit également l'inhalation dont une version particulière est décrite en 2008 à Paris et à Bordeaux : la BHD, réduite en poudre, serait introduite dans une cigarette ou un joint pour être ensuite fumée [21].

On note que le mode d'usage peut varier chez un même usager, en fonction de l'effet recherché, de l'état veineux ...

En 2008, l'injection de BHD⁶⁹ est pratiquée par 7 % des usagers sous protocole de substitution vus dans un cadre thérapeutique, le sniff par 8 % et l'inhalation est pratiquée par une part infime des usagers⁷⁰ [4]. Cette part d'injecteurs connaît une tendance décroissante (13 % en 2005). Parmi les personnes vues dans le même cadre mais déclarant consommer de la BHD hors protocole thérapeutique, 18 % utilisent l'injection, 58 % la sniff, 8 % l'inhalent et 34 % la consomment par voie orale. La fréquence de l'injection de la BHD dans ce deuxième groupe continue à diminuer d'année en année (34 % en 2005) avec une forte accélération de la chute depuis 2006. L'usage du sniff y connaît l'évolution inverse (34 % en 2007), de même que la voie fumée (2 % en 2006, 8 %) en 2008 [4].

69. Au cours de la semaine précédant l'enquête.

70. 94 % des patients prennent la BHD normalement, par voie orale.

En revanche, en fin d'année 2008, l'injection de BHD a été pratiquée au cours du mois précédent par 56,4% des 1 264 usagers récents rencontrés dans les structures de première ligne, le sniff par 18,4 %, la fumette par 4,3 % et la voie orale par 44,1 %. [11]. S'il est difficile de réaliser des comparaisons précises avec les enquêtes précédentes menées sur la même population avec une méthode différente, on constate que les ordres de grandeurs sont identiques à ceux retrouvés par l'enquête PRELUD en 2006 (injection : 58 %, sniff : 22 %, fumette : 3 % et voie orale : 45 %) [12].

L'enquête PRELUD 2006 montrait en outre que, dans la population fréquentant les CAARUD, la part d'injecteurs variait avec l'intentionnalité de l'usage : la BHD y avait été injectée au cours du mois précédent par 51 % des personnes qui l'utilisaient pour arrêter l'héroïne, par 59 % de ceux qui ne recherchaient que la « défonce »⁷¹ et par 74 % des usagers qui mêlaient ces deux objectifs [33].

Dans cette population, l'âge de la première injection de BHD se situait, en 2006, autour de 25 ans (médiane) soit un an après l'âge de la première consommation. La pratique de l'injection démarre rarement par une injection de BHD qui ne constitue le premier produit injecté dans la vie que pour 6,3 % des personnes ayant déjà utilisé cette voie d'administration (contre 42 % pour l'héroïne) [12].

Conséquences de l'usage détourné

Un des principaux problèmes liés à l'usage de la buprénorphine, largement relevé par les personnes traitées, est la forte dépendance qu'elle entraîne. Même si elle a le plus souvent été précédée d'une dépendance à l'héroïne (elle ne représente le premier produit ayant entraîné une dépendance que pour 1 % seulement des patients pris en charge dans le dispositif socio-sanitaire spécialisé en 2008) [4], elle apparaît comme un piège pour beaucoup d'usagers, patients ou « més-useurs ». Le sevrage de la buprénorphine est en effet décrit comme « moins franc, plus lancinant, irrégulier et surtout plus long que celui de l'héroïne ». Des personnes ayant réduit les doses rapidement ou arrêté radicalement sont souvent surprises par des « symptômes retard » parfois violents survenant longtemps après la fin des symptômes de manque aigus : crampes, accès de déprime, insomnies sévères, agitation [77].

Pour 6,4 % des patients suivis dans le dispositif socio sanitaire ambulatoire spécialisé (CSST) en 2007, le produit posant le plus de problème est un médica-

71. Ou l'utilisent pour gérer la descente d'un stimulant.

ment de substitution, buprénorphine principalement ou méthadone (vs 38,7 % pour les autres opiacés, principalement l'héroïne). Ce niveau, exprimé en part des patients ou en nombre moyen de patients traités, est stable sur le long terme [61]. Parmi les nouveaux patients, cette part est égale à 6,5 % pour la BHD et 1,6 % pour la méthadone⁷² [35].

En 2008, la BHD apparaît comme le premier produit problématique au regard des usagers interrogés dans les structures de première ligne, juste devant l'alcool. Elle est en effet citée comme tel par 22,1 % des usagers des CAARUD [11].

Les problèmes sanitaires physiques de l'usage détourné découlent essentiellement de l'injection. Il s'agit des complications vasculaires et infectieuses locales sérieuses engendrées par un produit non adapté à l'injection (syndrome de Popeye aux membres supérieurs, voire inférieurs, abcès, thromboses, septicémie, endocardites...) mais également de la transmission des virus du sida et des hépatites B et C.

Depuis 2005, des professionnels du champ sanitaire ou social font état d'une moindre visibilité des complications consécutives à l'injection du Subutex®, liant cette observation à la diffusion croissante du Stérifilt® (voir dans la partie transversale, le chapitre « santé des usager »). Le Stérifilt® est d'ailleurs dans les discours et les pratiques des usagers de drogues très lié à l'usage de buprénorphine, même si certains continuent à voir dans la clarté du filtrat obtenu une perte des principes actifs. Le rôle d'une meilleure prise en charge, mais également d'un meilleur apprentissage de la pratique de l'injection par les usagers est également évoquée. En 2007 et 2008, cette tendance qui resterait à confirmer quantitativement est relevée à Bordeaux, Marseille (pour 2007), Paris et Rennes [voir approche transversale].

Lorsque la BHD est prise en sniff de manière régulière, il provoque des lésions de la cloison nasale et favorise les infections locales.

La buprénorphine est peu impliquée, au regard de sa diffusion, dans les décès directement liés à l'usage de drogue repérés par le dispositif DRAMES. En 2006, elle était présente dans 17 % des décès, seule ou seulement associée à des benzodiazépines et/ou de l'alcool dans 12 % des décès et associée à un autre produit dans 5 %. En 2007, elle n'était présente que dans 7 % des décès répertoriés (seule ou avec alcool et /ou benzodiazépines dans 5 % des cas et associée à un autre produit dans 2 % des cas) [4].

73. Dispositif RECAP, analyse à champ constant.

Marché parallèle

Disponibilité et accessibilité

Alimenté par la revente de produits prescrits, le marché parallèle facilite les consommations hors du suivi médical. La disponibilité et l'accessibilité de la BHD sur le marché parallèle des centres urbains sont encore importantes dans tous les sites TREND. Cependant les deux sites du Nord-Est de la France (Metz et Lille) ont toujours fait état d'un trafic peu structuré plus proche du dépannage que de la démarche professionnelle contrairement aux autres sites.

Le marché noir a connu une croissance importante jusqu'en 2004. Parallèlement, le prix médian estimé d'un comprimé de 8 mg de Subutex® au marché noir a chuté de 6 € en 2000 à 3 € environ en 2004. Le trafic se décline alors selon deux modalités : il existe une activité diffuse de « petite revente », qui est le fait de patients traités, lesquels s'assurent ainsi un petit revenu tandis qu'un nombre réduit de personnes (pas nécessairement en traitement) s'adonne à une activité de « recueil » et de revente (6 % environ des personnes ayant eu un remboursement au cours d'un semestre en 2002). On estimait à la fin de l'année 2002 (dernières données publiées) que les quantités revendues dans ce cadre représentaient entre 21 % et 25 % des doses prescrites avec des disparités importantes entre les sites (maximum de 40 % à Paris)⁷³ [71, 78]. L'étape de « recueil » se déroule majoritairement par polyprescription⁷⁴ jusque vers 2005, avant que d'autres méthodes prennent le relais.

Les contrôles des CPAM (Caisses primaires d'assurance maladie), entrepris dès la fin de l'année 2004 mais actuellement réalisés en routine, ont essentiellement visé à identifier les trafiquants et à recadrer les patients ayant plusieurs prescripteurs ou recevant une dose moyenne importante (supérieure à 32 mg), ainsi que certains prescripteurs jugés abusifs.

Des actions à des niveaux divers ont été engagées par les CPAM :

- Lettres d'avertissement menaçant de cesser les remboursements de TSO ;
- Des convocations, dont une part significative ne serait pas honorée ;
- Des dépôts de plaintes ;
- Ou enfin, la suspension des remboursements de MSO.

Ces contrôles ont été menés avec des stratégies variables selon les départements, à l'origine de situations locales diverses. À l'exception du site de Toulouse, il semble que le contrôle exercé par les CPAM n'ait eu que peu d'impact sur la

73. Le prix d'une boîte de 7 comprimés de 8 mg en pharmacie est de 23,87 €, soit environ 3,4 €. Le taux de remboursement est de 65 %.

74. Ou « doctor shopping », pratique qui consiste à fréquenter plusieurs médecins différents dans le but de multiplier les ordonnances de produits.

présence globale du Subutex® sur le marché parallèle jusqu'en 2007 où des tensions se sont clairement fait sentir sur le marché (voir « BHD, phénomènes marquants »).

Les mesures restrictives se sont heurtées au développement de nouvelles modalités d'approvisionnement destinées uniquement à alimenter le marché parallèle, en particulier sur les sites où existe un trafic à destination internationale au premier rang desquels se situe la capitale : recours au vol et à la location de cartes Vitale, envoi par des dealers de différentes personnes (mules) chez des médecins pour se faire prescrire de la BHD, consultation de médecins en dehors du département de résidence, de telle sorte que les différentes CPAM (non connectés entre elles sur le plan informatique selon les usagers) ne puissent faire les recoupements et détecter ainsi les prescriptions multiples. Depuis 2007, certaines stratégies se renforcent (mules) et d'autres continuent à apparaître (voir « BHD, phénomènes marquants »).

