

# Usages NON SUBSTITUTIFS DE LA BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE

Investigation menée en France,  
en 2002-2003

---

Serge ESCOTS  
Georges FAHET



# **USAGES NON SUBSTITUTIFS DE LA BUPRENORPHINE HAUT DOSAGE**

**Investigations menées en France  
en 2002-2003**

**Serge ESCOTS  
Georges FAHET**

Juin 2004

## Contributions au projet

### Promoteur de l'étude

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)

Jean-Michel Costes

Dispositif TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues)

Pierre-Yves Bello, Abdalla Toufik

### Équipe de recherche

Groupe de Recherche et d'Action des Praticiens Hospitaliers et Intervenants en Toxicomanie Interdépartemental (GRAPHITI) avec la collaboration de l'Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées (ORSMIP)

*Responsable scientifique de l'étude, coordinateur et chargé de recherche (GRAPHITI)*

Serge Escots

*Chargé de recherche (ORSMIP)*

Georges Fahet

*Secrétariat (GRAPHITI)*

Marie Musset (coordination)

Élisabeth Suteau (recherche)

### Recueil des données : sites TREND

*Enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002 :*

Bordeaux, Dijon, Guyane, Lille, Lyon, Martinique, Metz, Paris - Île de France, Rennes, Réunion, Toulouse.

*Enquête par entretien*

#### Bordeaux

*Responsable* : Jean-Michel Delile

*Enquêteuse* : Anne-Cécile Rahis

#### Lille

*Responsables* : Samantha Lepez et Laurent Plancke

*Enquêteuse* : Laurence Genty

#### Marseille/Nice

*Responsables* : Marie Jauffret-Roustide et Noëlle Escaffre

*Enquêteuse* : Nathalie Botella

*Enquêteur* : Stéphane Akoka

#### Metz

*Responsable* : Olivier Romain

*Enquêteuse* : Catherine Bray-Tomassy

#### Paris-Île de France

*Responsable* : Monique Leroux

*Enquêteuse* : Monique Leroux

#### Toulouse

*Responsable* : Serge Escots

*Enquêteur* : Serge Escots

*Selecteurs internes<sup>1</sup>* : Francis Saint-Dizier, Élisabeth Suteau,

*Selecteurs OFDT* : Pierre-Yves Bello, Abdalla Toufik, Isabelle Giraudon, Nicolas Bonnet, Julie-Émilie Adès

***Nous remercions les usagers de BHD qui ont accepté de nous confier le récit de leur histoire et nous faire part de leur expérience pour réaliser cette recherche***

<sup>1</sup> Une partie de cette étude a fait l'objet d'un travail dans le cadre d'un DEA d'Anthropologie sociale à l'EHESS, sous la direction de Jean-Pierre Albert

## Sommaire

Introduction	p. 8
Champ de l'étude	p. 11
<b>Différentes logiques d'usage de la BHD</b>	p. 11
<i>Substitution, protocole et mésusages</i>	p. 11
<i>L'usage non substitutif</i>	p. 11
Méthodologie	p. 13
<b>Thèmes explorés dans l'étude</b>	p. 13
<b>Exploitation de l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002</b>	p. 13
<b>Enquête par entretien</b>	p. 15
<i>Un choix d'outil méthodologique</i>	p. 15
<i>Recueil des données</i>	p. 15
<i>Caractéristiques des usagers de l'échantillon</i>	p. 16
<i>Méthodes d'analyse des données qualitatives</i>	p. 17
Usage non substitutif de BHD chez les usagers fréquentant les structures de première ligne en 2002	p. 18
<b>L'usage de Subutex® non substitutif : une réalité</b>	p. 18
<b>Caractéristiques des usagers primo-consommateurs de BHD</b>	p. 19
<i>Éléments sociodémographiques des usagers primo-consommateurs de BHD</i>	p. 19
<i>Consommations déclarées de substances psychoactives des usagers primo-consommateurs de BHD</i>	p. 19
<i>État de santé des usagers primo-consommateurs de BHD</i>	p. 20
<b>Caractéristiques des usagers primo-pharmacodépendants à la BHD</b>	p. 21
<i>Éléments sociodémographiques des usagers primo-pharmacodépendants à la BHD</i>	p. 21
<i>Consommations déclarées de substances psychoactives des usagers primo-pharmacodépendants à la BHD</i>	p. 21
<i>État de santé des usagers primo-pharmacodépendants à la BHD</i>	p. 22

<b>Caractéristiques des usagers présentant une pharmacodépendance à la BHD non consécutive à une dépendance précédente à un opiacé</b>	<b>p. 23</b>
<i>Éléments sociodémographiques des usagers présentant une pharmacodépendance à la BHD non consécutive</i>	<i>p. 23</i>
<i>Consommations déclarées de substances psychoactives des usagers présentant une pharmacodépendance à la BHD non consécutive</i>	<i>p. 23</i>
<i>État de santé des usagers présentant une pharmacodépendance à la BHD non consécutive</i>	<i>p. 25</i>
<b>Synthèse des caractéristiques des usagers non substitutifs de BHD dans l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002</b>	<b>p. 25</b>
<b>Modalités d'usage non substitutif de la BHD</b>	<b>p. 26</b>
<b>Contextes des premières consommations non substitutives de BHD</b>	<b>p. 26</b>
<b>Usages non substitutifs de BHD, précarité et exclusion</b>	<b>p. 26</b>
<i>Précarité et initiation à la BHD en groupe</i>	<i>p. 27</i>
<i>Usagers originaires de l'Europe de l'Est : la BHD, une alternative économique à l'héroïne</i>	<i>p. 27</i>
<i>Pauvreté et usage non substitutif : « la drogue la plus pure du pauvre »</i>	<i>p. 28</i>
<i>Débuts d'usages non substitutifs de BHD durant une incarcération</i>	<i>p. 29</i>
<b>Espace festif et usages non substitutifs de BHD</b>	<b>p. 30</b>
<i>Début de primo-usage de BHD dans l'espace festif : en rapport à la consommation de psychostimulants ou pour ses effets propres</i>	<i>p. 30</i>
<i>Incitation à consommer de la BHD en contexte festif</i>	<i>p. 31</i>
<b>Initiation à la BHD dans des contextes affectifs et relationnels</b>	<b>p. 31</b>
<i>Usages non substitutifs de BHD en couple</i>	<i>p. 31</i>
<i>Réseaux amicaux de personnes socialement insérées</i>	<i>p. 32</i>
<b>Premiers contacts avec la BHD en usage non substitutif</b>	<b>p. 33</b>
<i>Effets ressentis lors des premières consommations</i>	<i>p. 33</i>
<b>Connaissances et représentations préalables de la BHD</b>	<b>p. 35</b>
<i>Des usagers peu ou mal informés au début de leurs consommations</i>	<i>p. 35</i>
<i>« Un médicament ne peut pas être dangereux »</i>	<i>p. 36</i>
<i>« Un médicament pour les toxicomanes ne peut pas rendre dépendant »</i>	<i>p. 37</i>
<b>Mode d'administration de la BHD dans l'usage non substitutif</b>	<b>p. 38</b>
<i>Adoption d'un mode d'administration et contextes de groupes</i>	<i>p. 38</i>
<i>La fumette de Subutex®, une pratique atypique</i>	<i>p. 40</i>
<i>L'usage sublingual, signe d'un « traitement » et usage festif</i>	<i>p. 40</i>
<i>L'usage sublingual, un mode d'administration qui passe partout</i>	<i>p. 42</i>
<i>Le choix de l'injection dans le discours des usagers</i>	<i>p. 42</i>
<i>Le goût du Subutex® : une autojustification ?</i>	<i>p. 43</i>
<i>L'injection, un choix coûteux</i>	<i>p. 44</i>

<i>Un choix difficile à dire</i>	p. 45
<i>Mise en place de l'injection</i>	p. 45
<i>BHD et injection, la fascination de la toxicomanie</i>	p. 46
<b>Modalités d'approvisionnement pour les usages de BHD non substitutifs</b>	p. 46
<i>Disponibilité de la BHD sur et hors prescription</i>	p. 47
<i>Médecin, usagers de drogue et usages non substitutifs : les malentendus de la relation</i>	p. 48
<i>L'usage non substitutif renouvelle la relation médecin/usager de drogue</i>	p. 48
<i>Première prescription de BHD dans le cadre d'usages non substitutifs « Limiter la casse »</i>	p. 49
<i>Articulation de l'approvisionnement médical et hors prescription</i>	p. 50
	p. 51
<b>La BHD et les autres opiacés</b>	p. 52
<i>Dans la rue, les chemins des opiacés mènent au Subutex®</i>	p. 52
<i>De la primo-consommation à la gestion de l'héroïne</i>	p. 53
<i>Une expérimentation de l'héroïne postérieure à l'usage de la BHD Subutex® ? héroïne ? Skenan® ? méthadone ?</i>	p. 53
	p. 54
<b>BHD et psychostimulants : une dynamique complexe</b>	p. 54
<i>La BHD pour réguler les stimulants</i>	p. 55
<i>Sortir des psychostimulants par la BHD</i>	p. 55
<i>Représentations comparées de la pharmacodépendance au crack et à la BHD chez un usager</i>	p. 55
<i>Dynamiques d'interaction dans les consommations de cocaïne et de buprénorphine</i>	p. 55
<b>Fonctions de la BHD dans les usages non substitutifs</b>	p. 56
<b>Effets recherchés dans la consommation non substitutive de BHD</b>	p. 56
<b>La BHD, substitut de l'héroïne, comme produit de défonce</b>	p. 57
<i>Les mots de la défonce dans l'usage non substitutif de BHD</i>	p. 58
<i>Usages défonce de BHD : médicament ou drogue ?</i>	p. 58
<b>Le Subutex® : un produit pour « assurer »</b>	p. 60
<i>Lever les inhibitions ou du « Sub pour faire ce qu'il y a à faire »</i>	p. 60
<i>BHD et sexualité</i>	p. 62
<b>La BHD pour « être calme » et « réduire l'anxiété »</b>	p. 63

Trajectoires d'usage de substances psychoactives et usage non substitutif de la BHD	<i>p. 66</i>
<b>Consommations de substances psychoactives en amont de la BHD</b>	<i>p. 66</i>
<b>Consommations de substances psychoactives en aval de la rencontre avec la BHD</b>	<i>p. 67</i>
<b>Usage non substitutif de BHD et injection</b>	<i>p. 67</i>
<b>Polyconsommation, dépendance et usage non substitutif de BHD</b>	<i>p. 68</i>
<b>De la primo-consommation à la primo-dépendance</b>	<i>p. 68</i>
<b>Trajectoires de primo-consommateurs devenus pharmacodépendants à la BHD</b>	<i>p. 69</i>
<i>Marlène</i>	<i>p. 69</i>
<i>Bertrand</i>	<i>p. 70</i>
<i>Jean</i>	<i>p. 71</i>
<b>Trajectoires de primo-consommateurs non dépendants à la BHD</b>	<i>p. 72</i>
<i>Redouane</i>	<i>p. 72</i>
<i>Céline</i>	<i>p. 73</i>
<b>Trajectoires comparées des primo-consommateurs dépendants et non dépendants</b>	<i>p. 73</i>
<b>Trajectoires et itinéraires : des démarches d'usage qui traversent les espaces de consommation</b>	<i>p. 73</i>
Problèmes sanitaires et usages non substitutifs de la BHD	<i>p. 76</i>
<b>Problèmes de santé liés à l'usage non substitutif de la BHD</b>	<i>p. 76</i>
<b>Injection et problèmes sanitaires</b>	<i>p. 76</i>
<b>Contaminations VIH et VHC</b>	<i>p. 78</i>
<b>Troubles somatiques</b>	<i>p. 79</i>
<b>Problèmes d'ordre psychique</b>	<i>p. 80</i>
<b>Arrêter la BHD</b>	<i>p. 80</i>
<i>Syndrome de manque</i>	<i>p. 81</i>
<i>Un sevrage difficile à supporter</i>	<i>p. 81</i>
<i>Dépendance psychique</i>	<i>p. 82</i>
<i>Arrêter le produit, arrêter l'injection</i>	<i>p. 82</i>

<i>Trouver des stratégies pour arrêter</i>	<i>p. 83</i>
<i>La méthadone, une substitution pour la BHD ?</i>	<i>p. 84</i>
<i>Le sevrage difficile, un élément important de l'imaginaire du Subutex®</i>	<i>p. 84</i>
Conclusion	<i>p. 86</i>
Synthèse des résultats	<i>p. 88</i>
Bibliographie	<i>p. 92</i>
Annexes	<i>p. 95</i>
Annexe I : Éléments pour une compréhension de la problématique de la dispensation de la buprénorphine haut dosage en France	<i>p. 96</i>
Annexe II : Propositions	<i>p. 100</i>
Annexe III : Fiches descriptives des personnes rencontrées pour l'enquête par entretien	<i>p. 101</i>
Annexe IV : Nouveaux usagers de buprénorphine haut dosage en France Guide pour la passation des entretiens	<i>p. 103</i>
Annexe V : Questionnaire TREND-OFDT-structures de première ligne 2002	<i>p. 110</i>

## Introduction

Depuis 1996, la BHD<sup>2</sup> a reçu une autorisation de mise sur le marché en France. Son indication vise, selon l'annexe 1 de la circulaire DGS/DH n° 96/239 du 3 avril 1996, au traitement des personnes présentant une « *pharmacodépendance majeure aux opiacés* »<sup>3</sup>.

De fait, le Subutex® était, à l'origine, principalement destiné aux sujets pharmacodépendants à l'héroïne. C'est ce qu'indiquait cette circulaire, qui précisait que, parmi les principaux objectifs du traitement de substitution par la BHD, on souhaitait favoriser « *une interruption de la consommation d'opiacés, notamment l'héroïne* ».

Toutefois, dans la circulaire du 31 mars 1995<sup>4</sup> qui préfigure la mise en place de la BHD l'année suivante, on peut résumer les principaux objectifs des traitements de substitution de façon plus large. Car au-delà de la visée « *curative* » que l'on assigne à la BHD en favorisant un meilleur accès aux dispositifs thérapeutiques, c'est également à la prévention et à la réduction des risques, par un moindre recours à la consommation de drogues illicites et à la voie injectable que tend la substitution. Enfin, la substitution en général et la BHD en particulier, doivent contribuer à une meilleure « *insertion sociale* » des personnes pharmacodépendantes. Ces circulaires envisagent la substitution comme une étape, l'objectif final étant, dans l'idéal, que chaque usager se construise une vie sans dépendance, y compris au traitement lui-même.

Au travers des différents travaux disponibles sur la BHD (études locales<sup>5</sup>, thématiques<sup>6</sup> ou de synthèse<sup>7</sup>), il apparaît que pour une partie des usagers bénéficiant d'une prescription de Subutex®, la situation s'améliore à différents niveaux et notamment au niveau médico-social. On sait aussi que, pour une autre partie, il existe ce que l'on appelle des mésusages du Subutex®. Mais actuellement, il est difficile de répondre à la question de la proportion de ces deux groupes parmi les utilisateurs de BHD.

Par ailleurs, depuis plusieurs années des observations de terrains indiquent des usages de BHD par des personnes n'ayant jamais été dépendantes à l'héroïne, voire même n'ayant jamais consommé d'opiacés auparavant. Le rapport TREND de l'année 2000 évoque « *l'émergence de jeunes consommateurs pour lesquels le Subutex® constitue une porte d'entrée dans la toxicomanie* »<sup>8</sup>. L'année suivante, les choses se précisent puisque « *l'observation de groupes d'usagers de Subutex® qui n'avaient jamais consommé d'opiacés auparavant est rapportée en 2001, par l'ensemble des sites TREND métropolitain...* »<sup>9</sup>.

<sup>2</sup> Buprénorphine haut dosage : agoniste-antagoniste morphinique qui se fixe au niveau des récepteurs opioïdes. Son indication, telle que définie par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, est la suivante : « *traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de la prise en charge médicale, sociale et psychologique* ». Le Subutex® qui est son nom de spécialité pharmaceutique se présente sous la forme de comprimé à faire fondre sous la langue (sublingual) de 0,4 de 2 ou 8mg. Les deux derniers dosages sont principalement utilisés. Le Subutex® peut, de manière détournée, s'avaler, se sniffer, se fumer ou s'injecter. Il fait l'objet de vente illégale, hors prescription médicale.

<sup>3</sup> DGS : Direction Générale de la Santé.

<sup>4</sup> Circulaire DGS/SP3/95 N°29 du 31 mars 1995 « relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés » (sur la prescription de méthadone)

<sup>5</sup> RONFLÉ E. et al, *Substitution par le Subutex® : les 2/3 des patients sont observants. Une étude en médecine générale dans les Bouches-du-Rhône*, in la revue du praticien, médecine générale, tome XV.

<sup>6</sup> *Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage, analyse des déviations de son utilisation*, VIDAL-TRÉCAN G., BOISSONNAS A. et Coll., OFDT, Paris.

<sup>7</sup> *Substitution aux opiacés, synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001*, ESCAFFRE N., TRONCHET C., OFDT, Paris, 2003.

<sup>8</sup> *Tendances récentes*, rapport TREND, BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., OFDT, Paris, 2001.

<sup>9</sup> *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*, rapport TREND, BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., GIRAUDON I., OFDT, Paris, 2002.

Pourtant l'idée qu'il existait un usage significatif de Subutex® non substitutif restait controversée en 2002.

Car, si le principe de l'existence de primo usage était admis, son importance était considérée comme négligeable. Pour certains acteurs du champ, l'usage de Subutex® par des non héroïnomanes relevait plus de la rumeur que d'une question de santé publique.

Pourtant, les pratiques que nous appelons ici non substitutives sont connues des usagers et des intervenants de terrains depuis plusieurs années maintenant. Dès juin 1998, un praticien hospitalier rapportait lors d'une journée de réflexion : « *Nous suivons un certain nombre de personnes qui sont sans domicile fixe... Elles étaient dans des problèmes d'errance et étaient à dix mille lieues de l'usage de produits, stupéfiants ou non, du moins par la voie intraveineuse. Elles étaient dans des pratiques de consommations d'alcool excessives. Nous travaillons depuis longtemps sur les problèmes de santé, d'accès aux soins et d'alcoolisme de cette population, nous avons constaté localement, [...] l'usage de produits détournés, [...] dans la majorité des cas de Subutex® par voie intraveineuse, chez des gens, qui, je vous le rappelle, étaient loin de l'usage de la voie intraveineuse... par des gens qui n'ont jamais été héroïnomanes et ne le sont toujours pas* »<sup>10</sup>.

Certains praticiens de terrain pouvaient parfois avoir le sentiment que l'injection, le trafic, le détournement, le mésusage, les difficultés de sevrage, les primo-consommations et les primo-dépendances, constituaient un ensemble de problèmes relatifs à la BHD qui étaient globalement occultés ou minimisés. D'une certaine manière on peut se demander si, dans un champ où le conflit sur les traitements de substitution en général, et la BHD en particulier, n'est pas si lointain, il n'est pas difficile d'aborder ces problèmes.

On peut faire l'hypothèse qu'il s'agit de préserver une orientation dans un contexte où l'on peut évaluer un consensus fragile. Le risque de cette posture pour la santé publique consiste en ce que le déni des problèmes ne les fait pas pour autant disparaître et qu'ils poursuivent à bas bruits leur développement, jusqu'au moment où ils ne peuvent plus qu'apparaître au grand jour. Dans ces moments-là, le risque tient en ce que la pression médiatique l'emporte sur les nécessaires réflexion et analyse, précipitant alors les prises de décision.

Cette étude s'inscrit dans la perspective d'éclairer un des aspects de la problématique actuelle de l'offre de BHD afin de contribuer à l'amélioration des dispositifs de prévention, de traitement et de réduction des risques.

L'étude de l'usage non substitutif de la BHD vient compléter d'autres études sur l'offre et les différents types de son usage, aujourd'hui en France.

Elle se propose de combiner approches quantitative et qualitative pour, à la fois situer un premier ordre de grandeur du phénomène et décrire les usagers et leurs représentations, et appréhender les processus d'entrée et de maintien dans cette consommation spécifique.

Dans ce travail, nous apporterons des éléments de réponses aux questions suivantes :

- Quelle place l'usage non substitutif recouvre-t-il au sein des populations fréquentant les structures dites de première ligne<sup>11</sup> ?
- Quels sont les contextes et les différentes motivations qui conduisent à débuter ou à poursuivre un usage non substitutif ?
- Quels sont les différents problèmes rencontrés par les usagers ?
- Quelles logiques sous-tendent l'usage non substitutif et quels développements peut-on prévoir à l'avenir ?

Nous présenterons, dans un premier temps, les résultats issus des données quantitatives. Cette première approche permettra de cadrer les différents types d'usagers et leurs pratiques au sein d'une population fréquentant les structures de première ligne. Puis dans un second temps,

<sup>10</sup> Bernard CASTAN, in *Rupture, errance, usage intraveineux. Sociologie et clinique de parcours de jeunes par temps de crise*, Actes de la journée de réflexion, GRAPHITI, Toulouse, 1998.

<sup>11</sup> Lieux d'accueil, de distribution de matériels et de messages de prévention, et d'aide à l'accès aux dispositifs sanitaires et sociaux pour les usagers de drogues (boutiques, programme d'échange de seringues).

nous présenterons les résultats de l'enquête par entretien. À chaque fois qu'il sera possible nous confronterons les résultats qualitatifs avec les données quantitatives. Il n'est pas possible de traiter, dans le cadre de cette présentation, l'ensemble des informations recueillies dans ces deux enquêtes, aussi, n'aborderons-nous que les points essentiels susceptibles de montrer les caractéristiques principales des usagers ainsi que certains contextes et logiques de consommations, corrélés aux usages non substitutifs.

## Champ de l'étude

### Differentes logiques d'usage de la BHD

#### *Substitution, protocole et mésusages*

En 2003, le Subutex® est le produit de substitution aux opiacés le plus utilisé en France. Ainsi, « *à partir des données SIAMOIS<sup>12</sup> et en faisant l'hypothèse d'une dose moyenne de BHD de 8mg par jour, il est estimé que 80 173 personnes avaient recours à ce traitement en 2002* »<sup>13</sup>. Parmi ces consommateurs de BHD, tous ne sont pas dans le cadre défini par l'AMM ou par les différentes circulaires de référence qui orientent les prises en charge des toxicomanes. Plusieurs études indiquent qu'il existe des usages de la BHD hors protocole<sup>14</sup>. Les investigations menées dans le cadre du programme TREND<sup>15</sup> en 2001 et 2002 montrent l'existence d'usage de la BHD en dehors du cadre prévu de son indication<sup>16</sup>.

Il peut s'agir d'une obtention hors prescription médicale, d'une administration en dehors de la voie sublinguale (injection, sniff, inhalation), ou d'une utilisation comme opiacé hors traitement de substitution. L'enquête TREND, réalisée en 2002 auprès des usagers de structures de première ligne, montre que si l'on considère que seuls les usagers déclarant se procurer la BHD uniquement sur prescription médicale sont dans un protocole, alors c'est un peu plus d'un sur deux qui seraient en dehors.

Nous aurions donc, dans un premier temps, deux modalités d'usage de la BHD : soit dans le cadre d'un protocole de traitement de substitution, soit en dehors. En effet, que les usagers soient dans un protocole de traitement médical ou non, leur usage de la BHD succède à une pharmacodépendance à l'héroïne, quelle que soit la perspective dans laquelle ils s'inscrivent. Pour certains, il s'agit d'un traitement, pour d'autres de « dépannage », pour d'autres encore d'une maintenance, ou simplement d'une gestion de leur toxicomanie à l'héroïne. Dans tous les cas, traitement ou non, protocole plus ou moins bien respecté ou consommations franchement inscrites dans le mésusage, la BHD est, pour ces usagers, d'une manière ou d'une autre, un *produit de substitution* à l'héroïne. Pour chacun d'entre eux, la substitution à l'héroïne s'inscrit dans une *logique substitutive* et l'on parlera pour ces usagers, selon leurs pratiques, leurs finalités et le respect qu'ils accordent au protocole médical, d'un usage dans le cadre ou en dehors du cadre d'un protocole de traitement de substitution.

#### *L'usage non substitutif*

L'usage de la BHD ne fait pas toujours suite à une pharmacodépendance aux opiacés. Il existe ainsi une autre logique d'usage de la BHD : **l'usage non substitutif**.

Lorsqu'une pharmacodépendance aux opiacés précède l'usage de la BHD, on parlera d'usage substitutif consécutif s'il y a continuité entre les deux pharmacodépendances, et d'usage non

<sup>12</sup> Source SIAMOIS, Institut national de Veille Sanitaire (InVS).

<sup>13</sup> *Phénomènes émergents liés aux drogues en France*, Quatrième rapport national du dispositif TREND, BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., GIRAUDON I., BONNET N., OFDT, Paris, 2003.

<sup>14</sup> VIDAL-TRECAN G., BOISSONNAS A. et coll. OFDT, op. cité ; *Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, approche qualitative*, LALANDE A., GRELET S., OFDT, Paris, 2001 ; OBADIA Y. et coll., *Injecting misuse of buprénorphine among french drug users*, Addiction, 2001.

<sup>15</sup> TREND : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues, dispositif de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (O.F.D.T.), dédié aux phénomènes émergents, organisé sur 13 sites en France, dont la caractéristique est de conjuguer méthodes quantitative et qualitative.

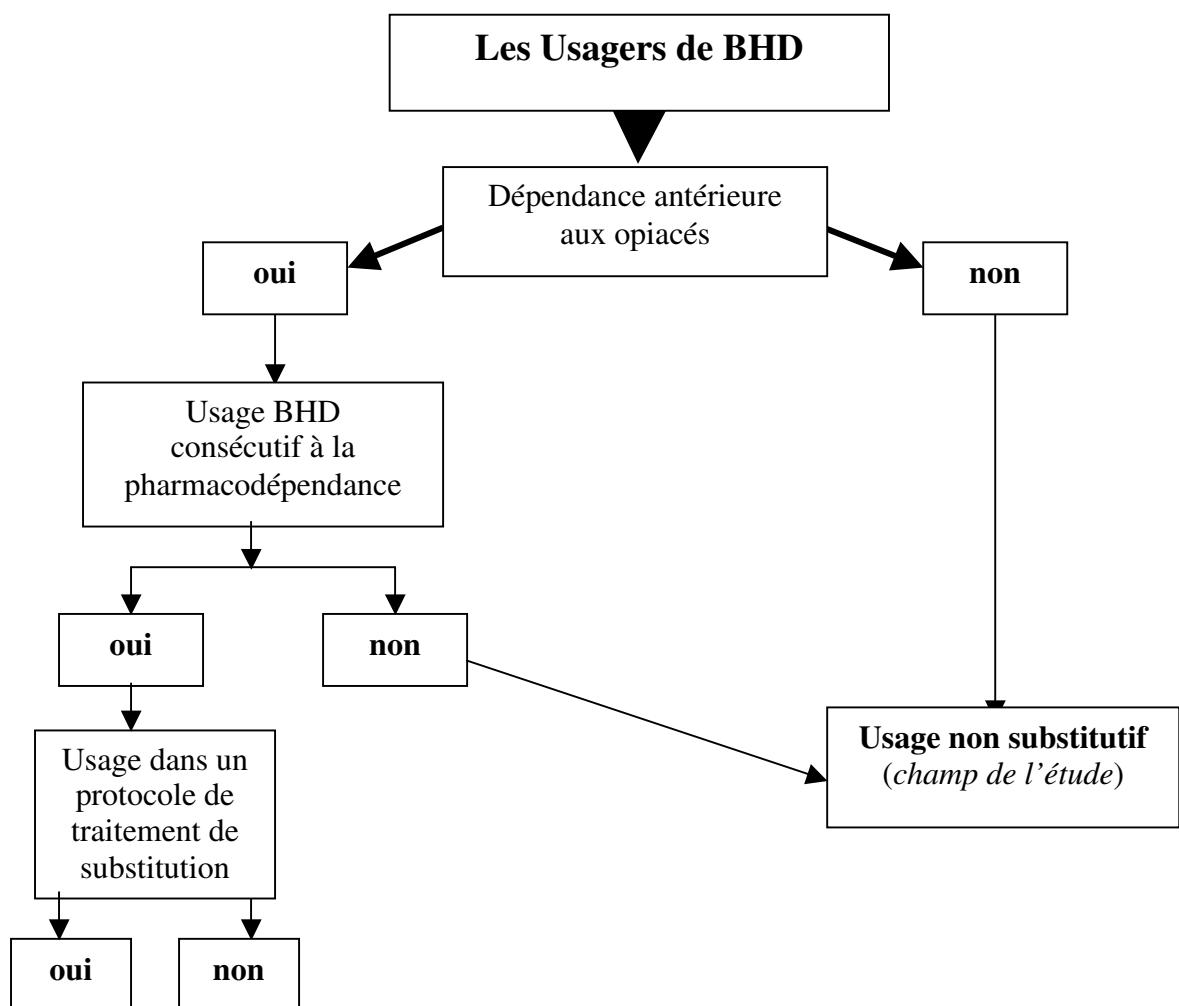
<sup>16</sup> *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*, rapport TREND, BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., GIRAUDON I., OFDT, Paris, 2002.

consécutif s'il y a absence de dépendance d'opiacés au moment de la consommation de BHD. Ce type d'usage substitutif peut correspondre à des usages dans le cadre de protocoles de traitement de substitution ou à des mésusages. Lorsqu'il n'y a pas eu de pharmacodépendance aux opiacés, préalable à la consommation ou à la dépendance au Subutex®, nous utiliserons le terme d'usage non substitutif (voir schéma 1).

Aujourd'hui, il n'est pas possible d'estimer avec précision la proportion de ces différentes modalités d'usage en France. Des travaux récents tendent à montrer que si l'usage hors protocole de substitution existe, il resterait minoritaire<sup>17</sup>. L'usage non substitutif ne concerne qu'un ensemble réduit des usagers de BHD.

Ce travail ne porte que sur l'usage non substitutif, le plus restreint. Nous nous intéresserons ici aux usagers pour qui l'usage de la BHD n'est pas postérieur à une pharmacodépendance aux opiacés.

#### Les différents types d'usage possibles de la buprénorphine haut dosage (BHD) observés en France en 2002 et 2003 (schéma 1)



<sup>17</sup> Substitution aux opiacés dans cinq sites de France en 1999 et 2000, CNAME-OFDT, Paris, 2002 ; voir aussi : Substitution aux opiacés, synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001, ESCAFFRE N., TRONCHET C., op. cité.

## Méthodologie

### Thèmes explorés dans l'étude

Dans la mesure où les structures de première ligne observent des usages de Subutex® non substitutifs, il est intéressant, pour pouvoir les décrire, de les distinguer au sein de l'ensemble des consommateurs de BHD.

De façon générale, le Subutex® étant un médicament de substitution pour les pharmacodépendances aux opiacés, la compréhension des contextes dans lesquels sont apparues des consommations de BHD, pour des personnes non dépendantes ou n'ayant jamais pris ce type de substances auparavant, est indispensable à l'appréhension des logiques qui structurent ce phénomène. Notamment en s'intéressant à l'entourage de l'usager et à son environnement social au moment des premières consommations.

Mais la structure interactionnelle où s'inscrivent ces premiers usages doit trouver à se compléter par le contexte interne au sujet. Ainsi, le moment de la trajectoire biographique où intervient la rencontre avec la BHD, les consommations précédentes, les événements subjectivement significatifs de sa biographie, les motivations à consommer, la représentation et les connaissances que l'usager a de ce produit, déterminent aussi son expérience et organisent l'évolution de sa consommation.

La BHD est consommée selon différentes modalités (orale, intraveineuse, nasale, inhalation à chaud), appréhender les modes d'administration dans le cadre des usages non substitutifs nous permet de mieux comprendre les logiques d'usage dans lesquelles s'inscrivent les usagers.

Compte tenu des particularités pharmacologiques de la BHD (agoniste et antagoniste des récepteurs opioïdes), il est aussi important de pouvoir accéder à l'expérience subjective des primo-usagers de BHD, en s'intéressant particulièrement aux différents effets ressentis lors de la consommation et en état de manque.

