

La transformation des usages de drogues liée à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés ■

Abdalla Toufik*, Serge Escots, Agnès Cadet-Taïrou*****

**Responsable du pôle International (OFDT)*

***Anthropologue (Institut d'anthropologie clinique)*

****Responsable du pôle TREND (OFDT)*

L'introduction des traitements de substitution aux opiacés, au milieu des années 1990, constitue un événement majeur dans l'histoire de l'usage de drogues en France et une rupture dans la conception dominante du traitement de l'héroïnomanie depuis la fin des années 1960. La diffusion de ces traitements a eu un impact sur l'ensemble de ce qui est considéré comme « le problème de la toxicomanie » en France.

Cet article a pour objectif d'analyser l'impact de cette introduction au travers de trois dimensions explorées par le dispositif TREND ces dix dernières années (1999-2009), à savoir la configuration des produits consommés en France ; la santé des usagers ; et enfin, le marché des drogues.

Le cadre de prescription des traitements de substitution aux opiacés (TSO)¹ mis en place en 1995 est structuré autour de deux médicaments : la méthadone, délivrée en CSST (Centre spécialisé de soins aux toxicomanes) et en médecine de ville, et la buprénorphine haut dosage (BHD), prescrite en médecine de ville. En 2007, 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 à environ 24 000, soit 20 % de personnes recevant de la méthadone sur les 120 000 remboursées pour un traitement de substitution [1].

1. Nous utiliserons le terme de TSO (traitement de substitution aux opiacés) pour désigner le cadre général de prescription, ou pour faire référence au protocole de soin qui accompagne sa prescription ; et MSO (médicament de substitution aux opiacés) lorsqu'il s'agit de désigner le produit pharmaceutique envisagé en tant que tel, indépendamment du cadre et des protocoles de prescription.

IMPACT SUR LA CONFIGURATION DES PRODUITS CONSOMMÉS EN FRANCE

L'introduction de la substitution n'a pas eu un impact homogène sur l'ensemble des produits consommés en France. Elle semble, en effet, avoir peu ou pas influencé la consommation du cannabis, des hallucinogènes et de manières différentes celle des médicaments psychotropes² non opiacés. En revanche, sur les opiacés et les stimulants, l'impact est très important.

Recomposition du paysage des opiacés et nouvelles figures de consommateurs

Depuis l'introduction des traitements de substitution, il n'est plus possible de se référer à l'évolution d'un produit opiacé sans prendre en compte celle des autres. La disponibilité accrue des médicaments de substitution, et notamment de la BHD, a contribué à modifier la place de chacun des opiacés. Ainsi, au cours des premières années qui ont suivi la mise en place du traitement, la demande d'héroïne et de Néo-Codion® (codéine) a fortement régressé, alors que celle des sulfates de morphine (Skénan®, Moscontin®) est restée constante dans un contexte où leur prescription diminuait. La disponibilité de la méthadone hors prescription médicale progressait, bien qu'elle restât très limitée.

Cette interdépendance entre opiacés est notamment remarquable pour des substances comme l'héroïne et la BHD, cette dernière semblant exercer une influence paradoxale sur la consommation d'héroïne. D'un côté, la facilité d'accès de la BHD (cadre de soin ou marché parallèle) a considérablement limité le retour à une grande disponibilité de l'héroïne. Mais, d'un autre côté, la BHD a favorisé l'accès de l'héroïne à de nouveaux consommateurs : primo usagers de BHD et ex-héroïnomanes déçus par ce médicament et à la recherche d'autres sensations. « Mis à l'abri » du syndrome de manque par la substitution, la prise d'héroïne revêt, pour le consommateur d'opiacés, un aspect plus ou moins festif voire récréatif car elle peut, désormais, devenir occasionnelle. Durant les premières années qui suivent la mise en place des TSO, les choses se passent comme si la BHD avait asséché le marché de l'héroïne tout en l'alimentant à la marge.

Si les usages de la BHD et de l'héroïne s'influencent mutuellement, les perceptions qu'ont les usagers des deux produits sont également interdépendantes. Deux principales phases ont été identifiées par le dispositif TREND.

2. En effet, les benzodiazépines étaient déjà utilisées par une partie des héroïnomanes avant l'extension des traitements de substitution. Ces dix dernières années ont vu la disponibilité de certaines molécules comme le flunitrazépam (Rohypnol®) régresser et de nouvelles comme le clonazépam (Rivotril®) augmenter et notamment parmi des usagers utilisant des médicaments de substitution. Pour autant, le flunitrazépam ayant connu une restriction de son AMM (Autorisation de mise sur le marché) en 2001, il est difficile de montrer l'impact de l'introduction des MSO sur la configuration des usages de benzodiazépines.