Il semble, qu'à partir de 2006, la situation se soit restructurée ainsi :

D'une part, une activité de trafic diffuse permet sur la plupart des sites d'alimenter le marché parallèle.

La grande majorité des patients traités, relativement stabilisés qui avaient des comportements nomades, ont réussi à réintégrer le cadre. Pour certains, selon les témoignages des usagers recueillis par l'association ASUD (Auto-support usagers de drogues), en 2006⁷⁵, le recadrage de la CPAM aurait été salutaire quand il était accompagné d'un véritable examen de leur situation. Ceux-ci auraient quitté la scène du marché parallèle.

Parmi les usagers plus précaires pour qui le trafic de BHD constituait la seule ou principale source de revenus, beaucoup auraient été amenés à cesser ou à réduire cette pratique et leurs conditions de vie seraient devenues plus difficiles.

Les revendeurs les plus organisés auraient au contraire pu accroître leurs activités. En particulier, les années 2005 et 2006 ont vu apparaître ou s'intensifier un trafic international très organisé.

Dans l'espace festif techno, au contraire, les observations de terrain mettent en évidence le caractère marginal de l'usage de ce produit et de sa disponibilité hormis dans les très grands événements (teknivals). À Marseille et à Rennes, sa présence apparaît ponctuelle. Le rapport breton signale sa disponibilité au cours d'événements relevant de la culture punk. Seul le site parisien signalait en 2007 une disponibilité élevée dans les événements alternatifs et les raves payantes pour un prix de 5 à 10 € le comprimé sans réitérer ce constat en 2008.

75. Dans le cadre d'un travail commandé par l'OFDT

Prix

Les prix du Subutex® varient selon les quantités achetées, mais aussi comme sur l'ensemble du marché illicite de médicament, selon les jours de la semaine (prix plus hauts les week-end et les jours fériés).

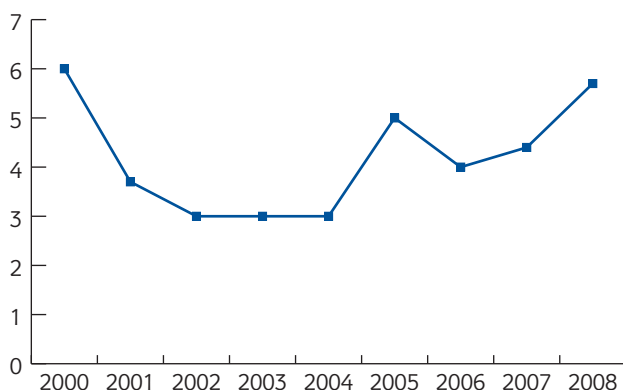
En 2008, le prix courant le plus bas pour un comprimé de 8 mg du médicament princeps se trouve à Lille (2 à 3 €, 5 € le week-end) puis à Paris (3 à 5 € le comprimé, jusqu'à 10 € les week-end) et à Marseille (3 à 5 € également, jusqu'à 8 € le week-end).

Tableau 22 - Prix moyen et médian du cp de 8 mg de Subutex® sur le marché illicite en 2008

sites	Prix courant du cp de 8 mg
Paris	4,0
Marseille	4,0
Lille	5,0
Rennes	5,0
Metz	6,5
Bordeaux	8,0
Toulouse	8,0
Médiane	5,0
Moyenne sites	5,7

Source : TREND 2008, OFDT

Graphique 9 - Evolution du prix moyen du comprimé de 8 mg de Subutex® en France entre 2000 et 2006 sur les site du dispositif TREND



Source : TREND 2008, OFDT

Rennes et Metz connaissent une situation intermédiaire (5 € en moyenne à Rennes avec des pointes jusqu'à 9 € et entre 3 et 10 € à Metz). Enfin, à Bordeaux et à Toulouse, le prix le plus fréquent du comprimé de Subutex® (en 2008 à Toulouse et fin 2007 à Bordeaux) avoisine les 8 €.

La boîte (ou plaque) de 7 comprimés à 7 mg peut être acquise sur le marché parallèle pour environ 10 € à Marseille, entre 15 et 20 € à Paris et à Lille, entre 20 et 30 € à Toulouse et autour de 30 € à Metz.

Ces prix sont notés en hausse à Paris, Bordeaux, Metz, Rennes et Marseille.

Trafic international

À Paris, les fonctionnaires de police signalent une poursuite du trafic de Subutex® à destination internationale devenu extrêmement visible depuis 2006. Comme cela était déjà le cas en 2006, ces trafics alimenteraient essentiellement des réseaux de vente des pays Baltes, la Géorgie et la Scandinavie (consulter pour plus d'information le rapport parisien portant sur les données 2008) [21].

Le recours au marché parallèle

Pour les patients insérés dans un parcours de soins, le recours au marché parallèle est un moyen de compléter des doses ressenties comme trop faibles pour endiguer « le besoin psychique » du produit ou pour répondre à une période de « dérapage » qu'ils n'osent pas avouer à leur médecin⁷⁶.

Pour d'autres, cette pratique peut être liée au moindre coût du produit au marché noir, particulièrement lorsqu'on ne dispose pas de couverture sociale (population très précarisée en situation irrégulière notamment ou mineurs en rupture familiale), voire au besoin d'anonymat (mineurs encore couverts par leurs parents et qui ne souhaitent pas informer ces derniers).

Enfin certains usagers dépendants aux opiacés s'auto-substituent, soit avant de faire une démarche de soins pour laquelle il ne sont pas encore prêts, soit dans le cas de personnes bien insérées socialement, par crainte d'être « repérées » [13].

Il existe une dernière catégorie d'usagers s'approvisionnant sur le marché parallèle : les usagers épisodiques quel qu'en soit l'objectif (défonces, gestion du manque d'héroïne ou des prises de stimulants).

Dans les structures de soins spécialisées, le recours au marché illicite dépend très nettement du cadre dans lequel est prise la BHD. Ainsi, en 2007, il ne concerne que 8 % des consommateurs qui se disent « sous protocole thérapeutique » (recherche probable de doses complémentaires) mais il est le fait de 92 % des personnes qui disent le consommer hors protocole [79].

76. Qui du reste sera tenté de ne pas les croire compte tenu des pratiques fréquentes de revente d'une partie du traitement.

Dans les structures de première ligne, dont bon nombre d'usagers ne sont pas entrés dans un parcours de soins, l'acquisition de la BHD sur le marché parallèle constituait, en 2006, un mode d'accès exclusif pour 26 % des usagers et partiel pour 15 %. [12].

Acquisition sur le marché parallèle et usage détourné (injection, défoncé...) ne sont pas synonymes. En effet, parmi les personnes fréquentant les structures de première ligne et qui s'approvisionnaient exclusivement sur le marché noir en 2006, 30 % déclaraient prendre la BHD dans un but thérapeutique exclusif, pour arrêter ou diminuer la consommation d'un autre opiacé (auto substitution). Cependant, parmi ceux qui prenaient de la BHD uniquement « pour se soigner », seuls 26 % avaient recours au marché illicite, alors qu'ils étaient 70 % parmi ceux qui l'utilisent uniquement pour « se défoncer » (y compris gérer le manque ou réguler la descente d'une prise de stimulant) [12].

Enfin, bien que longtemps jugée minoritaire parmi les moyens d'accès au produit, la pratique de falsification d'ordonnances pour obtenir du Subutex® a globalement progressé au cours des dernières années. La BHD, qui n'a cessé de progresser dans le classement est, en 2007, le deuxième médicament à l'origine de falsifications d'ordonnances derrière le zolpidem (Stilnox®). Elle est classée première en Ile de France. Cependant, la part des ventes qui seraient détournées de cette manière n'augmente pas puisque le taux de détournement (part des quantités concernées par les ordonnances falsifiées par rapport à l'ensemble des quantités délivrées) tend à diminuer entre 2003 et 2006 (aux environs de 8 % en 2003, elle est inférieure à 5 % en 2007) [80].

Perceptions

Compte tenu de la dépendance qu'elle engendre qui est perçue comme plus tenace que celle de l'héroïne et des conséquences de son injection évoquées plus haut, l'image de la BHD est mauvaise parmi les usagers de drogues rencontrés par le dispositif TREND. Pour nombre d'usagers, elle a ainsi perdu, au fil du temps son statut de médicament pour acquérir celui de drogue de rue.

Comme traitement, elle souffre également de son absence d'effet « plaisir » en usage normal et même en injection⁷⁷, mais surtout de cette situation « d'entre-deux », non injectable mais injectable quand même au prix de dégradations veineuses importantes, pour des usagers qui souvent ne résistent pas à l'envie d'injecter.

77. Pour des usagers dépendants aux opiacés qui ne peuvent renoncer à la recherche du flash.

Enfin, de plus en plus, elle renvoie aux usagers l'image d'une sortie impossible de la toxicomanie, n'apparaissant plus alors comme une solution [23]. Il est toutefois possible que les patients traités et n'ayant pas de difficultés avec le produit, non visibles en structures de réduction des risques, ne partagent pas cette image.

Comme produit de « défonce », elle est clairement disqualifiée par rapport à l'héroïne pour les usagers un peu aguerris et elle est reléguée au statut de « drogue du pauvre ». Son utilité dans la gestion du manque est cependant reconnue. Par contre elle peut représenter un moyen accessible de « transgresser », pour certains jeunes plus naïfs vis-à-vis des opiacés, à la recherche d'une image décalée ou antisociale [32] et elle perçue, par certains usagers, comme le moyen de consommer un produit « propre ».

C'est surtout du côté des non usagers que l'on trouve l'expression de « drogue d'État ».