Comme Howard Becker<sup>18</sup> l'a montré, le rapport qu'une personne entretient avec un produit psychoactif est dynamique et évolue au fil du déroulement de sa carrière d'usager. Dans cette perspective, il est légitime de mettre en évidence les trajectoires d'usage et l'évolution de la consommation tant de BHD que des autres substances psychoactives. Mais aussi, de montrer les évolutions relatives aux modes d'administration, à d'éventuelles prises de risque, aux effets recherchés et ressentis, ainsi que l'apparition de problèmes le cas échéant.

Dans le même sens, une compréhension des processus qui structurent la pérennisation d'une consommation de BHD passe par la connaissance de l'évolution de la construction subjective que le sujet a du produit, de sa consommation, des autres consommateurs et de lui-même.

En cas de mésusage de la BHD, il peut apparaître des conséquences sanitaires et sociales. Une étude sur l'usage non substitutif doit prendre en compte les différents problèmes ou difficultés que les usagers peuvent être amenés à rencontrer.

### Exploitation de l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002

Le dispositif TREND offre la possibilité d'enquêter des usagers de drogues actifs qui fréquentent les structures dites de première ligne. Cette possibilité nous donnait l'opportunité de recueillir des données près d'un public pour lequel on peut faire l'hypothèse que l'usage non substitutif soit significatif. Ainsi, de façon régulière une enquête transversale quantitative est réalisée auprès des usagers de drogues fréquentant ce type de structures dans les treize

<sup>18</sup> BECKER H., Outsider, Études de sociologie de la déviance, Métailié, 1985.

sites du réseau. L'enquête se réalise à partir d'un questionnaire<sup>19</sup> passé en face à face pour environ un millier d'usagers actifs. Le questionnaire renseigne les caractéristiques sociodémographiques, les consommations de drogue, la santé et les conduites à risque liées à l'usage. En 2002, une série de questions spécifiques sur l'usage de BHD avait été intégrée au questionnaire. Ainsi, en plus des données, des consommations actuelles et passées, des prises de risque et de l'état de santé, nous disposions d'éléments plus précis sur la chronologie des usages d'opiacés et les modes d'usage de la BHD.

**Tableau 1 : Nombre de personnes selon le site TREND ayant participé à l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002**

<b>Sites</b>	<b>Nombre de questionnaires</b>
Bordeaux	74
Dijon	100
Guyane	79
Lille	76
Lyon	97
Martinique	41
Metz	110
Paris	157
Rennes	45
La Réunion	34
Seine-Saint-Denis	92
Toulouse	59
<b>Total</b>	<b>964</b>

Données OFDT, exploitation ORSMIP/GRAPHITI

Nous avons réalisé une exploitation spécifique des réponses concernant les consommateurs de BHD. Notamment en procédant par comparaison entre usagers substitutifs et non substitutifs. Pour analyser les données, parmi les personnes ayant un usage non substitutif de la BHD, nous avons distingué plusieurs situations :

- l'usager qui consomme de la BHD sans n'avoir jamais consommé d'autres opiacés auparavant : **primo-consommateur** ;
- l'usager pour qui la BHD est à l'origine d'une première pharmacodépendance aux opiacés : **primo-pharmacodépendant** ;
- l'ancien héroïnomane qui, après avoir arrêté durablement (au moins deux ans) sa dépendance à l'héroïne, démarre une pharmacodépendance à la BHD sans continuité avec sa toxicomanie antérieure : **dépendant non consécutif**.

Les différentes situations de ces usagers seront analysées au travers de plusieurs thèmes :

- Variables sociodémographiques
- États de santé
- Modalités de consommation depuis le début (héroïne, cocaïne, BHD)
- Consommations lors du dernier mois
- Conduites à risque
- Dépendances actuelles et passées

Le but de l'analyse était de mettre en évidence les facteurs associés à ces trois types de situations d'usage. L'analyse bivariée a été complétée, dans un second temps, par une analyse multivariée (régression logistique multiple) destinée à contrôler les éventuels facteurs de confusion et à tester le « poids » de chaque variable indépendamment des autres. Cependant, la faiblesse de l'échantillon a limité l'exploitation des données.

Pour pouvoir décrire ces trois groupes d'usagers non substitutifs, nous avons fait le choix de les comparer successivement à un groupe témoin, de 307 sujets, constitué de l'ensemble des consommateurs actuels de Subutex® n'appartenant à aucun de ces trois groupes. Nous ne

<sup>19</sup> Questionnaire présenté en annexe.

présentons ici que les résultats correspondants à des points essentiels de nos thèmes d'étude<sup>20</sup>. Le traitement statistique des données a été réalisé à l'aide du logiciel Epi Info (version 6.04). La comparaison des variables qualitatives a été faite au moyen du test du Chi2 de Pearson ou du test exact de Fisher lorsque cela était nécessaire. L'analyse de la variance ou le test non paramétrique de Kruskal et Wallis ont été utilisés pour tester la différence entre deux ou plusieurs moyennes.

## Enquête par entretien

### *Un choix d'outil méthodologique*

Depuis plus d'un siècle, l'entretien fait partie de la méthodologie d'enquête dans les sciences sociales. Utilisé par les premiers ethnologues (Boas, Lowie), la psychologie sociale et la sociologie, l'École de Chicago<sup>21</sup> l'a incorporé dans sa batterie méthodologique comme un outil adapté pour recueillir des données dans des populations urbaines et marginales. Notamment dans une démarche où l'on cherche à recueillir le point de vue du sujet sur sa pratique et ce qui la détermine, relativisant ainsi les discours hétérogènes que l'on peut tenir sur son groupe.

Cette méthode d'enquête nous paraît particulièrement convenir pour la problématique et la population de l'étude dans la mesure où elle s'applique à une population mal identifiée et méconnue. Sa souplesse et sa directivité limitée, en font un outil propice à recueillir un savoir nouveau non prévu par le chercheur, indispensable à ce stade de notre connaissance de ce public, de ses pratiques et des logiques qui structurent ses expériences.

Notre démarche s'inscrit dans la perspective de l'entretien compréhensif<sup>22</sup>, en accordant une place centrale à la dimension biographique du sujet ainsi qu'à la construction subjective de son expérience avec les substances psychoactives et la BHD. Ces thématiques centrales étaient complétées d'une partie spécifiquement dédiée à la description de l'usage de la BHD, dans ces aspects les plus concrets, comme les modes d'acquisition, de préparation, d'administration, etc... Cette approche qui privilégie le savoir de l'acteur, permet une réinscription de son expérience dans le contexte même de son émergence, nous faisant accéder à une connaissance plus précise de l'usage non substitutif de la BHD.

### *Recueil des données*

Pour réaliser ces entretiens, nous disposions d'une trame<sup>23</sup> qui abordait l'histoire de vie et des consommations de la personne tant avant l'arrivée de la BHD qu'au moment de l'entretien. Cette enquête par entretien fait suite à une exploration ethnographique sur le site TREND de Toulouse<sup>24</sup>. Cette exploration a permis de déterminer des critères pertinents d'inclusion à l'étude. Les critères d'inclusion dans l'enquête consistaient en deux possibilités :

- **être primo-consommateur**,
- **être primo-pharmacodépendant**.

Le dispositif a permis de collecter trente-quatre entretiens semi-directifs, recueillis sur six des dix sites TREND métropolitains entre octobre 2002 et juillet 2003. Les entretiens étaient enregistrés puis transcrits de façon à garantir l'anonymat des personnes enquêtées.

<sup>20</sup> Les résultats des tests statistiques dans les tableaux seront présentés de la manière suivante : Test non valide (effectifs insuffisants ne permettant pas de réaliser un test) ; ns : non-significatif.

<sup>21</sup> HANNERZ U., *Explorer la ville*, édition de Minuit, Paris, 1983.

<sup>22</sup> KAUFMANN J.C., *L'entretien compréhensif*, Nathan, Paris, 1996.

<sup>23</sup> Le guide d'entretien est présenté en annexe V.

<sup>24</sup> Nous remercions le Réseau Ville Hôpital Passage, le Bus Échange de Seringue de Toulouse (BEST) de l'association AIDES, la boutique Intermède et l'équipe DEMCITE de l'association Clémence Isaure pour nous avoir aidé à réaliser cette phase exploratoire.

**Tableau 2 : Répartition des entretiens par site TREND**

Sites	Nombre d'entretiens
Bordeaux	7
Lille	3
Marseille	4
Metz	1
Paris Île de France	11
Toulouse	8
<b>Total</b>	<b>34</b>

Si la diversité géographique présente un intérêt au regard des disparités des situations locales, la variété de l'échantillon vaut avant tout pour rendre compte des multiples situations d'usage. Les contacts avec les usagers ont été réalisés à partir de plusieurs types de lieux selon les facilités des enquêteurs sur chaque site TREND. Il s'agit aussi bien de structures de première ligne, de C.S.S.T.<sup>25</sup>, de structures hospitalières ou pénitentiaires, de médecins généralistes, ou encore d'usagers directement rencontrés dans la rue ou en squat. Cette réalité du recrutement peut induire un biais à prendre en compte pour l'analyse des données.

**Tableau 3 : Modalités de contact**

Modalités	Nombre
Première ligne	13
Rue, squat	7
CSST	9
Structure hospitalière	2
Médecin généraliste	1
Maison d'arrêt	2
<b>Total</b>	<b>34</b>

#### *Caractéristiques des usagers de l'échantillon*

Les 34 personnes rencontrées sont âgées de 15 à 39 ans avec un âge moyen de 27 ans. Elles se répartissent en 24 hommes et 10 femmes. 22 d'entre elles sont célibataires, 10 vivent en couple et 2 chez leurs parents (ou famille). Sur les 34 personnes, 9 ont au moins 1 enfant. Elles sont 10 à bénéficier d'allocations compensatrices et 12 sont sans ressources. 9 jouissent de la rémunération de leurs activités professionnelles. 2 personnes parmi les 34 ont un statut d'étudiants<sup>26</sup> et 2 sont incarcérées au moment de l'enquête. 10 ont un niveau d'étude équivalent au baccalauréat ou supérieur, 15 ont une formation professionnelle. 7 n'ont pas été au-delà du collège et 2 ont quitté le circuit scolaire sans diplôme, avant la fin du secondaire. Pour 23 personnes sur les 34, le Subutex® a été le premier opiacé consommé. 27 sont consommatrices de BHD au moment de l'enquête et 23, parmi elles, sont pharmacodépendantes. 4 sont des consommateurs actuels de Subutex® qui ne sont pas dépendants. La consommation de BHD *au cours du dernier mois* est fréquemment associée à la pharmacodépendance. Sur les 7 non-consommateurs de BHD au moment de l'enquête, 2 déclaraient n'avoir aucune dépendance, les 5 autres présentaient une dépendance à un opiacé, il s'agissait en l'occurrence de la méthadone.

**Tableau 4 : Consommation de BHD dans l'enquête par entretien**

Consommation actuelle de BHD	27
Pas de consommation	7
<b>Total</b>	<b>34</b>

<sup>25</sup> CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes.

<sup>26</sup> Un répondant est salarié et étudiant.

**Tableau 5 : Pharmacodépendance à la BHD dans l'enquête par entretien**

Dépendance actuelle à la BHD	23
Dépendance à un autre opiacé	5
Pas de dépendance actuelle à un opiacé	6
<b>Total</b>	<b>34</b>

*Méthodes d'analyse des données qualitatives*

Au regard des objectifs de l'étude nous avons fait le choix d'une analyse thématique à la fois transversale au corpus et propre à chaque entretien. Ainsi, après avoir constitué une grille d'analyse, à partir des hypothèses nées du travail ethnographique exploratoire et des éléments discursifs amenés par les usagers dans les entretiens, nous avons indexé, à partir du découpage thématique, l'ensemble des fragments de discours segmentés de la totalité du corpus. Cette démarche analytique nous a permis de décrire et d'expliquer certaines pratiques des usagers non substitutifs et les représentations qui les sous-tendent.

Puis, chaque entretien a été analysé dans sa cohérence signifiante singulière, dans une perspective, cette fois, de compréhension de la logique biographique susceptible de rendre compte des choix opérés par le sujet à certains moments significatifs de son histoire, en lien avec les thèmes de l'étude.

Plutôt que de faire le choix méthodologique de la typologie des usagers nous avons préféré celui plus dynamique de discriminer des types d'usage, dans la mesure où chaque personne peut, selon le point de vue de l'observateur ou le moment de son histoire, circuler entre les catégories ainsi définies. Cependant, cette identification de fonction-type de l'usage de la BHD pour les primo-usagers est suffisamment rigoureuse pour permettre un repérage des usages non substitutifs actuels.

Toutefois, la taille de l'échantillon et les biais de recrutement n'autorisent pas la généralisation des conclusions à la totalité des usagers non substitutifs de BHD en France en 2002-2003, même si cette approche contribue à une compréhension effective de l'usage non substitutif du Subutex® pour cette période.

## Usage non substitutif de BHD chez les usagers fréquentant les structures de première ligne en 2002

### L'usage de Subutex® non substitutif : une réalité

Les résultats de l'enquête quantitative portent sur 970 questionnaires collectés auprès d'usagers actifs rencontrés dans des structures de première ligne des 13 sites TREND de France.

Parmi les 970 usagers interrogés, 568 (58.6 %) déclarent avoir consommé du Subutex® plus de 10 fois au cours de leur vie et 407 (42.0 %) au cours du dernier mois. Les prévalences de l'usage non substitutif varient assez peu, quel que soit le dénominateur que l'on choisisse : au cours de la vie ou au cours du dernier mois<sup>27</sup>.

**Tableau 6 : Fréquence des usages non substitutifs<sup>28</sup> parmi les consommateurs de BHD au cours de la vie (plus de 10 fois) et au cours du dernier mois, rencontrés dans les structures bas seuil en 2002.**

Type de consommation de BHD	Au cours de la vie (n=568)		Dernier mois (n=407)	
	%	n	%	n
Primo-consommation	6,1 %	35	6,6 %	27
Primo-pharmacodépendance	11,4 %	65	12,3 %	50
Dépendance non consécutive	9,8 %	56	9,3 %	38
<b>Total usagers non substitutifs<sup>29</sup></b>	<b>24,7 %</b>	<b>141</b>	<b>25,1 %</b>	<b>102</b>

Données OFDT, exploitation ORSMIP/GRAPHITI

Dans cette enquête auprès des usagers des structures de première ligne, un quart des consommateurs de BHD ont un usage sans rapport *factuel* avec une quelconque substitution à l'héroïne. L'usage de Subutex® non substitutif apparaît donc comme une réalité non négligeable pour cette population. À partir d'éléments sociodémographiques, de données sur les consommations actuelles de substances psychoactives et d'indicateurs de l'état de santé, nous étudierons les trois situations d'usage non substitutif de BHD : Primo-consommation, primo-pharmacodépendance, et dépendance non consécutive.

<sup>27</sup> Dans l'article « Éléments d'observation des usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage, en France, en 2002 » publié dans « *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002* », OFDT, 2003, nous présentions, dans les résultats intermédiaires, des chiffres portant sur des fréquences d'usage qui sont sensiblement différentes de celles que nous présentons ici de façon définitive. Pour rappel, dans cet article nous indiquions pour la primo consommation : 9% ; la primo-dépendance : 16% ; la dépendance non consécutive : 14% ; avec un total non substitutif de 33%. Ces différences s'expliquent par le choix de mode de calcul appliqué à un nombre initial de consommateurs de BHD identifiés dans l'enquête TREND première ligne. Nous présentons ici 2 des principales options possibles d'exploitation des résultats, en cohérence avec les modes d'approche utilisés dans le rapport TREND national.

<sup>28</sup> Nous distinguons l'usage substitutif qui inclut des personnes pour qui la BHD s'inscrit dans une logique d'alternative totale ou partielle à un opiacé, pour laquelle elles ont développé une pharmacodépendance, de l'usage non substitutif qui inclut des primo- consommateurs pour qui la BHD est le premier opiacé consommé, des primo-pharmacodépendants pour qui la BHD est inductrice d'une première pharmacodépendance aux opiacés et enfin les personnes pour qui la BHD induit une pharmacodépendance sans continuité avec une pharmacodépendance à la BHD après avoir connu une période sans consommation d'opiacés. Pour l'analyse des données, nous avons arbitrairement fixé cette période sans opiacés comme supérieure à deux ans.

<sup>29</sup> Le total n'est pas égal à l'addition des trois types d'usagers non substitutifs dans la mesure où certains sont à la fois primo-consommateurs et primo-pharmacodépendants : 15 sont dans ce cas parmi les usagers *au cours de la vie* et 13 parmi les usagers actuels.

## Caractéristiques des usagers primo-consommateurs de BHD

### *Éléments sociodémographiques des usagers primo-consommateurs de BHD*

Les personnes de l'enquête pour qui la BHD a été le premier opiacé consommé représentent 6 % de la totalité des consommateurs de Subutex® (consommateurs *au cours de la vie*). Ils sont 29 hommes et 6 femmes à avoir consommé au cours de la vie et sont âgés de 19 à 48 ans avec une moyenne d'âge de 29 ans.

Cette moyenne est sensiblement identique pour le groupe de primo-consommateurs ayant consommé de la BHD le mois précédent (29,1 ans). Si on compare ce dernier groupe avec le groupe témoin<sup>30</sup>, on constate que l'âge moyen y est plus élevé : 31,9 ans (p<0.05). La tranche 20-29 ans est plus représentée pour les primo-consommateurs de BHD, alors qu'à l'inverse, la tranche des 30-39 ans l'est pour le groupe témoin.

En revanche, la part des plus de 40 ans y est sensiblement équivalente dans les deux groupes, nous montrant que le début de consommation d'opiacés par la BHD peut survenir tardivement.

Les primo-consommateurs de Subutex® sont deux fois moins nombreux à bénéficier d'un logement personnel que le groupe témoin 18,5 % vs 36,1 % (p=0.06) et semblent exercer moins souvent une activité, mais sans que cette différence ne soit significative au plan statistique : 28 % vs 35,1 % (p=0.47).

### *Consommations déclarées de substances psychoactives des usagers primo-consommateurs de BHD*

En ce qui concerne leur usage de substances psychoactives, les primo-consommateurs déclarent utiliser moins de produits que les autres usagers de BHD. Ainsi, le nombre de produits distincts consommés lors du dernier mois est pour le groupe témoin de 3 vs 3,8 (p<0.05).

Ils sont également moins nombreux à déclarer une consommation de cocaïne ou d'ecstasy mais sans atteindre cependant un niveau significatif pour ces deux derniers produits. Leur consommation de Subutex® est moins assidue que celle des usagers substitutifs (29,6 % *plus d'une fois par semaine* vs 10,4 % pour le groupe témoin et 59,3 % *au moins une fois par jour* vs 80,8 % pour le groupe témoin).

**Tableau 7 : Répartition des voies d'administration chez des usagers substitutifs et des usagers primo-consommateurs de buprénorphine en France en 2002**

Voies d'administration*	Primo-consommateurs		Groupe témoin		Test
	%	n	%	n	
Oral	63,0 %	17	60,3 %	185	ns (p=0.78)
Fumé	3,7 %	1	3,6 %	11	ns (p=1.00)
Sniffé	22,2 %	6	18,2 %	56	ns (p=0.61)
Injecté	33,3 %	9	48,5 %	149	ns (p=0.13)
<b>Total</b>	<b>100,0 %</b>	<b>27</b>	<b>100,0 %</b>	<b>307</b>	

\* Plusieurs réponses pour une même personne sont possibles

Données OFDT, exploitation ORSMIP/GRAPHITI

Il y a peu de différences entre les primo-consommateurs et le groupe témoin en ce qui concerne les modes d'administration, l'injection y est cependant moins fréquente.

Les prises de risques sont préoccupantes dans ce groupe d'usagers car, sur 12 personnes qui ont déclaré avoir pratiqué l'injection au cours du dernier mois, la moitié a pris des risques en s'injectant.

<sup>30</sup> Rappel : le groupe témoin est composé des usagers actuels de BHD qui n'appartiennent à aucun des 3 groupes d'usagers non substitutifs (primo-consommateurs, primo-dépendants ou usagers présentant une dépendance à la BHD non consécutive).

**Tableau 8 : Nombre de prises et doses quotidiennes de BHD chez les usagers substitutifs et non substitutifs (primo-consommateurs), consommateurs de BHD en France en 2002.**

Nombre de prises et doses quotidiennes	Primo-consommateurs (n=22)	Groupe témoin (n=229)	Test
Nombre de prises quotidiennes de Subutex®	2,1	2,2	ns (p=0.65)
Dose quotidienne de Subutex® (mg)	17,8	16,4	ns (p=0.66)

Données OFDT, exploitation ORSMIP/GRAPHITI

Chez les primo-consommateurs, le nombre de prises quotidiennes est inférieur au groupe témoin tout en se situant nettement au-dessus des autres groupes non substitutifs. Les primo-consommateurs seraient ceux qui se rapprocheraient le plus du groupe témoin par le nombre de prises quotidiennes, et ceux qui utiliseraient les doses quotidiennes les plus élevées de l'ensemble des consommateurs de BHD fréquentant les structures de première ligne. Ces résultats sont à considérer avec prudence (différence non significative).

#### *État de santé des usagers primo-consommateurs de BHD*

La santé ressentie, tant sur les plans physique que psychique, paraît être meilleure chez les primo-consommateurs de BHD qui déclarent moins de symptômes (mais les différences ne sont pas significatives).

**Tableau 9 : Troubles psychiques ou somatiques déclarés chez les usagers substitutifs et non substitutifs (primo-consommateurs), consommateurs de BHD en France en 2002.**

	Primo-consommateurs (n=27)	Groupe témoin (n=307)		Test
	%	n	%	
<b>Santé physique</b>				
Nombre de symptômes déclarés*				
Moins de 5 symptômes :	51,9 %	14	38,1 %	117
5 symptômes et plus :	48,1 %	13	61,9 %	190
				ns (p=0.23)
<b>Santé psychique</b>				
Déclarent être anxieux ou déprimés :				
Oui	59,3 %	16	66,8 %	205
Non	40,7 %	11	33,2 %	102
				ns (p=0.56)

\* Cette variable a été construite avec les 21 items des questions 1,14, 1,15 et 1,16 (questionnaire en annexe V) abordant les problèmes de santé.

Données OFDT, exploitation ORSMIP/GRAPHITI

Concernant les statuts sérologiques déclarés, la fréquence du dépistage du VIH et de l'hépatite C est moins élevée chez les primo-consommateurs que dans le groupe témoin.

Le résultat des sérologies semble varier également entre les deux groupes, de façon très nette concernant l'hépatite C. La différence d'âge et la moindre prévalence de l'injection chez les primo-consommateurs peuvent être des facteurs explicatifs. Quoi qu'il en soit, le faible taux de dépistage ne permet pas de conclure.

**Tableau 10 : Dépistage et prévalence VIH et VHC chez les usagers substitutifs et non substitutifs (primo-consommateurs), consommateurs de BHD en France en 2002.**

		Groupe témoin		Test	
	%	n	%	n	
<b>VIH</b>					
dépistage pratiqué (n=333)	76,9 %	20	90,6 %	278	<0.05
sérologie positive (n=282)	0,0 %	0	13,7 %	36	ns (p=0.15)
<b>Hépatite C</b>					
dépistage pratiqué (n=333)	69,2 %	18	85 %	261	<0.05
sérologie positive (n=264)	23,5 %	4	60,7 %	150	<0.01

Données OFDT, exploitation ORSMIP/GRAPHITI

## Caractéristiques des usagers primo-pharmacodépendants à la BHD

### *Éléments sociodémographiques des usagers primo-pharmacodépendants à la BHD*

Les usagers pour qui le Subutex® a été l'opiacé inducteur d'une première pharmacodépendance représentent autour de 12% des usagers de BHD de notre enquête quantitative. Ils sont 65, répartis en 50 hommes (77 %) pour 15 femmes (23 %), alors que le pourcentage d'hommes dans le groupe témoin atteint les 89,5 % pour seulement 10,5 % de femmes (p<0.01). La proportion de femmes primo-pharmacodépendantes au Subutex® est significativement plus élevée que dans l'ensemble des consommateurs de BHD.

Dans l'enquête, les hommes et les femmes sont âgés de 29 ans en moyenne, avec des extrêmes de 18 à 51 ans. L'âge moyen, parmi les usagers primo-pharmacodépendants et consommateurs au cours du dernier mois, est significativement plus faible que dans le groupe témoin (29.1 ans vs 31.9 ans, p<0.01). Les tranches d'âge <29 ans sont deux fois plus représentées dans ce groupe que dans le groupe témoin, alors qu'ils sont deux fois moins nombreux entre 30 et 39 ans. Puis, comme pour les primo-consommateurs, ils sont équivalents dans la tranche des plus de 40 ans (p<0.01).

Les primo-pharmacodépendants déclarent plus souvent une activité (49 % vs 35,1 % p=0.06), et ont des revenus un peu plus importants (42 % vs 62 % p<0.05). Enfin l'absence de couverture sociale paraît moins fréquente que dans le groupe témoin, mais sans atteindre de significativité statistique (4 % vs 10,5 % p=0.20).

### *Consommations déclarées de substances psychoactives des usagers primo-pharmacodépendants à la BHD*

En ce qui concerne les consommations de drogues, les primo-pharmacodépendants ont consommé 3,6 substances distinctes (hors tabac, cannabis et alcool) contre 3,8 pour le groupe témoin (p=0.38, non significative). Ce groupe de primo-pharmacodépendants est moins souvent consommateur d'héroïne (22 % vs 45 %, p<0.01) et de cocaïne (30 % vs 49,8 %, p<0.01) que le groupe de référence (consommations *au cours du dernier mois*).

En revanche, l'ecstasy et les hallucinogènes sont consommés aussi fréquemment dans les deux groupes, et les benzodiazépines semblent consommées plus souvent par le groupe des primo-pharmacodépendants, mais sans différence significative au niveau statistique.

Les doses quotidiennes de BHD sont en moyenne moins élevées pour les primo-pharmacodépendants que dans le groupe d'usagers substitutifs (11,3mg vs 16,4mg pour le groupe témoin, p<0.05).

**Tableau 11 : Modes de consommation de la BHD chez les usagers substitutifs (primo-pharmacodépendants), consommateurs de BHD en France en 2002**

Voies d'utilisation*	Dépendance NC		Groupe témoin		Test
	%	n	%	n	
Oral	68,0 %	34	60,3 %	185	ns (p=0.30)
Fumé	4,0 %	2	3,6 %	11	ns (p=0.70)
Sniffé	12,0 %	6	18,2 %	56	ns (p=0.28)
Injecté	42,0 %	21	48,5 %	149	ns (p=0.39)
<b>Total</b>	<b>100,0 %</b>	<b>50</b>	<b>100,0 %</b>	<b>307</b>	

\* Plusieurs réponses pour une même personne sont possibles

Données OFDT, exploitation ORSMIP/GRAPHITI

La pratique de l'injection (*au cours du dernier mois*) tous produits confondus, varie significativement entre les deux groupes : elle concerne 46.9 % (n=23) du groupe des primo-pharmacodépendants contre 69.4 % (n=211) du groupe témoin ( $p<0.01$ ).

En revanche, on ne note pas de grandes différences entre les deux groupes concernant les modes d'administration du Subutex®, celui-ci est consommé principalement par voie orale et injecté par 42 à 48 % des sujets des deux groupes.

Les comportements à risque lors de l'injection restent importants car, sur 32 personnes qui ont répondu s'être injectées au cours du mois écoulé, 8 ont répondu avoir partagé de façon occasionnelle des seringues et 19 du produit. Sur 30 personnes, 5 ont partagé des cotons et des filtres.

**Tableau 12 : Nombre de prises et doses quotidiennes de BHD chez les usagers substitutifs et non substitutifs (primo-pharmacodépendants), consommateurs de BHD en France en 2002**

	Primo-dépendants	Groupe témoin	Test
<b>Nombre de prises et doses quotidiennes</b>			
Nombre de prises quotidiennes de Subutex®(n=255)	1,8	2,2	<0.05
Dose quotidienne (mg) de Subutex® (n=252)	11,3	16,4	<0.05

Données OFDT, exploitation ORSMIP/GRAPHITI

### *État de santé des usagers primo-pharmacodépendants à la BHD*

L'état de santé déclaré est assez semblable entre les usagers présentant une primo-dépendance à la BHD et le « groupe témoin substitutif », à l'exception de la prévalence VHC qui est significativement plus élevée dans le groupe témoin (40,5 % primo-dépendants vs 60,7 %,  $p<0.05$ ). À dépistage équivalent, la sérologie VIH est également moindre chez ces usagers primo-dépendants à la BHD, mais sans différence statistique significative (7 % vs 13,7 %  $p=0.22$ ).

**Tableau 13 : Statuts sérologiques et troubles psychiques ou somatiques déclarés chez les usagers substitutifs et non substitutifs primo-pharmacodépendants, consommateurs de BHD en France en 2002**

		Primo-dépendants %	n	Groupe témoin %	n	Test
<b>Hépatite C</b>						
	dépistages pratiqués (n=300)	79,6 %	39	85,0 %	261	ns (p=0.24)
	sérologies positives	40,5 %	15	60,7 %	150	
<b>VIH</b>						
	dépistages pratiqués (n=322)	89,8 %	44	90,6 %	278	ns (p=0.80)
	sérologies positives	7,0 %	3	13,7 %	36	ns (p=0.22)
<b>Santé physique</b>						
Nombre de symptômes déclarés* (n=357)						
	Moins de 5 symptômes :	38,0 %	19	38,1 %	117	
	5 symptômes et plus :	62,0 %	31	61,9 %	190	ns (p=0.99)
<b>Santé psychique</b>						
Déclarent être anxieux ou déprimés (n=357)						
	Oui	68,0 %	34	66,8 %	205	
	Non	32,0 %	16	33,2 %	102	ns (p=0,86)

\* Cette variable a été construite avec les 21 items des questions 1,14, 1,15 et 1,16 (questionnaire en annexe V) abordant les problèmes de santé.

Données OFDT, exploitation ORSMIP/GRAPHITI

### **Caractéristiques des usagers présentant une pharmacodépendance à la BHD non consécutive à une dépendance précédente à un opiacé<sup>31</sup>**

#### *Éléments sociodémographiques des usagers présentant une pharmacodépendance à la BHD non consécutive*

56 sujets répondent à ces critères et parmi eux, 38 sont consommateurs de Subutex® au moment de l'enquête : ces derniers ont été comparés au groupe témoin.

En toute logique, l'âge moyen est significativement plus élevé dans ce groupe que dans le groupe témoin (34.9 ans vs 31.9 ans, p<0.01), avec une forte représentation dans les tranches d'âge de 30 ans et plus.

On relève peu de différences entre les deux groupes concernant les caractéristiques sociodémographiques. Probablement du fait de leur âge plus élevé, le groupe des pharmacodépendances non consécutives semble toutefois se démarquer par des situations de précarité relativement moins fréquentes, notamment au niveau du logement et de la couverture sociale, mais sans que ces différences soient significatives.

#### *Consommations déclarées de substances psychoactives des usagers présentant une pharmacodépendance à la BHD non consécutive*

Au cours du dernier mois, ce groupe a consommé 3.2 substances distinctes (hors tabac, cannabis, alcool) contre 3.8 pour le groupe de référence (différence significative p<0.05).

Il se distingue aussi du groupe témoin par une fréquence moins élevée des consommations d'héroïne *au cours du dernier mois* (21,1 % vs 45 %, p<0.01). Les consommations de cocaïne

<sup>31</sup> Les critères qui ont permis de définir ce groupe d'usagers sont les suivants : avoir été dépendant à l'héroïne ; avoir été ensuite dépendant au Subutex®, avec une période sans consommation d'opiacés au moins égale à deux années entre les deux pharmacodépendances.

et de benzodiazépines semblent également moindres, mais sans atteindre le seuil de significativité.

Le Subutex®, semble être consommé de façon plus quotidienne pour ces « dépendants à nouveaux » que pour le groupe témoin. Ils sont 94,7 % vs 80,8 % p=0.08 à déclarer une consommation *au moins une fois par jour* (l'usage *plus d'une fois par semaine* ou *au moins une fois par mois* est quasi inexistant). Les fréquences de consommations des autres substances sont difficilement comparables en raison des effectifs très faibles.

La pratique de l'injection (*au cours du dernier mois*), tous produits confondus, est différente entre les deux groupes mais sans atteindre le seuil de significativité statistique. Elle concerne 45.9 % (n=17) du groupe des dépendances non consécutives (NC) contre 69.4 % (n=211) du groupe témoin (p=0.06).