La première s'étend de l'introduction de la substitution jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix, pendant laquelle l'image de la BHD est plutôt positive et celle de l'héroïne plutôt négative. La seconde s'ouvre en 2000, période durant laquelle on observe une inversion de la perception entre les deux produits. Selon les dernières données disponibles, cette inversion perdure jusqu'en 2008. Le rapport TREND portant sur l'année 2000 signale : « Dans la majorité des sites, la perception du Subutex® est plutôt mauvaise ou a tendance à se dégrader. D'une part parce que beaucoup d'usagers sont conscients des risques induits par l'injection du produit en termes de santé (abcès, veinites) et d'autre part parce que le Subutex®, pour certains, accroche plus que l'héroïne et que le manque est plus difficile à supporter. Quand il fait l'objet d'une appréhension positive, le Subutex® le doit à son statut de médicament, de "drogue légale", peu chère et facile d'accès. [...] Cette amélioration en cours de l'image de l'héroïne, si elle se confirme et perdure, constituerait un phénomène nouveau méritant un suivi vigilant car elle pourrait contribuer à enclencher un nouveau cycle de diffusion de ce produit. » [2]

Trois facteurs semblent contribuer à ce « retour en grâce » de l'héroïne. Le premier serait essentiellement lié au développement de modes d'administration alternatifs à l'injection (sniff et inhalation) qui permettent de découpler la représentation de l'usage de l'héroïne de celle de la seringue. Le deuxième résiderait, pour les usagers les plus jeunes, dans la dissociation de la représentation de l'héroïne de celle, d'une part, de la contamination par le VIH et, d'autre part, de la marginalisation sociale ; l'accès aisé et rapide à des molécules opiacées de substitution qui évite à de nombreuses personnes une dégradation physique et sociale inhérente à une dépendance non maîtrisée. Le troisième tient, paradoxalement, dans son prix élevé, qui confère à l'héroïne un statut d'opiacé de luxe par comparaison au Subutex® vendu dans la rue à bas prix.

La BHD, en revanche, est considérée par de nombreux usagers comme une substance très addictive, au sevrage pénible et difficile, qui peut engendrer des dommages au cours de l'injection. Ce produit, enfin, est souvent assimilé à une *drogue de rue*, ce qui entraîne une disqualification croissante et une dévalorisation des consommateurs tant à leurs propres yeux qu'à ceux des autres usagers.

Par contraste, tout au long de cette même période, la méthadone conserve une image globalement positive auprès des usagers. Dans cette représentation positive, les usagers mettent en avant tant son efficacité contre le manque physique et psychique que le protocole plus rigoureux par lequel est organisée sa délivrance. Ces deux aspects renforcent son statut de médicament. Par ailleurs, sa moindre disponibilité sur le marché parallèle, contrairement à la BHD, fait de la méthadone un produit dont l'image est associée à des usagers plus intégrés socialement.

L'introduction des TSO, et notamment de la BHD, a largement influencé l'usage d'un autre opiacé, légal cette fois : le Néo-Codion®. Ce médicament disponible sans ordonnance a constitué pendant presque trois décennies, le

produit de *dépannage* des héroïnomanes. Depuis l'apparition du Subutex®, en dépit de quelques avantages comparatifs comme son prix et son accessibilité, les ventes de Néo-Codion® ont baissé de façon très significative, passant de douze millions de boîtes en 1996 à six millions en 2001 [3]. La saturation du marché des opiacés par le Subutex® est, du moins partiellement, responsable de cette désaffection.

La désaffection à l'égard du Néo-Codion® résulte d'un choix conscient des usagers. L'élargissement de l'offre de prescription de produits de substitution a progressivement réduit l'attrait pour ce médicament. Son usage n'a pas complètement disparu pour autant, et trois types de situations ont été observées : anciens héroïnomanes, plutôt âgés, socialement intégrés, qui consomment du Néo-Codion® dans le cadre d'une autosubstitution ; usagers très marginalisés qui l'utilisent faute d'héroïne ou de Subutex® ; et enfin, polyconsommateurs de tous médicaments psychotropes.

S'agissant des sulfates de morphine (Skénan®/Moscontin®), l'impact des TSO est indirect. Plus d'une décennie après leur introduction, les sulfates de morphine restent encore très appréciés par certains usagers. Mais la conséquence directe de leur exclusion de la liste des MSO et des mesures de restriction des prescriptions³, affecte leur disponibilité et leur accessibilité.

Les nouveaux visages des consommateurs d'opiacés

Trois ans après la mise en place du cadre des TSO, le dispositif TREND constate, simultanément, une désaffection de la consommation d'héroïne chez les anciens héroïnomanes [4] et une mutation profonde du profil des consommateurs d'opiacés. À mesure que la figure classique de l'héroïnomane, injecteur et dépendant, disparaissait de nouvelles figures du consommateur d'opiacés apparaissaient. Entre 1999 et 2008, le dispositif en a identifié cinq principales [2-13] :

- *l'hybride*, mêlant à la fois consommation d'héroïne et prise de MSO. Cette figure est composée en partie de ceux pour lesquels le produit principal reste toujours l'héroïne, la BHD n'intervenant que comme substance de « régulation » en cas de manque ou de pénurie ; et en partie de ceux pour lesquels l'héroïne est l'objet d'une consommation épisodique, régulée et maîtrisée. Dans ce cas, la consommation peut être planifiée en fonction des revenus par exemple, ou opportuniste au gré des rencontres.
- Le « *primo usager de Subutex®* », identifié dès 2001⁴, pour lequel la BHD constitue la porte d'entrée dans l'usage d'opiacés et parfois dans la dépendance. Ainsi, certaines personnes deviennent dépendantes aux opiacés en utilisant

3. Note de la DGS (Direction générale de la santé) de juin 1995 imposant aux médecins la demande d'un accord préalable du médecin-conseil de la CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie).