BHD, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007

Un marché illicite sous tension mais toujours actif

En 2005, les contrôles accrus des CPAM⁷⁸ n'avaient eu qu'un très faible impact sur la diffusion sur le marché noir de ce médicament. Toutefois, certains observateurs du réseau TREND (Toulouse, Marseille ou Paris) notaient une hausse du prix de vente du comprimé de 8 mg. En 2006, il semblait que la disponibilité du Subutex® soit aussi élevée que les années qui précédaient les mesures de contrôle. À Paris en particulier, le trafic avait pris une dimension plus importante liée en particulier à l'intensification du trafic international. Les autorités policières comme les observateurs TREND, décrivaient des bandes organisées, originaires le plus souvent de l'est de l'Europe, qui s'investissent de plus en plus dans le trafic de Subutex®, visant à la fois le marché local et le marché international (Géorgie, Russie)⁷⁹ [81]. Outre l'usage de photocopie d'attestations de CMU (couverture maladie universelle) ou d'AME (Aide médicale d'Etat), ils bénéficiaient visiblement de la complicité de médecins et de pharmaciens.

À Toulouse où l'action de l'Assurance maladie avait permis de déstructurer efficacement le trafic local, celui-ci s'est reconstitué de manière plus diffuse.

78. Les contrôles des CPAM ont essentiellement visé à identifier les trafiquants et à recadrer les patients ayant plusieurs prescripteurs ou recevant une dose moyenne quotidienne supérieure à 32 mg.

79. Dans un certain nombre de pays comme la Russie et la Géorgie, le prix du comprimé de 8 mg de Subutex®, acheté illégalement en France 2 à 3 €, peut atteindre jusqu'à 100 dollars soit environ 70 €. Il s'agit donc d'une activité extrêmement lucrative.

L'année 2007 a été marquée par des actions des CPAM envers les usagers ou professionnels de santé jugés « déviants » plus ou moins marqués selon les sites, mais apparemment généralisés. Les surveillances en routine permettent de repérer les usagers susceptibles de détourner la BHD vers le marché illicite, à partir d'indicateurs ad hoc.

L'observation des volumes prescrits et délivrés par les médecins ou pharmaciens a également débouché sur des rappels à l'ordre. Ainsi à Paris, l'année 2007 connaît une perturbation importante du marché noir de la BHD avec le démantèlement d'un réseau de détournement. Seront interpellés entre la fin mars et la mi-juillet, cinq médecins et quinze pharmaciens, ainsi que plusieurs trafiquants de médicaments.

Presque chaque site fournit en 2008 des éléments quantitatifs attestant de perturbations du trafic. À Toulouse, on observe une nette diminution de la part des usagers recevant plus de 32 mg par jour en moyenne (retenue comme indicateur de polyprescription), mais un accroissement du nombre de personnes ayant eu une délivrance de BHD. À Lille, après une baisse du nombre de bénéficiaires jusqu'en 2006, on observerait une hausse en 2007. À Metz, les quantités de BHD vendues auraient baissé (dans l'ensemble de la Moselle) de 28 % entre 2006 et 2007 (plus que la baisse qui peut être attendue des passages de la BHD à la méthadone).

Au plan national, surtout, la part des bénéficiaires d'un remboursement de BHD recevant des doses supérieures à 32 mg, estimée à 6 % en 2002 (probablement légèrement surévaluée) est tombée à 2 % en 2006 puis 1,6 % en 2007 [69, 78]. Les parts de montants (ou quantités) remboursés pour ces personnes s'élèvent à 10,8 % de l'ensemble (6,9 % en 2007) vs 35,7 % en 2002 [69, 78].

Par ailleurs, cinq sites sur sept signalent des prix du comprimé de 8 mg en hausse, ce qui amène à un prix moyen du comprimé de Subutex® de 5,5 € en 2008 (médiane égale à 5), alors qu'il était retombé à 4 € en 2006.

Cependant, presque tous les sites signalent un maintien au même niveau de la disponibilité du produit sur le marché illicite qui semble trouver des parades à chaque nouvel obstacle. Seul le rapport de Toulouse mentionne une accessibilité plus difficile et quelques périodes de pénurie en 2008. À Metz, et à Paris, on signale un marché moins visible mais toujours aussi fourni.

Par exemple, à Paris, suite aux interpellations de médecins et de pharmaciens qui débutent fin mars, une baisse de la disponibilité de la BHD est observée dès le mois d'avril dans le XVIIIème arrondissement aux abords du métro Château-Rouge, aboutissant au deuxième semestre, si ce n'est une impossibilité totale de s'approvisionner, à des attentes de plusieurs heures à certains moments. Le rapport parisien signale cependant que dès la fin de l'année 2007, il semble que le trafic se soit réorganisé par une adaptation des stratégies d'approvisionnement. Sont notamment cités :

- Un trafic croissant de cartes vitales permettant à des usagers – revendeur de recevoir des prescriptions sous plusieurs identités.
- Une tendance à aller s’approvisionner auprès de médecins plus éloignés du XVIIIème arrondissement, mais aussi de Paris ou même d’Île-de-France, vers des zones où la pression du contrôle de l’Assurance Maladie est moindre et donc où les médecins sont moins réticents à délivrer des ordonnances de psychotropes.
- La réalisation de fausses ordonnances ou les vols d’ordonnanciers.

En 2008, la BHD y est de nouveau décrite comme très disponible et facilement accessible, mais les prix demeurent plus élevés. Ces difficultés supplémentaires d’approvisionnement expliqueraient partiellement le maintien de prix hauts en fin d’année [21-22].

À Toulouse, en dépit de difficultés d’accès accrues, le rapport mentionne également des stratégies pour échapper à la vigilance des CPAM. Le marché serait maintenant structuré autour de grossistes qui centraliseraient le produit détourné et se chargeraient de la revente. Ils recruteraient des « mules », personnes non consommatrices ou non dépendantes, qui iraient chez les médecins généralistes se faire prescrire des traitements.

Certains usagers arriveraient à alimenter le marché de manière discrète en continuant à recevoir des prescriptions de BHD bien qu’étant passé à la méthadone, ou même en ayant repris l’héroïne comme produit principal, la vente de la BHD facilitant l’achat d’héroïne. D’autres, classiquement, si l’on peut dire, continueraient à recevoir une dose supérieure à leur consommation. Enfin, les polyprescriptions existeraient toujours mais souvent limitées à 2 médecins [23, 28].

Une baisse de la demande de BHD pourrait également contribuer à l’absence de sentiment de pénurie sur un marché qui apparaît tout de même de plus en plus contraint. En effet, une part de plus en plus importante des patients traités passent de la BHD à la méthadone. De plus, parmi les usagers hors cadre thérapeutique, la BHD tend à être remplacée par l’héroïne dès que cela s’avère possible.

Une poursuite, à Paris de la diffusion du Subutex® parmi les populations insérées

L’observation, localisée à Paris d’un usage de BHD par des personnes très éloignées de l’univers de la substitution, rapportée depuis quelques années a continué à s’intensifier particulièrement en 2007. Une note d’observation retranscrite dans le rapport parisien illustre le phénomène :

« Au-delà de la clientèle « habituelle » des revendeurs de rue de buprénorphine, composée d’usagers de drogues en situation de précarité, la clientèle, formée de personnes plus insérées socialement semble en augmentation notable. Quelques heures d’observations in situ, principalement en fin

de journée, permettent de confirmer cette affirmation. On peut voir alors de nombreuses voitures de moyenne et haute gamme, occupées par des personnes dont le style vestimentaire laisse supposer une position sociale convenable s'arrêter, le long du boulevard Barbès, embarquer à leur bord un revendeur pour le déposer plus loin. Ces acheteurs privilégieraient les contacts avec des revendeurs en quelque sorte « attirés ». L'un de ces derniers a bien voulu témoigner dans le cadre des observations. Ses propos sont rendus ici tels qu'ils ont été livrés : « J'aime mieux les clients comme ça. Ils viennent de temps en temps, 2, 3 ou 4 fois par mois, et prennent au moins une plaquette à chaque fois, des fois ils en prennent plusieurs. [...] Y'en a un, je l'appelle « le procureur » parce qu'il a un autocollant de la justice sur sa caisse et il est toujours sapé comme un banquier. Je le connais ça fait longtemps. Il aime bien quand je l'appelle « procureur », il rigole. Il dit qu'il achète dans la rue parce que s'il va voir un médecin il peut être fiché par la sécu et avoir des problèmes. En plus, il dit que ça lui coûte pas plus cher que s'il achetait en pharmacie [...]. Et il veut pas se taper la honte. Je lui fais la plaquette à 15 €, toujours, parce qu'il est régulier. » » [22]

À signaler

Un lent démarrage des formes génériques.

La mise sur le marché d'un générique de la buprénorphine par le laboratoire Arrow en 2006 a été suivie de l'arrivée de la buprénorphine générique Merck devenue depuis Mylan. Cette entrée sur le marché a été accompagnée de la circulation d'un discours, tant parmi les usagers que parmi certains professionnels, sur une qualité moindre des génériques : biodisponibilité plus faible rendant les doses insuffisantes et accroissement des dangers liés à l'injection. Si ces affirmations ont pu être entendues comme un retour d'expérience des usagers à l'époque, il s'est avéré qu'elles correspondaient pour partie au lancement de rumeurs comme l'évoque la Décision rendue le 11 décembre 2007 par le Conseil de la concurrence à la suite d'une saisine par le laboratoire Arrow⁸⁰. Cependant la circulation de toutes sortes d'allégations, suscitant notamment la crainte chez les patients traités que le refus du générique soit considéré comme un marqueur de mésusage ou que toute possibilité d'injecter la buprénorphine disparaisse, n'ont pas été favorables à l'adoption des génériques.

En 2007 et 2008, comme en 2006, le générique est présenté par les usagers comme ayant des effets moins forts et/ou moins longs. Il apparaît toutefois difficile de faire

80. <http://www.conseil-concurrence.fr/pdf/avis/07mc06.pdf> 11.12.2007

la part entre la réticence psychologique au changement et les propriétés relatives du princeps et du générique.