**Tableau 14 : Modes de consommation de la BHD chez les usagers substitutifs et présentant une dépendance non-consécutive, consommateurs de BHD en France en 2002**

Voies d'utilisation*	Dépendance NC		Groupe témoin		Test
	%	n	%	n	
Oral	60,5 %	23	60,3 %	185	ns (p=0.97)
Fumé	7,9 %	3	3,6 %	11	ns (p=0.19)
Sniffé	10,5 %	4	18,2 %	56	ns (p=0.24)
Injecté	39,5 %	15	48,5 %	149	ns (p=0.29)
<b>Total</b>	<b>100,0 %</b>	<b>38</b>	<b>100,0 %</b>	<b>307</b>	

\* Plusieurs réponses pour une même personne sont possibles  
Données OFDT, exploitation ORSMIP/GRAPHITI

Comme pour les groupes non substitutifs précédents, le Subutex® est principalement consommé par voie orale, la seconde modalité de consommation est l'injection. Toutefois, la question admettant plusieurs réponses, il n'est pas possible de peser le poids respectif de chaque modalité.

Ce groupe paraît moins enclin à l'injection de BHD que le groupe témoin, mais sans que l'on puisse statistiquement conclure.

Comme les « primo-dépendants », le groupe des « dépendances non consécutives » semble se situer à des doses quotidiennes de Subutex® plus faibles que celles du groupe de référence, sans que la différence soit statistiquement significative.

**Tableau 15 : Nombre de prises et doses quotidiennes de BHD chez les usagers substitutifs et non substitutifs présentant une dépendance non-consécutive, consommateurs de BHD en France en 2002**

Nombre de prises et doses quotidiennes	Dépendance NC	Groupe témoin	Test
Nombre de prises quotidiennes de Subutex® (n=244)	1,8	2,2	<0.05
Dose quotidienne de Subutex® (mg) (n=241)	13,1	16,4	ns (p=0.11)

Données OFDT, exploitation ORSMIP/GRAPHITI

## État de santé des usagers présentant une pharmacodépendance à la BHD non consécutive

**Tableau 16 : Statuts sérologiques et troubles psychiques ou somatiques déclarés chez les usagers substitutifs et non substitutifs (dépendance non consécutive), consommateurs actuels de BHD**

	Primo-dépendants %	n	Groupe témoin %	n	Test
<b>Hépatite C</b>					
dépistage pratiqué (n=296)	92,1 %	35	85,0 %	261	ns (p=0,24)
sérologie positive	58,8 %	20	60,7 %	150	ns (p=0,83)
<b>VIH</b>					
dépistage pratiqué (n=315)	97,4 %	37	90,6 %	278	ns (p=0,23)
sérologie positive	11,1 %	4	13,7 %	36	ns (p=0,80)
<b>Santé physique</b>					
Nombre de symptômes déclarés* (n=345)					
Moins de 5 symptômes :	68,4 %	26	38,1 %	117	
5 symptômes et plus :	31,6 %	12	61,9 %	190	<0,001)
<b>Santé psychique</b>					
Déclarent être anxieux ou déprimés (n=345)					
Oui	39,5 %	15	66,8 %	205	
Non	60,5 %	23	33,2 %	102	<0,001)

Données OFDT, exploitation ORSMIP/GRAPHITI

Les taux de dépistage et les statuts sérologiques sont assez homogènes entre les deux groupes. En revanche, les deux groupes se différencient nettement concernant les plaintes somatiques et psychiques, la fréquence des troubles déclarés est en effet largement moindre dans le groupe des dépendances non consécutives que dans le groupe substitutif de référence.

## Synthèse des caractéristiques des usagers non substitutifs de BHD dans l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002

Les caractéristiques concernant les usagers de BHD non substitutifs sont hétérogènes selon qu'il s'agit de Subutex® pris comme premier opiacé consommé, d'une primo-pharmacodépendance à la BHD ou d'une dépendance à la BHD qui ne fait pas directement suite à une précédente dépendance à l'héroïne. L'âge des usagers de l'enquête se répartit entre les primo-usagers (primo-consommateurs et primo-pharmacodépendants) les plus jeunes et les dépendants non consécutifs les plus âgés, le groupe témoin se situant entre les deux. Des trois groupes, sur plusieurs indicateurs, les primo-pharmacodépendants se rapprochent plus souvent du groupe témoin que les primo-consommateurs et les dépendants non consécutifs. Notamment en ce qui concerne la santé déclarée ou les primo-usagers et les dépendants non consécutifs présentent globalement de meilleurs résultats que les primo-pharmacodépendants et les usagers de BHD du groupe témoin. Les trois groupes déclarent moins de recours à l'injection que le groupe témoin pour des raisons probablement inhérentes à chaque groupe. À noter que les primo-consommateurs sont ceux qui déclarent les doses moyennes de BHD les plus élevées des 4 groupes, primo-pharmacodépendants et dépendants non consécutifs se situant en dessous du groupe témoin.

## Modalités d'usage non substitutif de la BHD

### Contextes des premières consommations non substitutives de BHD

Les contextes d'entrée dans une consommation de Subutex®, en dehors d'une logique substitutive, sont variés. Si l'on considère que le contexte de démarrage d'une consommation de drogue peut influer sur la carrière<sup>32</sup> de l'usager, deux aspects sont à prendre en compte : les personnes qui participent et l'environnement. Un travail ethnographique préliminaire nous avait indiqué que la précarité, l'incarcération, l'espace festif<sup>33</sup>, une relation de couple, un réseau amical étaient des contextes qui revenaient fréquemment dans le discours, tant des usagers que des professionnels comme autant de modalités d'entrée dans un usage non substitutif de la BHD.

Ces différents contextes se retrouvent dans notre échantillon. En partie liée à notre mode de recrutement (tableau 3), mais pas uniquement puisque nous ne connaissons pas la part relative des différents contextes, la précarité sociale représente le contexte le plus fréquemment rencontré dans cette enquête par entretien. Ainsi les usagers ont très majoritairement rencontré la BHD dans des contextes socialement marqués par la pauvreté ou l'exclusion. L'usage du Subutex® peut aussi démarrer dans divers contextes festifs ou dans le cadre d'une relation amicale ou de couple. Enfin, l'incarcération, est également une opportunité de première rencontre avec la BHD.

Dans le circuit des usages non substitutifs, lorsque le médecin intervient, l'usager connaît déjà l'existence de la molécule et l'a expérimentée.

Notre échantillon présente les principaux contextes de début d'usage non substitutif de BHD. Une description des environnements et des enjeux spécifiques qui y sont attachés permettra de mieux comprendre les modalités d'entrée dans une consommation non substitutive de BHD.

### Usages non substitutifs de BHD, précarité et exclusion

Nous regroupons sous les termes de précarité et d'exclusion différents contextes qui ont plusieurs caractéristiques communes : les personnes qui s'y trouvent sont dans une grande précarité sociale ou vivent une situation d'exclusion ; la consommation de substances psychoactives y est présente au-delà de la BHD ; la recherche des consommateurs est

<sup>32</sup> Sur la notion de carrière voir GOFFMAN E., *Asiles*, Éditions de Minuit, Paris, 1968.

<sup>33</sup> Espace d'observation festif et urbain du dispositif TREND : Les observations du dispositif TREND sont pour des raisons pragmatiques délimitées à l'intérieur de deux types d'espace : urbain et festif.

L'espace urbain est caractéristique avant tout d'usagers « à problèmes », dans la mesure où les points d'observation concernent des structures sanitaires, sociales, ou répressives.

L'espace festif se définit par l'ensemble des lieux permanents ou occasionnels, à vocation festive où peuvent s'observer des consommations de drogue. Initialement TREND s'intéressait aux lieux dédiés à la musique techno et aux établissements de nuit, progressivement la notion s'étend à l'ensemble des manifestations musicales et englobe les fêtes privées.

Les espaces d'observations répondent à une préoccupation avant tout méthodologique. Cependant, ils se superposent implicitement à une catégorisation fondamentale des usages de drogue séparés en « festif » ou « addictif » renvoyant l'usager à un registre de consommation spécifique, « récréatif » ou « compulsif ».

La réalité des usagers est plus plastique que les espaces d'observation, ainsi des usages de type récréatif peuvent s'observer chez des usagers identifiés dans l'espace urbain et des usages problématiques apparaître dans l'espace festif. Nous utiliserons néanmoins ces deux catégorisations pour faciliter la compréhension des phénomènes en acceptant leur dimension réductrice. Chaque espace renvoyant respectivement à une dominante de type d'usage admettant des exceptions.

nettement orientée vers la défoncette. Dans l'enquête par entretien, il s'agit essentiellement d'usagers vivant en squat, en hébergement précaire, en prison, ou bénéficiant d'un logement autonome, mais percevant des allocations compensatrices. Nous décrirons plus particulièrement ces populations dans leur rapport à la BHD, car elles représentent une part importante de notre étude. Dans l'enquête « usagers de structures de première ligne », 63% des primo-consommateurs, par exemple, ont un habitat précaire.

Ainsi, 20 des 34 usagers de l'enquête par entretien ont rencontré la BHD dans un contexte de précarité ou d'exclusion sociale ; 13 dans des situations de consommation de rue ou en squat ; 4 étaient incarcérés ; 2 dans des quartiers en difficulté et 1 dans une institution qui accueille des publics usagers de drogues.

### *Précarité et initiation à la BHD en groupe*

Le premier usage se fait souvent dans le cadre d'une consommation de groupe ou entre deux personnes qui partagent leur errance. C'est le cas de Tony, qui va faire sa première utilisation dans un squat où il avait quelques amis. « *J'arrivais sur Clermont-Ferrand [...] en fait c'était un squat où on était une dizaine et puis y avait presque autant de chiens. C'est des amis qui avaient un traitement par un médecin et qui me l'ont fait goûter [...] Je suis très curieux et puis l'envie de me défoncer et l'envie de faire la fête aussi et l'envie de s'évader [...] de plus penser à tes problèmes.* »

Manuel joue un peu de guitare. Il vient d'aménager dans un quartier défavorisé d'une périphérie urbaine. Un soir, il va faire la connaissance d'un groupe de personnes, amateurs de musique comme lui, qui habite le quartier. Une soirée « gratte<sup>34</sup> et déchire<sup>35</sup> » s'organise. « *Bon les mecs, ils sont allés pécho<sup>36</sup>, [...] moi je connaissais pas, je les vois écraser le truc et tout, sniffer le truc et tout... bon, tac, ils me proposent, bon je tape<sup>37</sup> volontiers quoi... Tout de suite une nouvelle expérience de déchire, pourquoi pas...* »

La BHD est proposée parmi l'éventail des produits de « défoncette » pour « s'éclater », se « déchirer », un produit qui se démarque du cannabis et de l'alcool. Pour ce primo-usager, qui ne connaît pas la BHD, la présentation qui lui en est faite éveille sa curiosité et suscite l'envie de l'expérimenter.

### *Usagers originaires de l'Europe de l'Est : la BHD, une alternative économique à l'héroïne*

Les conditions de vie, l'errance, la précarité, ne permettent pas de consommer souvent des produits qui coûtent très cher. Le Subutex® est un produit de défoncette très disponible dans ce type de contexte, car il est à la fois accessible, peu coûteux, et injectable, sniffable, fumable. Les squats<sup>38</sup> sont des lieux de passage et de brassage de population et donc de pratiques diverses. Les populations de ce type d'espace disposent de faibles ressources économiques. Certaines personnes en situation d'immigration et en grande précarité peuvent trouver refuge dans ces espaces de vie collective.

Trois usagers de l'enquête sont originaires d'Europe de l'Est et vivent dans ce type d'espace urbain. Ils sont tous les trois pharmacodépendants et injecteurs de BHD. Élise a fréquenté des squats où elle a rencontré des jeunes usagers de BHD, originaires de l'Europe de l'Est, qui

<sup>34</sup> Gratte : guitare

<sup>35</sup> Déchire : défoncette.

<sup>36</sup> Pécho : choper en verlan, se procurer de la drogue.

<sup>37</sup> Taper : consommer de la drogue.

<sup>38</sup> L'appellation squat recouvre dans l'utilisation des usagers des situations d'habitats divers. Le point commun est de regrouper des populations précaires dans un habitat plus ou moins collectif. Initialement le terme désignait un lieu pour lequel les squatters ne pouvaient justifier d'un droit de résidence, et concernait habitations ou locaux inoccupés, abandonnés, en attente de réhabilitation ou de démolition, immeubles d'habitation, maisons, friches industrielles ou bureaux. Par extension, le terme « squat » est utilisé aussi pour nommer un appartement une maison, un « loft », qui accueillent le même type de population précarisée, pratiquant des modes de vie marginaux, mais pour lesquels une personne dispose d'un droit d'habitation.

avaient autour de 25 ans : « *J'étais avec des [gens des pays de l'Est] et on était pas mal dans le squat. [...] presque toutes les personnes du squat se shootaient [...] du Sub. Parce qu'en fin de compte ces personnes-là, ils venaient d'arriver en France et ils ne connaissaient pas le Sub parce [dans leur pays d'origine] ils prenaient [...] de l'héroïne [...] et quand ils sont arrivés en France, ils n'ont pas trouvé d'héroïne, [...] et de toute façon ils n'avaient certainement pas les sous, [...] en tout cas, je sais qu'ils ont trouvé du Sub et ils ont commencé à en prendre* ». C'est dans ce type de contexte qu'Élise, en rupture familiale et sociale, va s'initier à la BHD.

Ces groupes de jeunes usagers de l'Europe de l'Est, qui vivent en France dans des situations de grande précarité n'ont pas suffisamment d'argent pour consommer de l'héroïne. La BHD constitue pour eux une solution économique à une consommation d'opiacés.

Darius, originaire de l'Europe de l'Est, s'était injecté de la cocaïne avant de rencontrer la BHD. Effectivement, l'héroïne reste à ses yeux un produit cher et difficile à trouver. C'est aussi l'avis de Tomas : « *J'ai été à Amsterdam [...] acheter... héroïne aussi... [...] Faut avoir l'argent pour ça [...] Parce que ça coûte cher quand même [...] Comme ça, j'ai resté sur le Subutex®...* ».

#### *Pauvreté et usage non substitutif : « la drogue la plus pure du pauvre »*

Le rapport à l'argent tient une place essentielle dans la consommation de BHD et notamment auprès des populations précarisées. Ce coût faible de la BHD favorise une accessibilité propice à son expérimentation par des primo-usagers qui évoluent dans des milieux précaires. Un primo usager de BHD de l'enquête se compare aux toxicomanes et compare son produit aux autres drogues : pas de doute, c'est économique. « *Lui, il est passé par l'héroïne, [la] cocaïne [...] Alors que... moi, [...] je consommais du Subutex® [...] Puisque je le payais pas [...] je dépensais pas d'argent... c'est pour ça que ma mère s'est pas rendu compte de suite [...], parce que j'ai jamais claqué d'argent dans la drogue. [...] J'peux pas dire que dans ce bras j'ai une Ferrari et dans l'autre une Porsche, comme y'en a beaucoup qui disent... [à cause] du pognon qu'ils ont mis dedans* » (entretien N°18).

Cette préoccupation du coût de la défoncée concerne tous les usagers qui sont dans la précarité. Tony, Manuel, Oscar, Louis, Élise, Stephan, Darius, Tomas, Léo, Jean en parlent. Plusieurs personnes rencontrées avancent l'idée que la BHD est finalement un produit qui propose un excellent rapport qualité prix. « *le Subutex®, faut dire ce qui est, [c'est] meilleur que l'héro. [...] c'est clair ! Plus d'effet, plus longtemps et moins cher aussi surtout...* » (entretien N°33). Au-delà de l'efficacité dans la défoncée et du faible coût, il y a le problème des risques liés au produit de coupage, auquel Manuel est sensible : « *la came [est] de très mauvaise qualité et très très chère... [...] le Subutex®, même si tu connais pas la formule de ce qu'il y a, [dedans] ce sera toujours la même chose ! Tandis que dans la came, il peut y avoir n'importe quoi [le Subutex®] c'est le prix par rapport à la qualité de la défoncée*<sup>39</sup> ».

La BHD est « une bonne solution » constate Tony : une solution piégeante. « *le Subutex® [...] tu en avais pour dix balles le cachet, bah, dix francs de manche, t'en as pas pour longtemps hein ! [...] une bonne défoncée pas chère ! [...] Donc [...], solution de facilité !* ». Une solution symétriquement opposée aux problèmes actuels de l'héroïne : disponibilité aléatoire, composition chimique incertaine, coût élevé... Avec la BHD, la disponibilité est permanente, la composition stable et le prix minimum. Dans la représentation des personnes exclues ou précaires qui s'inscrivent dans un usage non substitutif, la BHD n'est pas considérée comme une solution de traitement des problèmes de toxicomanie, mais permet une alternative de défoncée. À la mauvaise qualité de l'héroïne, s'oppose la bonne défoncée du

<sup>39</sup> Le prix observé dans le réseau des sites TREND en 2002 du comprimé de 8mg varie entre 1,5 et 10¤ selon les sites avec un prix moyen de 3,3¤, ce qui représente une baisse de 49% en moyenne depuis 2000 pour l'ensemble des sites. *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002*, OFDT, op. cit.

Subutex®, au produit frelaté des dealers, la pureté pharmaceutique, à l'héroïne hors de prix, un produit qui ne coûte rien.

Oscar, qui fréquente la rue, ne se l'est pas fait expliquer longtemps. À peine découvre-t-il la BHD que ces amis le voyant s'approvisionner auprès de dealers lui conseillent vivement d'obtenir une prescription médicale. Ce qu'il va faire sans délai pour économiser sur ses maigres ressources : « *un copain qui me voyait acheter, acheter, acheter. [...] il m'a dit : "Mais t'es dingue de leur acheter ! C'est tout simple, tu vas voir le médecin et puis tu peux l'avoir toi. Au lieu de leur donner de l'argent à ces connards [les dealers]"* ».

Oscar reprend sans le savoir la formule qui a fait les beaux jours d'une publicité pour une marque de chaussures où il fallait « être fou pour dépenser plus ». En effet, lorsque l'on vit à la rue, en squat, en faisant la manche, avoir un produit de défonce de qualité, stable et garanti quant à sa composition, à ce prix-là pourquoi s'en priver ?

Dans la représentation des usagers non substitutifs vivant dans la précarité, la BHD représente le rapport qualité prix « *absolu de la défonce* ». Comme le dit Manuel, la BHD, « *c'est la drogue la plus pure du pauvre* ».

#### *Débuts d'usages non substitutifs de BHD durant une incarcération*

Pour les quatre usagers qui ont découvert la BHD durant leur incarcération, leur codétenu était consommateur. Certains n'en avaient jamais entendu parler auparavant et trois sur quatre n'avaient jamais consommé d'héroïne. La BHD semble facilement accessible dans les centres de détention concernés par l'étude.

Une fois les premières consommations faites, en général grâce à l'approvisionnement du codétenu, le nouvel initié va régulariser sa situation dans le circuit médical. Le démarrage de la consommation intervient plutôt, mais pas toujours, dans les premiers temps de l'incarcération. À l'inverse de l'initiation dans un cadre relationnel (couple, amis) où le lien à la personne prime sur l'environnement, en situation d'incarcération, le contexte carcéral prend une place prépondérante dans ce qui va constituer l'empreinte du début de la consommation. L'incarcération, en soi, constitue un contexte de stress susceptible de favoriser une demande de psychotropes. Brahim utilise le Subutex® pour mettre à distance le sentiment insupportable que provoque son incarcération : « *On s'dit voilà, c'était un truc... qui fait foncé<sup>40</sup>, tu vois, d'oubli [...] j'étais incarcéré donc pour moi... c'était grave, je supportais pas l'incarcération* ». Pour lui, la BHD permet de supporter l'insupportable.

Parfois, le contexte et la relation peuvent se combiner, comme lorsque l'incarcération réunit des personnes qui se connaissent, créant une relation de confiance et des occasions de consommer. Ali se retrouve en cellule avec une connaissance de son quartier, un héroïnomane consommateur de Subutex®. De le voir faire ses sniffs de BHD et piquer du nez, Ali va essayer et développer une pharmacodépendance à son tour : « *J'étais en cellule avec un gars de mon quartier qui lui, touchait dehors à l'héro et il faisait rentrer du Subutex®. [...] Je m'en rappellerai toute ma vie, c'était en 1998, pendant le Mondial, [...] Et un peu avant ça, je le voyais. [...], il se faisait des sniffs... [...], il dormait. [...] et... une fois, j'ai essayé. C'était pendant un match...* ». La difficulté psychologique que pose l'incarcération au sujet favorisera ensuite le recours plus régulier à la BHD.

Robert est un fumeur de cannabis régulier, il a eu des périodes où il consommait de façon épisodique et abusive de l'alcool. Il a expérimenté ponctuellement la cocaïne, jamais l'héroïne. Privé de ses modes de compensation habituels, dans un environnement difficile, il entend parler pour la première fois d'un produit nouveau que de nombreux détenus semblent consommer en joint. Rapidement il va chercher à s'en procurer. D'abord, clandestinement puis dans le circuit médical une fois qu'il sera dépendant : « *Le Subutex®, j'ai rencontré ça ici, donc c'est tout récent. Puisqu'ici vous êtes privé de tout. Y compris le cannabis. Ou alors, c'est vraiment très rare et les conditions pour s'en procurer sont assez difficiles. Et très*

<sup>40</sup> Foncé : défoncé, en verlan.

*chères. Donc c'est pour essayer de retrouver toujours un effet d'évasion. Un refuge. [...] ça va faire six mois [que je suis incarcéré], au bout d'un mois que j'étais là, j'entendais tout le monde parler de Subutex®. Donc j'ai voulu goûter [...] j'ai tout de suite cherché à m'en procurer, dans les jours qui suivent [...] à la promenade. [...] [Quand j'ai compris] que je devenais plus ou moins dépendant. [...] j'en ai parlé au médecin. En lui expliquant que c'était pas évident de se procurer ça en promenade, ça entraîne des problèmes, des ennuis pas possibles ». Robert a obtenu une prescription.*

## **Espace festif et usages non substitutifs de BHD**

*Début de primo-usage de BHD dans l'espace festif: en rapport à la consommation de psychostimulants ou pour ses effets propres*

L'espace festif est défini ici dans une perspective large : soirée techno, établissement de nuit commercial, fête privée en appartement. Cinq usagers ont démarré leur consommation de BHD dans ces types de contexte. Le Subutex® peut être consommé pour sortir d'épisodes ou réguler des consommations ponctuelles de psychostimulants (cocaïne, ecstasy), un cas, d'hallucinogène (LSD), un cas, ou utilisé pour ses effets psychoactifs intrinsèques, trois cas. L'usage de Subutex® en descente, ou pour relancer, atténuer ou amplifier l'effet d'une autre substance existe dans les contextes festifs. Mais, si les propriétés pharmacologiques de la BHD semblent se prêter à ces multiples combinaisons, les usagers évoquent souvent, dans ce type de contexte, l'utilisation du Subutex® comme celle d'un produit opiacé, assimilé à l'héroïne, mais utilisé pour ses propres effets.

L'espace festif techno peut être un contexte de démarrage d'une consommation de BHD dans une démarche d'arrêt de la consommation de psychostimulants. Patrick est un usager de l'espace festif techno qui consomme des psychostimulants et principalement des ecstasys. Ses multiples consommations abusives commencent à lui poser problème. C'est sur les conseils d'une amie qu'il va démarrer un usage de BHD en sublingual qui va remplacer sa polyconsommation de psychostimulants.

Dans son cas, il s'agit de sortir d'une consommation problématique d'ecstasy : « *Je faisais les rave party. [...] avec une amie, [...] elle m'a dit... [...] : "Tu devrais rompre un peu avec les taz<sup>41</sup>" [...] Moi je parle des taz dans mon cas. [...] "Bon, tu verras avec ça c'est pas mal", [...] j'ai goûté. Depuis quatre ans, j'ai jamais pris autre chose [que du Subutex®]... ».*

Céline fréquente l'espace festif techno, son premier Subutex®, c'était à l'occasion d'un barbecue avec des amis. Une petite fête privée, entre amis, pour expérimenter une nouvelle drogue : « *J'étais chez des amis [...] ce que je recherchais comme effet ? Je le sais pas vraiment, [...] je cherchais surtout à goûter en fait, j'ai passé quand même un bon délire (en riant) même si je ne savais pas trop ce que je faisais non plus [...] on était plusieurs à l'avoir pris [...] mais ce soir-là, on n'avait pas fait grand-chose [...] on s'était fait un barbecue ».*

---

<sup>41</sup> Taz, ecsta, pour ecstasy.

### *Incitation à consommer de la BHD en contexte festif*

Linda est mineure, elle est placée dans un foyer pour adolescents dans le cadre de la protection de l'enfance. Elle va très mal et fait constamment des fugues. Elle consomme régulièrement du cannabis depuis qu'elle a été initiée par une copine. Elle va rencontrer la BHD dans une fête privée en appartement sur l'incitation de l'organisateur de la fête, un homme bien plus âgé qu'elle. Elle pense que cette consommation vivement encouragée avait une intentionnalité à caractère sexuel qui, dans cette situation, n'a pas trouvé à se réaliser. Elle en a été quitte pour être malade jusqu'au lendemain. Après cette expérience, elle réitérera sa consommation de BHD de façon épisodique, sans devenir dépendante pour autant.

« *Le type chez qui [avait lieu la fête était] plus âgé, [...] quarante-cinq ans. [...] C'était un alcoolique avant tout [...]. Il s'en fout de pas avoir du Sub du moment qu'il a ses 8,6<sup>42</sup> [tous les] jours, [...] J'crois qu'il avait pas trop l'habitude de prendre [du Subutex®] [...] il m'a dit : "Prends-le"... Et je l'ai pris par le nez et puis [...] toute la nuit j'ai été malade quoi ! [...] c'était plus je pense, pour profiter de moi ou un truc comme ça* » (entretien N°34).

### **Initiation à la BHD dans des contextes affectifs et relationnels**

L'usage non substitutif de BHD peut s'initier dans des contextes où le cadre relationnel et affectif sera plus déterminant que le contexte social. Ainsi, lorsque celui à qui est transmis l'usage de la BHD est lié affectivement à celui qui lui transmet, de multiples enjeux relationnels spécifiques aux liens qu'ils ont ensemble, vont se superposer à la relation naissante au produit, que construit le primo-usager. Des processus de nature psychologique d'identification, de culpabilité ; la mise en place de relation fusionnelle, de rivalité, ou d'emprise ; des phénomènes de manipulation, de jalousie, ou d'érotisation peuvent, selon la nature de la relation entre l'initiateur et l'initié, venir saturer l'objet psychique<sup>43</sup> que va représenter la BHD pour celui ou celle qui débute sa consommation. Ces processus et phénomènes ne sont, ni toujours présents ni de même intensité, et il convient de distinguer entre une relation amoureuse passionnelle ou non, une amitié profonde ou une camaraderie chaleureuse. Dans tous les cas, la présence de dimension affective et relationnelle lors de phase d'initiation à l'usage non substitutif de BHD marque une empreinte spécifique qui jouera un rôle non négligeable dans la représentation du produit et par conséquent sur les modalités d'usage.

### *Usages non substitutifs de BHD en couple*

L'initiation à la consommation de BHD à l'intérieur d'une relation de couple concerne quatre usagers. Le couple peut être engagé dans une relation stable de cohabitants (3 situations) ou s'inscrire dans le cadre d'une relation amoureuse régulière non-cohabitante.

En général, un des deux membres est un utilisateur de buprénorphine avant la rencontre avec le partenaire, il s'agit le plus souvent d'un ancien héroïnomane bénéficiant d'une prescription. L'initiation se fait souvent dans les premiers temps de la relation de couple. L'initiateur est plus souvent un homme qu'une femme (3 hommes et 1 femme). Dans ces situations, la consommation de BHD de celui qui débute est toujours en lien significatif avec l'autre membre du couple.

Dans deux situations, le consommateur de Subutex® cache sa consommation à l'autre qui finit par la découvrir. Une fois l'usage reconnu, celui qui ne consommait pas débute sa consommation.

Christine a démarré assez récemment une relation avec un ancien toxicomane qu'elle a rencontré à l'occasion d'une hospitalisation. Il faisait un sevrage de Subutex®, elle traitait un

<sup>42</sup> 8,6 : bière dosée à 8,6 degrés d'alcool, réputée chez les usagers en errance urbaine.

<sup>43</sup> LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B. , *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, Paris, 1967.

épisode dépressif aigu. Après avoir connu une période de consommation intense de cocaïne, installé dans un nouvel appartement, le couple fait une pause. Mais son compagnon avait repris en cachette les injections de BHD.

« *Une fois qu'il m'a avoué qu'il prenait du Subutex® [...] je lui ai dit : "Bah vas-y, fais-moi z'en un !" Parce que moi, y'avait quand même ce truc de seringue qui quand même venait [de] s'installer par rapport à la cocaïne que j'aimais bien et je voulais savoir comment ça faisait le Subutex®. Aussi, [pour] le punir... Ouais, c'est con hein ! C'est vrai qu'il m'avait fait mal quand même hein, grave. Là, on a failli se perdre* ».

Le sujet qui débute une consommation de BHD en couple s'engage dans une pratique qui va avoir une fonction pour lui-même et dans la dynamique à deux. Car cette consommation va nouer d'une manière particulière son lien à l'autre : «... *Mon ami [...] il prenait de l'héroïne et de la cocaïne régulièrement, et [...], un de ses amis [...] lui a proposé de prendre du Subutex®, que c'était gratuit, [...] [il] a accepté tout de suite, mais il ne m'en a pas parlé sur le moment. Au bout de deux mois, je m'apercevais qu'il s'enfermait de plus en plus régulièrement dans la salle de bain, qu'il changeait de comportement, mais... c'était pas... palpable... Et je me suis aperçue qu'il avait ces comprimés-là. Je me suis aperçue aussi qu'il avait des seringues à la maison et c'est comme ça que j'ai su qu'il se piquait. [...] C'est comme ça que j'ai connu le Subutex®... [...] C'est lui qui m'a fait toutes les premières injections...* » (entretien N°3).

La BHD peut prendre la place de n'importe quelle autre drogue dans l'économie relationnelle d'un couple. Place où la tromperie, la preuve d'amour, la nature du lien à l'autre est centrale. Christine montre bien les enjeux que revêt la BHD, pour elle dans la relation de couple qu'elle vit avec un toxicomane : l'arrêt du Subutex® devient l'équivalent d'une preuve d'amour qu'elle attend que son ami lui produise. Mais dans l'attente que cette preuve ardemment souhaitée se manifeste, Christine vit le tourment de la jalouse et de l'angoisse de la trahison, où la BHD se substitue à une rivale. «... *et si, il m'aime, cette tentation de toucher [la BHD] j'ai eu longtemps peur, franchement, c'est chiant de vivre comme ça sans arrêt, de pas avoir confiance en la personne [...] Moi, c'est pas les femmes, moi, c'est la drogue* » (entretien N°23).

Dans un autre registre, les relations au sein du couple peuvent aussi jouer au moment de l'arrêt de la BHD. Lorsque Christine voulut à son tour interrompre sa consommation et entrer dans un programme méthadone, car elle rencontrait trop de problèmes liés à l'injection, c'est son compagnon qui avait du mal à l'accepter. Il n'arrivait pas à comprendre qu'elle ait besoin de méthadone pour arrêter le Subutex®. En effet, accepter qu'elle ait besoin d'un traitement, c'est admettre que le problème est important. Or, comme le partenaire se vit à l'origine du problème, la culpabilité que cela implique pour lui le pousse à des mécanismes de minimisation et de déni.

#### *Réseaux amicaux de personnes socialement insérées*

Quatre usagers se sont initiés au sein de réseaux amicaux de personnes intégrées socialement (étudiants, activités professionnelles). Le scénario est le suivant : il s'agit d'un camarade ou d'un ami proche, ancien héroïnomane substitué, mais pas toujours, qui propose et fournit les premiers approvisionnements.

La motivation initiale reste peu explicite et la plupart du temps, le sujet présente cette première consommation comme une expérience. C'est le cas de Léo : « *Le Subutex®, je l'ai rencontré parce que j'ai un copain à moi qui touchait à l'héro et qui voulait arrêter. Il a eu un traitement et il m'a dit un jour : "goûte ça". [...] Et je l'ai pris* ».