4. Cette problématique a été reprise et conceptualisée par Escots et Fahet (2004) dans le cadre d'une étude spécifique de TREND.



d'abord, et parfois uniquement, de la BHD. Elles forment une population hétérogène, plutôt jeune, aux conditions de vie souvent précaires. Il s'agit d'une population de jeunes « errants » ou « nomades » et de personnes originaires d'Europe de l'Est et du Maghreb, notamment [8]. Mais le primo usage ou la primo dépendance à la BHD ne relèvent pas que de ces seules situations [14]. Les contextes festifs, l'incarcération, la relation conjugale ou amicale, y compris parmi des publics insérés socialement, peuvent fournir aussi des possibilités de démarrer un primo usage de BHD. L'usage non substitutif de BHD s'explique par sa grande disponibilité sur le marché parallèle, la modicité de son prix et ses propriétés pharmacologiques. Parmi les 448 personnes participantes à l'enquête « première ligne, 2003 » ayant consommé de la BHD au cours du mois écoulé, 13 % (59 personnes) déclaraient ne pas avoir consommé d'héroïne plus de 10 fois au cours de leur vie [9].

■ *L'ex-consommateur de BHD revenant à l'héroïne* : ancien héroïnoman qui a utilisé la BHD pendant une période (parfois plusieurs années) et qui se tourne à nouveau vers l'héroïne. Ces transferts résultent le plus souvent d'une certaine lassitude à l'égard de la buprénorphine haut dosage en raison de ses effets secondaires, de la crainte du sevrage et, enfin, de l'image stigmatisée du toxicomane à la BHD.

■ *Le nouveau consommateur d'héroïne de l'espace festif* : il s'agit de jeunes ayant recours à l'héroïne essentiellement pour réguler la prise de stimulants. L'étude de Catherine Reynaud-Maurupt [15] sur les consommations de substances psychoactives dans l'espace festif « électro » montre qu'en 2005, parmi les personnes rencontrées en milieu festif techno, 26 % 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).

Dans l'espace festif et le milieu des free parties notamment, le recours à ce produit a été favorisé, pour une nouvelle génération d'utilisateurs, par une appellation moins connotée (« rabla⁵ »), peu ou pas connue de ces nouveaux consommateurs. Forger cette nouvelle appellation faisait probablement partie d'une stratégie de marketing, de la part des dealers, visant à donner une image plus rassurante d'un produit stigmatisé et dont la consommation dans ce milieu, jusqu'à la fin des années 1990, était taboue. À cela s'ajoute pour l'héroïne, l'adoption de modes d'administration valorisés dans cet espace. Les consommateurs ont pris conscience de la possibilité d'un usage « récréatif » de ce produit, principalement associé jusqu'alors à l'injection et à l'image dégradante du *junkie*. Enfin, il y a la définition d'une fonction bien identifiée : dans l'espace festif techno l'héroïne est rarement utilisée⁶ pour elle-même, mais

5. Dérivé du mot « ghabra », poudre en arabe.

6. Quoique de plus en plus fréquemment.

comme une substance de régulation, destinée à accompagner la descente de stimulants (cocaïne, crack, speed, ecstasy) et, dans une moindre mesure, d'hallucinogènes (LSD).

Le *nouveau consommateur d'héroïne de l'espace urbain*⁷ : jeunes en grande précarité sociale (« errance », « nomadisme »), évoluant aux frontières de l'espace festif et de l'espace urbain ; nouveaux arrivants en France provenant principalement d'Europe centrale et orientale, également en grande difficulté sociale ; usagers mieux intégrés sur le plan social que les deux groupes précédents, qui ont commencé, dans un cadre festif, un usage d'héroïne dont ils ont perdu le contrôle. Plus récemment, en 2008, se sont ajoutés des groupes minoritaires de personnes très insérées socialement, jeunes (souvent moins de 25 ans) qui, contrairement aux usagers du milieu festif, prennent de l'héroïne plutôt pour ses effets propres que pour réguler ceux d'autres substances.

Une dynamique, opiacés, cocaïne-crack, renouvelée

Les observations réalisées au fil des ans par le dispositif TREND ont régulièrement mis en évidence une augmentation constante de l'usage de cocaïne [16] parmi les personnes sous méthadone ou BHD [2, 14, 17, 18]. Un ensemble de raisons ont concouru à cet état de fait : une lassitude par rapport aux effets attendus des MSO, une disponibilité et une accessibilité accrues de la cocaïne, et une pharmacodynamique des produits, qui permet des associations régulatrices dans les deux sens (opiacés > cocaïne et cocaïne > opiacés). Subutex® et méthadone sont utilisés avec les stimulants (cocaïne et crack) de manière similaire à l'héroïne, avec l'avantage d'être moins chers et plus accessibles : les deux produits jouent le rôle de régulateur initialement tenu par l'héroïne (*speed-ball*⁸), pour adoucir la descente. Les prises de cocaïne et de médicaments de substitution peuvent être simultanées, séquentielles ou en alternance dans la même journée. Quand il s'agit du crack, les MSO aident à calmer l'angoisse que sa consommation engendre. En outre, la cocaïne fumée ou injectée procure un « flash » inaccessible avec les médicaments de substitution. Ainsi, pour un certain nombre de personnes utilisant un MSO ou en difficulté avec leur TSO, ou se livrant à un usage non substitutif, notamment de BHD [14], la cocaïne est parfois devenue l'occasion d'un nouvel usage problématique ou d'une addiction. À l'inverse, l'utilisation de MSO (notamment la BHD), dans une tentative de gestion d'un usage problématique de cocaïne souvent fumée ou injectée, peut induire une dépendance opiacée secondaire. C'est le cas chez des consommateurs de crack en France hexagonale [19].