Le générique est décrit comme non facilement injectable ou même sniffable : non sécable, il ne permettrait pas la section en quatre que pratiquent certains usagers pour l'injecter en plusieurs fois au cours de la journée (ou le sniffer ou le fumer). Il serait plus difficile à écraser que le princeps. La moindre quantité d'excipients donnerait l'impression « d'en avoir moins » impression dont l'impact serait à la fois psychologique mais aussi pratique, lorsqu'il s'agirait de sniffer ou de scinder puis de conserver les doses⁸¹. Cependant, il boucherait davantage les seringues et un usager rennais affirme qu'il ferait coaguler le sang dans la seringue⁸².

Un certain nombre d'intervenants des CAARUD font état de « brulures » sous cutanées spécifiques de l'injection de la buprénorphine générique [18].

En usage « normal » certains usagers, regretteraient le goût amer du Subutex® (mais d'autres quitteraient ce goût avec plaisir) et certains patients n'apprécieraient pas le comportement du générique sous la langue : il fondrait trop vite, aboutirait à une substance pâteuse et provoquerait des états nauséux.

Les prescripteurs ont donc dû gérer de très fréquentes demandes d'augmentation des doses où se sont trouvés mis devant le fait accompli. De même, les mentions « non substituables » semblent s'être multipliées sur les ordonnances.

On note que la buprénorphine générique a tout de même été adoptée par un certain nombre d'usagers, plus jeunes dans leur parcours toxicomaniaque que la moyenne des usagers, mieux intégrés dans un protocole, davantage stabilisés. Certains patients seraient même satisfaits d'échapper au label « Subutex® », très connoté comme une drogue, la buprénorphine générique offrant à la molécule à nouveau l'image de médicament. Les rapports parisiens et marseillais signalent que les usagers injecteurs de BHD générique observent une moindre fréquence des abcès et des altérations veineuses moins importante qu'avec le princeps [13, 21].

Ainsi l'édition 2008 de l'enquête OPPIDUM dans les centres de soins spécialisés montre que les 31 % de patients sous BHD qui reçoivent des génériques sont en moyenne de deux ans plus jeunes que les autres patients sous BHD. Parmi eux, 1 % seulement dit les prendre hors protocole de soins (vs 8 % pour les autres), et leurs doses quotidiennes moyennes sont environs 1 mg inférieure à celles des autres patients [4]. Parmi les patients sous BHD des médecins généralistes participant en 2008 à l'en-

81. En effet, là où on pouvait conserver des demi, voire des quarts de comprimés, il serait maintenant nécessaire de conserver de très petites quantités de poudre ou le produit de la dilution, ce qui pose notamment problème aux usagers SDF.

82. Les usagers commencent par tirer un peu de sang dans la seringue avant d'injecter le produit.

quête OPEMA qui appartiennent majoritairement à un réseau de soins, 27 % reçoivent un générique [72].

La part de marché des génériques atteignait sur les 8 premiers mois 2007, 12,5 % des quantités délivrées en ville et 46,2 % des quantités hospitalières (correspondant proportionnellement à 14 % du total)⁸³

Dès avril 2007, la buprénorphine générique était bien installée sur le marché noir à Paris. Sur les autres sites du réseau TREND, elle y est relativement sous-cotée (Marseille, Bordeaux, Paris, Rennes) ou absente car souvent refusée par les acheteurs. Sur les sites où elle est disponible, elle se négocie environ deux fois moins cher que le princeps.

L'arrêté d'application de l'article L.162-4-2 du Code de la Sécurité sociale renforce l'encadrement des prescriptions

L'arrêté du 1er avril 2008 relatif à la liste de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un mésusage, d'un usage détourné ou abusif prévoit les dispositions suivantes :

- Le médecin doit inscrire sur l'ordonnance le nom du pharmacien, choisi en accord avec le patient, qui délivrera sa prescription de buprénorphine haut dosage, de méthadone, de flunitrazépam ou de méthylphénidate.
- Un protocole de soins sera établi entre le médecin conseil de l'Assurance Maladie, le médecin traitant et le patient en cas d'abus ou de mésusage constaté avec ces médicaments.
- Un tel protocole devra être établi pour tout traitement par méthadone gélule dès son initiation.

83. Décision du Conseil de la concurrence n° 07-MC-06 du 11 décembre 2007 relative à une demande de mesures conservatoires présentée par la société Arrow Générique. <http://www.conseil-concurrence.fr/pdf/avis/07mc06.pdf> 11.12.2007

LA MÉTHADONE

La méthadone est une molécule agoniste des récepteurs opiacés disposant d'une AMM pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés et classée comme stupéfiant. Dans le cadre médical, la demande d'accès à ce traitement s'accroît et celui-ci n'est désormais plus réservé aux seuls patients aux carrières toxicomaniaques les plus lourdes (voir données de cadrage du chapitre « Médicaments de substitution »). Comme cela a été mentionné pour la BHD, il faut rappeler que le dispositif TREND ne voit les usagers des MSO qu'à partir du moment où ils entrent dans son champ d'observation. Par conséquent, il ne peut pas rendre compte de la grande partie de patients en traitement par méthadone invisibles en dehors d'un strict cadre thérapeutique.

LA SITUATION

Marché parallèle

Disponibilité et prix

Depuis la mise en place du dispositif TREND et jusqu'en 2004, la présence de méthadone sur le marché parallèle s'est toujours avérée ponctuelle et limitée sauf à Paris où sa présence, à un faible niveau, semblait plus régulière. Cette faible disponibilité était probablement à mettre en rapport avec les difficultés persistantes dans plusieurs régions d'accès du médicament dans un cadre thérapeutique. Depuis 2005, la disponibilité de la méthadone sur le marché illicite suit une tendance très légèrement ascendante.

En 2005 et 2006, l'ensemble des sites notait la présence, plus ou moins perceptible, de la méthadone sur le marché parallèle. Celle-ci restait faible alors que

Paris, Bordeaux et Toulouse observaient une augmentation de cette disponibilité. À Paris, l'accroissement de la disponibilité s'est traduite par une extension géographique progressive des points de vente visibles : fin 2006, la méthadone était présente dans le Xe et le XVIIIe arrondissement dans le quartier des Halles, mais également faiblement disponible aux abords des centres la délivrant. Au cours des années 2007 et 2008, la disponibilité aurait encore légèrement progressé à Paris, pour se stabiliser en 2008 et se serait accrue à Lille et à Metz. À Rennes, un marché de rue qui était devenu plus visible en 2005 s'est réduit dès 2006, en lien semble-t-il avec l'ouverture d'un centre de méthadone « bas seuil »⁸⁴. À Marseille, où par ailleurs, on note une très faible présence d'héroïne, il n'existe pas de marché noir visible de la méthadone.

En 2008, comme au cours des années précédentes, tous les observateurs insistent d'une part sur la très faible ampleur de ce trafic, comparativement au Subutex®, et sur le fait que, contrairement aux ventes de ce dernier, qui peuvent être l'œuvre de trafiquants non usagers, la méthadone vendue provient presque exclusivement de stocks et de surplus accumulés par des patients substitués qui, pour une raison ou une autre, ne consomment pas la totalité des doses prescrites et délivrées. Ainsi, les patients ont tendance à constituer de petites réserves pour gérer les « failles » de prescription. Certains baissent eux-mêmes leurs doses quotidiennes en continuant à recevoir les mêmes prescriptions (notamment lorsque que le médecin refuse de baisser la posologie) et constituent ainsi des stocks. Enfin, les patients suivis en Belgique qui peuvent, après stabilisation, recevoir des quantités couvrant plusieurs semaines, disposent davantage de facilités pour constituer des stocks.

Cet accroissement très progressif de la disponibilité de la méthadone, ne correspond donc pas à la structuration d'un trafic mais semble la simple conséquence de l'augmentation du nombre de patients intégrés dans les programmes méthadone. La logique qui prévaut, en province du moins, reste celle du dépannage, du troc ou de l'échange commercial entre usagers qui se connaissent le plus souvent. Si des cas de vente obéissant à une logique commerciale ont pu être observés ils semblent actuellement marginaux. Ainsi à Lille, sont évoqués quelques patients qui iraient voir plusieurs prescripteurs.

À Paris où le trafic de rue de méthadone s'est toutefois réellement installé, les ventes à visées lucratives, pourraient être plus fréquentes.

84. C'est-à-dire « à bas seuil d'exigence », par opposition aux centres spécialisés classiques où le maintien en « protocole de soin » méthadone est réputé soumis à l'adhésion et au respect de la part du patient à un certain nombre de règles (contrôles urinaires des consommations par exemple). L'entrée dans un programme méthadone bas-seuil est tout de même soumise à un contrôle de la présence d'opiacés dans les urines de manière à éviter de la délivrer à une personne non dépendante.

Les prix moyens, quand la méthadone est monnayée, sont signalés en baisse à Paris et à Metz. Partout ailleurs, ils sont stables. Ils tendent à s'homogénéiser entre 5 et 10 € le flacon de 60 mg.

Tableau 21 - Prix moyen et médian du flacon de 60 mg de méthadone sur le marché illcrite en 2008

Prix moyen du flacon de 60 mg	
Marseille	5 €
Rennes	5,5 €
Paris	6,5 €
Lille	7,5 €
Bordeaux	7,5 €
Metz	12,5 €
Toulouse	15 €
Moyenne sites	8,5 €
Médiane	7 €

Sources : TREND 2008, OFDT

Recours au marché parallèle

Quel que soit le site, tous les observateurs s'accordent à dire que l'achat de rue se fait plutôt dans une logique de dépannage, pour compenser un moment d'indisponibilité (lorsque l'on est arrivé en retard à son rendez-vous au centre de délivrance par exemple) ou compléter la dose prescrite par le médecin lorsqu'elle est jugée insuffisante.

Elle est aussi utilisée pour la recherche d'une « défonce » ou pour « tester » le produit en substitution en général avant de faire la demande d'un traitement (voir fréquence d'usage et usagers).