Dans le cadre d'une relation amicale, la première fois peut être le fait d'un ami proche, comme pour Bertrand : « *C'était avec Paul, un ami ex-toxicomane... mais lui en shoot... Mais c'était récréatif quoi. Il m'en donnait de temps en temps un peu, on se faisait une ligne ensemble* ».

L'initiateur n'est pas toujours celui qui propose, parfois le futur initié demande lui-même son initiation. Christian a demandé à un de ses meilleurs potes de lui faire découvrir la BHD. Une fin d'après-midi après avoir terminé sa journée de stage d'insertion, il passe chez son ami. « *Je lui ai demandé, plusieurs fois : "putain ! mais c'est quoi ton truc-là ?" [...] Il m'a dit : "je t'ai expliqué ce que c'était, si tu veux tu goûtes" [...] Il m'a fait un tout petit rail*<sup>44</sup>... *Pouwww, j'ai vomi les tripes pendant 24 heures !* »

Le contexte amical n'est pas forcément suffisant pour engager une consommation très soutenue qui donnera lieu ensuite à une dépendance et à une éventuelle prescription médicale. Dans deux cas ce n'est que plus tard, dans un autre type de contexte, que l'usage évoluera vers la dépendance.

### **Premiers contacts avec la BHD en usage non substitutif**

Plusieurs aspects du contexte de début de la consommation présentent un intérêt pour comprendre l'entrée dans la consommation de BHD, chez des usagers non héroïnomanes. Nous nous intéresserons essentiellement à deux d'entre eux : les effets ressentis et le niveau d'information sur le produit avant l'expérience. La première expérience a-t-elle été agréable ? favorisant pour le sujet l'idée de la renouveler ? Ou au contraire le premier contact a-t-il été déplaisant ? inclinant le nouvel usager à ne pas recommencer ?

Howard Becker nous a montrés au travers de l'exemple de l'entrée dans la consommation de marijuana<sup>45</sup> que le novice apprend auprès des autres consommateurs à surmonter les premières sensations qui peuvent être désagréables pour s'approprier les effets agréables du produit<sup>46</sup>. Il en va de même dans le cadre de l'usage non substitutif de BHD où le primo-usager devra passer le « cap » des « effets secondaires » des opiacés chez le sujet pharmacologiquement naïf.

Mais les premières expériences vont se structurer aussi à partir des connaissances et des représentations à disposition du consommateur débutant. L'entourage parle-t-il du produit, de ses effets et des conséquences de sa consommation ? Ou l'usager possède-t-il des informations de provenance extérieure au milieu où il va initier sa consommation ? Il semble que le niveau global d'information corresponde aux connaissances les plus élémentaires sur la BHD, induisant parfois des conduites problématiques. Les milieux institutionnels ne fournissant pas toujours plus d'information aux primo-consommateurs que les usagers eux-mêmes.

#### *Effets ressentis lors des premières consommations*

La première fois reste souvent un souvenir marquant. L'expérience est décrite comme un moment de défoncage ambiguë à la fois agréable et désagréable. Presque tous les sujets racontent qu'ils ont été malades.

Les usagers non substitutifs rencontrent la BHD alors qu'ils ne sont pas dépendants aux opiacés et que leur système nerveux central n'est pas sensibilisé. De ce fait, l'effet lors du premier contact avec la BHD est différent de celui produit chez un sujet déjà pharmacodépendant aux opiacés. Cette différence essentielle est probablement à la source de malentendus. En effet, la présentation des propriétés pharmacologiques du Subutex® pouvait donner à penser que nous avions affaire à une drogue peu psychotrope, qui couvrait juste les récepteurs opioïdes, enlevant l'état de manque sans véritablement générer un état de « défoncage ». D'autant que les premières descriptions de l'expérience de la BHD provenaient

<sup>44</sup> Rail, ou trait, ou ligne : disposition d'une poudre prête à être inhalée à froid (sniff).

<sup>45</sup> Marijuana : appellation nord-américaine de l'herbe de cannabis.

<sup>46</sup> BECKER H., *Outsider*, op. cité.

d'héroïnomanes qui décrivaient des effets psychotropes souvent peu prononcés. Pour un usager dépendant de l'héroïne, cette description correspondait à la comparaison de la réalité pharmacologique et symbolique de l'héroïne et du Subutex®. Il en va tout autrement pour l'usager non substitutif. Ainsi, Louis se représente les effets de la BHD comme « *proches de l'héro, pour quelqu'un qu'a jamais pris d'héro* ».

La BHD, lors de la première prise, quel que soit le mode d'administration, provoque pour l'usager non substitutif deux effets aussi marqués l'un que l'autre : être malade et être bien. « *J'étais malade, [...] j'dégueulais partout... Mais j'étais bien !* » (entretien N°26).

Ce vécu d'un état de malade reviendra tout au long des entretiens, avec des variantes quant à la durée et l'intensité selon les doses utilisées et en fonction de la sensibilité des organismes aux opiacés. « *La première fois que j'en ai consommé, j'ai vomi* » (entretien N°7). Parfois, la nausée est violente et persistante. Kamel a pris un comprimé de 8mg et ne put rien avaler, pas même fumer une cigarette pendant quatre jours, au risque de se provoquer la nausée.

Expérience identique pour cet homme de trente et un ans : « *Dès que je fumais une clope, j'avais envie de gerber, dès que j'avalais un truc, j'avais envie de gerber, pff ! [...] (il rit) c'était une horreur, une horreur (il rit)... ah, ouais... je pensais pas, moi, que c'était comme ça !* » (entretien N°14).

L'expérience n'est pas d'emblée totalement enthousiasmante : « *Quel effet ? Moi, j'ai rien senti parce que j'ai commencé à vomir...* », confiera un autre sujet masculin (entretien N°15).

Le fait d'être malade lors de cette première expérience peut dissuader d'en reprendre pendant un temps. C'est le cas pour quelques-unes des 34 personnes rencontrées. Celles-là ne démarreront une consommation plus régulière qu'ultérieurement dans un contexte relationnel particulier (couple, groupe de pairs). À l'instar de Louis, qui s'était initié avec des gens de passage, rencontrés dans la rue, et qui ne démarrera un usage vraiment significatif que par la suite, dans le cadre d'une relation amoureuse : « *après [...] cette première fois où [...] j'ai été malade, j'avais pas l'intention d'en reprendre, [...] j'ai commencé à en reprendre petit à petit avec mon ex...* ».

La plupart d'entre eux surmonteront le désagrément de la première expérience et poursuivront une consommation dans les semaines qui suivent selon des rythmes et une progression variables, faites, d'usages épisodiques, périodiques, réguliers, intermittents ou quotidiens. Ainsi Céline, reprendra de la BHD dans une démarche festive le mois qui suivit sa première expérience. Pourquoi ? : « *(elle rit, elle semble un peu gênée) Pour m'amuser et retrouver le même délire que j'avais eu la première fois.* »

Car il existe dans l'expérience une dimension agréable : « *Un gros truc bizarre dans le ventre... [...] ça fait une sensation de bien-être jusqu'au moment où on part aux toilettes en courant pour vomir, quoi !* » (entretien N°5).

Et puis l'expérience induit une somnolence typique des opiacés, la plupart l'évoqueront quel que soit le mode d'administration : « *Puis après, on pique du nez, c'est-à-dire : la fatigue, la tête qui tombe, [...] les yeux qui se ferment [...] Et là, c'est quand même une sensation de bien-être [...] Dès qu'on sort n'importe quoi, [...] une petite vanne, tout le monde rigole* » (entretien N°5). Ou bien, comme le décrit Céline lors de sa première prise en groupe, la BHD produit un effet psychotrope vécu comme « *un bon délire* » : « *On était plusieurs à l'avoir pris donc on était plusieurs à être dans le même trip<sup>47</sup>* », explique-t-elle. Comme pour toutes les autres substances psychoactives de tout temps et sous toutes les latitudes, le partage de l'effet de la BHD au sein d'un groupe social participe de l'expérience subjective vécue<sup>48</sup>. Cette dimension du plaisir est aussi évoquée par Élise : « *Ah, non, non, c'était excellent. Ça, c'est clair. Au début [...] je m'étais jamais shootée, donc, [...] Ça m'a fait comme si c'était*

<sup>47</sup> Trip : ici voyage, état de conscience, expérience psychédélique.

<sup>48</sup> LEVI-STRAUSS C., « *Des champignons dans la culture* », in *Anthropologie structurale II*, Plon, Agora, 1958 et PERIN M., *Anthropos* in Autrement N°106, « *L'esprit des drogues* ».

vraiment une drogue très forte, quoi. [...] Ah, ben, c'est bon, je dormais pendant une heure, j'étais ailleurs [...] c'était du style [...] je piquais vraiment du nez... ».

Malgré les effets secondaires provoquant nausées et vomissements, les effets sont ressentis par une partie des usagers comme positifs.

- « *Disons qu'après les deux trois heures de galère, [je me suis senti] bien et le lendemain bien aussi parce que les effets m'ont duré au moins jusqu'au lendemain soir... [...] Maintenant je sais que c'est normal de toute façon quand tu consommes des opiacés ou des substituts, tout ça, de toute façon t'as la gerbe quand t'es pas habitué, [...] le début pas terrible et après bien [...], même le lendemain [...], un sentiment de bien-être qui reste assez longtemps...*

- *Donc, malgré le mauvais goût, malgré les vomissements et compagnie, tout le côté désagréable, pour toi, il est largement rattrapé ?*

- *Ah ouais, à l'aise hein ! »* (entretien N°33).

Ainsi, malgré un abord désagréable lors de la première expérience, le Subutex® induit un effet de bien-être de durée longue qui incite à renouveler l'expérience. Somme toute, comme le résume cet homme de trente-quatre ans qui s'initia durant son incarcération : « *Pour moi, si j'ai repris, c'est que c'était bon* » (entretien N°8).

## Connaissances et représentations préalables de la BHD

Il est intéressant de s'interroger sur le niveau de connaissance dont disposaient les personnes avant leur première consommation. De fait, l'information en leur possession détermine directement le premier usage et son expérience même. Que savaient-ils du Subutex® avant ce premier usage ?

En général, les usagers non héroïnomanes savent peu de chose sur la BHD avant d'en consommer. On retrouve globalement, dans toutes les représentations du produit, préalables à l'usage, l'idée d'un médicament pour les toxicomanes, apparenté à l'héroïne. « *On m'a dit que ça défonçait comme l'héro [...] on m'avait prévenu, mais je pensais pas que c'était comme ça* » (entretien N° 29).

Judith, initiée en squat n'a pas été clairement informée sur la BHD, elle s'est construite, au travers des informations dont elle pouvait disposer, un savoir minimum plus implicite qu'explicite. « *Je savais que c'était un médicament [...] sûrement que je pensais que c'était un produit à base de morphine* ».

### Des usagers peu ou mal informés au début de leurs consommations

« *On m'a dit : "c'est un médicament qui s'appelle Subutex® et le gouvernement, ils ont fait ça pour les camés, pour ceux qui veulent arrêter, ceux qui arrivent pas à se débarrasser de l'héro, de la coke et tout..."* » (entretien N°15). C'est ce que Léo savait en d'autres termes : « *Je savais rien du Subutex®... [...] il [un copain] m'avait dit que c'était un produit de substitution, sinon, je ne savais que ça* ».

La BHD est présentée parfois par les usagers comme un produit de substitution dont l'indication dépasse l'héroïne et les opiacés. Dans la représentation de plusieurs usagers telle qu'elle peut apparaître dans les entretiens, la BHD vaut pour la « came » qui peut désigner aussi bien l'héroïne que la cocaïne.

Parfois, le Subutex® est pris dans l'amalgame qui naît de la mise en série : « *héroïne* » « *toxicomane* », « *substitution* », « *BHD* ». D'autres fois, l'héroïne disparaît au profit de la cocaïne seule : « *Au début [...] on m'a dit que "ça remplace la coke". [...] On m'a dit : "ça remplace, ça calme les douleurs et ça défone"* » (entretien N°20).

On observe que dans plusieurs situations, l'usage a démarré alors que la personne ne savait que peu de chose, si ce n'est qu'il s'agit d'un produit qui défone, et n'était parfois détentrice d'aucune information sur les effets, les risques ou la dépendance. Pour Manuel, l'information

va se résumer à l'objectif global de la consommation de drogue : «..."avec ça, tu vas être déchiré" [...] Je m'attendais quand même à la grosse déchire [...] ils m'avaient parlé un peu de ce qu'on allait faire ce soir, qu'on allait se déchirer la tête. »

Rien sur le dosage et les effets secondaires liés à l'absence de sensibilisation préalable aux opiacés. Ainsi Ahmed qui démarra sur les conseils d'un copain va se faire surprendre par la dose de sa première expérience. « *La première fois que j'ai essayé, [...] J'ai posé mon estomac par terre, comme ça ! [...] C'est mon copain qui m'a donné ça, [...] J'ai pris [...] un 8<sup>49</sup>. [...] Entier !!! [...] Je savais pas ! J'connaissais pas ! [...] Oh là là ! (suite de lamentations) J'ai dit : "C'est fini, je crois [...] que je vais mourir !"* »

Parfois, l'entourage du néophyte peut l'informer sur le caractère passager des effets secondaires du début. « *Il m'a encouragé, il m'a dit : "non c'est juste la première fois qu'il te fait ça, essaye, tu vas voir." [...] Et il avait raison, j'ai essayé la deuxième fois, rien. J'étais bien, j'ai pas vomi, j'ai pas souffert.* » (entretien N°20).

Le peu d'information ou la confusion sont certainement dus pour une partie d'entre eux à l'ancienneté de l'expérience. En effet, plusieurs d'entre eux pour qui la première expérience remonte aux premières années de l'autorisation de mise sur le marché de la BHD, ont une représentation très simplifiée du produit et peu d'information sur les effets secondaires et les problèmes liés au mésusage. Tony, qui a démarré l'année de l'autorisation de mise sur le marché, ne savait rien : « *j'en avais pas spécialement une image, ni moi, ni les gens que je connaissais qui en prenaient, puisque ça venait de sortir. C'est l'année où c'est sorti que j'ai commencé à taper le Sub. [...] c'était pas un produit encore connu à l'époque donc tu connais pas encore les effets secondaires ou les effets dus à une mauvaise utilisation, les effets néfastes que ça peut apporter quoi* ».

Effet de l'évolution, les usagers savent mieux aujourd'hui que dans les premières années de quoi il retourne avec la BHD. Certains qui, comme Céline, ont démarré plus récemment sont mieux informés au moment de leur première consommation : « [...] on m'avait expliqué en gros comment ça faisait, [...] que ça allait sûrement me rendre malade [...] que c'était aussi plus fort que l'héroïne [...] Je savais que ça rendait dépendant, [...] On m'a toujours avertie avant en gros de l'effet [...] que ça faisait... De toute façon, T. [une amie] a dit que ça rendait dépendant à la longue [que] c'est ça le problème... ».

Toutefois, sur l'ensemble des entretiens, on ne peut que constater le manque d'information qui, de façon globale, affecte les usagers et leurs pratiques.

#### *« Un médicament ne peut pas être dangereux »*

D'autant que son caractère médical est une information en soi qui peut masquer les autres. En effet, le fait qu'un médicament soit prescrit rassure : si c'est par un médecin, ça ne peut pas être dangereux !

C'est ce que Brahim a cru durant son incarcération : « *La première opinion que je me suis fait, c'est que... c'est un médicament, c'est un médecin qui le donne, donc pour moi, il peut pas être... dangereux [...] Après [...] j'en ai pris et tellement que... cette personne-là [son codétenu], il en avait tous les jours, l'infirmière elle venait, elle lui donnait... par boîtes, [...] moi j'avais pas idée que... si un jour... j'arrêterais, j'aurais des difficultés* ».

L'histoire de Brahim est instructive en ce qu'elle nous montre que la représentation que se construit l'usager n'est pas faite de ce que l'on pense être l'information minimale que tout un chacun est censé posséder, mais d'un bricolage<sup>50</sup> à partir d'informations préexistantes acquises dans d'autres contextes. Pour Brahim, d'une part ce qui vient du médecin ne peut pas être dangereux, et d'autre part les drogues peuvent créer des difficultés lorsqu'on les arrête. Ces

<sup>49</sup> 8 : comprimé de Subutex® 8mg.

<sup>50</sup> LEVY-STRAUSS C., *La pensée sauvage*, Plon, Agora, 1962.

deux croyances étant compatibles entre elles, le médicament donné par l'infirmière à son codétenu ne peut pas poser de problème lorsqu'il voudra arrêter d'en consommer.

Aucune information n'a pu perturber suffisamment le montage cognitif sur lequel repose sa croyance. Au point que même en présence de signes qui auraient pu l'alerter, il ne pourra leur attribuer une signification pertinente.

Ce que va vivre Brahim et le cheminement de sa pensée, illustrent ce qui peut se produire en l'absence d'une information véritablement construite avec l'usager.

«... première permission, j'ai cinq jours ; [...] je rentre chez moi, le lendemain, je sens que ça va pas : douleurs au dos, [...] transpiration, [...] le nez qui coule, alors que je suis bien. Je me dis : "Mais qu'est-ce qui se passe ?", j'ai pas l'habitude d'aller chez les médecins [...]... je me dis [que] : [...] ça va être que passager". [...] le soir, j'arrive mal à dormir, [...] Même en incarcération, ça s'est jamais passé comme ça, [...] : "Peut-être c'est les retrouvailles..." [...] Le troisième jour, je me disais : [...] c'est pas possible !" Jvais voir un médecin, [...] :

- Excusez-moi... À part la cigarette, vous consommez quelque chose... ?

- À part la cigarette, non !

- Vous touchez ni à l'héroïne ni à la cocaïne ?

- Non non, c'est pas possible docteur.

Il me dit :

- [...] vous avez les mêmes symptômes... qu'une personne qui prend de l'héroïne ou de la cocaïne."

- [...] Pour vous dire la vérité, j'étais pas tranquille, je vais en revoir un autre. Je vous jure ! Le deuxième, il me dit [...] exactement la même chose ! Dans ma tête, je me dis : "ça va pas", [...] je vais voir ma sœur, elle est pharmacienne :

- [En prison] ils m'ont donné [...] un médicament, [qui s'appelle] le Subutex®.

Ma sœur, elle a trouvé ça anormal [...] j'ai expliqué la vérité à ma sœur [et] je suis allé revoir le docteur [...]

- Ça fait combien de temps que vous avez touché à ce cachet-là ?

- [...] une bonne année quand même.

- Cherchez pas [...], c'est ça alors. ».

« Un médicament pour les toxicomanes ne peut pas rendre dépendant »

Ce manque d'information peut être aussi source de confusion parfois, et certains usagers ne font pas le lien entre produit de substitution et produit susceptible de générer une dépendance. En effet, sans qu'on le veuille, d'une certaine manière, le statut de médicament de substitution « brouille les pistes ».

Pour un grand nombre de personnes, l'idée de drogue est souvent assimilée à celle de dépendance. Cette représentation est très générale, elle ne concerne pas uniquement les usagers de drogues. Dans le langage courant, dire de quelque chose que c'est une drogue renvoie à l'idée que l'on ne peut pas s'en passer. Pendant du langage savant du concept d'addiction, le langage populaire attribue la qualification de *drogue* à des catégories qui ne relèvent pas des substances physico-chimiques.

Ainsi, le sport, le travail, le sexe, le jeu ou le téléphone portable, entre autres, peuvent être considérés comme des « drogues ». De ce fait, le Subutex®, représenté comme un médicament « pour arrêter la drogue » – donc la dépendance dans cette logique de représentation –, est difficilement pensé comme susceptible de générer une dépendance à son tour. Beaucoup de personnes non spécialistes des questions de drogues ont du mal à imaginer que le Subutex®, médicament pour les toxicomanes, génère une pharmacodépendance, tant ces deux termes sont confondus dans une représentation populaire.

Il faut déjà avoir accès à une représentation savante des principes de base de la neuropharmacologie des opiacés pour différencier sevrage et substitution du point de vue neurophysiologique.

Marlène a du mal en effet à construire cette relation : « *C'est logique pour moi... Si on vous donne ça pour décrocher, je me suis dit qu'on ne pouvait pas tomber accro au Sub si c'est un médicament pour arrêter...* ». Léo n'est pas arrivé non plus à faire ce lien au début de sa consommation : « *C'était pour décrocher alors je me suis dit qu'on ne peut pas tomber accro si c'est un truc pour décrocher !* ».

### **Mode d'administration de la BHD dans l'usage non substitutif**

Dans l'enquête par entretiens, l'utilisation de la voie intraveineuse est majoritaire. Sur 34 sujets<sup>51</sup>, 20 ont recours à l'injection, alors que 6 utilisent principalement la voie nasale. L'inhalation à chaud (fumette) a été ou est ponctuellement utilisée par les usagers, mais elle reste très minoritaire en modalité principale puisque 2 seulement l'utilisent régulièrement. 5 s'administrent la BHD par voie sublinguale et 1 l'avale sans faire fondre le comprimé.

Dans l'enquête « usagers de première ligne », un tiers des primo-consommateurs injectaient la buprénorphine *au cours du dernier mois* (vs 48,6 % pour le groupe témoin p=0.13). Cette proportion augmente chez les primo-pharmacodépendants (42 % vs 48,6 % pour le groupe témoin p=0.39).

#### *Adoption d'un mode d'administration et contextes de groupes*

Il existe un lien entre le mode d'administration qu'adopte l'usager et ceux qui sont valorisés dans le groupe où il débute sa consommation. Ainsi, la BHD sera plus fréquemment utilisée en sniff, par voie orale ou par inhalation à chaud dans les contextes festifs qui privilégient ces modes d'administration. Mathieu, qui a démarré dans l'espace festif, exprime cette proximité des produits et des façons de faire qui y sont attachées : « *c'est comme quand on prend un ecstasy, c'est vite pris, bon là j'ai écrasé mon Subutex®, un petit trait et puis allez hop...* ». Céline et Manuel qui fréquentent l'espace festif et qui en ont adopté les pratiques dominantes, sniffent ou utilisent la voie orale. « *Ça dépend des fois en fait [...] Des fois, je le mets sous la langue et des fois je le sniffe. [Ça dépend] comment la soirée se déroule, [...] c'est vrai que le sniff ça monte plus vite.* » (entretien N°28).

Le changement de contexte modifie le mode d'administration. Comme le montre Élise, représentative de l'espace urbain, qui injecte de façon systématique, mais qui utilise la voie orale lorsqu'elle se trouve dans l'espace festif techno « *... par exemple quand on va en technival, ben là c'est la misère, je peux rien injecter [...] c'est ces fois-là où j'ai pris le Sub par exemple sous la langue...* ».

Mais inversement, l'usage oral ou le sniff de l'espace festif peuvent devenir injection si le contexte de consommation change. Ainsi, Christian est un participant d'événements festifs techno qui n'a véritablement engagé sa consommation de BHD qu'ensuite, dans le cadre d'un couple où sa partenaire utilisait la voie veineuse : il a rapidement et durablement investi l'injection. Dans ce cas, la dimension affective et relationnelle prend le pas sur la norme du groupe, et Christian abandonne le mode d'usage dominant de ses pairs pour adopter celui de sa compagne avec qui, dit-il, « *ça allait hyper bien* ».

Ce lien entre contexte de groupe et mode d'administration vaut pour Léo qui adoptera la pratique des groupes auxquels il va se rattacher. Ainsi, après avoir mis sous la langue et sniffé pendant pas mal de temps la BHD, il va pratiquer l'injection qui est l'usage dominant du groupe d'usagers de rue avec qui « *il squatte* ». « *J'ai rencontré des gars et j'ai commencé avec eux. [...] Oh ça fait pas longtemps, [...] Ça fait... deux mois. [...] En fait depuis que je me fais loger par A. [...] Parce que, eux, ils injectent [...] Et moi je voulais essayer... Eux, ils ne voulaient pas... J'ai dû insister [...] j'arrêtais pas de leur dire (rire) [...] J'arrêtais pas de*

<sup>51</sup> 33 entretiens sur 34 au total sont pris en compte pour la question du mode d'administration.

*les harceler. Je disais : "Allez-y, allez-y ! Faites pas chier... Allez-y, allez-y..." Au bout d'un moment, ils ont cédé quoi... au bout d'une semaine... »*

L'idée que le groupe n'est pas favorable à l'injection du « nouveau » qui doit insister pour se faire instruire ou se faire « shooter » revient fréquemment dans les entretiens et notamment dans les milieux très précarisés comme les squats. Comme si, conscients de l'aspect néfaste de leur pratique, ils souhaitaient protéger le « novice » des dommages ultérieurs et peut-être ne pas avoir à porter la responsabilité d'une entrée dans un monde réputé terrible. C'est comme cela du moins que celui qui raconte l'histoire souhaite la présenter. Il endosse ainsi la responsabilité de ce qu'il vit comme le début de son « histoire galère » en étant pleinement acteur de cet acte inaugural (Léo, Élise, Samuel). On retrouve aussi le même cas de figure dans les couples où celui qui n'injecte pas insiste pour que celui qui sait l'initie (Christian, Marlène, Myriam, Caroline, Christine, Louis).

À l'inverse, Phil raconte que le groupe où il était le poussait à l'injection, mais que sa sensibilité l'empêchait de bénéficier de leurs « conseils techniques » : *« J'avais déjà vu les autres faire... Ben, toujours un petit œil furtif pour regarder. Au départ, ils voulaient me montrer mais comme je supportais pas, je regardais pas, mais la curiosité a fait que j'ai quand même jeté un coup d'œil... Puis ils insistaient tellement [...] pour que je me pique aussi à chaque fois, ils me disaient : "il faut faire comme ça, comme ça, comme ça"... malgré que je ne voulais pas regarder... Puis au bout du compte, je me le suis fait tout seul... »*.

Le contexte initial détermine le choix d'un mode d'administration. Ainsi, Brahim, revendeur de cannabis et de cocaïne, a une représentation des consommations de drogues, déterminée par les univers symboliques attachés à ces produits. Il a commencé la consommation de BHD durant une incarcération. Il explique comment il voyait le Subutex® que prenait son codétenu : *«... Ce médicament-là, lui, il le prenait par nasal. Il le sniffait. Et ça a [...] exactement les mêmes effets que la cocaïne »*.

Brahim construit sa représentation de la BHD à partir des représentations à sa disposition les plus proches de cette nouvelle expérience. Le codétenu sniffe un produit. Il connaît un produit qui se sniffe : la cocaïne. La BHD a une définition : c'est un produit de substitution. C'est même sa fonction symbolique : la BHD, ça remplace. Ainsi, dans la représentation de Brahim, la BHD prend la place de la cocaïne en produisant *exactement* les mêmes effets. Brahim fera comme son codétenu, il sniffera lui aussi la BHD.

Le sniff est une modalité qui semble fréquente en prison, car comme l'inhalation à chaud, elle ne nécessite pas de matériel particulier et se démarque de l'usage sublingual à connotation médicale tout en procurant un effet plus rapide. Par ailleurs, le nouvel usager qui découvre la pratique de son codétenu en adopte souvent le mode d'usage (Ali, Kamel, Brahim).

### *La fumette de Subutex®, une pratique atypique*

L'inhalation à chaud, la fumette, concerne deux usagers ayant accepté un entretien. Léopold et Robert sont tous les deux un peu atypiques. Dans l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002, sur 100 primo-usagers<sup>52</sup>, 3 déclarent avoir fumé de la BHD. Si l'on regarde l'utilisation de l'inhalation à chaud de BHD depuis leur début de consommation, les primo-usagers y ont eu plus souvent recours que le groupe témoin.

Pour la fumette aussi les usages antérieurs, le groupe et le mode d'administration de « l'initiateur » vont déterminer le choix d'une pratique. Léopold est proche de milieux de la prostitution où existe l'usage du crack fumé. Il expérimentera la première fois le Subutex® dans une cigarette proposée par sa maîtresse. Cette pratique, incluse dans une relation sexuelle, deviendra rituelle. Léopold a poursuivi ce mode de consommation en dehors de cette relation et passera au crack par la suite.

Robert est incarcéré et c'est en prison qu'il va découvrir la BHD. C'est un « gros fumeur de tabac : 3 paquets par jour ». Il fume aussi beaucoup de cannabis. Mais en prison, c'est de

<sup>52</sup> 35 primo-consommateurs et 65 primo-dépendants

« joint de Subutex® » dont il entendra parler. « *Au bout d'un mois que j'étais là. J'entendais tout le monde parler de Subutex®. Qu'ils fumaient des joints au Subutex®. [...] j'ai voulu goûter, [...] On m'en a passé un. Je l'ai fumé* ».

#### *L'usage sublingual, signe d'un « traitement » et usage festif*

Les seuls usagers de l'enquête par entretien dont le mode d'administration est principalement oral ont un parcours de consommateurs de psychostimulants propre à l'espace festif (Mathieu, Patrick, Redouane, Nadine) ou se considèrent maintenant en traitement (Brahim).

Utilisateur de la voie orale et nasale dans ses consommations antérieures, Patrick a débuté son usage de BHD dans une perspective de sortie de l'usage de psychostimulants et d'hallucinogènes. Il reste sur le mode sublingual après avoir également utilisé le sniff pour la BHD. « *Je l'ai toujours sniffé [le comprimé] ou mis sous la langue. En principe, c'était plutôt sous la langue* ».

Les changements dans la vie de l'usager et l'évolution du sens que prend pour lui la consommation de BHD, affectent en général son mode d'administration. Brahim a sniffé la BHD tout au long de son incarcération. Depuis sa sortie, il a décidé de reprendre une insertion sociale et professionnelle. Désormais, Brahim considère le Subutex® comme un traitement. Le mode de consommation s'en trouve modifié : « *Moi maintenant [...] je les prends comme un médicament, [...] je pars de chez moi, il est 7 heures et demi, je le mets... sous ma langue, je prends le métro [...] et ça y est, c'est parti !* ».

Dans des contextes festifs, Mathieu sniffait la BHD comme il sniffait d'autres substances. Dès lors qu'il envisagea le Subutex® comme un « traitement », il changea pour un usage sublingual. La voie sublinguale connote l'usage médicalisé et les représentations qui y sont associées. Elle indique que pour l'usager, désormais, la BHD prend valeur de « traitement ».

En effet, quel sens cela peut-il avoir de prendre de la BHD de façon sublinguale comme c'est prévu dans le cadre de son autorisation de mise sur le marché, pour une personne qui n'a aucune raison de s'inscrire dans un tel protocole. En un mot, quel sens, l'usage sublingual revêt-il pour un usager qui ne se situe pas dans une logique substitutive ?

Les usagers qui utilisent la voie sublinguale pour consommer de la BHD en dehors de tout usage ou dépendance antérieure aux opiacés, positionnent le Subutex® comme un « traitement » une forme de « substitution », une rupture avec une consommation passée qu'ils estiment devoir arrêter. Parfois, il s'agit de mésusage de BHD consommée de façon chronique et abusive. Le passage à la voie sublinguale, quand elle est possible, signe le changement du rapport que l'usager engage avec le produit lui-même et avec ce qu'il représente pour lui. C'est ce que vont faire Patrick et Mathieu en arrêtant la polyconsommation de psychostimulants, abandonnant le sniff qui représente la défonce pour passer « sous la langue » qui symbolise le changement. Il en va de même pour Brahim, lorsqu'il sort de prison, la pratique sublinguale, en rupture avec le sniff de BHD (associé pour lui à l'usage de la cocaïne), marque la fin d'une période (l'incarcération) et le début d'une nouvelle (l'insertion). Pour ces usagers non substitutifs, prendre le Subutex® sous la langue, c'est tourner une page.

Les modes d'administration d'un produit psychoactif, au-delà des effets physiologiques incontestables qu'il procure au sujet, ajoutent une dimension symbolique qui donne du sens à sa pratique. Injecter, sniffer, fumer, « gober » ou prendre « sous la langue », sont autant de signes qui s'ajoutent au produit consommé pour signifier dans l'ensemble cohérent d'une pratique, quelque chose d'une appartenance, d'une identité, et finalement de soi. Le recours à l'injection, au sniff ou à la fumette dans le cadre de l'usage non substitutif<sup>53</sup> détourne le sens social de la BHD.