7. Voir le chapitre suivant sur « Les nouveaux visages de la marginalité », p. 26.

8. Mélange d'héroïne et de cocaïne.



IMPACTS SUR LA SANTÉ DES USAGERS DE DROGUES

L'impact des TSO sur la santé des usagers sera évalué en fonction des données disponibles à l'échelle nationale. Si incomplètes qu'elles soient, elles donnent néanmoins un aperçu de cet impact, qui dépasse largement ce que ces données permettent d'apprécier.

L'impact, positif comme négatif, sera considéré à travers les thèmes les mieux développés par le dispositif TREND au cours de ses 10 ans de fonctionnement : infections au VIH et au VHC⁹ ; autres pathologies somatiques inhérentes aux pratiques d'injection intraveineuses ; mortalité par surdose ; addiction aux traitements de substitution ; aspects sanitaires et sociaux.

Infection au VIH et au VHC

De 1970 à 1995, l'injection a été en France le mode dominant d'administration de certains produits illicites chez les usagers problématiques de drogues, notamment les produits opiacés. Bien que la sérologie VIH déclarée soit passée de 20 % en 1996, à la veille de l'introduction des TSO [20], à 7,3 % dix ans après en 2006 [21], ce recul ne peut être attribué au seul impact de ces traitements. Il ne peut être apprécié qu'en tenant compte de l'ensemble des actions de réduction des risques introduites en France depuis la fin des années quatre-vingt.

En effet, la majorité des personnes ayant recours à l'injection vont adopter des conduites nouvelles réduisant les risques de contamination par le VIH et permettant une diminution des nouveaux cas de sida, sans toutefois parvenir à contenir l'épidémie de contaminations par le virus de l'hépatite C.

À partir de 1996, le développement des TSO va favoriser rapidement le changement et contribuer à maintenir sur le long terme les comportements de prévention acquis.

Dès 2003, le dispositif TREND était en mesure d'émettre l'hypothèse d'une possible diminution de la part des injecteurs parmi les usagers problématiques, notamment d'héroïne [9]. En 2008, seuls 20 % des usagers des structures de première ligne (CAARUD) qui ont consommé de l'héroïne au cours du mois précédent en prennent quotidiennement [21]. Pour les injecteurs dépendants aux opiacés, la suppression du syndrome de manque grâce aux traitements de substitution, peut limiter la fréquence des recours à l'injection. Ainsi, les pratiques d'injections pluriquotidiennes couramment observées, avant la mise en place des TSO, sont moins fréquentes, diminuant mécaniquement l'incidence de l'injection et les risques qui lui sont associés.

En outre, et c'est un des faits marquants de l'introduction massive des TSO, on peut remarquer que pour les usagers ayant commencé l'héroïne après 1996, la période de dépendance est fortement raccourcie. Le travail mené par le GRVS

9. Voir le focus consacré à ces deux pathologies chez les usagers problématiques, p. 38.

[22] montre que les personnes substituées ont bénéficié d'un TSO après une durée de consommation d'héroïne comprise entre un mois et deux ans. La majorité ayant été substituée après six mois de consommation d'héroïne. Le bénéfice de ces traitements administrés rapidement semble important pour plus de la moitié des personnes substituées. En effet, ils opèrent une sortie de la dépendance à l'héroïne plus « précoce » que leurs pairs des générations précédentes qui connaissaient en moyenne, une durée de dépendance d'une dizaine d'années.

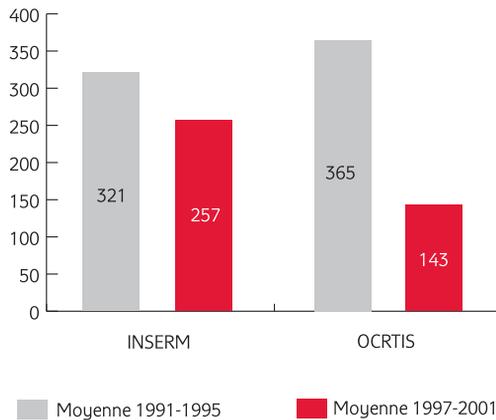
Mortalité par surdose

L'impact positif le plus spectaculaire porte sur la mortalité par surdose. Deux sources indépendantes (INSERM et OCRTIS) confirment cette baisse. La comparaison de la moyenne annuelle des cas de surdose enregistrés au cours des cinq années précédents l'introduction du traitement de substitution en 1996 (1991-1995) à celles des cinq premières années consécutives à cette introduction (1997-2001) montre une baisse significative de l'ordre de 20 % pour la première source et de 61 % pour la seconde.

Toutefois, à la différence de la baisse très prononcée de la mortalité par sida chez les usagers de drogues liée à l'introduction des trithérapies, « *il est plus difficile d'attribuer la baisse des surdoses à une cause unique* ».

Toutefois, si la relation de cause à effet entre l'introduction des TSO et la baisse des surdoses est difficile à démontrer, il est néanmoins légitime de faire le rapprochement entre les deux phénomènes [23].

Figure 1 - Comparaison des moyennes des cas annuels de surdose enregistrés par l'INSERM et l'OCRTIS avant (1991-1995) et après (1997-2001) l'introduction des TSO en France



Impacts sur la consommation d'autres substances chez les usagers de MSO

Plusieurs études mettent en évidence un moindre recours aux substances illicites et aux benzodiazépines chez des patients en TSO, et notamment pour ceux qui s'inscrivent dans un protocole. Une étude observationnelle rétrospective, réalisée en 1999-2000 dans trois régions (Île-de-France, Alsace, Aquitaine),



auprès de 665 patients bénéficiant d'un TSO et suivis en médecine de ville [24], a montré une réduction de la consommation de l'ensemble des substances psychoactives, 6 mois après le début du traitement. Les auteurs soulignent qu'à 28 mois en moyenne après l'initiation du traitement, cette réduction se poursuivait. Cette réduction concernait l'héroïne, les autres opiacés, les stimulants comme la cocaïne ou le crack, mais aussi, dans une moindre mesure, l'alcool.