Dans les structures de première ligne, l'étude PRELUD 2006 montrait que plus d'un quart des consommateurs de méthadone au cours du mois précédent l'avaient obtenue sur le marché parallèle (29 %), totalement (22 %) ou partiellement (7 %) [12]. Parmi ceux qui s'approvisionnent en totalité sur le marché parallèle, 37 % affirment utiliser le produit pour arrêter l'héroïne ou pour se soigner.

Cependant, parmi ceux qui l'utilisent exclusivement dans un but thérapeutique, seuls 16 % ont recours au marché illcrite, alors qu'au sein des personnes qui l'utilisent exclusivement pour se défoncer (une minorité), 71 % d'entre elles se tournent vers le marché noir.

Fréquence d'usage et usagers

En dehors du cadre médical, la méthadone, à l'instar de la BHD mais à petite échelle, entretient des rapports étroits avec l'héroïne dont, aux yeux des usagers, elle est proche. Jusqu'en 2005, le recours à la méthadone survient quand l'héroïne fait défaut, lorsque celle-ci est de mauvaise qualité, voire absente du marché local ou trop chère pour l'utilisateur.

Accompagnant la diffusion de la méthadone sont apparus, notamment à partir de 2005, quelques cas de mésusages qu'il s'agisse d'initiation à la méthadone hors cadre médical ou de pratiques d'usage en association avec d'autres produits. À Paris, la méthadone apparaît nettement plus mésusée qu'ailleurs.

■ Les usages détournés de méthadone concernent essentiellement les usagers les plus précaires des centres urbains qui fréquentent les CAARUD.

Il s'agit d'usagers d'héroïne ou de Skénan® qui « gèrent » ponctuellement le manque avec la méthadone ou d'usagers qui recherchent plus spécifiquement la méthadone. Sont cités particulièrement les jeunes usagers marginalisés et les nouveaux migrants notamment de l'est de l'Europe [19, 21-22]. Des crackers parisiens utiliseraient également la méthadone « pour gérer la descente ».

Ainsi, en 2008, parmi les 23,6 % d'usagers des structures de première ligne qui ont consommé de la méthadone au cours du mois précédent, 31,3 % n'en consomment pas quotidiennement et près d'un usager sur cinq (18,1 %) en prend moins d'une fois par semaine, signe d'un usage hors cadre [11].

Début 2006, pour une prévalence d'usage mensuelle identique (24 %), on mesurait⁸⁵ que 44 % avaient déjà expérimenté la méthadone [12]. Parmi les usagers de méthadone rencontrés en 2006 dans ces structures, 71 % la consommaient uniquement dans un objectif thérapeutique, 12 % disaient en faire un usage détourné en plus de son usage thérapeutique, et 17 % faisaient état d'un usage détourné uniquement⁸⁶.

La méthadone est également de plus en plus utilisée comme substitution « de rue » (Lille, Metz, Bordeaux, Paris) par des personnes qui ne souhaitent pas avoir de contact avec les centres spécialisés, d'une part des personnes très précaires, migrants ou jeunes marginalisés, ou au contraire des populations insérées (notamment à Bordeaux et à Metz).

Il peut également s'agir d'initiations de traitement suivies rapidement d'une demande de soins formelle (voir phénomènes marquants).

85. Dans le cadre de l'étude PRELUD qui vise la même population mais avec une méthode différente.

86. Incluant l'utilisation en descente de stimulants et la gestion du manque d'opiacés illicites.

■ Alors que les années précédentes, des usages de méthadone dans un cadre festif avaient été décrits à Lille (en 2006 au Festival de Dour) et à Rennes (en 2005 et 2006, parmi des jeunes fêtards issus du milieu étudiant et/ou du milieu techno alternatif qui associaient la méthadone à l'alcool ou au LSD en fin de soirée), ces observations n'ont pas été réitérées.

Toutefois c'est à Toulouse qu'en 2007 et 2008 sont décrits des usages expérimentaux chez de jeunes usagers qui fréquentent le milieu festif alternatif. Tout comme celle d'héroïne, la consommation de méthadone par ces populations naïves⁸⁷ et peu informées des dangers des opiacés sont à hauts risques de surdose. Le rapport de Marseille signale également en 2007 quelques usages en contextes festifs alternatifs [13, 23].

■ Dans un contexte de soins, les usages « hors cadre » consistent surtout en co-consommations d'héroïne qui représentent des « breaks » dans le traitement, de cocaïne, d'alcool ou de benzodiazépines à visée de défonce.

Parmi les patients suivis dans les CSST en 2008 et prenant de la méthadone seuls 3,3 % disent la consommer hors protocole thérapeutique. Cet indicateur a connu une légère croissance entre 2006 et 2007 (2,7 % en 2006) [4, 79]. La dose moyenne reçue dans les centres est égale à 62,2 mg (+/-33,5 mg) et stables depuis plusieurs années.

Modes d'usage

Parmi les usagers se procurant le médicament sur le marché parallèle comme parmi ceux bénéficiant d'une prescription dans le cadre de soins, la voie orale est le mode d'usage le plus répandu. Les patients fréquentant les CSST n'utilisent que la voie orale prescrite⁸⁸[4].

Néanmoins des cas anecdotiques d'injection ou de tentatives sont régulièrement rapportés après dilution du sirop dans de l'eau. Sur plusieurs sites sont fait mention d'usagers qui réussiraient à injecter la méthadone : à Rennes en 2007, puis à Toulouse en 2008 est décrite une hypothétique méthode passant par la congélation préalable du produit. À Paris, des allégations font état de « plein de gens » qui injecteraient de la méthadone à la gare de l'Est sans que rien n'ait pu être vérifié. À Metz, c'est plutôt la méthadone belge sous forme de comprimés, et allemande sous forme de gélules qui seraient injectées. Parmi les usagers des CAA-RUD qui en ont pris au cours du mois précédent, en 2008, seulement 2,3 % font état d'un recours à l'injection concernant la méthadone [11].

Les associations fréquentes de produits avec la méthadone, sont les mêmes que celles qui ont cours avec les autres opiacés : alcool et benzodiazépines pour potentiali-

87. C'est-à-dire n'ayant développé aucune tolérance au produit.

88. Un peu plus d'un usager sur mille déclare une prise intraveineuse ou en sniff.

ser ses effets en usage détourné. Parmi les personnes sous traitement, cette co-consommation permet de retrouver un effet « défonce ». Le cannabis également procurerait une euphorie et potentialiserait l'effet sédatif de la méthadone. Chez les patients traités, l'héroïne est également consommée en « extra », de même que la cocaïne.

Perceptions

La méthadone bénéficie toujours d'une image positive auprès des usagers pour ses effets spécifiques dans la lutte contre le manque physique et psychique, mais aussi en raison du protocole thérapeutique rigoureux qui encadre sa délivrance, renforçant la perception de statut de médicament. Moins « protocolaire », l'argument de l'absence d'effets antagonistes de la méthadone en cas de prise d'héroïne est aussi avancé par certains patients pour contribuer à justifier leur préférence pour ce médicament. De plus, la rareté de la méthadone sur le marché parallèle, a contrario de la BHD, en fait un produit dont l'image est associée à des usagers mieux intégrés socialement.

Certaines réticences se manifestent toutefois. Elles portent le plus souvent sur la forte dépendance qu'engendre son usage régulier à titre de traitement de maintenance et aux effets secondaires du traitement, notamment lié à la présence de sucre dans la forme sirop : prise de poids, caries... La perspective d'un traitement à vie, norme médicale qui semble dominer actuellement, assombrit également l'image de ce médicament du point de vue de certains usagers. Il semble fréquemment exister un écart entre objectifs des usagers qui tendent vers la diminution des doses et objectifs des professionnels qui souhaitent maintenir les doses pour éviter les co-consommations. Le même écart est évoqué sur la question du sevrage.

Au final, la méthadone, contrairement au Subutex®, a le plus souvent l'image d'un « véritable » traitement médical qui aide les usagers à sortir de la toxicomanie.

Conséquence de l'usage détourné

En CSST en 2008, la méthadone n'est pratiquement jamais le premier produit ayant entraîné une dépendance. Moins d'un patient sur mille est concerné [4].

Dans les structures de première ligne, il est assez rarement cité comme un des produits posant le plus de problèmes à l'utilisateur (3,1 % des cas en 2008) [11].

En revanche, la méthadone est à l'origine de surdoses. En 2007, le nombre de décès dans lesquels elle est retrouvée dans le sang des victimes représentent 36 % de l'ensemble des cas directement liés à l'abus de substances psychoactives recensés par le dispositif DRAMES. Sa présence est isolée (hors alcool et benzodiazépines) pour 29 % (vs 5 % pour la BHD pourtant plus disponible) des cas et en association avec d'autres produits pour 7 % des cas (vs 2 % pour la BHD) [6].

MÉTHADONE, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007

Aucune réelle nouveauté n'est à noter, mais les tendances observées en 2005 et 2006 se confirment et progressent.

Une disponibilité au marché noir qui s'accroît lentement sans trafic organisé

Si les degrés de disponibilité de la méthadone au marché noir varient d'une agglomération à l'autre, les constats sont cependant convergents : la méthadone est disponible sur le marché illicite, davantage à Paris qu'ailleurs, mais le trafic ne s'est nulle part organisé ou professionnalisé. Il s'agit toujours de patients réellement en traitement de substitution qui économisent une partie de celui-ci, pour faire du troc, dépanner ou revendre un peu. Les logiques commerciales restent marginales.

Les auto-substitutions préalables au traitement, une pratique qui progresse

Déjà signalées à Lille et plus marginalement à Paris en 2006, les prises de méthadone en auto substitution, le plus souvent préalable à la demande d'un véritable traitement est une pratique qui s'installe à Lille, à Metz, à Bordeaux et plus ou moins présente à Paris. À Lille en 2008, on signale une généralisation de ce phénomène. À Metz et à Bordeaux, une bonne part des patients en demande de traitement a déjà pris de la méthadone et maîtrise l'utilisation du produit. À Bordeaux, où il s'agit surtout d'un groupe de jeunes adultes aisés ayant consommé de l'héroïne, certains d'entre eux ont pratiqués eux-mêmes des cures de sevrage à la méthadone de rue après avoir essayé le Subutex®.