Pourtant, dans l'usage non substitutif, la voie sublinguale n'est pas exclusivement réservée à ce qui pourrait s'apparenter à du « traitement ». La BHD consommée sous la langue peut

<sup>53</sup> Comme dans le cadre de la substitution.

s'accorder aussi, d'une recherche de défoncage dans un cadre festif. Dans l'enquête, plusieurs personnes ont indiqué ce cas de figure. De façon générale, l'expérience est rabaisée, mettant en avant les désagréments de la voie sublinguale, ou minimisée (« *c'est mieux en sniff* ») dans tous les cas, cet usage est présenté comme ponctuel, voire accidentel. L'usager ne le revendique pas comme véritablement sien.

Il y a cependant une exception à ce raisonnement. Redouane est un primo-consommateur du monde festif (commercial non techno), qui utilise aussi la voie sublinguale pour se défoncer. Redouane est atypique son parcours est décrit plus en détail dans la partie consacrée à quelques trajectoires d'usage<sup>54</sup>. Il travaille dans des établissements de nuit et consomme des psychostimulants plusieurs fois par semaine pour « *assurer pendant le travail* ». Il utilise la BHD de façon festive pour se défoncer, le week-end, dans des contextes festifs. «... *Moi, sous ma langue, normal [...] Et quand je prends, je casse [...] Poum, le coup de flash...* ».

Pour Redouane qui ne consomme que le week-end dans des contextes entièrement dédiés à la défoncage, le détournement du sens de l'usage de la BHD est suffisamment explicite. Son mode de consommation de la BHD est strictement inversé par rapport aux usages substitutifs. Là où les usagers inscrits dans un cadre substitutif consomment de la BHD tous les jours de façon chronique, et utilisent ponctuellement, épisodiquement ou périodiquement d'autres produits pour « faire la fête », lui, consomme les produits plutôt utilisés en contexte festif, durant la semaine et « s'éclate » à la BHD le week-end. Sa manière de consommer la BHD se distingue sans aucune ambiguïté possible de celle de l'usager de drogue qui prend un traitement de substitution : l'usager pour qui le Subutex® a été mis sur le marché, ce n'est sûrement pas lui. La voie sublinguale est utilisée de façon marginale ou ponctuelle dans un cadre festif, et de façon principale par les usagers qui sont engagés dans une démarche apparentée à un traitement.

La facilité de l'utilisation sublinguale, malgré le goût désagréable dont se plaignent de nombreux usagers de l'enquête, en font un mode d'administration utilisé dans de multiples situations.

#### *L'usage sublingual, un mode d'administration qui passe partout*

Les usagers ont rarement recours à un seul et unique mode d'administration. En règle générale, pour une période de consommation donnée dans la vie de l'usager, il existe un mode principal d'administration et des recours à des modalités secondaires et ponctuelles selon les circonstances. C'est le cas notamment pour l'injection qui constitue, dans un nombre important d'usages non substitutifs, le mode préférentiel. Cependant, les injecteurs ont recours à d'autres modalités en parallèle des injections qu'ils s'administrent.

Dans la pratique, un injecteur ou un « sniffeur » réguliers peuvent, de façon occasionnelle, prendre en urgence « *un morceau de Sub* » sous la langue, pour lutter contre un effet de manque dans un contexte où l'injection ou le sniff ne sont pas possibles. Manuel explique cela de façon très claire : « *Des fois [...] j'ai avalé un p'tit bout parce que j'avais un queman*<sup>55</sup> ; [...] on m'a dépanné d'un p'tit bout de 8, et cette fois-ci, je l'ai avalé. Bon, c'était en pleine rue aussi... ». Ismaël évoque quant à lui, le recours à la voie sublinguale dans le contexte familial ou socioprofessionnel, là où l'injection est malaisée.

Parfois, l'usager peut souhaiter, par l'utilisation sublinguale, « faire reposer » son système veineux.

Si l'usage sublingual est par sa facilité d'emploi un mode d'administration qui « passe partout », il n'occupe peut-être pas une place prépondérante comme modalité principale et préférentielle dans le cadre des usages non substitutifs. Dans l'enquête par entretien,

<sup>54</sup> Dans la partie « Trajectoires d'usage et usage non substitutif de la BHD », section « Trajectoires de primo-consommateurs non dépendants à la BHD ».

<sup>55</sup> Queman : état de manque en verlan.

l'injection est largement majoritaire et la voie orale nettement moins représentée<sup>56</sup>. La polyvalence de l'usage sublingual qui multiplie les opportunités de son utilisation n'en fait pas pour autant un mode d'administration privilégié par les usagers. Cependant, le type d'utilisation diffus et protéiforme de l'usage sublingual, peut nous tromper sur la place réelle qu'il occupe parmi les modes d'administration dans le cadre de l'usage non substitutif de la BHD.

### *Le choix de l'injection dans le discours des usagers*

Le choix de l'injection comme mode d'administration rend compte d'un type de rapport singulier à l'usage de drogues, qui engage les sphères corporelle, psychique et sociale du sujet. Ce n'est pas un choix neutre. L'utilisation de la seringue est très souvent associée à la représentation de la toxicomanie : l'injecteur est identifié au toxicomane. D'ailleurs, si la voie injectable est un mode d'administration répandu dans l'échantillon de l'enquête par entretien, elle n'est pas valorisée partout. La seringue inspire une crainte qui s'érigé en véritable barrière symbolique pour certains usagers. L'injection peut répugner à des usagers pour qui le shoot représente la toxicomanie. En effet, l'injection associe son utilisateur à la figure du toxicomane, image à laquelle certains ne veulent pas s'identifier. C'est le cas notamment pour la plupart des usagers de l'espace festif où les voies orale et nasale sont plus répandues que l'injection qui y est peu valorisée. Cependant, si l'injection est très minoritaire dans ce type d'espace, elle existe néanmoins, et les dispositifs de réduction des dommages peuvent en témoigner.

Patrick, usager de l'espace festif techno, caractérise bien le rejet de l'injection assimilée à la toxicomanie : « *Je la mets sous la langue, c'est simple. [...] Je me la lance<sup>57</sup> pas [...] Tu peux te l'injecter, tu peux... [...] La piqûre, j'aime pas trop... puis il peut y avoir de la merde. [...] la piqûre [...] ça fait vraiment drogué. Vraiment toxico... Non, moi, non... (silence)* ».

Mais pas seulement de l'espace festif, des « usagers problématiques » que l'on pourrait rencontrer dans l'espace urbain<sup>58</sup> peuvent aussi rejeter ce mode d'administration.

La piqûre est un acte qui peut générer une certaine forme d'aversion sans pour autant faire barrière. Christine n'aime pas plus les piqûres que son compagnon, pourtant, en couple, ils auront une importante consommation de BHD en injection : « *Franchement, les piqûres, j'aimais pas, chaque fois qu'il me le faisait... pff! D'ailleurs lui non plus n'aime pas les piqûres, [...] c'est paradoxal hein ! Mais y'avait que comme ça que ça montait quoi ! Que vous le ressentiez de suite, à fond* ».

Il semble que ce ne soit pas tant la peur des seringues que l'identification au toxicomane, qui empêche l'injection. Ainsi, Léo 22 ans, qui se fait shooter depuis deux mois, explique qu'une fois les représentations de l'injection et des injecteurs banalisées, on peut composer avec la peur de l'aiguille : « *[l'injection] Aaah ! J'aimais pas ça. [...] C'est-à-dire qu'au bout d'un moment, on ne le voit plus pareil [...] moi la seringue, je la voyais... c'était vraiment les gens... à part quoi... C'étaient les toxicomanes, c'étaient les rebuts quoi... [...] C'est qu'à force de le voir tous les jours, ça devient banal !* ».

Pourtant l'aiguille reste encore un sujet d'appréhension, mais ça n'empêche pas de franchir le pas : « *Ah, je ferme les yeux à chaque fois qu'on me plante l'aiguille (rire)...* » (entretien N°2). Cet exemple de début d'injection par la BHD montre clairement que l'injection, par-delà la substance, fonctionne actuellement comme représentation principale de la toxicomanie. Le recours à la voie veineuse implique de composer avec une image sociale très chargée, fascinante et repoussante à la fois.

Le choix de la voie veineuse trouve à se justifier de plusieurs manières par les usagers eux-mêmes qui, s'agissant de la BHD, invoquent tour à tour les inconvénients des autres modes

<sup>56</sup> 4 fois plus d'injecteurs que d'usagers utilisant principalement la voie sublinguale.

<sup>57</sup> Lancer : injecter.

<sup>58</sup> Espaces festif et urbain, voir note 39.

d'administration et le gain qu'il y a à s'injecter le produit. Ainsi, dans l'enquête, certains éléments justificatifs se dégagent :

- les effets ressentis lors de l'injection ;
- le goût désagréable de la BHD lors de prises par voie sublinguale ;
- la sensation désagréable lors de prises par voie nasale.

Jean, primo-pharmacodépendant, est un expérimentateur de substances psychoactives « rigoureux » qui n'a qu'une ligne directrice : « la défonce ». Ainsi, a-t-il expérimenté les trois principales façons de consommer de la BHD : « *Au début [...] j'ai essayé sous la langue... ça me défonçait, mais je ne trouvais pas ça fameux... En sniff, ça m'explosait le nez, je trouvais ça naze... Par contre, moi, je voulais essayer les trois façons, quand j'ai essayé la façon en shoot, putain ! Je vois le truc qui te monte direct et tout ! Je me suis dit : c'est excellent ! Je continue comme ça* ».

#### *Le goût du Subutex® : une autojustification ?*

Les injecteurs se plaignent du goût « amer » du Subutex® lors des prises sublinguales et des sensations désagréables du sniff : « *Ça t'explose le nez* ». Ainsi, plusieurs usagers de l'enquête témoignent de violentes douleurs que le sniff de BHD leur a occasionnées. Pourtant, les usagers qui utilisent principalement la voie nasale en font peu état.

Le goût du Subutex®, dans son utilisation sublinguale, est considéré comme très désagréable par un nombre important de personnes au sein de cet échantillon, la plupart des répondants en ont spontanément parlé au cours de l'entretien. Le mauvais goût du Subutex® sert de justification aux usagers pour expliquer le recours qu'ils ont aux trois autres modes d'administration réprouvés par le système médico-social. Aux mauvaises pratiques des usagers s'objecte le mauvais goût du médicament.

« *Je l'ai pas mis souvent sous la langue [...] parce que c'est dégueulasse. Après... quand on le prend en rail et ben... c'est pareil, c'est dégueulasse, ça prend tout le nez et puis... ça fait mal quoi... donc de toute façon, le Sub, ben la meilleure façon, c'est de... l'injecter* » (entretien N°6).

À croire que « *c'est fait exprès pour qu'on l'injecte* » est une représentation repérable dans les discours des usagers qui les exonère d'une partie du jugement social qui pèse sur les injecteurs. Tony illustre cette question en filigrane lorsqu'on parle des différentes façons de s'administrer la BHD : « *Déjà le goût affreux, vraiment dans le nez, c'est dégueulasse. Et quand vous le prenez dans la bouche, c'est dégueulasse aussi... C'est quelque chose que je comprends pas, pour les médicaments, ils font des parfums, fraise et tout, pour les sirops pour les gamins, mais ils sont pas capables de faire un truc comme ça pour les cachets... ?* ».

Marlène explique les impossibilités à le prendre autrement qu'en injection :

- *Vous avez tout le temps injecté ou vous avez pris d'autres méthodes de temps en temps ?*
- *Non, je n'ai jamais sniffé parce que ça me bouchait le nez et alors carrément, par la bouche, je le vomissais...*
- *Vous avez essayé sous la langue ?*
- *Ouais, je n'y arrive pas ! Je ne supporte pas le goût... Je n'y arrive pas, rien qu'à cause de ça, je le faisais par injection parce que je n'ai jamais supporté le goût... ».*

Plusieurs personnes rencontrées se plaignent du fait que l'usage sublingual leur provoque des nausées. L'une d'elles qui, après avoir fumé le Subutex®, le sniffe, explique son impossibilité à le prendre sous la langue : « *J'arrive pas... Dès que je le mets, je vomis* » (entretien N°16).

Pourtant, de nombreux usagers ont recours quotidiennement à cette voie et certains peuvent s'accommoder du goût du Subutex®, durant plusieurs mois, puis passant à un autre mode d'administration, invoquer cette particularité désagréable comme une raison de leur nouveau choix. C'est le cas de Léo.

La voie sublinguale est aussi repoussée par les injecteurs pour qui les effets sont insuffisamment ressentis et qui se sentiraient en état de manque s'ils utilisaient ce mode

d'administration. Ismaël injecte depuis plusieurs années de la BHD et il décrit cette impression d'être en manque en cas de prise sublinguale : « *Par exemple, je suis en manque le matin, [...] je me dis : "Allez, je vais pas me faire un shoot, je vais le prendre sous la langue..." [et] je transpire et tout, j'suis pas bien... [...] J'ai l'impression, [que] quand je le prends par la bouche... [...] c'est encore pire !* ».

Discours autojustificateur, certainement, car si les voies orale et nasale présentent des désagréments, l'injection ne va pas non plus sans poser problème.

### *L'injection, un choix coûteux*

Parfois, la situation déplorable de l'état veineux, due aux injections répétées, rend difficile le recours à la voie injectable et incite à recourir temporairement à d'autres voies : « *C'est que moi, comme ça fait un petit moment que j'en prends, ben ça a commencé à bien boucher mes veines et ben, y'a des jours où je galère bien pour l'injecter...* » (entretien N°6).

Cette « galère », plusieurs usagers en parlent dans les entretiens, qu'il s'agisse d'eux, ou d'un proche. Louis parle de sa copine et de la situation catastrophique de sa consommation sur le plan veineux : « *Elle avait cinq ans de Sub derrière elle... plus de veines ni aux mains ni aux bras, ni partout... Elle shootait dans les jambes... Je l'ai vu passer trois quatre heures pour se shooter, pour trouver une veine...* ».

Si les problèmes d'injection de la BHD constituent souvent un motif pour arrêter, les difficultés que cela représente pour l'usager peuvent durer parfois assez longtemps, à l'instar de Christian : « *Pourtant j'ai galéré pendant deux ans sur trois [...] il m'arrivait de passer deux heures pour me faire un shoot quoi ! Ça me prenait un temps fou !... [...] mais, c'est pas pour ça que je voulais arrêter...* ». De même, Élise et Marlène, Ismaël, Tomas, Darius et Louis, bien qu'ils rencontrent des problèmes importants, poursuivent leur pratique d'injection. Le choix de l'injection est coûteux tant sur le plan sanitaire (problèmes veineux), que psychologique (estime de soi), que social (relation avec les autres). C'est un choix qui engage souvent l'usager dans ses conséquences à moyen terme.

### *Un choix difficile à dire*

Les usagers injecteurs justifient essentiellement le choix de l'injection par opposition aux autres modes d'administration et à leurs défauts. Mais dans leur discours, l'injection est de loin le mode d'administration qui pose le plus de problèmes. Il y a là un hiatus que seul une raison positive pour rendre compte de ce choix pourrait combler. Or, c'est précisément cela qui fait défaut, il y a une composante irrationnelle, indicible, difficilement explicable à soi-même et à l'autre dans le choix de l'injection du Subutex® pour un usager non substitutif. Car par-delà les disqualifications des autres modes d'administration et les problèmes que cela peut occasionner, l'injection produit un effet particulier dont parlent tous les injecteurs rencontrés : « *Ça tapait plus vite et plus fort quoi. [...] les effets sont plus rapides avec l'injection. [...] un... Scataplow ! (en riant) Je sais pas. Un Taouw ! Dans la tête qui donne d'un coup quand on l'injecte. Ça monte très vite et ça fait... un Bang ! Quand on passe le mur du son. C'est un coup direct* ». Tous n'ont pas le langage d'Oscar, inspiré par la bande dessinée, mais les usagers parlent « d'une montée de l'effet », d'un effet qui arrive rapidement et de façon plus intense. Et le langage reste désespérément court pour dire un plaisir qui justifierait la « galère » dont ils nous parlent.

### *Mise en place de l'injection*

L'injection de BHD peut démarrer très rapidement, sans être forcément l'aboutissement d'un processus. « *La première fois que je l'ai pris, c'était en rail, [...] le lendemain, je l'ai pris en shoot. [...] Je l'ai pris tout de suite en shoot, j'aimais pas prendre des rails... La seringue, je savais comment la préparer* » (entretien N°29).

Parce que parfois les sujets connaissaient l'injection avant, pour l'avoir essayée avec d'autres produits, comme par exemple Stephan, originaire de l'Est de l'Europe, qui avait injecté des amphétamines avant et dont l'interprète dira : « *En fait la première fois, il était avec un copain et il a pris un quart de cacheton, mais [...] il a dit qu'en fait il connaissait la piqûre [...] qu'il n'avait pas peur parce qu'il a essayé déjà les amphétamines par la piqûre.* ». Rappelons que 21 sur les 46 injecteurs primo-consommateurs et primo-pharmacodépendants de l'enquête « usagers de structures de première ligne » avaient injecté avant la consommation de BHD. C'est-à-dire que 4 primo-consommateurs et 17 primo-pharmacodépendants sur 46 avaient déjà utilisé la voie veineuse *au cours de la vie* avant de rencontrer la BHD.

Mais le fait de ne pas connaître l'injection au préalable n'est pas un obstacle. Marlène rencontre le Subutex® par le copain avec qui elle vit, elle explique : « *Au début, [...] je faisais ça [l'injection] peut-être une fois par semaine... [...] Parce qu'il voulait pas que je prenne plus de toute façon... Et peu à peu, j'ai commencé... Je lui faisais la comédie pour en prendre deux ou trois fois par semaine et à la fin il voulait plus quoi... Donc je lui piquais les cachets et j'allais me le faire moi-même... [...] La première fois toute seule, ça a été en injection dans les toilettes. [...] Ça a été très dur... Très, très dur ! (rire)...* ».

Le couple est un contexte qui favorise l'adoption du mode d'administration de l'autre. Christian qui démarra dès le début l'injection de Subutex® avec sa copine n'a pas perdu de temps :

- « - *Et vous le preniez comment ? En injection ?*
- *Ouais, ouais, tout le temps.*
- *Tout de suite ?*
- *Tout de suite, tout de suite ».*

De fait, 14 des 46 injecteurs primo-consommateurs et primo-dépendants de l'enquête « usagers de structures de première ligne » ont démarré l'injection la même année que leur consommation ou leur dépendance.

### *BHD et injection, la fascination de la toxicomanie*

Dans de nombreux squats, l'injection est une pratique répandue qui fait l'objet de pratiques ritualisées fascinantes pour certains jeunes usagers (Léo, Élise). La répétition de la vision de scènes d'injection banalise cette pratique, mais crée une fascination ambiguë, faite d'envie et de dégoût : « *J'étais dans un autre squat aussi et je ne me shootais pas, mais [...] tout le monde dans le squat se shootait, et c'était du style, [...] huit heures du soir [...] on se mettait tous dans le salon, il y avait un fauteuil avec une table au milieu, on se mettait tous autour ça me fait penser [...] normalement à huit heures du soir, tout le monde se met autour d'une table pour manger et là, tout le monde se mettait autour de la table pour faire ses "pains*<sup>59</sup>*" [...] pour se shooter, pouf ! c'était, [...] hallucinant quoi ! [...] ça m'a quand même un peu marquée. [...] il faut voir, [...] dix personnes en train de se shooter, de se faire des trous, tout ça, parce qu'il y en a qui n'y arrivent pas, qui galèrent [...] voir les personnes se piquer quand même, il y a des trous, y a du sang partout, tout ça, c'est [...] un petit peu écœurant aussi.* » (entretien N°6).

Pour certains jeunes en errance, l'injection symbolise la drogue et par métonymie la toxicomanie. Pour Élise, l'injection passe avant le produit que contient la seringue. Et peu importe le produit si l'injection nous fait toxicomane : « *je regardais en fin de compte et je crois que j'avais envie d'essayer... Je crois que j'avais envie (elle sourit). [...] Je sais que j'étais attirée... pas par le produit [...] j'étais juste attirée par la drogue [...] Je ne sais pas pourquoi [...] mais je sais que j'étais attirée déjà avant [...] de toute façon, je ne sais pas mais je pense qu'à quatorze ans, je savais déjà [...]. Mais bon, je me suis jamais dit dans ma tête : "tiens un jour je vais faire ça hein !... " Quand même (elle rit).* »

<sup>59</sup> Pain : shoot, injection.

Pour Élise, ce n'est pas le produit en tant que molécule qui compte, c'est le produit en tant qu'il représente l'idée de drogue. Dans ce cas, elle fait fonctionner le Subutex® en place de drogue. En effet, si la drogue en tant que symbole est un déterminant pour le sujet, pas besoin d'aller chercher très loin pour remplir cette fonction dans la réalité, le Subutex® peut très bien faire l'affaire.

### Modalités d'approvisionnement pour les usages de BHD non substitutifs

La comparaison dans l'enquête par questionnaire auprès des usagers de structures de première ligne montre une différence dans les modes d'approvisionnement entre les usagers substitutifs et non substitutifs.

**Tableau 17 : Modes d'approvisionnement au cours du mois ayant précédé l'enquête parmi les usagers substitutifs et non-substitutifs consommateurs de BHD en France en 2002**

	non substitutifs		substitutifs		Test
	%	n	%	n	
Prescription	58,0 %	51	44,7 %	122	
Hors prescription	17,0 %	15	18,3 %	50	ns (p=0,07)
Les deux	25,0 %	22	37,0 %	101	

Données OFDT, exploitation ORSMIP/GRAPHITI

Paradoxalement, les usagers non substitutifs semblent globalement avoir plus recours au circuit médical et moins utiliser l'approvisionnement « hors prescription » que les usagers substitutifs. Ce chiffre confirme que le fait de ne pas être héroïnomane n'est pas un obstacle pour pouvoir bénéficier d'une prescription de Subutex®. Et par ailleurs, rappelons que parmi les usagers de structures de première ligne, moins d'un usager de BHD sur deux utilise exclusivement le circuit médical<sup>60</sup>.

Au sein de la population des structures de première ligne, les usagers non substitutifs se distinguent en matière d'approvisionnement de la BHD : ils sont plus d'un sur deux (58 % vs 44,7 %) à avoir recours uniquement à une prescription.

Dans ce groupe, le poids des usagers qui ont démarré une dépendance à la BHD après une période sans consommation d'opiacés (usagers non substitutifs, non consécutifs) est un facteur d'explication. En effet, lorsqu'on isole ce groupe des usagers non substitutifs pour le comparer aux usagers substitutifs, ils sont beaucoup plus nombreux (71,9 % vs 44,7 % p<0,01). Chez les primo-pharmacodépendants, ils ne sont plus que 51,1 % vs 44,7 % pour le groupe témoin (la différence du mode d'approvisionnement entre les primo-dépendants et les substitutifs n'est pas significative, p=0,70).

Les usagers devenus pharmacodépendants à la BHD après avoir connu une interruption dans leur consommation addictive aux opiacés, sont plus âgés, mieux insérés, et présentent globalement moins de problèmes et de comportements à risque que les autres usagers de BHD. La démarche d'approvisionnement par prescription médicale est cohérente avec les caractéristiques de ce groupe d'usagers.

<sup>60</sup> *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002*, quatrième rapport national du dispositif TREND, BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., GIRAUDON I., BONNET N., OFDT, Paris, 2003.

### *Disponibilité de la BHD sur et hors prescription*

On le voit, les médecins sont présents dans l'approvisionnement des usagers non substitutifs et 23 usagers sur les 34 de l'enquête par entretiens y ont recours : 11 exclusivement et 12 utilisant également un circuit hors prescription. 11 sur les 34 usagers rencontrés ne s'approvisionnent qu'en dehors de prescription.

Un marché clandestin du Subutex® existe sur tous les sites rencontrés, et s'il est possible de se procurer de la BHD à peu près partout, chaque site ne semble pas proposer un même niveau de disponibilité de produit. Phil qui a circulé dans l'est et le sud de la France, n'a guère eu de problème pour s'approvisionner : « *J'ai pu en trouver à Toulouse, j'ai pu en trouver à Metz, j'ai pu en trouver dans les Vosges...* ». D'après lui, « *dans toutes les villes de France où on pourra aller, c'est sûr qu'on en trouvera.* ». Mais tous les usagers ne souhaitent pas se fournir dans la rue, car cette modalité occasionne des difficultés et suppose une certaine habileté sociale : « *Je n'ai aucune idée. Je ne sais pas si ça se vend en comprimé, à la boîte, je ne sais pas combien ça se vend... [...] parce que je veux avoir la dose tranquillement, je ne veux pas galérer* » (entretien N°13).

Car, quoi qu'il en soit de la disponibilité importante de la BHD<sup>61</sup>, se fournir dans la rue représente une difficulté du fait de l'inconnu, des aléas et des risques que cela suppose.

Tony, qui circule dans toute la France, n'a rencontré aucune difficulté dès lors que ses droits étaient en règle. « *Dès l'instant où j'ai commencé à faire mes papiers, ben là, j'ai pu trouver un médecin assez facilement [...] parce que vous allez dans n'importe quel endroit, [...] y a très peu de médecins qui vont vous dire non [...] pour le Subutex®...* ». Parmi les personnes rencontrées, les prescriptions médicales jouent un rôle important dans l'approvisionnement de ce type d'usage.

Les usagers de l'échantillon ne rencontrent pas de difficultés pour s'approvisionner par prescription médicale, tant lors de l'initialisation du « traitement » que dans sa poursuite.

### *Médecin, usagers de drogue et usages non substitutifs : les malentendus de la relation*

« *... y'avait pas de relation vraiment patient/médecin, c'était plus : "Salut, va prendre le traitement ; tiens voilà ta vignette, salut !". La première fois, il fait semblant de poser les questions et moi je fais semblant de lui répondre : "Oui, j'suis toxicomane, euh, j'consomme quoi ? " Je savais combien de grammes d'héroïne j'allais lui dire pour qu'il me prescrive tant de truc...* » (entretien N° 18).

D'une certaine façon, certains médecins ne se comportent pas de la même manière avec le patient usager de drogue qu'avec les autres patients. Mais les usagers de drogues, lorsqu'ils vont chez le médecin afin d'obtenir une prescription de Subutex®, attendent-ils toujours d'être traités comme n'importe quel autre patient ? Ce n'est pas sûr, en tout cas, pas pour ceux qui s'inscrivent dans le mésusage. Tony répond clairement à cette question : « *j'ai jamais eu vraiment de relations avec les médecins. Je suis pas le genre à m'ouvrir à ces gens-là* ».

Louis, usager non substitutif de vingt-quatre ans, envisage de façon très simplifiée ses relations au médecin : « *Ben moi ce que je voudrais c'est que quand je rentre, il met l'ordonnance sur le coin de la table et que je parte tout de suite...* ».

Dans le cadre d'une prise en charge médicale globale, la BHD fonctionne comme un médicament. Alors que dans le cadre de l'usage non substitutif, tout se passe comme si des médecins qui ne se comportent plus comme des médecins, face à des « malades » qui ne se considèrent pas comme des patients, prescrivaient un médicament qui ne fait pas traitement, mais drogue.

---

<sup>61</sup> Voir Rapport TREND 2001 et 2002, op. cité.

### *L'usage non substitutif renouvelle la relation médecin/usager de drogue*

Même lorsqu'un usager s'inscrit dans le mésusage (injection, polyprescription, polyconsommation), il peut souhaiter être considéré comme un patient et engager avec son médecin une relation de confiance de type soignant/soigné (Élise). Parfois un usager peut avoir des relations de type client-fournisseur avec un praticien et se situer dans un rapport soignant-soigné avec un autre.

Samuel classe les médecins en deux catégories : « *Y'a les docteurs qui te suivent vraiment comme [...] le docteur D, qui suit mon fils, qui a essayé de nous aider à moi et Sylvie [...] Y'a qui' là qu'est obligé de prescrire du Sub à tous ses clients qui viennent, parce que voilà il est là pour prescrire du Sub [...] Parce que les mecs, ils viennent chercher...* ». La représentation de Samuel est que certains médecins préfèrent que les usagers consomment du Subutex® plutôt que de l'héroïne et de ce fait ferment les yeux sur le trafic. « *À mon avis, un docteur préfère voir un mec qui prend [...] plus de Sub que de la came tout le temps, tout le temps. [...] moi j'ai l'impression que certains docteurs savent que les mecs ils viennent chercher du Sub rien que pour le revendre [...] Mais il va quand même le prescrire. Pour moi, ça, c'est un mauvais docteur.* »

Le type de rapport avec le médecin évolue avec le temps. Lorsqu'il était dans une logique de défonce, Ismaël ne rencontrait que des « *charlatans* » qu'il considérait aussi « *malhonnêtes* » que lui : « *J'suis allé voir un médecin charlatan comme il y en a beaucoup. [...] des toxicomanes qui se servaient chez [lui] m'en avaient parlé]... je suis arrivé à un point où j'avais une mutuelle, des vignettes, et les médecins, ils abusaient quoi, ils te marquent ce que tu veux, [...] Vraiment des charlatans !* ».

Dans la représentation de certains usagers, l'abus provient de ce que le médecin prescrit et non de ce que l'usager demande. Puis, évoluant progressivement vers une sortie de l'usage de type toxicomane, le médecin devient, à ses yeux, en miroir de sa propre image, respectable et digne de confiance.

Au fil du temps, Ismaël a changé son attente à l'égard du médecin. Un jour, sur les conseils d'un autre usager, il va rencontrer un « *médecin différent* », sans s'apercevoir que lui aussi a changé. Car des médecins tout au long de ces années, il en a « *croisé* », il a même établi une statistique personnelle où d'après lui, « *6 sur 10 sont à peu près cleans* ». Mais cette fois, il se passe autre chose : « *... Y'a trois ans et demi, [un] qui a cherché à me suivre, qui a cherché à me faire faire une psychothérapie et tout ça, quelqu'un de sérieux quoi* ». Mais l'aurait-il accepté quelques années plus tôt ?

Le médecin, dans la représentation de l'usager, est celui qui devrait ne pas répondre à ses demandes abusives. Mais que se passe-t-il lorsqu'il s'y refuse ? « *Y a des médecins qui m'ont dit : "Non, je ne prescris pas du Subutex®" (il rit). Voilà quoi, donc logiquement [...] ils ont le droit de le faire.* » (entretien N°29). C'est leur droit, en effet, mais gagnent-ils en estime pour l'usager ? Tout dépend. Dans ses moments de lucidité, l'usager sait et demande des limites à ses comportements destructeurs, à l'instar de Christine qui vient d'intégrer un programme méthadone et qui souhaite « *que les médecins ne [...] prescrivent pas si facilement que ça... Que ça soit plus, plus sévère.* ». Mais emporté par la toute puissance que confère le produit, l'usager voit le médecin devenir celui qui ne comprend pas sa souffrance et les difficultés qu'il vit. Les praticiens connaissent bien les réactions d'agressivité et les manœuvres pour culpabiliser celui qui refuse de prescrire.

Dans le cadre de l'usage non substitutif, dans de nombreux cas, l'usager sait qu'il trompe le médecin qui perd de ce fait, tout crédit à ses yeux. Lorsque l'usager fait le choix du mensonge pour obtenir sa prescription de BHD, d'une certaine manière, il se retrouve dans le type de relation médecin-usager que vivait l'ancien héroïnomane lorsqu'il venait, en son temps chercher ses prescriptions.

### *Première prescription de BHD dans le cadre d'usages non substitutifs*

Dans bien des cas, il suffit de se déclarer toxicomane pour que la prescription s'amorce. Pour Phil qui connaissait le Subutex® qu'il se procurait dans la rue, et qui sortait d'un bref mais intense épisode de consommation de cocaïne au moment de la première prescription, le « jeu » ne fut pas très difficile. Car l'interrogatoire du médecin consiste le plus souvent à faire préciser les consommations antérieures et à s'assurer de l'existence de quelques signes de pharmacodépendance. Il n'hésita pas à se présenter comme polytoxicomane dépendant à l'héroïne, en s'appuyant sur son expérience toute récente de consommation de cocaïne : « *J'en prenais un gramme [cocaïne] par jour quoi, pendant... deux, trois [jours]. Ben, il pose pas trop de questions à part savoir les douleurs physiques... que je connaissais et puis que j'ai répondu malgré que je ne les avais pas...* » (entretien N°5).