IMPACTS SUR LA VIE SOCIALE

Au-delà des conséquences spécifiques en lien direct avec l'usage de drogues (consommations, usages problématiques, addictions, morbidités liés aux modes d'administration, surdoses, etc.) MSO et TSO ont eu un impact sur la santé et la vie sociale des usagers. Différents travaux permettent d'apprécier les aspects positifs de l'introduction des TSO de ce point de vue. L'article de synthèse de Costes et al [25] fait le bilan de ces impacts sur l'ensemble de la vie des usagers à partir des travaux disponibles.

Une meilleure insertion sociale

S'il ressort de ce bilan une amélioration globale de « l'insertion » socio-sanitaire des usagers grâce au TSO, celle-ci est inégale selon les études, les profils sociaux des usagers, et le type de démarche dans lequel ils s'inscrivent (protocoles de traitement ou en dehors). Des améliorations sont perceptibles sur le plan du logement, de l'activité professionnelle, de l'accès aux droits et aux soins, de la vie familiale, sociale et relationnelle, qui se voient confirmées dans les enquêtes qui renseignent la perception des usagers sur leur qualité de vie, comme celle de AIDES parue en 2002 [26]. L'étude observationnelle rétrospective de Bilal *et al.* [24], montre que la proportion de patients ayant un travail rémunéré, un logement personnel ou bénéficiant d'une protection sociale a augmenté après la mise en route du TSO. Alors que les durées d'hospitalisation pour des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives et le nombre moyen de condamnations par année a diminué. Après avoir débuté le traitement, les réseaux socio-familiaux des usagers évoluent, ils passent moins de temps libre avec des personnes qui rencontrent des problèmes avec l'alcool ou des drogues illicites.

Problèmes liés au « mésusage »

Les principaux impacts négatifs de l'introduction des TSO sont essentiellement liés à des pratiques de « mésusage » de ces médicaments. L'injection de BHD a été, et reste la pratique la plus préoccupante. En effet, l'impact sur les anciens usagers d'héroïne injecteurs est paradoxal : alors que l'accès à un TSO signifie pour certains l'arrêt de l'injection, pour d'autres, c'est la BHD qui va prendre le relais de l'héroïne comme produit principalement injecté.

Certains injecteurs ne parviennent pas à renoncer à ce mode d'administration et s'injectent tout ou partie de leur traitement par BHD. D'autres disent ne pas supporter le goût « amer » de la BHD prise par voie sublinguale [7, 14]. Un troisième groupe considère que les effets ressentis lors de l'injection sont plus « agréables ». En 2008, l'injection de ce produit a été pratiquée par 56,4 % des usagers récents de BHD rencontrés dans les CAARUD [21].

L'injection de BHD a engendré de nouveaux problèmes de santé. Dès 2001, le dispositif TREND identifie, chez les injecteurs de BHD, l'augmentation du nombre de cas caractérisés par le gonflement des mains et des deux côtés des deux avant-bras¹⁰, nommés parfois « gant de boxe » ou « syndrome de Popeye » [7]. L'enquête « première ligne » 2003 de TREND a démontré que la probabilité de présence d'abcès ou de ces gonflements est deux fois plus élevée chez les personnes s'injectant de la BHD que chez celles s'injectant d'autres produits au cours du mois écoulé, soit respectivement 31 % vs 19 % et 44 % vs 26 % [9].

Autre aspect que l'on peut considérer négatif : un pourcentage non négligeable des personnes substituées perçoit les MSO comme plus problématiques que l'héroïne elle-même. En 2008, la BHD apparaît comme le premier produit problématique aux usagers interrogés dans les CAARUD. Elle est en effet citée comme telle par 22,1 % des usagers de ces structures [21]. Pour 6,2 % des patients suivis dans les Centres de soins spécialisés (CSST) en 2007, le produit posant le plus de problème est un MSO¹¹ (plutôt la buprénorphine).

Comme on l'a vu, différents travaux tendent à montrer que le recours à un TSO a un impact sur la consommation d'autres substances. Toutefois, la question de l'effet des TSO sur la consommation d'alcool se distingue des produits illicites. Ainsi, dans différentes études, la réduction de la consommation semble plus nette pour les autres substances que pour l'alcool. Il est parfois suggéré que les TSO pourraient favoriser un accroissement de la consommation ou de la dépendance à l'alcool. De fait, les consommations problématiques ou l'alcoolodépendance observées parmi les usagers des structures de soins ou de première ligne sont significatives chez ceux qui bénéficient d'un MSO. Ainsi, le dispositif TREND note que « *parmi les usagers de buprénorphine dans les structures de première ligne en 2006, l'usage quotidien d'alcool concerne 28 % de ceux qui en ont un usage thérapeutique uniquement ; 41 % de ceux qui l'utilisent "pour se défoncer" ou réguler une autre consommation uniquement et 45 % de ceux qui en ont un usage mixte* » [12]. Pour la méthadone, une analyse bibliographique internationale [27] concluait à l'absence de modification dans les

10. Une des explications de ces manifestations serait que l'amidon de maïs présent dans les comprimés de Subutex® provoquerait un blocage des petits réseaux veineux et entraînerait une inflammation chronique des tissus et du réseau lymphatique. Ces manifestations sont généralement bilatérales puisque les usagers s'injectent des deux côtés. Ces œdèmes seraient extrêmement longs à résorber.