Un mode d'entrée dans l'auto-substitution peut être l'expérience de la méthadone utilisée ponctuellement en gestion du manque d'héroïne tel cet usager lillois :

« J'ai commencé en vacances : mon vendeur n'avait pas d'héroïne. Il m'a dit qu'il pouvait me dépanner avec de la métha. J'ai vu que ça me faisait le même effet ; j'ai passé de bonnes vacances. J'étais bien, je ne pensais pas à l'héroïne. À mon retour, je me suis mis dans un centre à Lille, et ça fait deux mois que ça continue » [24].

C'est également lors de la gestion d'un manque ponctuel que de jeunes usagers marginalisés parisiens rencontrent la méthadone, avant d'être prêt à entrer dans un protocole de soins.

La démarche d'auto-substitution peut être durable, chez des usagers qui refusent de s'inscrire dans un protocole de substitution qu'ils jugent long et fastidieux.

D'autres, parmi les usagers insérés, ne souhaitent pas mettre leur image sociale en danger en fréquentant un centre spécialisé [32]. Enfin, à Paris, certains migrants ne souhaitent pas se rapprocher d'un centre de soin.

À signaler

Arrivée sur le marché français d'une forme gélule de la méthadone

La méthadone gélule AP-HP obtient en France une AMM le 20 septembre 2007. Elle est disponible aux doses de 1 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg et 40 mg.

Sa mise sur le marché s'accompagne d'un cadre strict de prescription de la méthadone destiné à limiter son détournement. Le passage à la forme gélule peut se faire uniquement en relai de la forme sirop, chez des patients traités depuis au moins un an et stabilisés au plan médical et au plan des conduites addictives. La première prescription doit être réalisée par un médecin exerçant dans un centre spécialisé dans les soins aux toxicomanes. Le médecin généraliste, lorsque le patient est suivi en ville peut ensuite reconduire le traitement pendant six mois, par des prescriptions valables 14 jours. À l'issue des six mois, le patient est censé revoir un médecin en centre de soins spécialisé.

Tous les rapports des sites TREND observent une faible montée en charge de la forme gélule et une diffusion hétérogène. Les observateurs relayent notamment un mécontentement des médecins de ville et de leurs patients jugeant le cadre de prescription trop contraignant, notamment la réévaluation tous les six mois. Le passage initial en CSST est vécu comme un obstacle par certains usagers, soit parce qu'ils en sont éloignés, soit surtout car ils ne souhaitent plus se rapprocher de ce milieu, soit encore parce qu'ils craignent la remise en cause d'arrangements conclus avec leur médecin. Les médecins de ville ne comprennent pas forcément la nécessité d'une réévaluation par un CSST.

De ce fait, certains usagers se conçoivent comme totalement exclus du dispositif en dépit des problèmes que leur pose le sirop (sucre notamment).

D'autres usagers, SDF, également exclus du dispositif (puisque précaires) évoquent le caractère pourtant plus facilement transportable de la gélule pour eux.

De plus, à l'instar des discours tenus sur les formes génériques du Subutex®, les usagers mettent largement en doute l'équivalence des doses entre sirop et gélules. Mais d'autres, outre l'amélioration notable que représente l'absence de sucre et d'alcool notent une diminution d'effets secondaires de la méthadone (comme la sudation ou la constipation).

Actuellement, seul le site de Metz signale la présence de méthadone gélule sur le marché parallèle ce qui permet déjà des usages en auto-substitution. Les profession-

nels y voient une source de difficulté à venir : comment amener à une demande de traitement des usagers auto-substitués par la gélule, s'ils doivent, pour accéder au cadre thérapeutique, prendre du sirop pendant un an ?

À Toulouse, les acteurs de la réduction des risques signalent que si la gélule est absente du marché noir, elle est en revanche envisagée par un certain nombre d'usagers de drogues comme un produit à expérimenter.

Enfin, aucun mésusage n'a pour le moment été visible. En Bretagne, un acteur de réduction des risques, pour le compte d'un CAARUD et d'un CSST indique avoir tenté à titre expérimental de préparer le produit pour l'injection de trois manières différentes, sans y parvenir [19].

L'arrêté d'application de l'article L.162-4-2 du Code de la Sécurité sociale renforce l'encadrement des prescriptions

Voir « Buprénorphine haut dosage »

LE SULFATE DE MORPHINE

Le sulfate de morphine est une molécule agoniste opioïde pur des récepteurs opiacés disposant d'une AMM pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits analgésiques. Il est disponible sous une forme de spécialités à action brève (Actisenan®) et sous forme de spécialités à action prolongée (Moscontin LP® et SkenanLP®). La spécialité détournée est essentiellement le Skénan®, le Moscontin® n'étant signalé que sur le site de Metz.

Bien que ne disposant pas d'AMM pour cette indication, les présentations d'action prolongée sont parfois utilisées comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, comme le permet, dans certains cas, la note de la Direction générale de la Santé (DGS) de juin 1996. Toutefois le médecin prescripteur doit au préalable obtenir l'accord du médecin-conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

En France, le sulfate de morphine est classé comme stupéfiant.

Comme traitement substitutif, le sulfate de morphine bénéficie auprès des patients d'une image favorable en raison de ses effets proches de ceux de l'héroïne (flash et bien-être).

L'effet ressenti en injection serait d'une durée un peu plus courte que l'héroïne (environ 3 heures), ce qui conduirait certains usagers à des prises rapprochées [13, 32].

Il peut circuler sous des appellations telles que sken, ske, nesk, morph, sulfate, sdm [19, 21].

Il faut noter également que le dispositif d'observation TREND a peu de visibilité sur les détournements des prescriptions de patients n'étant pas préalablement usagers de drogues, mais ayant rencontré le produit à l'occasion d'un traitement antidouleur, notamment suite à un accident de travail ou d'un accident routier. Cependant, plusieurs sites notent la visibilité de tels usagers, de même que des usages parmi des professionnels de santé (Marseille, Metz, Toulouse).

LA SITUATION

Disponibilité

La disponibilité du sulfate de morphine au marché noir, sur les sites TREND, à l'exception de Paris et Rennes est toujours restée très faible au cours des dix dernières années. À Toulouse ou à Marseille, il existe un trafic mais qui reste très limité et surtout fluctuant au cours de l'année. D'une manière générale, les médecins apparaissent très réticents à prescrire des sulfates de morphine malgré les demandes des usagers. Les usagers qui s'en voient prescrire, notamment en lien avec des pathologies douloureuses, n'en détourneraient qu'une petite partie vers le marché noir.

Cependant, après plusieurs années de hausse de disponibilité, il semble que la tendance soit à la baisse à Rennes comme à Paris. Dans le même temps, elle augmente légèrement à Metz où une réapparition des usages était signalée depuis 2006.

En 2006 le marché rennais s'était réorganisé après une période de pénurie liée à une réticence de plus en plus marquée des médecins pour prescrire du SkénanLP®, principale spécialité consommée, notamment en raison de rappels à l'ordre des caisses d'assurance maladie. Il semble qu'en 2007, celui-ci soit devenu encore plus discret sur le marché noir jusqu'à devenir invisible en 2008. Il apparaît maintenant difficilement accessible si l'on ne connaît pas directement une personne à qui son médecin le prescrit. La situation du marché du sulfate de morphine à Rennes, semble ainsi s'être rangée au même niveau que celle des autres sites non parisiens. Comme en 2006, certains usagers ne se le feraient plus rembourser.

À Paris, le marché était décrit comme « florissant » jusqu'en 2006, notamment aux abords du métro Château-Rouge (XVIII^{ème} arrondissement) et dans une moindre mesure aux Halles (I^{er} arrondissement) où des scènes de consommation de rue étaient observées. Il semble que la disponibilité du sulfate de morphine ait été plus fluctuante en 2007 et que l'année 2008 ait connu des périodes de pénurie. Ce recul découlerait du démantèlement en 2007 de réseaux (pharmaciens / médecins) de revente de Subutex®, aussi impliqués dans le trafic de sulfate de morphine et de contrôles de plus en plus renforcés de la CPAM. Selon les professionnels de santé, en effet, la disponibilité du Skénan® sur le marché illicite à Paris serait rendue possible par les prescriptions d'une dizaine de médecins.

De ce fait, 2007 et 2008 ont vu augmenter le prix de la gélule ou du comprimé de 100 mg⁸⁹. Vendus à l'unité entre 3 et 5 € à Paris dans le courant 2007 (3 € en 2006), ils se seraient négociés entre 10 et 15 € pendant les périodes de pénuries

89. Le SkénanLP® est vendu 4,27 € la boîte de 14 gélules.

en 2008 (avec un maximum rapporté de 20 €). De même, la plaquette de 7 gélules, quantité négociée le plus souvent à Paris, se vendrait 20 à 30 € en 2007 (contre 15 à 20 € en 2006) atteignant 70 à 80 € en 2008 au plus bas de la disponibilité (jusqu'à 100 €). Comme les autres années, les prix pourraient doubler le week-end.

À Rennes, une plus faible accessibilité va de pair avec des prix plus chers. Ainsi, en 2007 et 2008, la gélule serait négociée entre 5 et 15 € (5 € en moyenne en 2006) et la boîte de deux plaquettes, 100 € (en 2007 contre 40 € en 2006).

Tableau 22 - Prix du Skénan® sur le marché illicite en 2008

	Paris	Toulouse	Rennes	Marseille	Metz
Gélule 100 mg	3 à 15 €	5 à 10 €	5 à 15 €	4 €	
Gélule 200 mg					10 € (5 € par 4)
Cp 200mg					5 à 15 €
Plaquette	20 à 80 €	60 à 70 €			

Source : TREND 2008, OFDT

En 2006, 32 % des usagers de sulfate de morphine au cours du mois précédent, fréquentant les structures de première ligne, l'avaient reçu par prescription (dont 21 % exclusivement). Les autres, soit 67 %, l'avaient obtenu uniquement sur le marché parallèle [12]. La part des personnes ayant recours au marché noir est très élevée parmi celles qui le consomment uniquement dans une recherche de « défonce » (90 %), mais elle atteint tout de même 57 % chez celles qui disent le prendre uniquement dans un objectif thérapeutique.