D'autant que le « rôle » est travaillé avant avec des usagers déjà passés par-là. « *On m'avait dit : " tu dis que tu es héroïnomane, que tu prends 1 à 2g par jour [...] tu dis que tu veux arrêter, que tu veux un traitement de Subutex® et les médecins, ils lâchent quoi..." Et c'est vrai que ça se passe comme ça...* » (entretien N°29).

Marlène savait aussi ce qu'elle devait dire pour obtenir sa prescription : à 20 ans, enceinte, elle tente sa chance après avoir assisté à une consultation où son ami se fait prescrire. « *Je suis pas allée voir le même médecin, mais j'ai raconté la même bourde quoi... Le médecin me l'a prescrit sans aucun problème...* ».

Pour une partie des médecins rencontrés par les usagers, il semble que l'absence de pharmacodépendance à l'héroïne ne soit pas un problème pour initialiser une prescription de Subutex®. De l'avis de tous les usagers rencontrés, la première prescription est facile à obtenir.

Un des répondants avait tout juste 17 ans lors de sa première prescription : « *Je lui ai raconté que je prenais de l'héroïne, que je tapais 2-3 g/jour... et il m'a prescrit du 16mg... D'entrée...* » (entretien N°2). Il n'est pas le seul dans ce cas, Tony a obtenu la dose maximale recommandée au premier rendez-vous, sans examen particulier : « *La première fois que j'ai vu le médecin, il m'avait jamais vu, je lui ai dit : voilà, j'ai pris ça et ça, il m'en a prescrit deux 8 par jour... [...] Ça s'est passé en cinq minutes, ni examen, ni prise de sang... [...] Il ne me connaissait ni en noir ni en blanc, le médecin [...] la fois d'après je suis revenu la semaine suivante et après c'était une fois toutes les deux semaines, puis après c'était une fois par mois... [...] Si il avait su que je n'avais jamais touché à l'héro de ma vie, peut-être qu'il me l'aurait pas donné.* ».

D'une part, certains médecins, en l'absence de problème de toxicomanie, semblent « suivre » le choix de leur patient de l'automédication par le Subutex® en le confirmant par une prescription. Et, d'autre part, la régulation d'une dépendance à la BHD, initiée hors champ médical, peut suffire à engager la prescription. La dépendance à la BHD et les motifs de cette automédication suffisent pour initialiser un traitement médical. Comme l'expliquent certains médecins, la substitution ne consiste pas seulement à remplacer un produit par un autre, mais à proposer un médicament efficace à un patient. En situant la prescription de BHD en dehors de la démarche substitutive, l'absence de pharmacodépendance aux opiacés n'est plus un problème pour prescrire du Subutex®.

D'autant plus que la capacité de la BHD à générer une dépendance vient renforcer la justification à prescrire. En effet, lorsque le patient rencontre le praticien, il peut arriver qu'il soit déjà dépendant au Subutex® après une initialisation hors champ médical. Dès lors, ce n'est pas une molécule que l'on substitue à une autre, mais une délivrance médicalisée que l'on substitue à un mode d'approvisionnement illégal.

C'est ainsi qu'Élise a joué « franc jeu », mettant en avant sa réalité sociale de consommatrice pharmacodépendante à la BHD : « *Je lui ai dit que j'avais besoin de Subutex® parce que j'en consommais tous les jours. [...] que je l'achetais dans la rue [...] et [...] j'en ai marre de payer, de toute façon, j'ai pas d'argent [...]. C'est illégal, donc à la place de donner des sous*

*à des dealers, je préfère venir chez vous prendre mon truc... En fin de compte, c'est tout simple hein ! (elle rit) Je me suis pas cassé la tête... ».*

Ensuite, la première prescription fonctionne comme un précédent qu'il n'est pas simple de remettre en cause. L'usager arguant de son droit légitime à bénéficier d'un « *traitement qu'il a déjà eu ailleurs* » et le médecin ne déjugeant pas facilement un confrère : « *De toute façon, si ce n'est pas moi qui prescris, il ira en voir un autre* ». Ces propos traduisent un état de fait général qui légitime un comportement médical que certains praticiens semblent implicitement déplorer.

Dans le cadre de l'usage non substitutif, trois types de stratégies sont envisagés par les usagers pour obtenir une prescription médicale de BHD :

- Le mensonge sur une dépendance ou une consommation d'opiacés
- La demande de régularisation d'une dépendance à la BHD initialisée hors cadre médical
- La présentation d'une « réalité » médicale, psychologique et/ou sociale qui, parallèlement à des consommations de substances psychoactives, « justifierait » un « traitement » de BHD.

#### *« Limiter la casse »*

Paradoxalement, la facilité d'approvisionnement que procurent les prescriptions médicales peut pousser des usagers engagés dans des logiques toxicomaniaques avec lesquelles ils souhaitent prendre une distance, à retourner dans la rue, car s'y fournir reste plus difficile, plus risqué et plus aléatoire. En effet, certains injecteurs multiplient les prises quotidiennes, notamment lorsqu'ils vont mal. Ils sont alors dans des logiques où « plus ils en ont, plus ils injectent ».

Samuel explique comment il est simple de se procurer des quantités importantes de BHD, mais aussi comment il est difficile de ne pas consommer beaucoup, lorsqu'on en dispose : « *Alors, j'explique. [...] c'est qu'en fait quand je suis parti deux mois, j'ai eu un traitement. Un docteur m'a fait un traitement pour un mois, un deuxième docteur m'a fait un traitement pour un mois, un troisième docteur m'a fait un traitement pour un mois. Ça fait beaucoup de boîtes, c'est que j'ai pas eu assez ! J'ai consommé é-nor-mé-ment de Subutex® [...] Au moins quatre Subutex® par jour. [...] Et au moins la moitié par intraveineuse. Parce qu'à l'époque j'avais des veines, je pouvais me piquer n'importe où* ».

Dans les moments où ils souhaitent baisser leur consommation, la rue peut alors devenir « un garde-fou ». Jean explique très clairement cette logique de « limiter la casse » qui le pousse à ne pas avoir recours à une prescription médicale et poursuivre son approvisionnement de rue :

*« - Je peux pas faire médecin, parce que si je fais médecin, c'est n'importe quoi... Je vais en prendre [...] j'essaie de me limiter, de ne pas en prendre trop... Donc moi, les jours [...] où y'en a pas [...] ça m'arrange, je me dis dans ma tête : tant mieux, je vais essayer de pas en prendre aujourd'hui... [...] Bon, je me démerderai pour en prendre quand même une moitié, mais ça m'a limité... [...] Je limite la casse quoi... Parce que si je m'écoutais... [...] j'en prendrais bien trois ou quatre par jour hein... Rien que pour me faire... [une injection] C'est ce que je faisais à une époque quand je prenais quatre Sub par jour, c'était réglé comme une horloge, toutes les huit heures un Sub... J'aurais tendance à faire pareil si j'en avais sans arrêt sous la main... Donc je me limite...*

*- Mais ce serait plus facile, tu ne le paierais pas !*

*- Ouais, justement, j'en prendrais plus... ».*

Véritable aporie, cette situation est pourtant décrite par plusieurs usagers de l'enquête, à l'instar de Marlène : « *On va les acheter dehors quoi... Mais en même temps c'est un mieux, parce que plus vous allez chez le médecin qui va vous le prescrire... Tandis que là, je suis obligée de modérer ma consommation sur le fait que je l'achète* » (entretien N°3).

Pour certains usagers, paradoxalement, cette facilité d'obtenir une prescription devient un problème : « *J'l'achète dans la rue, j'n'ose plus aller voir un docteur. C'est clair. Je sais que je peux aller voir, dans la journée, cassé... Je peux me faire quarante boîtes par jour. [...] si*

*je fais cinq docteurs dans la journée à huit boîtes par docteur, ça me fait quarante boîtes [...] je connais les docteurs qui marquent [...] Mais, j'ai pas envie... »* (entretien N°8).

Ainsi la facilité d'obtention peut représenter l'angoisse de ne plus pouvoir maîtriser sa consommation. Manuel, pour qui l'idée d'être dépendant est difficile à supporter se refuse à aller chez un médecin pour obtenir une prescription qui symboliseraient sa dépendance : « *C'est-à-dire que si tu franchis cette étape, si t'as un traitement, tous les jours tu vas prendre du Subutex® donc là vraiment quelque part, tu vas être dépendant pour de bon. Tandis que de la manière dont ça se passe, y a des fois deux trois jours sans rien. C'est dur, c'est dépression, tout ça, mais au moins t'es là, tu te bats quoi... »* (entretien N°33).

Cette facilité pour obtenir du Subutex® peut, contre toute attente, poser problème aux usagers qui s'inscrivent dans des processus de défonce et notamment aux injecteurs. Elle peut représenter pour d'autres qui l'utilisent dans une perspective d'automédication ou de gestion de leur addiction, un certain confort : « *Parce que moi je bosse, j'ai pas l'temps pour descendre l'acheter et tout. Juste une fois dans le mois ou quinze jours... j'ai ma consommation [...] je sors plus, je travaille, je rentre, [...] et je dors tranquille... »* (entretien N°16).

#### *Articulation de l'approvisionnement médical et hors prescription*

Dans la rue ou sur prescription médicale, quelle que soit sa source, l'approvisionnement en BHD ne semble pas poser de difficultés aux usagers non substitutifs. Loin de s'opposer, approvisionnements clandestin et médical se complètent et s'articulent : les limites de l'un justifiant la place de l'autre. Face au médecin qui ne prescrit pas suffisamment ou trop, se procurer de la BHD hors prescription apporte à l'usager une forme de régulation en complétant ou limitant son approvisionnement. De son côté, l'approvisionnement illégal, amoral et dangereux, donne des arguments pour légitimer la prescription médicale.

### **La BHD et les autres opiacés**

Le Subutex® s'articule aux autres opiacés de multiples manières. Il précède parfois la rencontre avec l'héroïne qui, chez certains usagers, viendra reléguer ensuite la BHD en place de gestion voire de traitement d'une dépendance ; et dans d'autres cas, il restera le principal produit aux avantages certains, que l'héroïne ne saura supplanter. Il arrive que l'héroïne ou un autre opiacé (sulfates) soit premier, mais le Subutex®, par ses qualités pharmacologiques et économiques, sera le produit qui prendra la place essentielle, laissant aux autres, au mieux, la possibilité de faire les « extra ». Toutes les combinaisons sont envisageables et l'enquête montre que de nombreuses sont possibles.

#### *Dans la rue, les chemins des opiacés mènent au Subutex®*

Oscar a vécu en Amérique du Sud. Il était là-bas polyconsommateur de cannabis et surtout de cocaïne. Durant cette période, il a fait aussi des expériences avec les hallucinogènes. Depuis qu'il vit dans la rue, en France, il est surtout bien accroché à l'alcool.

Une rencontre amoureuse l'introduira à l'univers des opiacés et à l'injection. Une seule injection de sulfate de morphine et en quelques jours, la BHD, premier opiacé de l'espace urbain, deviendra son produit principal, avec lequel un processus de destruction va se mettre en place.

*« Une copine à moi, [...] m'amène chez elle. [...] un moment après l'amour, elle a pris du Moscontin®<sup>62</sup> pour s'envoyer. Et puis elle me l'a proposé en croyant que j'étais dans le speed aussi et puis moi pour faire le "monsieur", [...] j'ai voulu essayer [...] Alors elle m'a fait le shoot et tout. [...] j'ai bien aimé le délire. [...] après en discutant [...] avec des copains [ils]*

<sup>62</sup> Moscontin® : sulfate de morphine.

*me disaient : "Ouais, le Sub, c'est presque pareil, c'est même mieux. [...] Si tu te l'envoies, le Sub, c'est mieux que le Moscontin®". »*

Dès le lendemain, Oscar cherche du Subutex®, d'abord hors prescription, puis sur les conseils avisés de ses copains de la rue, il se le fera prescrire. Si la BHD a aidé Oscar à limiter ses consommations d'alcool, en revanche, l'injection de Subutex® a fait des dégâts importants : « *Le Subu, ça m'a pratiquement totalement détruit. [...] C'était vraiment de l'autodestruction massive. Je sais pas, quand je me suis retrouvé un matin, assez lucidement, avec les mains comme ça<sup>63</sup>, que j'arrivais même pas à les plier. J'ai eu une trouille d'enfer.* ».

Polyconsommateurs plutôt urbain que festif, avec des problèmes psychosociaux massifs, la rencontre avec l'injection d'opiacés avait quelque chance de pencher vers la dépendance. Cependant, son cas montre comment, dans la rue, la probabilité de rencontre avec la BHD est importante. En effet, il est difficile aujourd'hui de ne pas croiser le premier opiacé de l'espace urbain.

Le consommateur d'opiacés a bien plus de chance de trouver de la BHD que de l'héroïne dans la rue : « *[Quand j'ai démarré le Sub] c'était plus facile à trouver que de l'héro ou des choses comme ça et j'ai commencé [...] à prendre du Sub sans avoir même jamais pris de l'héro avant...* » (entretien N°29).

La recherche de produit dans la rue ne permet pas toujours de trouver de l'héroïne. Bien souvent, c'est avec de la BHD que l'usager « moins branché » ou malchanceux revient.

« *Disons que des fois, tu pars peut-être plus pour acheter de la rabla<sup>64</sup> et puis en fait tu vas croiser quelqu'un et [...] tu vas pécho le Subu [...] à la place de [la] rabla. Si c'est du 0,4, tu vas en acheter une plaquette et puis voilà quoi. [...] Mais bon, c'est pas encore terrible [...] Le mieux, c'est de pécher un 8 et puis t'es tranquille [...] de toute façon, je trouve toujours hein ! [...] si je suis parti [pour pécho] quelque chose, je reviendrai avec quelque chose quel que soit le temps que ça doit me prendre !* » (entretien N°33).

### *De la primo-consommation à la gestion de l'héroïne*

Certains primo-consommateurs ont découvert l'héroïne après le Subutex® et préfèrent la drogue à son substitut. Cependant, la disponibilité, le coût et la qualité de l'héroïne peuvent décourager le consommateur. D'autant, que le piège de l'héroïne est connu et pour ne pas « tomber dedans », il convient de savoir gérer sa consommation. La BHD est une aide précieuse qui limite et empêche « les dérapages » trop importants avec la « bonne vieille drogue ».

La superposition du Subutex® avec l'héroïne créant des effets de manque, l'usager est obligé d'anticiper ce qui, de fait, limite sa consommation : « *J'ai pris mon Sub aujourd'hui, je vais attendre demain. [Le lendemain] Je prends pas de Sub, je prendrai de l'héro* » (entretien N°32).

Pour certains primo-consommateurs, le parcours se fait en plusieurs étapes : d'abord la découverte du « Subutex® défonce », ensuite la rencontre avec l'héroïne et l'évolution vers la dépendance, enfin la BHD devient un traitement. « *[Le Subutex® au début] c'était la défonce et puis maintenant après l'héro, ça redevient un médicament.* » (entretien N°32).

Mais le jeu entre héroïne et buprénorphine n'est pas si simple à gérer finalement, car la consommation d'opiacés génère de toute façon des troubles qui, à terme, posent des problèmes à l'usager qui doit trancher entre défonce et traitement : « *C'est à cause du Subutex® [...] à la longue [...] J'ai changé [...] Je me sens plus patate [...] je suis moins énergique qu'avant. J'ai l'impression [...] que j'arrive pas à m'exprimer comme je voudrais [...] Je cherche mes mots. C'est vraiment trop chiant, [...] j'ai toujours le cul entre deux chaises. J'ai envie et puis en fait j'y arrive pas, donc en fait [...] J'en prends, j'en prends pas, [...] c'est vraiment dur là. Je sais pas* » (entretien N°32).

<sup>63</sup> Gonflement des mains (lymphoedème).

<sup>64</sup> Rabla : héroïne.

### *Une expérimentation de l'héroïne postérieure à l'usage de la BHD*

Linda rencontre la BHD dans une fête alors qu'elle est mineure. Par la suite, elle a consommé périodiquement du Subutex®. C'est lorsqu'elle se met en couple avec un usager polyconsommateur qu'elle rencontrera l'héroïne : « *Je lui ai expliqué l'histoire du Sub... et il m'a dit : "Mais c'est de la merde ! Tiens prends ça plutôt [l'héroïne], c'est meilleur... je me sentais bien avec la came parce que quand t'es pas habitué au produit, t'as une putain de patate ! J'étais toujours speed. Puis après, [...] en arrivant sur Toulouse, [...] j'avais toujours mon p'tit képa<sup>65</sup>... [...] je me l'autogérais [...] [J'utilisais] plus la fumée que le nez. [...] D'ailleurs lui, il faisait ses lignes de trois mètres de long, moi je faisais des toutes petites lignes... [...] pour que ça me dure le plus longtemps [...] Et puis après à un moment, [...] il a commencé à voir que [...] je tombais amoureuse de [l'héroïne] à [sa] place (rire) je commençais à trop m'investir là-dedans* ».

Dès les premiers signes d'alerte, son ami l'accompagnera dans son intention d'arrêter l'héroïne, ou d'éviter de réellement « s'accrocher ». L'épisode aura duré sept mois sans développer de pharmacodépendance ni à l'héroïne ni à la BHD.

### *Subutex® ? héroïne ? Skenan® ? méthadone ?*

La pharmacologie des opiacés favorise la substitution. Ainsi, un produit peut en remplacer un autre. Cependant, tous n'ont pas la même pharmacodynamie (durée de demi-vie, effets psychotropes) et admettent ou pas l'injection. De plus, leur image dans le champ des usages de drogues varie, connotant l'usager qui les consomme de valeurs qui correspondent plus ou moins bien à son état d'esprit du moment.

Défonce ou traitement, la question est toujours présente, lancinante pourraient-on dire. Chez certains usagers, la confusion entre ces deux registres est à la source des malentendus avec le corps médical. L'usager « se traite » par la défonce et demande au médecin de lui fournir un traitement. Alors que le médecin entend lui fournir un traitement pour arrêter de se défoncer justement...

Tony est représentatif de ce cas de figure. Son parcours est celui d'un primo-consommateur de BHD, devenu injecteur et sévèrement dépendant, qui a substitué la BHD par d'autres opiacés. « *Je suis passé au Sken<sup>66</sup> et à l'héro. [...] Quitte à me shooter, autant me shooter pour me défoncer. Donc voilà pourquoi je suis passé à ces produits-là. L'héro, je la prenais quand je pouvais pas aller à Paris chercher mon Sken.* » (entretien N°29).

Paradoxe, après avoir développé une longue primo-pharmacodépendance à la BHD, Tony utilise le Skenan® détourné de son usage pour se défoncer et l'héroïne pour gérer ses ruptures d'approvisionnement.

Le Subutex® ne produit plus l'effet escompté, mais le renoncement à la défonce et à l'habitude de l'injection n'est pas encore possible pour Tony qui, malgré un traitement à la méthadone éprouve des difficultés à arrêter les autres opiacés. « *Parce que moi, là, si je suis à la méthadone, c'est pas parce que je le veux... Si y avait que moi, je continuerais avec du Skénan®. Mais personne veut me donner un traitement. Moi, c'est le seul truc qui m'aide à avancer, [...] faut que je me sente défoncé, c'est l'habitude, j'ai vécu pour ça, je vis pour ça et voilà, on peut pas me l'enlever, peut-être moins maintenant parce que j'ai une copine qui fait que je me bouge pour elle aussi, [...] mais... quand on vit pour ça, on a du mal à s'en séparer complètement* » (entretien N°29).

<sup>65</sup> Képa : en verlan, paquet de poudre pouvant contenir plusieurs prises.

<sup>66</sup> Sken : Skenan®, sulfate de morphine.

## BHD et psychostimulants : une dynamique complexe

Le Subutex® peut aussi répondre au stress lié à une surstimulation du système nerveux lors de consommations de psychostimulants. La BHD s'inscrit alors dans l'utilisation d'opiacés « pour redescendre », « pour se poser », comme l'héroïne, les sulfates de morphine, le rachacha ou l'opium. Ces usages sont connus<sup>67</sup>. «... beaucoup de gens [...] quand ils sont en descente de quelque chose, ils se prennent un petit Sub parce qu'ils savent qu'ils vont être un petit peu mieux, quoi. » (entretien N°6)

Dans l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002, aucun indicateur ne permet de renseigner précisément la recherche d'effets spécifiques, mais pour plus d'un primo-consommateur de BHD sur deux, l'usage de la cocaïne, de l'ecstasy et du LSD était antérieure au Subutex®. Plusieurs usagers de l'enquête par entretien ont témoigné de leur utilisation de la BHD à des fins de régulation d'hallucinogènes ou de stimulants.

Mais l'usage du Subutex® en lien aux psychostimulants ne s'arrête pas à la simple régulation de leurs effets et s'inscrit, selon les cas, dans des interactions plus complexes.

### *La BHD pour réguler les stimulants*

La régulation de substances psychoactives consiste à utiliser à la suite ou simultanément un produit de pharmacodynamie différente à des fins correctives pour atténuer ou relancer les effets d'un produit initial.

« *Quand on va en boîte, on sort toute la nuit, on bouffe des taz. Quand on revient à la maison, il nous faut de la coke, pour redescendre et après la coke, le Sub. Parce que taz plus coke à la redescente, ça fait un petit effet d'héro. C'est bizarre hein. [...] Et après le Sub quoi. Ça marche bien comme ça.* » (entretien N°32).

Certains associent dans la même prise, en sniff ou en injection, cocaïne et Subutex® dans une nouvelle forme de speed-ball<sup>68</sup> : « *C'est apaisant et speed en même temps. C'est un effet qui est différent* » (entretien N°5).

Le Subutex® peut être aussi un palliatif en cas de cocaïne de mauvaise qualité : « *Des fois, quand on tombe sur une cocaïne nulle. [...] Alors... [...] quand... t'es décidé de passer une bonne soirée, bien défoncé, et ça défoncé pas. Tu es obligé de te rabattre sur... le Subutex®, l'ecsta, tout ce qui défoncé est le bienvenu.* » (entretien N°20).

Caroline préfère injecter la cocaïne et la MDMA, elle réserve la BHD pour gérer les périodes de pénurie. Dans l'idéal, c'est à cette place qu'elle aimerait situer le Subutex® : « *[quand] j'aurais plus de prod [...] je prendrais du Sub* ».

Dans le cas d'épisode intensif, la BHD permet de rompre de façon plus ou moins longue avec les stimulants. L'usage intensif de cocaïne, d'amphétamine ou de méthamphétamine conduit certains usagers de l'espace festif techno ou non, à vouloir temporiser leur consommation.

L'héroïne est un produit utilisé à cette fin par des usagers parfois « fatigués » de cette surstimulation, qui trouvent dans cet opiacé une réponse apaisante.

### *Sortir des psychostimulants par la BHD*

Parfois, la sortie des psychostimulants est définitive et le Subutex® s'inscrit alors comme une alternative à leur abus d'usage. Polyconsommateur de l'espace festif techno, Patrick avait rencontré des problèmes liés à des épisodes de consommation intensive d'ecstasy qui devenaient de plus en plus réguliers. D'abord en se la procurant hors prescription, puis dans un centre de soin, Patrick utilisera la BHD pour limiter ses consommations de psychostimulants. Depuis trois ans maintenant, il prend deux comprimés de 8mg par jour, en

<sup>67</sup> Cf. Rapports TREND 2001, 2002 et 2003, op. cités.

<sup>68</sup> Speed-ball : mélange de cocaïne et d'héroïne ici remplacée par la BHD.

sublingual. Il a maintenu une consommation de cannabis régulière, de l'alcool, et de la cocaïne de façon ponctuelle (« *trop cher* »). Il a stoppé les consommations abusives d'ecstasy et de « *speed* »<sup>69</sup>.

*Représentations comparées de la pharmacodépendance au crack et à la BHD chez un usager*  
À l'inverse de la sortie des stimulants par la BHD, une des personnes rencontrées a utilisé le crack dans la continuité du Subutex®. L'utilisation de la cocaïne pour arrêter la BHD est connue des usagers. Parmi les personnes rencontrées, Phil et Jean ont essayé cette stratégie. Pour Léopold, le crack n'est pas explicitement posé comme un moyen de sevrage ou de « substitution » de la BHD. Mais il explique, qu'il ne supportait plus le Subutex® et que, depuis qu'il consomme du crack, il ne prend plus de BHD.

Fumeur de BHD pendant cinq ans, il a effectué un sevrage par ses propres moyens durant un mois. Désormais, il fume « le caillou » de façon régulière mais pas quotidienne. Son arrêt de la BHD, qu'il avait peine à imaginer tant qu'il était « dedans », lui fait, pour l'instant, minimiser les effets et la dangerosité du crack. « *Quand tu prends du crack [...] ça tourne dans la tête, [...] quand t'évites la zone, [où se trouvent le deal de crack et les usagers] tu oublies le crack, directement. C'est quand tu retournes encore dans cette zone-là, quand tu vois les gens en train de courir, en train d'acheter... [...] tu commences à trembler, [...]* ». Il pense pouvoir arrêter le crack plus facilement dans la mesure où la dépendance est seulement psychique. Sa représentation de la BHD est celle d'un produit « plus terrible » que le crack, à cause de la dépendance physique importante qu'il a très mal vécue.

#### *Dynamiques d'interaction dans les consommations de cocaïne et de buprénorphine*

La sortie des stimulants par le Subutex® peut aussi fonctionner comme un nouveau piège en relançant à nouveau, après une période d'accalmie, de nouvelles demandes de stimulants. Un cycle cocaïne-Subutex® se met en place chez certains usagers où chaque produit est à la fois « solution » et « activation » de l'autre. Phil décrit l'engrenage qui a démarré par une consommation de BHD à des fins de régulation d'un épisode de consommation de cocaïne, de courte durée, pour le mener à une pharmacodépendance à la BHD, puis le relancer ensuite sur la cocaïne : « *Déjà, on pète les plombs avec [...] le Subutex®, quand on surdose, on n'est plus soi-même. Puis en plus, comme le Subutex®, ça coupe sur beaucoup de choses... Bon, la défonce, on a envie de trouver autre chose ce qui fait qu'après, on prend de la cocaïne. C'est ça qui coûte très cher par contre. Le mélange Subutex®-cocaïne, ça fait un effet assez spécial* ».

Ainsi, au fil des années, progressivement, s'installe pour certains une dynamique opiacés-stimulants où la cocaïne et la BHD développent de nouvelles formes d'interaction. Subutex® pour réguler, gérer ou sortir des consommations de stimulants, et stimulants pour retrouver des sensations que la tolérance progressive à la BHD a émoussées, voire, passage par la cocaïne pour sortir du Subutex®. Des phénomènes que l'on connaît déjà avec l'interaction héroïne-cocaïne.

---

<sup>69</sup> Speed : désigne chez les usagers les amphétamines.

## Fonctions de la BHD dans les usages non substitutifs

### Effets recherchés dans la consommation non substitutive de BHD

Les effets principalement recherchés lors de consommation non substitutive de BHD mis en avant au travers des entretiens, sont divers. Ils peuvent varier pour un même sujet au fil de sa consommation ou selon les contextes dans lesquels il consomme. Ainsi, il serait réducteur de fixer les usagers dans une catégorie à partir de ce qui pourrait apparaître comme leur motivation principale à consommer. Un sujet peut, tout au long de son histoire de consommateur, modifier son rapport aux effets recherchés par sa consommation. Ces derniers sont de nature hétérogène et font référence à des expériences subjectives qui se construisent à partir de représentations qui recouvrent des réalités variées. L'analyse des entretiens permet d'identifier trois types d'effets recherchés :

- « être défoncé » ;
- « pouvoir assurer » ;
- « être calme », « réduire l'anxiété ».

Trois catégories d'effets qui correspondent à ce que l'on attend des psychotropes en général<sup>70</sup> et de quelques-uns qui réussissent plus particulièrement à réunir cet ensemble d'effets dans un même produit. C'est depuis fort longtemps le cas des opiacés<sup>71</sup>.

Notre point de vue s'inscrit ici dans une perspective anthropologique où les effets d'une substance psychoactive sont le résultat de l'interaction entre les propriétés pharmacologiques et la trame culturelle<sup>72</sup> à partir de laquelle le sujet construit le sens de son expérience subjective déterminée par son histoire singulière. Pour la buprénorphine, ses propriétés pharmacologiques d'agoniste partiel<sup>73</sup> des récepteurs opiacés sont à prendre en compte autant que le cadre social et culturel dans lequel cette molécule a vu le jour, en déterminant les différents discours qui structurent les expériences de consommation.

Lorsque le sujet non dépendant rencontre la BHD, l'effet ressenti se construit à partir de représentations déjà existantes et d'expériences antérieures de « défoncé ». Robert, grand amateur de « shit » et d'« herbe » identifie les effets de la buprénorphine à ceux du cannabis, alors que pour Brahim, revendeur de cocaïne, « c'est *exactement* comme la coke », pendant que d'autres encore discourent sur la supériorité du Subutex® par rapport à l'héroïne.

À ne pas prendre en compte les particularités subjectives, cognitives et culturelles de l'expérience intime des drogues, on pourrait ne pas comprendre pourquoi une molécule partiellement agoniste des récepteurs opioïdes rencontre pareille adhésion dans le cadre d'usages non substitutifs.

Le choix de la répartition entre demande de « pouvoir assurer » et de « réduire l'anxiété » renvoie implicitement aux catégories médicales, des troubles dépressifs et des troubles anxieux.

Il n'est pas toujours facile de distinguer, entre la part d'anxiété et de dépression, dans ce que « traite » le sujet qui parle de l'usage de BHD pour « pouvoir assurer ». L'angoisse, tout en se distinguant de l'inhibition<sup>74</sup>, lui est liée, et l'on sait l'importance du rôle des anxiolytiques dans le traitement de la dépression. Le cadre de cette étude ne vise pas à définir un diagnostic

<sup>70</sup> En dehors de la recherche des effets psychodysleptiques des hallucinogènes.

<sup>71</sup> VIGARELLO G., *La drogue a-t-elle un passé ?*, in Individus sous influence, sous la direction de ERHENBERG A., revue Esprit, 1991.

<sup>72</sup> LEVI-STRAUSS C., *Des champignons dans la culture*, opus cité.

<sup>73</sup> Agoniste pour certains récepteurs et antagoniste pour d'autres.

<sup>74</sup> FREUD S., *Angoisse, inhibition, symptôme*, PUF, Paris, 1951.

médical susceptible de rendre compte avec précision de l'effet pharmacologique de la buprénorphine. Nous n'avons pas accès, dans les entretiens, à des symptômes importants comme les troubles mnésiques ou encore les perturbations du sommeil (discriminantes selon qu'elles concernent l'endormissement ou le réveil). Notre ambition consiste seulement à repérer, dans le discours des usagers, la construction subjective de la fonction que remplit pour eux la BHD. À quoi pensent-ils que le Subutex® leur sert ? Un examen clinique différencierait certainement dans ses conclusions de la manière dont l'usager perçoit ses difficultés et attribue à la BHD un quelconque secours.

Notre critère de discrimination entre « pouvoir assurer » et « réduire l'anxiété », consiste à identifier, dans la dynamique singulière de chaque entretien, la fonction dominante de la BHD que lui attribue le sujet. Quel est le trouble le plus récurrent associé à la BHD dans le discours de la personne ?

La demande de stimulation, de levée des empêchements à agir, de l'abattement, ou du découragement, nous ont fait envisager les choses plutôt du côté de la BHD « pour assurer ». Lorsque l'anxiété domine, et que la demande que le sujet adresse à la BHD est de le « calmer », d'être tranquille, d'apaiser une agitation intérieure ou manifeste, nous avons choisi de placer la fonction du Subutex® plutôt du côté d'un tranquillisant.

Un même sujet peut, à différents moments, mettre en avant tantôt un pôle, tantôt l'autre. Il est possible que des sujets déprimés aient placé l'angoisse au premier plan de leur discours durant l'entretien, avec une demande telle d'apaisement, que nous avons été conduits à inscrire la BHD dans le registre « tranquillisant ».

Par ailleurs, nous avons essayé d'être vigilant à distinguer les troubles dépressifs préexistants et pour lesquels, la BHD constituait une réponse pour le sujet, de ceux qui apparaissaient nettement comme une conséquence de la consommation de BHD.

Un sujet peut circuler à l'intérieur de ces catégories attendant que la BHD tienne une de ces trois fonctions selon ses besoins du moment. Cela ne nous paraît pas problématique dans le cadre de cette étude, où l'objet ne consiste pas à identifier des profils d'usagers et encore moins des catégories cliniques. Il s'agit de présenter ici les fonctions types de la BHD dans le cadre de son usage non substitutif.