11. Données non publiées du dispositif RECAP de l'OFDT.



comportements de consommation plutôt qu'à une augmentation de la consommation d'alcool après initiation du TSO¹². Quoiqu'il en soit des propriétés intrinsèques des MSO, on observe encore fréquemment, parmi leurs usagers, une morbidité et une mortalité liées à l'usage problématique d'alcool.

Enfin, si la mortalité par surdose d'héroïne s'est considérablement réduite ces dix dernières années, on a vu apparaître, dans le même temps, des décès liés à la méthadone et à la BHD [25]. Phénomène qui n'est pas exactement quantifiable dans le cadre actuel des recueils de données, et pour lequel l'attribution du rôle causal du MSO est rendue difficile par les consommations associées très souvent présentes, notamment des benzodiazépines. Cependant, si le risque lié au détournement de méthadone apparaît patent, celui associé à l'injection de BHD apparaît toute de même comme considérablement moindre que celui présenté par l'injection d'héroïne [28].

IMPACT SUR LE MARCHÉ DES DROGUES

Dès sa première année d'existence (1999), le dispositif TREND a pu observer l'impact considérable de la mise en place de la substitution sur le marché de l'héroïne [4]. Le large accès aux MSO a progressivement réduit la rentabilité du deal de rue d'héroïne et a désorganisé son système de petit trafic de rue.

Cette désorganisation s'est traduite dans les données de l'OCRTIS. À partir de 1996, en effet, les interpellations pour usage d'héroïne diminuent constamment. Par rapport à 1995, l'année 2000 enregistre une baisse de 64 % des interpellations ; le nombre de saisies de moins de 5 g (correspondant probablement au petit trafic de rue) chute presque de moitié (47 %) [2].

En effet, à mesure que la configuration classique du trafic de proximité « monopolaire » axé sur l'héroïne s'estompe, une configuration « multipolaire » apparaît lentement. L'héroïne, comme la cocaïne et le Subutex®, ne sont plus qu'un « pôle » parmi d'autres. Plusieurs évolutions sont alors notoires :

- l'abandon de la vente sur l'espace public au profit de l'espace privé (domicile, appartements) moins risqué. Ainsi, pour avoir accès au produit, l'acheteur consacre souvent plus de temps et/ou fait appel à des intermédiaires et/ou s'adresse à des vendeurs confinés dans l'espace privé ;
- la reconversion des vendeurs traditionnels d'héroïne dans la vente de cocaïne et d'autres substances, contribue à une forte réduction de son accessibilité¹³ ;
- l'établissement d'un rapport de force plus équilibré avec les revendeurs. Les usagers subissent moins leur emprise. Ils sont donc en position plus favorable pour négocier un produit de meilleure qualité à moindre prix ;

12. Il s'agissait plutôt de méthadone.

13. Sur cette question, voir le chapitre consacré aux « évolutions du petit trafic d'héroïne et cocaïne en France », p. 124.

■ enfin, la mise en place d'une forme de vente « occasionnelle » sur une courte période, en général, celle qui suit le début du mois (versement des prestations sociales). Cette modalité de vente constitue une adaptation au changement des modes de consommation des anciens clients réguliers devenus substitués et consommateurs occasionnels d'héroïne dans des finalités festives.

Pendant une décennie, cette situation a peu changé. À partir de 2004, et plus particulièrement depuis 2006, la disponibilité de l'héroïne a augmenté ; du trafic de rue apparaît de nouveau à petite échelle, sans aucune comparaison cependant, avec la période antérieure à 1996.

Naissance d'un marché parallèle de la BHD

Les données collectées dans le cadre de TREND au cours des 10 dernières années confirment le développement d'un marché parallèle important de la BHD et plus anecdotique de méthadone¹⁴ [2,13]. Tout au long de cette période, cette dernière est restée rare ou peu disponible sur le marché parallèle. Contrairement aux ventes de Subutex®, qui peuvent être l'œuvre de petits trafiquants non-usagers, la méthadone vendue provient presque exclusivement de stocks et de surplus accumulés par des patients substitués qui, pour diverses raisons, ne consomment pas la totalité des doses qui leur ont été prescrites et délivrées. Lorsqu'elle est disponible, elle est plus souvent échangée dans le cadre d'une économie de troc plutôt que marchande.

Dès l'année 2000, le Subutex® était décrit comme étant disponible et accessible au marché parallèle car ne nécessitant pas le recours à des intermédiaires dans la plupart des sites de surveillance du dispositif TREND [4]. Toutefois, à sa naissance, le petit trafic de proximité de Subutex® n'était pas particulièrement structuré (à l'exception de Paris) : dans la plupart des cas, il était l'œuvre des usagers eux-mêmes, qui écoulaient une partie de leur prescription, en la vendant ou la troquant contre d'autres produits (cocaïne).

À partir de 2001, le dispositif TREND observe l'apparition de petits trafiquants non-usagers (Paris et Marseille) [7]. Et à partir de 2002, il constate l'apparition de petites scènes ouvertes de Subutex®, dans lesquelles vendeurs et usagers se rencontrent aisément sans avoir recours à des intermédiaires. La vitalité du marché parallèle de BHD avait plusieurs causes : la facilité de l'accès à des prescriptions auprès de certains médecins ; une demande soutenue par une population très marginalisée, notamment de migrants, qui n'a pas ou ne souhaite pas avoir accès au système de soins ; l'insatisfaction de certains concernant le dosage du traitement, qui le complètent en s'approvisionnant dans la rue ; une offre abondante due à l'impécuniosité fréquente de la population en traitement. Ainsi, nombre de personnes revendent une part de leur traitement pour améliorer l'ordinaire ou pour se procurer d'autres substances [5].