Le sulfate de morphine est un produit relativement absent du milieu festif.

Fréquences d'usages et usagers

En 2008, 14,8 % (soit 463) des usagers des structures de première ligne (CAA-RUD) disent avoir consommé des sulfates de morphine au cours du mois précédent dans le cadre de l'étude ENa-CAARUD [11]. Parmi eux 38,6 % en consomment tous les jours, 26,4 % au moins une fois par semaine et 35,0 % moins d'une fois par semaine.

En 2006, l'étude PRELUD visant la même population sur les sites TREND avait mesuré une prévalence du même ordre (16 %). Cette moyenne cachait, une importante disparité d'un site à l'autre, puisque qu'à Rennes, la part des usagers récents atteignait 43 % des usagers interrogés alors qu'à Lille, elle ne dépassait

pas 1 %. Ainsi, plusieurs rapports de sites mentionnent que les quelques usagers de sulfate de morphine présents dans l'agglomération arrivent en général d'une autre région [23-24].

Tableau 23 - Prévalence de l'usage de sulfate de morphine au cours du dernier mois par les usagers des CAARUD selon les sites TREND, 2006

	N	Fréquence
Bordeaux	101	12%
Dijon	60	10%
Lille	116	1%
Lyon	149	15%
Marseille	114	8%
Metz	72	7%
Paris	141	18%
Rennes	150	43%
Toulouse	115	11%
Total	1018	16%

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

Plus de la moitié (60 %) des usagers de sulfates de morphine au cours du dernier mois l'avaient, en 2006, consommé dans un but uniquement de défonce, 24 % mêlaient recherche de « défonce » et objectif de soins et seuls 18 % prenaient ce produit dans un objectif thérapeutique uniquement. La baisse de la disponibilité des sulfates de morphine après 2006 pourrait cependant avoir fait évoluer ces données [12].

Un tiers (31 %) avait moins de 25 ans, 39 % entre 25 et 34 ans et enfin 30 % plus de 34 ans. Les hommes étaient proportionnellement très nombreux parmi ces usagers (86 % vs environ 80 % pour l'ensemble des usagers). Cependant, parmi les moins de 25 ans, un quart des usagers étaient de sexe féminin. La moitié d'entre eux étaient SDF ou vivaient en squat.

Tous (sauf un) avaient déjà injecté un produit dans leur vie et 93 % d'entre eux avaient utilisé l'injection au cours du mois précédent [12].

Schématiquement, plusieurs groupes de consommateurs de sulfate de morphine en usage détourné peuvent être distingués :

- Un premier, composé de personnes de plus de trente ans, anciennement consommatrices d'héroïne, en difficulté avec leur substitution en cours. Certains héroïnomanes s'assureraient une vie sociale plus insérées grâce aux prescriptions de SkénanLP®. La difficulté d'accès au produit dans plusieurs sites de province can-

tonnerait l'usage de morphine à cette sous-population (Toulouse, Marseille, Rennes).

■ Dans cette même tranche d'âge, les consommateurs de morphine se recruteraient parmi les poly usagers marginalisés socialement, visibles en milieu urbain, qui injecteraient le sulfate de morphine en remplacement de l'héroïne ou de la BHD détournée. Les migrants en provenance d'Europe de l'Est constitueraient une partie importante de ces usagers.

■ Enfin on trouverait également des consommateurs parmi une population plus jeune (18-25 ans) marquée également par la précarité désignée par le terme « jeunes errants ». Vivant en communauté dans des squats, ils sont fréquemment accompagnés de chiens. Le Skénan®, injecté et consommé parfois à doses élevées (500 à 1200 mg/j), constituerait la base quotidienne de leurs consommations. Certains jeunes injecteurs de Subutex® se tourneraient aussi désormais vers le Skénan® pour avoir un « vrai effet » et par peur des problèmes veineux et d'abcès engendrés par le Subutex® (Paris, Metz).

À Paris, des usagers de crack utiliseraient également le Skénan® pour « gérer la descente ».

D'une manière générale, compte tenu de la disponibilité erratique des sulfates de morphine, la tendance irait vers une chute de la fréquence des usages ponctuels, le produit demeurant confiné à l'intérieur des cercles d'usagers ayant une longue carrière de consommation d'opiacés [19, 23].

Mode d'usage

Le sulfate de morphine est le plus souvent injecté (87,3 % des usagers de structures de première ligne ayant consommé ce produit dans le mois précédent, en 2008 dans l'étude ENa CAARUD) [11].

L'étude PRELUD (2006) avait en outre montré que parmi ces usagers, l'injection de ce produit est pratiquée y compris par ceux qui disent le consommer uniquement pour se soigner (79 % d'entre eux l'injectent).

Le fait que le médicament engendre, lors de son injection, des effets proches de ceux de l'héroïne conduit de nombreux usagers à choisir ce mode d'administration. Au prix toutefois de problèmes sanitaires similaires à ceux de la BHD.

Le caractère soluble dans l'eau du Skénan®, présenté en gélule, semble assez tributaire de la technique utilisée et la préparation de l'injection nécessiterait une dizaine de minutes. Alors même que certains usagers l'affirment plus soluble que le Subutex®, des difficultés sont rapportés dans l'utilisation du Steriflit®⁹⁰ avec le Skénan® :

90. Voir chapitre « Santé des usagers ».

« Ça marche pas. Ou alors, il ne faut pas le chauffer, mais tu n'as pas les mêmes effets. Tu as plus d'effets quand tu utilises un coton et quand tu le chauffes un peu » relate le groupe focal usager [19].

Interrogé sur les modalités d'usage, cet usager injecteur toulousain détaille les étapes de préparation. *« Le Skénan[®], tu ouvres la capsule, c'est en gélule, c'est plein de petites boules, tu prends un papier, tu fais une papillote, tu écrases bien, tu piles tes petites billes, ça te fait une poudre nickel, après tu la mets dans la cuillère avec de l'eau, tu chauffes juste légèrement. Moi, je trouve que ça se dissout mieux, qu'à froid comme ça, ça se dissout moins, le produit est moins liquide » [28].*

Le Moscontin[®], présenté en comprimés serait moins apprécié en injection, l'écrasement du comprimé apparaissant moins aisé que celui des microbilles du Skénan[®] en gélule [32].

Les usagers qui ont pris du sulfate de morphine au cours du dernier mois 'en 2006 avaient aussi consommé de l'héroïne pour 52 % d'entre eux, de la méthadone pour 49 % et de la buprénorphine pour 44 % d'entre eux. Côté stimulants, 60 % d'entre eux ont pris de la cocaïne (54 % chlorhydrate, 26 % cocaïne basée), 39 % des amphétamines et 29 % de la MDMA. En outre, 47 % d'entre eux ont pris des benzodiazépines.

Ils consomment le plus souvent avec des proches (55 %) mais près d'un tiers consomme seul le plus souvent (32 %) [12].

Perception

La perception du sulfate de morphine parmi ses usagers est très positive : produit rare, proche de l'héroïne, injectable et, contrairement à celle-ci, de qualité garantie et constante. Si la sensation de plaisir est pour certains moins importante qu'avec une héroïne « de bonne qualité », la piètre qualité de celle circulant en 2006 et 2007, d'après les usagers, rend le sulfate de morphine tout à fait attractif. Dans un cadre substitutif, le sulfate de morphine est considéré comme une alternative par des usagers en échec avec la buprénorphine du fait de son caractère facilement injectable, de l'effet flash et de la sensation de bien être qu'il procure. Ces dernières années, sa rareté lui conférait l'aura d'un produit réservé à quelques privilégiés.

À l'inverse, pour les usagers n'utilisant pas ce produit, les risques de dépendance et de manque, compte tenu de l'irrégularité des approvisionnements du marché noir, en font un produit peu attrayant. Et ce d'autant plus qu'il aurait la réputation d'une « accroche⁹¹ » plus rapide que celle des autres opiacés.

91. Qualifie pour les usagers la difficulté à arrêter, la dépendance.

Conséquences de l'usage

Outre l'ensemble des pathologies liées à l'injection, les sulfates de morphine sont susceptibles d'entraîner des surdoses.

Pour l'année 2007, le dispositif DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances) identifie le sulfate de morphine dans 5 % des décès recensés (vs 45 % pour l'héroïne, 36 % pour la méthadone et 7% pour la BHD). Elle est présente seule dans 2 % des décès (vs 29 % pour l'héroïne, 29 % également pour la méthadone et 5 % pour la BHD) [6].

SULFATE DE MORPHINE, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007

La maîtrise des prescriptions responsable d'un accès plus difficile au produit

À Paris et à Rennes, seuls sites du réseau où pouvait être observé un marché significatif des sulfates de morphine, la tendance est apparue nettement à la baisse. Cette situation résulte sur les deux sites des contrôles renforcés des CPAM concernées sur les prescriptions et les délivrances du produit et des actions menées en 2007 à Paris à l'encontre de certains médecins et pharmaciens impliqués dans un trafic de Subutex®. Paris a ainsi connu en 2008 de véritables périodes de pénurie s'accompagnant d'une montée importante des prix (voir disponibilité). La situation rennaise quand à elle s'est rapprochée de celle des autres sites de province où le produit est également présent (Marseille, Metz et Toulouse) : l'accès au sulfate de morphine n'y est autorisé qu'aux usagers s'inscrivant dans un réseau social de consommateurs ou connaissant personnellement une personne recevant le produit par prescription.

À l'inverse, le site de Metz connaît un accroissement de la disponibilité du produit.