## La BHD, substitut de l'héroïne, comme produit de défonce

Il n'est pas indifférent que dans la représentation sociale de tout un chacun, le Subutex® soit apparenté à l'héroïne et soit proposé comme son substitut. Tantôt perçu comme un produit aussi puissant puisque qu'il la remplace, tantôt comme un médicament qui ne « défoncerait pas » puisque c'est un traitement médical. Pour connaître les effets d'un produit, en complément d'une approche neuropharmacologique, il est utile aussi de se renseigner auprès de ceux qui le consomment.

Nous retrouvons, en usage non substitutif de BHD, des descriptions d'effets ressentis proches de ceux décrits avec l'héroïne par d'anciens toxicomanes. Ainsi, cet homme de trente-six ans qui découvrit la BHD à l'âge de trente ans en parle avec un lyrisme qui rappelle les « anges déchus » des années 1970 : « *Ouais, le Subutex®, ça a été une révélation : je me regardais dans une glace et je me trouvais pur [...] Je me trouvais comme un adulte avec un corps d'adulte mais un visage d'enfant. [...] Enfin c'était... le narcissisme poussé à son extrême...* » (entretien N°13).

Les descriptions de consommation rappellent celles des anciens héroïnomanes avec des termes tels que « montée », « chaleur », « bien-être », « piquer du nez », « bon délire », « être déchiré », etc... C'est-à-dire que la plupart d'entre eux ont recours à un lexique utilisé pour d'autres substances psychoactives et appartenant au registre de la défonce.

Mathieu raconte sa rencontre avec la BHD, et l'on perçoit nettement qu'il positionne ce produit sur le versant d'une drogue puissante : « *À l'époque, ça se limitait au cannabis et à*

*l'alcool et [...] c'est après que j'ai un peu tout essayé aussi bien les défonces médicamenteuses que le reste et quand j'ai essayé le Subutex®, par curiosité, parce que ça avait l'air costaud et puis bon, je savais d'entrée de jeu que c'était un produit de substitution à l'héroïne [...] et c'est vrai que les premières fois que j'ai essayé, [...] c'était vraiment des gros délires étant donné que je n'avais aucune dépendance à l'héroïne, [...] il suffisait que j'en prenne un tout petit trait, que je m'en mette un tout petit morceau sous la langue [...], on peut dire que j'avais quasiment une montée, j'étais euphorique, avec, en fin de soirée, [...] des endormissements avec des hallucinations ».*

#### *Les mots de la défonce dans l'usage non substitutif de BHD*

Il est possible de repérer les effets significatifs pour un sujet à partir des mots qu'il emploie pour décrire son expérience. L'expression « piquer du nez » qui sert à décrire l'état de défonce caractéristique de l'héroïne, directement empruntée au langage des héroïnomanes, est utilisée par six usagers pour décrire l'état équivalent sous BHD.

Le registre de l'expérience d'« être défoncé » concerne un être ailleurs, hors de soi, hors du monde, « de plain-pied avec une autre réalité »<sup>75</sup>. Ce registre indique que la conscience du sujet est « éclatée », « fragmentée », « déchirée », modifiée par l'effraction de l'effet du psychotrope. Comme l'affirme Manuel, le Subutex®, c'est pour être « déchiré ». Pour lui aucun doute, « *c'est exclusivement pour la déchirure ça, c'est clair* ».

Dans l'ensemble des personnes rencontrées, la moitié des usagers s'inscrit actuellement dans un usage où la recherche d'« être défoncé » est au premier plan de leur discours. Et si l'on considère la totalité de la trajectoire de chacun, ce sont bien les deux tiers qui ont été concernés par cette recherche, à l'instar de Céline pour qui la BHD est clairement située dans le registre de la défonce :

- « *Qu'est-ce que tu fais après, une fois que tu l'as pris ?*
- *(un temps de réflexion) Ben je délire ! (elle rit) J'me tape mon délire avec des potes quoi. Je vomis souvent...*
- *Ok. Et qu'est ce que tu recherches dans ce produit ?*
- *Je recherche la défonce et à m'amuser surtout.*
- [...] *Qu'est-ce que tu appelles "t'amuser" ?*
- *M'amuser, ben c'est [...] avoir la tchatche, faire n'importe quoi, faire des choses que je ferais pas naturellement quoi... Je sais pas comment expliquer... ».*

Comme Céline qui l'utilise régulièrement pour se défoncer dans des contextes festifs, Redouane a fait de la BHD son produit de « défonce du week-end » : « *le week-end, quand je veux vraiment passer des soirées fortes, fortes, vraiment. [...] Quand j'ai envie de me défoncer à fond... ».*

#### *Usages « défonce » de BHD : médicament ou drogue ?*

Parmi les produits de substitution, le Subutex® se distingue et même s'oppose à la méthadone dans la représentation des usagers de drogue du fait de la possibilité de l'injection. L'injection renforce la dimension symbolique d'une drogue qui classe la BHD dans la catégorie des produits « bon pour la toxicomanie ».

De plus, pour un sujet neuropharmacologiquement naïf aux opiacés, un effet psychotrope prononcé existe : « *La méthadone, j'suis d'accord, parce que c'est un produit de substitution qui peut pas se shooter [...] Ça peut pas être trop employé comme un produit quoi. Mais le Sub, ça peut, le Sub, celui qu'a jamais pris vraiment d'héro ou qu'en a jamais pris, [...] au départ, ça fait pareil* » (entretien N°26).

La défonce qui passe par le shoot de Subutex® peut prendre parfois, malgré la demi-vie longue de la BHD, les aspects de la répétition par la multiplication des injections. Dans cette

<sup>75</sup> REYNAUD M. et al, *Les toxicomanies, alcool, tabac, médicaments, drogue*, Maloine, Paris, p.364, cité par VIGARELLO G., opus cité.

démarche, les doses sont secondaires, seules les injections structurent la pratique de l'usager. Un passage d'un entretien permet de réaliser comment, dans l'esprit de l'usager, la dose quotidienne de BHD ne compte pas et comment la représentation ambivalente de la drogue/médicament détermine sa pratique.

Christine vit en couple, son ami consommait avant elle, dès lors qu'elle va démarrer à son tour le Subutex®, le nombre des injections va se multiplier pour atteindre jusqu'à quatorze shoots de 2mg par jour.

« - *C'était quoi la dose moyenne par jour ?*

- *Moi dix... On en faisait à peu près pareil, [moi] et M. [son ami] ça dépendait [...]*
- *C'est-à-dire cinq shoots par jour, c'était la moyenne ? [l'enquêteur croit qu'il s'agit de 10 mg divisés par 2mg par shoot, il en avait déduit qu'elle faisait 5 shoots par jour]*
- *Ah non, non, 10 shoots par jour ! [...] pendant quatre années, ça a été shoot sur shoot, ça, c'est sûr, y'a pas eu un seul jour où je ne me suis pas shootée, ça, c'est sûr et certain !*
- *Donc vous tournez à 20 mg/jour...*
- *Non, non ! dix fois des cachets de 2mg, donc ça faisait euh... 10 et 20... Ben ouais, ça fait 20...*
- *20 mg.*
- *Ouais, [...] je l'ai jamais calculé comme ça en fait... C'était dix shoots, basta... Pas vingt [mg]...*
- *C'est-à-dire que vous comptiez en shoot, vous dans votre tête ?*
- *Ouais, tout à fait. Pas du tout en médicament. [...] Et je me déculpabilisais en me disant que c'était un médicament que je m'injectais aussi, et que c'était pas de la came... [...] un médicament comme les problèmes d'insuline ou un médicament qu'on vous injecte... Je me déculpabilisais en me disant : "Mais qu'est-ce qu'il y a de mal finalement à s'injecter... un médicament ?" Vous voyez ce que je veux dire ? C'est nul hein !... Parce qu'on culpabilise énormément ».*

Pour les sujets qui utilisent la BHD comme produit de défoncage, les schémas de consommation sont tout à fait superposables à ceux des toxicomanies à l'héroïne. Recherche d'état intense, multiplication des prises, et dans le cas de conduites de toxicomanie, retrait des interactions sociales et des pôles d'intérêt pour progressivement se limiter à un environnement de consommateurs et à la consommation elle-même.

Ismaël raconte un moment de sa vie, où il était particulièrement « dedans », qui illustre parfaitement cette forme de toxicomanie : « *Pendant trois ans... [...] j'étais vraiment dedans [...] Je fréquentais un gars, 45-46 ans, qui se shooote [...] Moi, je le ravitaillais [en Subutex®], mais je me servais de chez lui. [...] Le rituel, c'était : j'achetais des bricoles à manger, à boire, [...] J'passais du temps, [chez lui]... se shooter, être fatigué, dormir, manger un morceau, boire un coup [...] On parlait d'un sujet, cinq minutes après, je m'en rappelais pas... [...] on se shootait, pas toutes les cinq minutes, mais presque, [...] cinq, six, sept, même huit shoots par jour, en dix, douze, treize heures... Un toute les deux heures quoi... [...] C'était la routine... Mais en y pensant maintenant avec le recul, c'étaient des journées d'angoisse, que de l'angoisse... ».*

Avec l'injection<sup>76</sup>, la BHD permet un fonctionnement de type « toxicomane », structuré par la répétition des prises successives. Cette logique toxicomaniacale vient s'articuler à la logique symbolique du médicament et en modifie le sens. Avec l'injection, la signification de l'usage du Subutex®-médicament se transforme et la logique de la toxicomanie réapparaît.

---

<sup>76</sup> Mais aussi, le sniff et la fumette.

## Le Subutex® : un produit pour « assurer »

« Pouvoir assurer » est un deuxième registre d'effets que les usagers inscrits dans un cadre non substitutif attendent du Subutex®. À première vue contradictoire par rapport au premier type d'effet, puisque par définition un sujet défoncé réduit sa capacité à pouvoir assurer, cette possibilité d'obtention d'états radicalement différents s'explique d'une part, par l'accoutumance<sup>77</sup> à la BHD, et d'autre part par les doses utilisées. Comme pour la plupart des substances psychoactives, la relation effet/dose est primordiale. L'effet obtenu varie selon la dose utilisée.

Dans le cadre d'un protocole de substitution, par exemple, le médecin recherche le dosage adapté au patient, c'est-à-dire la dose où il sera « correctement équilibré », ni défoncé, ni en manque. Dans ces cas-là, la consommation passe totalement inaperçue. En revanche, à dose plus importante, les sujets manifestent des signes ostensibles d'état de « défoncé ». Le sujet peut être dans un état où il jouit pleinement de ses capacités tout en bénéficiant d'une levée des inhibitions et d'un certain affranchissement de sa sensibilité émotionnelle. Plusieurs d'entre eux expliquent que si, au début, ils étaient défoncés avec le Subutex®, ce n'est plus le cas aujourd'hui. Élise, qui avait démarré dans une recherche de défoncé, ne l'envisage plus dans cette perspective aujourd'hui, nous indiquant ainsi qu'un même produit avec la même personne peut, au cours du temps, générer des effets différents : « *Maintenant, ça me défoncé pas, hein, enfin je pense... (rire) Je me sens pas défoncée en tout cas* ».

L'évolution est tout à fait comparable à celle que les usagers décrivaient pour l'héroïne où, au début, le sujet consomme dans une perspective de défoncé qui disparaît ensuite, laissant la place à la recherche d'un état « *normal* » pour pouvoir fonctionner. C'est ainsi que le vit Phil : «... parce que ça ne me défoncé plus maintenant le Subutex®... Ça doit faire quelques années que ça me défoncé plus, ça me fait plus aucun effet... Le seul truc que ça fait, c'est qu'on vit. On vit et on n'est pas malade. Si on prend pas de Subutex®, on est malade à crever, on peut pas travailler, on peut rien faire. C'est un quotidien de vie, le Subutex®. Quand on est dedans, c'est un quotidien de vie. C'est plus une défoncé, c'est... Si t'en prends, tu vis normalement, si tu n'en prends pas, t'es malade à crever... ».

### *Lever les inhibitions ou du « Sub pour faire ce qu'il y a à faire »*

Pour les sujets présentant des inhibitions relationnelles ou de l'action (timidité, dépendance aliénante au jugement d'autrui, etc.), la BHD permet à certains de retrouver une capacité d'action. Le Subutex® fonctionne pour eux comme un « antidépresseur ». C'est le cas pour cet homme de vingt-huit ans, originaire d'Afrique du Nord, qui sniffe le Subutex® : « *J'travaille, j'fais les marchés depuis toujours moi, mais c'est mon traitement là [le Subutex®], [...] c'est pas un traitement qu'il faut que tu travailles pas, que tu fais rien... C'est un traitement comme... une cigarette... [...] Ça me fait plaisir, il faut que je tchatche avec les clients et tout, j'suis un vendeur [...]. Si je fais pas, j'suis naze, j'arrive pas et j'ai honte du client... [...] Avec le Subutex®, j'suis speed quoi, il faut que je le vends, il faut qu't'achètes, c'est obligé, c'est ça le travail, tu vois...*  » (entretien N°16). Le Subutex® lui permet de faire son travail à moindre coût psychologique et d'être plus performant. Il génère chez certains une levée de l'inhibition dans la parole : « *C'est le danger du Subutex® aussi, ça crée une diarrhée verbale* » (entretien N°13).

C'est ce que va découvrir aussi Brahim au travers de son codétenus sous effet de la BHD. « *Je le voyais partir dans un délire [...], il était calme, il était dans son lit ou il lisait ou il pouvait regarder la télé et quand il en prenait, ça y est, il commençait à parler et... des fois je regardais la montre, il commençait à parler à six heures du soir, il terminait à trois heures du matin et il était encore en forme hein ! Il voulait encore discuter ! (rire)*  ».

<sup>77</sup> L'accoutumance, ou tolérance, est une propriété des morphiniques, qui consiste en la diminution des effets, à dose équivalente, dans le cadre de consommations répétées.

Dans ce registre, un autre exemple de fonctionnement « antidépresseur », s'illustre avec cette étudiante de vingt-six ans qui était « psychiquement paralysée », parasitée par « *ses idées noires* » qui la conduisaient régulièrement « *à péter les plombs* ». Aujourd’hui elle injecte quotidiennement de la BHD pour lutter contre cette déprime : « *Bon et maintenant, ça va bien, ça va bien tout le temps. C'est vrai que [...] Y'a des fois, j'arrive à gérer, des fois je subis, mais ça dure pas longtemps. [...] Donc j'ai peur d'arrêter le Sub [...] enfin j'ai peur de redevenir comme avant complètement déprimée. Mais en même temps, voilà, je vais à l'école et tout, j'ai envie de ne pas avoir cette contrainte, parce que maintenant, c'est une contrainte, en fait.* » (entretien N°11). Cette jeune femme est aujourd’hui partagée entre ce que la BHD lui permet de faire et la contrainte que l'injection représente.

Cette recherche d'une consommation pour « pouvoir assurer » met le Subutex® dans le rôle d'un « produit utile ». Dans ces cas, l'usage de la BHD est associé à une action, une activité à l'intérieur de laquelle le Subutex® va prendre progressivement une place. Ainsi Élise, après avoir eu un rapport de type défonce, entretiendra par la suite avec la BHD un rapport utilitaire. Lorsque l'on regarde les moments de la journée où elle prenait du Subutex®, elle le mettait systématiquement en lien avec une activité : « *Il faut que ça serve. Si je me levais à neuf heures et que je prenais mon premier Sub à deux heures, je prendrais le deuxième à six heures, mais j'en prendrais pas un troisième parce qu'après ça serait le soir et ça me servirait à rien* ». Ce rapport utilitaire avec le Subutex® s'est construit au cours du temps et visait à assurer les activités auxquelles sa journée la confrontait : « *Si je passais ma matinée au squat, j'allais pas prendre du Sub, parce que ça me servait à rien mais par exemple l'après-midi, je sais pas, si j'allais à la manche ou si je sortais en ville et ben je prenais mon Sub* ». Le Subutex® fonctionne ici en « starter » de l'action.

La performance n'est pas que professionnelle, la levée des inhibitions autorise aussi des performances sociales importantes dans le registre festif. Le week-end, avec ses amis, Redouane, professionnel de la nuit, consomme du Subutex® pour se libérer de sa réserve. « *Je ne sais pas, moi ça me... Je me lâche. Je suis de nature réservée. Je ne sais même pas comment je suis en train de parler ici, d'habitude... dehors, je parle pas. Si je sors avec des gens, si je bois pas, si je prends pas ces trucs-là, je leur casse la soirée. Toute la soirée, je suis comme ça, je bouge pas. [...] Et quand je prends ces trucs-là, je fais la fête avec eux. Ils sont contents et je suis content. Je bouge. Il y a un rideau qui se lève et je pars [...] je raconte ma vie et tout. Le lendemain, quand je me réveille, c'est pas pareil.* »

Étonné par le comportement de son codétenu qui semble peu affecté par son incarcération, Brahim, en expérimentant à son tour le Subutex®, va mesurer son effet de médicament « qui arrête la machine à penser les mauvaises pensées ».

« *Voilà, quoi, franchement j'étais tué... Je le voyais comme ça et je me disais : "Mais putain, il a la pêche ce mec-là, c'est dingue, il pense jamais à l'incarcération ? !" [...] [et] après [quand] j'ai pris [le Subutex®], j'me suis dit : "Ah ouais, mais c'est normal qu'il pense pas !"* » (entretien N°17).

### *BHD et sexualité*

Dans les sociétés contemporaines, la consommation de drogue s'inscrit entre autre dans une recherche de performance<sup>78</sup>. Au-delà de la performance professionnelle ou du simple « pouvoir faire » du sujet inhibé ou dépressif, la BHD trouve également une application dans le domaine sexuel comme retardateur de l'éjaculation chez l'homme.

C'est l'avis de Phil : « *On perd beaucoup de sensations aussi... Si par exemple [...], tu as ta petite amie qui vient pour te faire des chatouilles ou un massage, tu le sentiras pas. [...] ça me donne plus envie, je sens plus rien. Je dirais même pour les rapports sexuels, ça change beaucoup quoi [...] Ah énormément... ça j'en suis écauré [...]. Bon déjà, ça dure beaucoup plus longtemps, mais des fois trop longtemps, [...] ça retarde énormément l'éjaculation* ».

<sup>78</sup> ERHENBERG A., *Le culte de la performance*, Calmann-Lévy, Paris, 1991.

Une jeune femme se plaint quant à elle que l'arrivée du Subutex® a largement ralenti la libido et l'activité sexuelle au sein de son couple : « *On n'avait pas beaucoup de relations, c'était une à deux fois par mois... La fainéantise en fait, très fainéants de ce côté-là, fainéants alors qu'on adore ça* » (entretien N°23).

A l'évidence, la BHD a un retentissement dans la sexualité des usagers, même si tous n'en ont pas parlé et que nous n'avions pas inclus dans la trame d'entretien une section spécifique. Cependant, l'impact sur la sexualité peut varier d'un sujet et d'un couple à l'autre. Car si le Subutex® peut être vécu comme un frein à la sexualité, chez d'autres, la BHD est utilisée comme permettant le fonctionnement sexuel.

Un homme de vingt-neuf ans explique comment une femme l'a incité à fumer du Subutex® dans une finalité explicitement sexuelle. « *Un jour, elle m'appelle, [il tousse] elle me montre du Subutex®. Je lui dis : "c'est quoi ça ?" Elle dit : "C'est juste... pour t'exciter". [...] elle l'a écrasé, elle l'a mis dans le tabac, j'ai fumé... et on a fait l'amour, [...] j'arrivais pas à... (sourire)... (bégaiement), excusez-moi quoi, j'arrivais pas à jouir, et j'ai pris goût à ça.* » (entretien N°22).

Dans la même perspective, Ahmed, un homme de trente-neuf ans a fait du Subutex® le traitement de son problème sexuel. En effet, cet homme raconte qu'il ne pouvait pas avoir de relations sexuelles : « *parce que moi, j'ai un problème, c'est que je suis [...] d'éjaculation précoce.* » Marié, il vivait séparé de sa femme avec qui il ne partageait pas de sexualité. Il a découvert fortuitement cette « indication thérapeutique » de la BHD sur le conseil indirect d'un ami qui ignorait son problème : « *C'est mon copain qui m'a dit : "moi, avec ma copine [...] On fait l'amour jusqu'au matin. [...] Mais, tu ne sais pas ? [...] Subutex® ! [...] Essaye !"* ».

Bien qu'il pense que son problème n'est pas une maladie, c'est quand même sur prescription médicale qu'il obtiendra son « traitement ». En toute clarté patient-médecin puisque le traitement de Subutex® sera prescrit « *dans l'objectif [...] de [son] problème...* » (entretien N°15).

Cette « indication » pose le problème de l'arrêt du traitement. Dans ces deux cas, lorsque les usagers devenus dépendants ont souhaité interrompre leur consommation, le retour à une sexualité « non chimiquement assistée » reste difficile. « *Depuis que je prends plus le Subutex®... elle est pas trop contente [...] Parce que... y'a plus... (sourire) y'a plus le même effet qu'avant quoi. Moi je m'en fous, c'est pour ma santé... (sourire) [Mais] j'ai plus le même effet qu'avant, [...] (bégaiement) je fais plus l'amour comme avant [...] Donc elle s'est plaint souvent, "mais prends, mais prends, mais prends" [...] j'ai dit "non, laisse tomber, ça va"* » (entretien N°22).

Ahmed est aussi dans une situation délicate, d'une part, il prend entre trois et sept comprimés de 8mg par jour en sniff, selon son état psychique et les contextes relationnels, et d'autre part sa femme, qui a découvert sa consommation, souhaite qu'il arrête car elle assimile cette consommation à l'héroïne et à la cocaïne.

Ainsi, est-il confronté à une pharmacodépendance sévère et à la menace de rupture de son épouse : « *Il y a même pas une semaine, elle m'a dit : faut arrêter le Subutex®. Si tu n'arrêtes pas ce machin, c'est fini... [...] mais je peux pas arrêter [...] Parce que là, je prends toute la boîte, [...] Je suis habitué. Je prenais même cinq par jour, six par jour avant... [...] Du 8mg ! Six, sept par jour !... En sniff, hein ! [...] [si] je suis pas bien dans ma tête [...] J'ai que ça... [...] le Subutex®. Quand je m'engueule avec ma femme, [...] j'en prends trois, quatre... [...] Mais elle le sait pas... [...] J'ai arrêté... Je suis tombé malade !... Parce que elle, elle connaissait pas les conséquences [...] je suis obligé de mentir... et [si] elle avait envie de faire l'amour... Qu'est-ce que je vais dire ? Je vais lui dire non ? [si] j'arrivais pas (sourire) [...] pour elle, c'est : j'ai couché avec une autre... ».*

De tout temps, les hommes ont demandé aux drogues d'améliorer leurs performances. La modernité a particulièrement développé ce registre d'action des substances psychoactives<sup>79</sup>. La BHD n'échappe pas à cela, bien au contraire, le Subutex® s'inscrit dans l'imaginaire moderne du produit pour la performance.

### La BHD pour « être calme » et « réduire l'anxiété »

Lors des explorations préliminaires à l'étude, des médecins psychiatres travaillant en milieu carcéral ou en centre spécialisé de soin, avaient évoqué l'utilisation du Subutex® dans une finalité clairement anxiolytique chez des patients primo-pharmacodépendants qui avaient rencontré la BHD hors prescription. Plusieurs usagers de l'échantillon mentionnent l'effet tranquillisant ou anxiolytique de la BHD. Ils disent ressentir avec le Subutex® des effets de type sédatifs, anxiolytiques, relaxants et hypnotiques. Pour certains d'entre eux, à partir de leurs discours, on peut considérer qu'il s'agit de l'effet recherché dominant. Pour d'autres, si cet effet n'est pas dominant, on le voit apparaître à certains moments comme un bénéfice secondaire de leur consommation.

Pour certains usagers non substitutifs, le Subutex® fonctionne comme un tranquillisant. Le sujet apprécie la mise à distance émotionnelle, il se sent plus calme, moins enclin à l'énerver, au stress : « *Je suis détendu... Je suis vachement moins agressif maintenant qu'avant. [...] Envers les gens, envers tout le monde. Je suis calme, je suis... bon, je suis timide quand même. Mais [...], je suis vachement moins speed... Je prends tout au troisième degré, c'est pas pareil. Je m'embrouille moins* » (entretien N°7).

Les effets de type anxiolytique ne font aucun doute pour cet homme de vingt-huit ans qui a rencontré la BHD lors d'une incarcération. On retrouve avec lui une définition qui évoque sans ambiguïté ce que l'on attend communément d'un tranquillisant : « *C'est [...] le Subutex®, il me rend calme [...] je m'énerve pas [...] Je suis calme sous Subutex®.* » Et lorsqu'en fin d'entretien l'enquêtrice lui posera directement la question des effets recherchés, la réponse prolongera ce versant du psychotrope anxiolytique et tranquillisant : « *Ouais ça m'apaise ça me... fait oublier ce que je cherche à oublier...* » (entretien N°8).

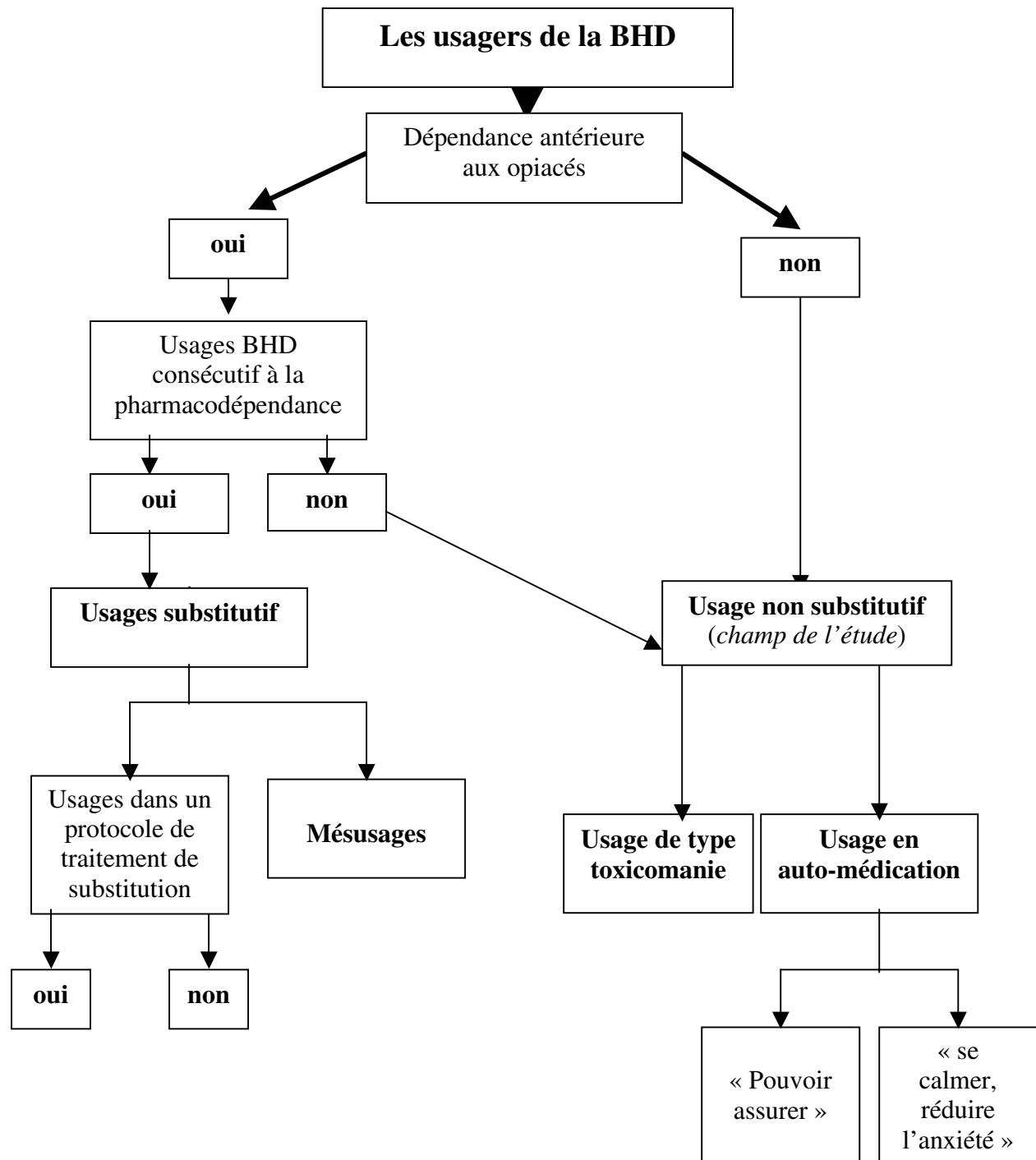
Le Subutex® s'avère être un produit « efficace » dans ce registre anxiolytique, si l'on en croit certains usagers pour qui la BHD a produit un effet quasi « magique » : « *... C'est surtout ça, pour moi [...] : le fait que ça me calmait. Je suis hypernervouse naturellement. Je m'angoisse très vite et ça avait le don [de me calmer]... Je me faisais ma dose et j'étais contente parce que je me sentais tout de suite plus calme. C'était incroyable !* ». Pour Marlène, cette fonction tranquillisante de la BHD est centrale, car finalement que cherche-t-elle ? « *Simplement le calme... Je crois que ça a toujours été l'effet recherché, que ça ait un effet calmant sur moi, un effet anti-stress.* »

C'est aussi, aujourd'hui la recherche d'une autre femme en grande précarité pour qui le Subutex® entre désormais dans une démarche de « traitement » de son état anxieux. Mais, elle mesure que si la BHD a une certaine efficacité sur la manifestation de son état anxieux, elle reste impuissante à l'aider à régler le problème de son anxiété : « *Je prends pas du Sub spécialement pour ça [régulation de psychostimulants], j'en prends... plus pour des raisons médicales, parce que moi je suis quelqu'un qui est toujours un petit peu stressé [...] moi je me lève, tous les jours je suis stressée, tous les jours j'ai mal au ventre, donc je prends du Sub pour m'enlever ce stress et [...] le Sub m'enlève le stress... [...] mais... ça fait longtemps que je suis comme ça et maintenant j'en ai un petit peu marre d'être tout le temps un peu stressée...* » (entretien N°6).

<sup>79</sup> ERHENBERG A., *La fatigue d'être soi : dépression et société*, éd. Odile Jacob, Paris, 1998.

Pour Nadine, primo-consommatrice et primo-dépendante à la BHD, devenue héroïnomane ensuite, le Subutex® reste ce qui la rassure, quoi qu'il arrive. C'est dans son univers de toxicomanie, à la fois l'anxiolytique et le substitut qui permettent de gérer la défonc et le stress. Le Subutex® est *le* médicament, *son* médicament. « *C'est mon seul échappatoire, c'est ma seule stabilité. [...] C'est-à-dire que c'est le seul truc qui fait [...] que je sens qu'il y a un truc stable [...] Une ligne continue : mon Sub [...] pas d'affolement, y'a du Sub quoi.* » Cette fonction tranquillisante est fondamentale à l'intérieur du monde carcéral, et face au stress de l'incarcération, « *l'évasion* » que représente le Subutex® participe sans doute à la demande importante que l'on observe en prison.

**Les différents types d'usages possibles de la buprénorphine haut dosage (BHD) observés en France en 2002 et 2003 (schéma 2)**



# Trajectoires d'usage de substances psychoactives et usage non substitutif de la BHD

## Consommations de substances psychoactives en amont de la BHD

Dans l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002, on constate que pour une partie des usagers qui s'inscrivent dans le cadre de l'usage non substitutif, la consommation des principales substances psychoactives est en général préalable à la rencontre avec le Subutex®. C'est le cas pour la cocaïne et l'ecstasy chez les primo-consommateurs.

**Tableau 18 : Moment de la première consommation de diverses substances psychoactives, situé par rapport au début de la consommation de BHD chez 20 primo-consommateurs<sup>80</sup>**

Début de Consommation... <sup>81</sup>	Avant BHD n	Au même âge n	Après BHD n	Jamais consommé n	inclassable <sup>82</sup> n
Cocaïne	6	2	2	10	0
Crack	0	2	3	15	0
Ecstasy	5	0	2	13	0
Amphétamine	3	0	1	16	0
Rohypnol	4	5	1	9	1
Autres benzodiazépines	2	4	2	12	0

Données OFDT, exploitation ORSMIP/GRAPHITI

C'est le cas de l'héroïne pour les primo-dépendants à la BHD qui avaient eu, pour certains, un contact avec ce produit, sans induction d'une dépendance.