14. S'il existe un marché parallèle de la méthadone, celui-ci, au fil des ans, s'est avéré marginal. Il se limite le plus souvent à des « dépannages » entre usagers. C'est une des raisons pour lesquelles, la méthadone, contrairement à la BHD, conserve son statut de médicament.



Entre 2000 et 2004, la disponibilité est telle que le prix médian estimé d'un comprimé de 8 mg de Subutex® au marché noir a été divisé par deux, passant de 6 € en 2000 à 3 € environ en 2004. À Paris, il baisse jusqu'à atteindre 1,50 € le comprimé. À cette époque, le Subutex® devient ainsi moins cher au marché noir qu'en pharmacie.

Le trafic de la BHD fonctionne alors selon deux modalités : une activité diffuse de « petite revente » par des patients traités qui s'assurent ainsi un petit revenu ; et une activité de « recueil » et de revente par un nombre réduit de personnes (pas nécessairement en traitement).

On estime, à la fin de l'année 2002, que les quantités revendues dans ce cadre représentaient entre 21 et 25 % des doses prescrites, avec des disparités importantes entre sites (et un maximum de 40 % à Paris) [29, 30].

Les contrôles successifs des CPAM (Caisses primaires d'assurance maladie) visant à identifier les trafiquants et à surveiller plus étroitement les patients recourant à plusieurs prescripteurs ou recevant une dose moyenne importante (supérieure à 32 mg), ainsi qu'à repérer certains prescripteurs jugés abusifs, modifient cette situation à partir de 2006. De fait, la part des bénéficiaires d'un remboursement de BHD recevant des doses supérieures à 32 mg, estimée à 6 % en 2002, est tombée à 2 % en 2006, puis à 1,6 % en 2007 [1, 31].

Ces mesures restrictives se heurtent au développement de nouvelles modalités d'approvisionnement destinées uniquement à alimenter le marché parallèle : recours au vol ; « location » de cartes Vitale ; missionnement par des dealers de différentes personnes (« mules ») auprès de médecins pour obtenir des prescriptions de BHD ou auprès de médecins hors département de résidence, afin que les CPAM (non connectées entre elles informatiquement) ne puissent détecter les prescriptions multiples (Rapport TREND 2009). Ainsi, même si le prix du comprimé a remonté (entre 5 et 6 € en 2008) le deal de rue de BHD est toujours observable.

CONCLUSION

L'introduction des traitements de substitution aux opiacés en France, au milieu des années 1990, a constitué une rupture avec les paradigmes qui avaient structuré le dispositif de soin aux toxicomanes. De fait, il ne s'agissait pas seulement de la mise sur le marché de MSO, mais de l'affirmation de la réduction des risques dans la politique publique de lutte contre les toxicomanies. Le contexte d'épidémie de sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse a largement contribué à ce changement. Cet élément est important, car à la différence d'autres pays, pour qui l'introduction des TSO n'était pas liée à l'épidémie de VIH mais aux conceptions dominantes en matière de dispositifs de traitement des toxicomanes, les débats qui précédèrent et accompagnèrent leur mise en place en France ont amalgamé ces deux dimensions. Ainsi, le cadre

des TSO « à la française » qui privilégia la BHD, considérée comme plus sûre dans son utilisation que la méthadone, par une délivrance en médecine de ville pour en faciliter l'accès, allait pour une part importante contribuer à façonner l'ensemble des phénomènes qui ont influencé le champ de l'usage de drogues et des toxicomanies.

Le bilan contrasté de la politique française, du fait d'impacts apparemment paradoxaux, peut être relativisé si l'on veut bien considérer plusieurs paramètres dont certains relèvent de phénomènes situés tant au niveau global que local. Ainsi, la demande contemporaine de *drogues* propres aux sociétés modernes peut transformer en usage de drogues toute nouvelle molécule qui aurait quelques propriétés pharmacologiques spécifiques et des vecteurs culturels aptes à en assurer la diffusion. Pour ce qui concerne la BHD, plusieurs facteurs sont à prendre en compte : son effet pharmacologique chez un sujet naïf ou peu sensibilisé aux opiacés ; la possibilité de l'injecter dans un contexte où cette pratique, en dehors du cadre médical, symbolise la toxicomanie ; son statut de substitut de l'héroïne qui en fait un équivalent symbolique dans l'imaginaire collectif ; et enfin, sa large accessibilité de par son mode de délivrance, ont créé les conditions pour faire de ce médicament une drogue.

En outre, les propriétés pharmacologiques de la buprénorphine n'interdisent pas l'utilisation de la cocaïne, dont l'association aux opiacés est valorisée depuis longtemps par les usagers de drogues. La disponibilité et le faible coût de la BHD ont multiplié les possibilités de ce double usage aux dynamiques pharmacologiques, psychologiques et sociales, favorisant chez les usagers des phénomènes de dépendances croisées.

En revanche, la diminution des contaminations à VIH et de la marginalisation bien souvent inéluctable des consommateurs d'héroïne par voie injectable, phénomènes qui apparaissaient comme une série de problèmes insolubles dans les années 1990, est dans tous les cas un résultat positif de la politique de réduction des risques dans laquelle s'inscrivent les TSO.