LA CODÉINE

La codéine est un dérivé semi synthétique de la morphine utilisé comme analgésique, soit seul (Dicodin®, Codenfan®) soit combiné à d'autres molécules (Codoliprane® par exemple) ou comme antitussif (par exemple Néo-Codion®). La vente de certaines de ces spécialités sans ordonnance et leur prix modéré permettent un accès facile à une molécule substitutive de l'héroïne. Il n'existe donc pas de marché noir des spécialités codéinées.

La codéine a, avant la diffusion des traitements de substitution, constitué un produit très utilisé comme substitution « libre » à l'héroïne. Son usage est en baisse depuis 1996 parmi les usagers de drogues qui fréquentent les structures de réduction des risques et les centres de soins spécialisés mais les données qualitatives décrivent la persistance d'un usage marginal.

FRÉQUENCES D'USAGE ET USAGERS

Début 2006, 4,6 % des usagers des structures de première ligne (PRELUD 2006) déclaraient avoir consommé de la codéine dans le mois précédent (pas de données en 2008). Dans 43 % des cas, il s'agissait de se soigner (ou de substituer un opiacé), dans 45 % des cas, de se défoncer, les autres usagers associant les deux objectifs. Elle est presque toujours consommée par voie orale [12].

Parmi les usagers du mois précédent, 44 % en avaient pris tous les jours (soit 7 % de l'ensemble des usagers rencontrés pendant l'enquête) et 21 % en avaient consommé au moins une fois par semaine mais pas quotidiennement.

La codéine était obtenue uniquement sur prescription par 21 % des usagers récents rencontrés, les autres l'achetant probablement sans ordonnance.

Actuellement, on rencontre la codéine dans deux contextes d'usage :

■ Elle est consommée par défaut, à des fins de dépannage en l'absence d'autres substances opiacées, tel cet usager messin y ayant recours en cas de difficulté d'ac-

cès à la méthadone au marché noir. À Marseille, la codéine serait utilisée dans les quartiers périphériques, du fait de l'éloignement des centres de soins [13, 32].

■ D'autres usagers y ont recours pour rester totalement en dehors du cadre thérapeutique sans faire appel au marché noir. À Toulouse où cette pratique serait plus fréquente en 2008, il permettrait à des usagers d'héroïne de gérer sur de courtes durées le manque d'héroïne comme dans le cas de cette usagère toulousaine :

« Je n'ai pas envie de m'accrocher au Sub, je préfère bouffer du Néo-Codion®, je peux l'acheter à la pharmacie, je ne dis rien à personne, je bouffe mes cachetons, et si je peux choper un plan, je le chope, mais après le Sub, il faut aller voir le dealer, il faut aller voir un toubib, dans la salle avec le clébard, c'est pas simple et puis tu t'accroches au Sub. » [23]

Les usages détournés notamment en gestion du manque nécessiteraient des quantités très importantes allant de dix à une centaine de comprimés quotidiens ou cinq à six flacons [21].

À Toulouse après des témoignages faisant état d'un accroissement des ventes en pharmacie en 2006, une hausse de l'usage en gestion du manque d'héroïne semble se dessiner en 2008.

Par ailleurs, le rapport parisien décrit en 2007, des usages en milieu festif, observations non réitérées en 2008. La codéine y aurait été consommée soit au cours des événements festifs, soit chaque jour pendant une semaine consécutive afin de prolonger les effets ressentis. Les comprimés effervescents seraient pris toutes les deux heures en association avec de l'alcool.

CONSÉQUENCES DE L'USAGE

Dans l'enquête ENa-CARUD 2008, elle n'est citée comme produit posant le plus de problèmes au regard de l'utilisateur que dans 0,1 % des cas.

Sa responsabilité dans les surdoses recensées par le dispositif DRAMES est faible. Elle n'y est jamais retrouvée seule et elle y est présente en association avec d'autres substances psychotropes dans 1,6 % des cas en 2007[6].

L'OPIUM, LE RACHACHA ET LES AUTRES OPIACÉS

Le rachacha est une préparation d'opium se présentant sous la forme d'une pâte marron rouge, de consistance molle ou parfois sous forme liquide. Il est obtenu à partir d'une transformation artisanale (décoction) du pavot généralement préparé par les usagers eux-mêmes à partir de pavots français. Il est classé comme stupéfiant.

Données de cadrages

L'usage d'opium étant très rare au niveau de la population générale, sa prévalence n'y est pas mesurée.

Les interpellations pour usage d'opium sont également très rares : 6 en 2007, 4 en 2008. Les interpellations pour trafic (et usage –revente) ont été au nombre de 6 en 2008 (2 en 2007) [9].

Depuis 2006, on note une hausse des quantités saisies : alors que celles-ci ne dépassent généralement pas 4 kg par an, avec des exceptions ponctuelles, les quantités saisies en 2006, 2007 et 2008 ont été respectivement de 45,9 kg, 12,8 kg et 32,2 kg. Cependant la majeure partie de ces produits ne fait que transiter par la France semble-t-il [9].

DISPONIBILITÉ

L'opium, essentiellement présent en France sous forme de « rachacha », est généralement peu disponible et difficilement accessible.

Le rachacha est disponible uniquement lors de grands événements techno alternatifs, notamment les *free parties* et des teknivals. Le caractère saisonnier de la production (les pavots sont récoltés vers le début de l'été) et de la consommation,

la faible fréquence de l'échange à caractère marchand rendent difficile l'évaluation de sa disponibilité. Lorsqu'il est proposé à la vente, son prix se situerait en 2008 entre 3 et 10 € le gramme selon le site breton et entre 10 et 20 selon le site parisien, soit dans l'ensemble un peu plus cher que les données des quelques années précédentes (2 à 45 €).

Le gramme d'opium serait vendu à Paris entre 20 et 50 €.

Des cas d'autoculture du pavot à des fins de consommation personnelle ou de vente à petite échelle ont été rapportés et laissent des traces sur Internet. Certains usagers vont se servir directement dans les champs de pavots français (régions Champagne-Ardennes, Poitou-Charentes et Centre) mais il semble qu'une surveillance accrue par les services de police en limite de plus en plus l'accès.

À Paris, une source d'approvisionnement « facile » auprès de la communauté pakistanaise est signalée en 2007. Une boulette contenant à peu près un gramme d'opium serait vendues environ 20 €.

FRÉQUENCES D'USAGE ET USAGERS

La consommation d'opium, sous forme de rachacha ou non, ne concerne que des usagers initiés.

Comme les autres opiacés, le rachacha est consommé dans un cadre festif, pour ses effets « positifs » (c'est-à-dire pour la recherche d'une modification de l'état de conscience), ou pour gérer la descente de stimulants. L'étude réalisée en 2004-2005 en milieu festif techno a montré que 33 % des personnes rencontrées en avaient déjà consommé au cours de leur vie (52 % en milieu techno alternatif), mais que seulement 4,3 % en avaient consommé dans le dernier mois (8 % en milieu techno alternatif) [27]. Les usagers d'opium ou de rachacha seraient essentiellement les personnes fréquentant l'espace festif underground.

En dehors des événements festifs, le rachacha serait consommé, à petite échelle, parmi des groupes de jeunes marginaux, nomades urbains, et par d'anciens héroïnomanes plus âgés, dont certains ont recours à l'injection. Ce sont probablement ces usagers que l'on repère dans les structures de première ligne. Début 2006, 35 % d'entre eux ont consommé de l'opium plus de dix fois au cours de leur vie. Seulement 5 % en ont fait usage au cours du mois précédent, (6 % en 2003), 64 % par voie orale, et 38 % en le fumant (injection et sniff sont extrêmement marginaux). Les usagers d'opium au cours du mois précédent sont à 92 % des familiers du milieu festif (fréquentation d'un événement techno plus de 10 fois au cours de la vie) (PRELUD 2006).

À Paris, l'opium serait également consommé par des personnes d'origine irannienne, plutôt bien insérées, que la faible disponibilité du produit en France conduit à demander une substitution par méthadone. Ce groupe d'usagers, déjà signalés en 2002 et 2006, aurait eu pour particularité en 2007, d'apparaître plus jeune que la population déjà connue [22].

MODE D'USAGE

Le rachacha est le plus souvent ingéré ou fumé. On décrit chez les jeunes usagers appartenant au milieu underground parisien un usage en tisane ou par absorption de « bombe » ou « parachute » (boulettes roulées dans du papier). Il peut être également fumé soit comme un « joint », éventuellement mêlé à du cannabis, soit en « chassant le dragon », soit en bhang, soit enduit sur une cigarette.

À Rennes, les observateurs font état depuis 2005 de pratiques d'injection qui, compte tenu de la diffusion « rare et confidentielle » du produit, sont vraisemblablement marginales : « *Pour le shooter, il faut le purifier avec de l'alcool en le chauffant. Si elle [l'injection] est bien préparée, les effets sont plus forts qu'avec de l'héroïne.* ». Le Sterifilt®⁹² est également utilisé pour filtrer le liquide [19].

Ses effets dureraient 2 à 3 heures et consisteraient en une sensation de détente et d'apaisement [21].

PERCEPTION

L'origine naturelle, et de surcroît artisanale, du rachacha lui assure une perception plutôt positive auprès d'une frange d'usagers de drogues. Il serait perçu comme une sorte d'héroïne « douce ».

CONSÉQUENCES DE L'USAGE

Les conséquences sanitaires rapportées sont des douleurs abdominales, des vomissements et des démangeaisons, mais également l'apparition rapide d'une dépendance lorsque les prises sont réitérées.

92. Voir chapitre « Santé des usagers ».

À signaler en 2007 et 2008

L'oripavine classée comme stupéfiant

L'oripavine est un alcaloïde du pavot, facilement transformable en thébaïne et autres opiacés de synthèse.

Cette décision parue au JO du 7 mars 2008 (arrêté du 28/02/2008) est la déclinaison française d'une décision prise au niveau international par l'ONU suite à une recommandation de l'OMS.