Pour autant, des aspects sanitaires et sociaux préoccupants demeurent, une fois ces problèmes résolus, comme les taux de contamination au VHC ou le développement de nouvelles formes de toxicomanies. Pour faire face à ces nouveaux problèmes, une compréhension du nouveau contexte créée par l'introduction des TSO et l'analyse des points forts et des limites de cette politique qui a rendu possible ces avancés, pourrait permettre de poser les bases des orientations à venir.



Références bibliographiques

- [1] CANARELLI (T.), COQUELIN (A.), « Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés - Premiers résultats d'une analyse de données de remboursement concernant plus de 4 500 patients en 2006 et 2007 », *Tendances* n° 65, OFDT, 2009.
- [2] BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, Rapport TREND*, OFDT, Paris, 2001.
- [3] BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001, Rapport TREND*, tome I, OFDT, Paris, 2002.
- [4] TOUFIK (A.), SARRADET (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, Rapport TREND*, OFDT, Paris, 2000.
- [5] BELLO (P.-Y.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, Quatrième rapport national du dispositif TREND*, Paris, OFDT, 2003.
- [6] BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), « Phénomènes émergents liés à l'usage de drogues », *Tendances* n° 15, OFDT, 2001.
- [7] BELLO (P.-Y.), et al., « Phénomènes émergents liés à l'usage de drogues en France en 2001 », *Tendances* n° 23, OFDT, 2002.
- [8] BELLO (P.-Y.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004 - Sixième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis La Plaine, OFDT, 2005.
- [9] BELLO (P.-Y.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003 - Cinquième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis La Plaine, OFDT, 2004.
- [10] CADET-TAÏROU (A.), et al., « Huitième rapport national du dispositif TREND », *Tendances* n° 58, OFDT, 2008.
- [11] CADET-TAÏROU (A.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005 - Septième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis La Plaine, OFDT, 2007.
- [12] CADET-TAÏROU (A.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 - Huitième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis La Plaine, OFDT, 2008.
- [13] GANDILHON (M.), et al., « Septième rapport national du dispositif TREND », *Tendances* n° 52, OFDT, 2006.
- [14] ESCOTS (S.), FAHET (G.), *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage : investigation menée en France en 2002-2003*, Saint-Denis La Plaine, OFDT, 2004.
- [15] REYNAUD-MAURUPT (C.), *Les pratiques et les opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif « Musique Électronique » - Étude de faisabilité d'une enquête « en population cachée » à partir d'un plan de sondage ethnographiquement raisonné*, Saint-Denis La Plaine, OFDT, 2007.
- [16] TOUFIK (A.), « Diffusion des drogues de synthèse en France », in *Drogues et toxicomanies, Indicateurs et tendances*, Paris, OFDT, 1999.
- [17] BELLO (P.-Y.), et al., « Tendances récentes et nouvelles drogues en France en 2002 - Résultats du quatrième rapport national », *Tendances* n° 31, OFDT.
- [18] BELLO (P.-Y.), et al., « Phénomènes émergents liés à l'usage de drogues en France en 2003 - Principaux résultats du cinquième rapport national », *Tendances* n° 40, OFDT, 2004.

- [19] ESCOTS (S.), SUDERIE (G.), *Usages problématiques de cocaïne/crack, Quelles interventions pour quelles demandes ?* À paraître, OFDT.
- [20] IREP, *Étude Multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le vih et les virus de l'hépatite*, 1996.
- [21] TOUFIK (A.), et al., « Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD - Profils et pratiques des usagers de drogues à partir de l'Enquête nationale « usagers » des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques », *Tendances* n° 61, OFDT, 2008.
- [22] REYNAUD-MAURUPT (C.), VERCHERE (C.), *Les nouveaux usages de l'héroïne*, Paris, OFDT, 2003.
- [23] LOPEZ (D.), MARTINEAU, (H.), « Mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack », *Tendances* n° 36, OFDT, 2004.
- [24] BILAL (S.), et al., « Traitements de substitution aux opiacés et vie sociale », *Annales de médecine interne*, 154 (hors série II), 2003.
- [25] COSTES (J.-M.), et al., « Du point de vue de la santé publique, quels sont les résultats positifs que l'on peut attribuer aux traitements de substitution aux opiacés en termes de prise en charge médicale, psychologique et sociale des usagers et quels sont leurs effets défavorables ou non souhaités (mésusages...) ? » *Alcoologie et Addictologie* n° 26, 2004.
- [26] AIDES, *Attente des usagers de drogues concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés*, Paris, 2002.
- [27] SRIVASTAVA (A.), « The effect of methadone maintenance treatment on alcohol consumption : A systematic review », *Journal of Substance Abuse Treatment* n° 34, 2008.
- [28] AURIACOMBE (M.), *Death attributable to methadone versus buprénorphine in France*, JAMA, 2001.
- [29] CADET-TAÏROU (A.), CHOLLEY (D.), *Approche régionale de la substitution aux opiacés à travers 13 sites français, 1999-2002, Pratiques et disparités régionales*, Paris, 2004.
- [30] CADET-TAÏROU (A.), et al., « Quel est le nombre d'usagers d'opiacés sous BHD ? Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004 », *Tendances* n° 37, OFDT, 2004.
- [31] CADET-TAÏROU (A.), CHOLLEY (D.), *Approche régionale de la substitution aux opiacés 1999-2002 : pratiques et disparités à travers 13 sites français*, OFDT, Saint-Denis, 2004.