Mais il faut aussi faire le constat que dans ces deux groupes d'usagers non substitutifs, certains n'ont jamais consommé ni héroïne (41,5 % des primo-dépendants), ni cocaïne (44,6 % des primo-dépendants et 50 % des primo-consommateurs). (Tableaux 18 et 19).

**Tableau 19 : Moments de la première consommation de diverses substances psychoactives, situés par rapport au début de la consommation de BHD chez 65 primo-dépendants<sup>83</sup>**

Début de Consommation... <sup>84</sup>	Avant BHD n	Au même âge n	Après BHD n	Jamais consommé n	inclassable n
Héroïne	29	3	4	27	2
Méthadone	0	1	8	55	1
Sulfate de morphine	3	1	6	54	1
Codéine	17	4	2	41	1
Cocaïne	27	4	3	29	2
Crack	9	3	5	45	3
Ecstasy	19	6	2	38	0
Amphétamine	12	4	3	46	0
Rohypnol	19	5	4	36	1
Autres benzodiazépines	23	3	7	31	1

Données OFDT, exploitation ORSMIP/GRAPHITI

<sup>80</sup> Les sujets à la fois « primo-consommateurs » et « primo-dépendants » n'ont pas été inclus dans ce groupe mais ont été traités dans le groupe des primo-dépendants.

<sup>81</sup> Lecture du tableau : 6 usagers ont rencontrés la cocaïne avant la BHD, 2 au même âge, 2 après, et 10 n'en ont jamais consommé, etc..

<sup>82</sup> Signifie que la substance a été consommée mais sans mention de l'âge de début.

<sup>83</sup> Les sujets à la fois « primo-consommateurs » et « primo-dépendants » n'ont pas été inclus dans ce groupe mais ont été traités dans le groupe des primo-dépendants.

## Consommations de substances psychoactives en aval de la rencontre avec la BHD

On observe peu de consommation de nouveaux produits après la rencontre ou l'induction d'une primo-dépendance avec la BHD, entre 5 et 10 % selon les cas chez les 35 primo-consommateurs. Ainsi, pour la cocaïne 2 cas, l'ecstasy 2 cas et le Rohypnol® 1 cas.

Autour de 10% chez les 65 primo-pharmacodépendants : 4 cas pour l'héroïne, 8 cas pour la méthadone, 6 cas pour les sulfates de morphine, 3 cas pour la cocaïne et 5 pour le crack, 4 cas pour le Rohypnol®.

Ainsi, dans cet échantillon, l'usage d'un produit par rapport à la consommation de BHD se partage essentiellement en deux groupes : ceux qui avaient une consommation préalable et ceux qui n'en ont jamais eu.

La rencontre avec la BHD ou avec la dépendance peut néanmoins constituer, pour une minorité, un passage vers d'autres produits et notamment les opiacés.

## Usage non substitutif de BHD et injection

Plus de la moitié du groupe des primo-consommateurs de l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002 a déclaré n'avoir jamais injecté. Si l'on compare pour le reste du groupe la date de la première injection avec la date de la première consommation de BHD, on peut noter que 4 sur les 35 des primo-consommateurs étaient déjà injecteurs préalablement à leur premier contact avec le Subutex®. Par contre, pour 8 usagers de ce groupe, la pratique de l'injection a été contemporaine ou postérieure à la première prise de Subutex®. Pour les primo-consommateurs, il y a deux fois plus de démarrages de l'injection après la rencontre avec la BHD qu'avant. Une différence d'âge aurait pu expliquer que l'injection apparaisse plus fréquemment après la rencontre avec la BHD chez les primo-consommateurs supposés plus jeunes, remarquons cependant que l'âge moyen des primo-consommateurs et des primo-pharmacodépendants est identique.

Dans le groupe des primo-dépendants, on relève que la pratique de l'injection a précédé la pharmacodépendance pour 26 % d'entre eux alors que 26 % des usagers de ce groupe déclarent leur première injection soit au même moment soit après la pharmacodépendance. Si certains injectaient déjà avant la rencontre avec la BHD, pour d'autres, la BHD est une entrée dans les pratiques d'injection.

C'est le cas pour Louis qui injectera même des produits peu adaptés à l'injection comme l'ecstasy : « *la première chose que j'ai injectée, c'était du Sub... Et après, quand j'ai commencé à prendre du matériel, à avoir des pompes dans mon sac et tout, [...] je shootais tout ce que j'avais... tout, les taz... tout...*  » (entretien N°26).

Pour le groupe des dépendances non consécutives à une précédente dépendance, la pratique de l'injection était largement répandue avant la dépendance à la BHD. Malgré tout, 3 d'entre eux sur les 56 déclarent avoir commencé à injecter après leur nouvelle dépendance à la BHD. On retrouve aussi dans l'enquête qualitative ces deux types de situations : injection préalable ou concomitante à la rencontre avec la BHD.

Cependant, quelle que soit la configuration initiale, injection préalable ou pas, pour la plupart des injecteurs de l'enquête qualitative<sup>84</sup>, la BHD est la première opportunité d'un engagement plus intensif dans ce mode d'administration. À la différence des injecteurs substitutifs ou non consécutifs, pour les autres usagers non substitutifs, l'injection de BHD n'est pas la continuité ou la reprise d'une pratique ancrée avec l'héroïne ou plus rarement avec un autre produit, le

<sup>84</sup> 2 sur les 20 injecteurs avaient, avant la rencontre avec le Subutex® une pratique régulière de l'injection. Une femme, qui injectait de la cocaïne dans le cadre d'une relation de couple ; un homme qui injectait de l'Orténal® dans le cadre d'une pratique de groupe.

Subutex® est l'opportunité de la mise en place d'une pratique d'injection régulière qui parfois fait suite à quelques expérimentations antérieures ponctuelles ou exceptionnelles.

Dans la mesure où d'une part deux fois plus de primo-consommateurs injecteurs au moment de l'enquête ont démarré ce mode d'administration après la rencontre avec la BHD qu'avant, et que d'autre part, un usager sur deux parmi les primo-dépendants a débuté l'injection, soit de façon concomitante, soit après la rencontre avec la BHD, il est légitime de s'interroger sur le rôle que joue le Subutex® comme facteur possible favorisant l'adoption de l'injection comme mode d'administration dans un certain nombre de cas de primo-usage.

### **Polyconsommation, dépendance et usage non substitutif de BHD**

23,1 % des primo-pharmacodépendants de l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002 déclarent une polyconsommation (consommation > à 3 produits différents au moins une fois dans le mois précédent - hors cannabis, alcool et BHD -).

Une fois isolées, les dépendances non consécutives, pour lesquelles la trajectoire semble s'orienter dans le sens d'une reprise d'une pharmacodépendance plus maîtrisée, on observe, pour les deux autres groupes, que la primo-consommation ou la primo-pharmacodépendance à la BHD est peu suivie d'une augmentation de la consommation d'autres produits.

Nous ne disposons pas, dans l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002, de moyen pour dater la polyconsommation chez les usagers, mais il est possible de regarder la situation de consommation *le mois précédent*.

Dans environ la moitié des cas de polyconsommation, les consommations de produits psychoactifs étaient déjà existantes avant la dépendance à la BHD, et la plupart du temps des consommations d'autres produits psychoactifs, licites ou illicites, hors opiacés, existaient chez les primo-consommateurs. Malgré tout, dans l'enquête « usagers de structures de première ligne », 20 % des primo-pharmacodépendants ne déclarent aucune consommation préalable<sup>85</sup> à la dépendance à la BHD.

En revanche, une fois la dépendance au Subutex® installée, les usagers ont des difficultés à arrêter, 84,6 % des consommateurs actuels sont dépendants sur l'ensemble des primo-dépendants<sup>86</sup>.

### **De la primo-consommation à la primo-dépendance**

Malgré l'effectif faible du questionnaire de l'enquête « usagers de structures de première ligne », il était tentant de regarder, dans une approche qualitative, les différences entre les primo-consommateurs non dépendants et les primo-consommateurs ayant développé une primo-dépendance. Les primo-consommateurs sont au nombre de 35 et parmi eux 15 ont développé une primo-dépendance aux opiacés par le Subutex® : ces 15 usagers ont été comparés au reste du groupe des primo-consommateurs de BHD.

Les comparaisons ne nous ont pas apporté de différences significatives sur le plan socio-démographique.

De même la fréquence de la pratique de l'injection préalablement à la première consommation de BHD ne varie pas significativement entre les deux groupes.

En revanche, les consommations préalables à l'usage de la BHD permettent de formuler une hypothèse. Le tableau suivant détaille les produits consommés avant la première consommation de Subutex® dans les deux groupes.

<sup>85</sup> 10 fois au cours de la vie.

<sup>86</sup> Proportion équivalente dans l'enquête par entretien : sur 27 consommateurs actuels, 23 sont pharmacodépendants à la BHD au moment de l'enquête.

**Tableau 20 : Consommations de substances psychoactives antérieures à la BHD**

	Primo-consommateurs non primo-dépendants	Primo-consommateurs primo-dépendants
	n	n
Cocaïne	6	3
Ecstasy	5	0
Amphétamines	3	0
LSD	3	1
Champignons hallucinogènes	2	0
Benzodiazépines	6	11

Données OFDT, exploitation ORSMIP/GRAPHITI

L'analyse attentive de ces résultats montre des configurations de consommation différentes entre les consommateurs ayant débuté leur usage d'opiacés par le Subutex® sans en devenir dépendant et ceux qui ont développé une dépendance à la BHD. En effet, le premier groupe a consommé plus de produits caractéristiques de l'espace festif alors que ceux qui sont devenus dépendants consomment de façon significative des produits plus représentatifs de l'espace urbain. Si aucun de ceux qui sont devenus dépendants n'avait consommé d'ecstasy, d'amphétamines ou de champignons et un seul du LSD, ils sont en revanche plus nombreux avoir consommé des benzodiazépines et notamment du Rohypnol®. Quant à la cocaïne, présente dans les deux espaces (festif et urbain), quoique typique de l'espace festif, elle est plus fréquemment consommée par ceux qui ne sont pas devenus dépendants.

Malgré un effectif faible, à partir duquel il n'est pas possible de tirer des conclusions définitives, les consommations déclarées avant l'entrée en contact avec la BHD suggèrent deux types de situations.

D'un côté les effets des produits utilisés sont plus souvent psychostimulants et hallucinogènes et de l'autre principalement anxiolytiques et hypnotiques, ébauchant deux types de démarches différentes. L'une concerne plutôt des polyconsommateurs de produits plus fréquemment illicites, induisant peu et moins souvent de dépendance ; et l'autre plutôt des monoconsommateurs de médicaments détournés, dépresseurs du système nerveux central, au risque de pharmacodépendance plus prononcé.

Pour comprendre les mécanismes entre ces deux types de trajectoires de consommation, il est indispensable de se tourner vers le corpus d'entretiens qualitatifs pour voir, à partir de ce que les usagers disent, si des logiques d'usage peuvent émerger.

### Trajectoires de primo-consommateurs devenus pharmacodépendants à la BHD

#### *Marlène*

Marlène va développer une souffrance psychique dans une famille où les difficultés sont importantes. Le père est présenté comme alcoolique et la mère consomme des médicaments psychotropes, que Marlène qualifie de « calmants » (benzodiazépines, neuroleptiques...). Marlène utilisera, dans un premier temps, les benzodiazépines de sa mère dans des tentatives de suicide. Puis, quand elle aura compris l'intérêt qu'elle pouvait tirer de ces molécules pour « traiter » un mal-être important, elle les utilisera de façon plus régulière. Elle n'avait pas eu d'autres expériences de drogues illicites que le cannabis avant de rencontrer le Subutex®. Lorsqu'elle va s'engager dans l'usage de BHD, elle développera rapidement une pharmacodépendance par voie injectable qu'il lui est difficile d'arrêter et pour laquelle, elle vit une dégradation majeure de son système veineux.

*« - Eh bien disons que j'ai cinq frères, donc j'étais plus ou moins la « chouchoute » de la famille, en même temps, j'étais très... disons très gardée, [je suis] avant-dernière. J'ai un frère jumeau et j'ai un frère plus petit... [...] j'avais pas le droit de sortir seule. Je suis*

*jamais allée en discothèque avant dix-huit ans. J'ai jamais fait les sorties que faisaient les autres jeunes filles... [...] Je crois qu'à l'âge de seize ans, ça m'a pesé véritablement... J'ai fait une tentative de suicide avec les comprimés de ma mère... [...] Peu après [...] quand je me suis aperçu que c'étaient des calmants, j'ai commencé à en prendre régulièrement. Tant que j'ai été chez mes parents... [...] Mais c'est vrai qu'elle avait des calmants très puissants... [...] Il y avait du Valium®, du Dipipéron®<sup>87</sup>, toutes sortes de choses : il y avait des anti-stressants, des anti-dépresseurs, il y avait énormément de choses... »*

La problématique familiale ne permettra plus que Marlène reste dans sa famille, un placement en institution à la demande des parents interviendra à la fin de l'adolescence.

### *Bertrand*

Le milieu social de Bertrand est privilégié. Son milieu familial est différent de celui de Marlène, cependant, il n'est pas exempt de problèmes et les difficultés d'ordre psychique sont largement présentes : « *j'ai été viré d'un lycée quand même... pour troubles graves... Au conseil de classe, un professeur a paraît-il suggéré mon internement dans un établissement spécialisé. Mon père a été interné autrefois. Il a eu sept électrochocs, une cure de sommeil et a fait deux mois de clinique neurologique... Quand je grandissais, il était toujours en dépression nerveuse, à toutes les étapes importantes de ma vie, [...] à l'adolescence, à l'enfance, à la petite enfance... »*

Les premiers produits modificateurs de l'état de conscience que rencontre Bertrand sont les benzodiazépines : « *... À 18 ans, moi j'ai connu d'abord les tranquillisants. Je les connais à peu près tous. » Bertrand ne les dérobera pas dans la pharmacie familiale ou dans celle de parents de camarades, ils lui seront « prescrits » par sa mère. « ... La toute première fois, ma mère m'a filé un quart de Lexomil®. Chez mes parents, j'aimais à dire qu'il y avait des corbeilles de Lexomil® comme chez d'autres il y avait des corbeilles de fruits. Elle m'avait filé un quart de Lexomil®, [...] j'avais dix-huit ans, [...] le père de mon père venait de mourir... [...] Pour ne pas faire de cauchemars, j'ai demandé un truc à ma mère qui m'a filé un quart de Lexomil®. Et puis après, comme je faisais de la spasmo, elle m'a mis au Tranxène®5, puis 10, puis 50, puis au Valium®10... Je les ai tous goûts pratiquement... »* Les « prescriptions » maternelles seront ensuite relayées par le médecin.

Il trouvera dans ces molécules une réponse à ce qu'il définit comme ses problèmes : « *Je me suis tartiné toute ma vie, de zéro à dix-huit ans, sans tranquillisants, sans tout ça. On ne peut pas dire que j'ai pas essayé, à l'école, au collège. Bon, ça a été le fiasco total. Si, à cinq ans ou à six ans, mes parents, déjà, m'avaient fait voir un psy, [...] au moins m'avaient filé des tranquillisants [...] je n'aurais pas eu ces angoisses, cette agoraphobie, ces semi hallucinations [...] Donc finalement non, les tranquillisants, les anti-dépresseurs, et même, pourquoi pas les drogues dures ! je pense qu'il vaut mieux ça que de se balancer par une fenêtre. Or, dans mon cas, si je n'avais pas eu [les psychotropes] je me serais balancé par une fenêtre. J'ai tenu dix-huit ans, mais là, c'était trop. »*

Bertrand, n'a jamais complètement lâché les benzodiazépines, il n'a jamais investi non plus les drogues illicites : un manque de « courage » pour entrer dans un univers fascinant et inquiétant ? « *[Les médicaments psychotropes] ne m'ont jamais désinhibé au point où m'aurait désinhibé la cocaïne, si j'avais eu la folie ou le courage, [...] d'en prendre. »* Les expériences qu'il fera avec les drogues illicites restent à la frange, comme une obligation sociale, « du bout du nez » comme il dit. « *J'ai essayé une fois, je dis bien une fois la cocaïne... Mais vraiment, j'avais tellement peur, de l'inconnu, que j'ai sniffé, mais deux centimètres maximum, vraiment une toute petite lignette du bout du nez... »* Même chose

<sup>87</sup> Dipipéron® : neuroleptique indiqué dans le traitement de courte durée des états d'agitation et d'agressivité au cours des états psychotiques aigus et chroniques (schizophrénies, délires chroniques non schizophréniques : délires paranoïaques, psychoses hallucinatoires chroniques).

pour l'héroïne : « [...] par curiosité. Pour pouvoir dire, dans les discussions [...] Oui, oui, j'ai goûté ! ».

Le Subutex® fonctionne pour lui comme une toxicomanie de substitution : un rapport identique à celui d'un toxicomane, mais avec un médicament prescrit. D'abord, le Subutex® apparaît comme un produit « fun » par contraste aux médicaments psychotropes qu'il a l'habitude de prendre : « [le Subutex®] c'était récréatif, quoi. Il m'en donnait de temps en temps un peu, on se faisait une ligne ensemble... [...] pour le fun. [...] le Valium® m'allait, mais [le Subutex®] c'est le plaisir de m'évader, de me trouver pur devant une glace, l'amitié de Paul, etc... J'sais pas, j'ai aimé ça... ».

Le Subutex® est un produit dont l'effet est immédiatement superposé à l'imaginaire des drogues : « le Subutex®, ça a été une révélation... ». Bertrand va progressivement construire son rapport avec la BHD en référence à celui que sa compagne entretient avec l'héroïne. « En fait, avec Betty en 97 [...] On se faisait des petits plaisirs, des craquages Subutex®, enfin elle, elle était sous Subutex® et moi, je me faisais des craquages Subutex®, comme elle, elle se serait fait des craquages héro... ». Pour Bertrand, le Subutex® représente à la fois la dimension imaginaire d'une drogue que confèrent la propriété de substitut de l'héroïne et l'autorisation sociale donnée par le statut de médicament.

Puis, à la faveur d'un moment de vulnérabilité, ici un deuil difficile à faire, le Subutex® devient le produit de défonce-destruction qui achève la représentation du produit toxicomane au terme du cycle usage festif-défoncage-destruction. En effet, le produit du toxicomane renvoie à une symbolique où la question de la maîtrise est centrale avec son indispensable renversement où, au terme du processus, celui qui pensait contrôler une substance se trouve contrôlé par elle.

C'est ce que va vivre Bertrand, arrivé au bout du cycle, à un moment où il rencontre une fragilité psychique : « À partir du moment où Elvira [est décédée]... Je me suis dit : Allez, vas-y bien à fond ! Prends-en encore deux fois plus de Subutex® ! Ça a été encore pire ».

### *Jean*

Autre parcours représentatif de certaines primo-pharmacodépendances à la BHD, celui de Jean est caractéristique d'une problématique personnelle qui aboutit de rupture en rupture à l'errance urbaine.

Depuis le milieu de l'adolescence, Jean n'est pas trop bien dans sa peau, il se pose beaucoup de questions, ne sait pas ce qu'il veut faire de sa vie et trouve progressivement dans l'alcool et le cannabis un mode de réponse à ce qu'il appelle ses « questions existentielles ». Mais de ruptures familiales, puis sociales, en dérives de consommation de plus en plus graves, Jean va trouver dans les benzodiazépines l'étape supplémentaire à ses défences avant de rencontrer le Subutex®. La BHD, avec ses effets et sa possibilité d'injection, va prendre le relais comme produit central de son usage défonce. Pour lui, les drogues illicites pour l'essentiel, n'interviendront qu'après le Subutex®.

« Je savais pas quoi faire... J'pétais les [plombs]... J'étais pas bien... Je posais plein de questions, tu sais pour des trucs existentiels et tout... [...] même picoler... et fumer, ça m'apportait plus... [...] ça compensait pas le vide que je ressentais quoi... [...] des fois tu te demandes ce que tu fais là... T'es pas bien... [...] Tu comprends rien à rien. Tout te prend la tête et tout d'un coup, [...] ça tourne tout seul, ça chauffe là-dedans [...] Et là, j'étais comme ça... J'ai dit j'pars [...] Je prends mon sac [...] et je vais à Paris, à l'aventure [...] Sans rien prévoir, on verra bien ».

Arrivé à Paris, Jean connaîtra l'errance urbaine, la rue, les établissements d'urgence, la manche et les pratiques de consommation de drogues qui leur sont associées. « J'ai commencé à traîner avec des mecs. Alors il y avait « pillave »<sup>88</sup>, fume et cachetons en plus. Et là j'ai commencé à prendre des cachetons aussi. [...] T'en avais, des machins... Alors en plus au

<sup>88</sup> Pillave : alcoolisation.

*début, les noms [des médicaments] je m'en foutais... Je prenais tout ça... [...] Il y avait des Tranxène®... [...] des Valium®, [...] Des Xanax®, des Léxomil®... Toutes sortes de cachetons... [...] Y'avait des Rup<sup>89</sup>, y'avait... Tous ces trucs-là quoi. ».*

La BHD n'interviendra que plus tard dans son parcours d'errance. Jean est depuis confronté à une pharmacodépendance sévère à la BHD qu'il injecte.

## **Trajectoires de primo-consommateurs non dépendants à la BHD**

### *Redouane*

Redouane est un homme d'une quarantaine d'années qui démarra ses consommations au Maghreb. « *Au début, c'était vin rouge et la bière. [...] En même temps que l'alcool... On prenait une tablette de Valium®, on mélangeait avec du vin... Après du shit, après la CC<sup>90</sup>, après l'ecstasy. [...] Ouais, j'ai commencé à quinze ans. C'était bien quand on buvait, on faisait des conneries, ensemble. On était toujours cinq six gars, ensemble on boit, on fait la fête.* »

Puis Redouane va rencontrer le monde de la nuit et en faire sa profession. Pour lui les consommations sont intégrées à sa vie quotidienne, les psychostimulants y tiennent une place prépondérante et notamment la cocaïne qu'il considère comme un « outil de travail ».

« *Comme je travaille la nuit, [...] quand je me prépare pour aller travailler, j'ai toute une bande de rails pour y aller bien en forme. Et en plus quand j'arrive là-bas au boulot... Il n'y a pas un client qui tape pas. La coke, tout le monde tape. Alors il y en a un qui t'invite à prendre un rail, l'autre, il tourne... [...] Pour être dans le « move », c'est tout... C'est pas pour se défoncer et faire la fête, parce que je peux pas faire la fête, moi, je travaille. C'est eux qui font la fête. C'est juste pour... me mettre dans le même niveau qu'eux. Dans le même trip, plutôt. [...] il faut se mettre dans la tête du client... Moi, des fois, quand je prends rien du tout, [...] si il y a un petit problème, je ne peux pas le régler, c'est impossible. Parce que toi, tu es dans un autre monde et eux, ils sont dans un autre monde. Alors pour être dans le même monde, il faut en prendre. C'est tout.* »

Quand Redouane fait l'inventaire hebdomadaire de ses consommations, le Subutex® est mis à la place de la consommation récréative du week-end. « *Les ecstas, peut-être, ouais, journalière. La CC, un jour sur deux. Mais le Subutex®, que le week-end* ». L'effet recherché avec la BHD se situe pour lui du côté d'une défoncure autre, plus forte. « *Le week-end, quand je veux vraiment passer des soirées fortes, fortes, vraiment. [...] Quand j'ai envie de me défoncer à fond [...] Je vais [...] chercher un ou deux [comprimés de Subutex®].* »

Si dans le monde urbain où la BHD peut constituer le quotidien d'un usage chronique et les autres drogues illicites les « extra » que l'on s'autorise, pour Redouane dont les consommations de cocaïne et d'ecstasy sont fréquentes, le Subutex® représente une forme de défoncure qu'il apprécie pour sa différence.

### *Céline*

Caractéristique d'une approche festive plus récente et moins « commerciale » que celle de Redouane, Céline est une jeune polyconsommatrice de psychostimulants et d'hallucinogènes, primo-consommatrice de BHD, non dépendante au Subutex®.

« *Quand j'ai eu quatorze ou quinze ans, j'ai fumé mon premier joint. Après [...] comme j'étais à la campagne justement la première défoncure c'est l'alcool [...] tous les jours du rosé et tout (elle rit) bien crade (elle rit) [...] et puis un jour, je suis venue à prendre... ben c'était un ecsta que j'ai pris en premier quoi. Bon puis après, vu que ça m'a bien plu, tu vois, j'ai continué à prendre... du speed... Qu'est ce que j'ai pris d'autre ? (elle réfléchit) [...] j'ai*

<sup>89</sup> Rup, ryp ou roche, pour Rohypnol® (benzodiazépine).

<sup>90</sup> CC ou coke pour cocaïne.

*essayé la kéta<sup>91</sup> aussi. J'ai pas trop touché aux cachets, aux médicaments en fait tout ça, les seuls trucs que j'ai goûté, c'était les Valium® et les Tranxène®. [...] Et... le Sub. Le Sub, j'ai commencé à dix-huit ans, mais avant les Tranxène®, [...] le premier truc que j'ai goûté [...] en cachet, c'est le Sub. »*

Céline a débuté ses consommations de drogues, d'alcool et de médicaments détournés vers quinze, seize ans, et elle dit ne pas avoir rencontré de difficultés majeures dans son enfance ou à l'adolescence, situant sa démarche à l'égard des drogues plutôt dans la recherche d'expériences. «... *Des p'tites prises de tête avec la famille, mais rien de méchant, quoi. C'est pas vraiment ça qui m'a fait consommer ce genre de produits. [...] C'était surtout, la curiosité en fait.* »

### **Trajectoires comparées des primo-consommateurs dépendants et non dépendants**

Les trois premiers parcours (Marlène, Bertrand, Jean) illustrent la dynamique qui se crée entre une souffrance personnelle pour laquelle, un sujet n'a pas pu trouver de réponse, l'expérience précoce d'une « solution » au travers des benzodiazépines détournées, et la pharmacodépendance au Subutex® ultérieure. Une chronologie des produits se dessine où les médicaments détournés priment sur les drogues illicites.

C'est dans la démarche festive, polyconsommatrice que l'on rencontre les primo-consommateurs qui ne sont pas dépendants et parfois, malgré des périodes de consommation de BHD assez longues. À l'inverse des primo-consommateurs devenus dépendants, ici la dominante de consommation préalable à la buprénorphine est essentiellement festive, la motivation n'est pas ancrée dans une problématique familiale ou sociale lourde, et la place des benzodiazépines est mineure.

Dans l'univers festif, la dépendance est une valeur exclue car elle s'oppose à celle de liberté. Les usagers inscrits avant tout dans des espaces festifs ont beaucoup de difficultés à reconnaître qu'ils puissent être dépendants. Dans les cas où ça leur arrive, le déni est souvent présent tant pour soi-même que pour ses proches. Inversement lorsque la dépendance est avérée et manifeste, la dévalorisation par le groupe sous forme de pitié ou d'exclusion sanctionne celui qui a transgressé le mythe festif de « l'être libre ».

### **Trajectoires et itinéraires : des démarches d'usage qui traversent les espaces de consommation**

L'opposition symbolique entre usage festif et usage « de toxicomane » qui est constante dans l'histoire des drogues, au moins depuis la construction de la notion de toxicomanie dans la modernité<sup>92</sup>, trouve à se renouveler une fois encore avec la BHD.

Les trajectoires et les itinéraires de consommation ne sont pas figés. Des usagers présentant les caractéristiques de l'usage problématique que l'on observe dans l'espace urbain peuvent, à un moment ou à un autre, être observables dans l'espace festif.

Ainsi, Louis s'inscrit dans des pratiques typiques des usagers de l'espace urbain : rapport au produit et mode d'administration. Il décrit des moments de sa vie où il a fréquenté l'espace festif techno adoptant momentanément les usages qui y sont en vigueur, et notamment la polyconsommation de psychostimulants et d'hallucinogènes, mais de façon très abusive. Comme il le dit, lorsqu'il allait en teuf<sup>93</sup> le week-end, même si « comme tout le monde », il

---

<sup>91</sup> Kéta : kétamine.

<sup>92</sup> SAINT-DIZIER F., *Toxicomanie et Modernité*, DEA d'anthropologie sociale de l'Europe, EHESS, sous la direction de FABRE D.

<sup>93</sup> Teuf : fête en verlan, désigne une fête techno au sens large.

prenait, « trips<sup>94</sup>, coke, speed, ecsta » : « *dans le week-end, j'prenais bien c'qu'on peut s'prendre en une semaine !* ».

La consommation de produit peut-être envisagée comme une tentative de trouver une « solution » à un mal-être fondamental dont les causes peuvent être multiples. « *On a des idées noires comme à 14 ans. [...] un truc chaud à gérer... ou un truc où on se sent impuissant et on subit tout le temps... on n'arrive pas l'oublier [...] j'étais pas bien avec moi-même et je sentais qu'il y avait un truc... qui me faisait péter les plombs* », explique Myriam. Des sujets en panne de réponse à leurs souffrances psychiques, leurs inhibitions, peuvent comme elle, trouver des « solutions » partielles ou temporaires dans la fréquentation de l'espace festif techno.

C'est aussi en ce sens que nous pouvons considérer l'espace festif techno comme un lieu de « passage instituant<sup>95</sup> », c'est-à-dire qui fournit au sujet de quoi se constituer de nouveaux repères pour sa vie « d'adulte » à venir<sup>96</sup>. Et notamment sur la question de la constitution de l'identité sexuelle en jeu à l'adolescence. « *Parce que quand on était tous, c'était un climat spécial quoi, on avait la techno comme point commun donc voilà, on se sentait vachement exister [...] Moi c'est là que j'ai commencé à m'habiller un peu comme j'aimais [...] à mettre des jupes... ça m'a aidé pour tout ça quoi. Mais bon, à côté de ça... peut-être à cause de ça aussi... je réfléchissais sur moi [...] Quand j'allais pas bien [...] j'essayais d'aller plus loin... c'est sûrement pour ça que j'ai pris des produits [...] parce que je savais que si je reniais tout ça [...] et que j'essayais d'être normale [...] ça marcherait pas. À un moment, je me suis dit : "c'est de ce côté-là, et puis on verra bien" [...] je me sentais mieux dans ma peau [...] j'ai commencé à rencontrer des gens...* ».

Mais le problème n'est pas réglé pour autant et la BHD continue de fonctionner pour Myriam, comme un rempart à la dépression. De plus, la pharmacodépendance et la connotation sociale péjorative du Subutex® en font une contrainte inavouable à son entourage. Et ce qui dans un premier temps a fait « solution » pour aller vers les autres devient dans un second temps ce qui isole d'eux : « *Et d'ailleurs, tous les gens que je connais [ici], ils savent pas que je prends du Sub et ils en prennent pas* ». Et à partir d'un début de consommation inscrit dans l'espace festif, Myriam se retrouve finalement dans l'usage problématique.

Manuel illustre parfaitement ce moment d'équilibre entre ces deux temps de la démarche de consommation de drogue : festive et problématique. Moments d'instabilité et d'oscillation entre les abus d'usage dans lesquels il est pris et un déni de la dépendance qu'il a de plus en plus de mal à maintenir. Manuel est pourtant lucide sur ce qui le pousse à poursuivre toujours plus en avant la consommation de drogue en général et de BHD en particulier : « *Un petit coup de cocaïne de temps en temps... du shit, de la beu<sup>97</sup>, de l'alcool... [...] Je crois que c'est à peu près tout quoi... Ah de temps en temps, si, on se tape une petite teuf, un petit ecsta, du speed aussi de temps en temps, mais pas trop de trips hallucinogènes, [...] mais bon des fois quand même des petits problèmes... c'est pas vraiment une dépendance... des fois, deux trois jours sans peta<sup>98</sup>, [...] c'est latent quoi, c'est des vagues, des grosses ondées avec des creux et des pleins* ».

Lorsque Manuel consomme de la BHD, il fait l'expérience d'un sentiment d'exister pleinement : « *Ben c'est bien ! Tu vois pas le temps passer. Tu te sens bien. T'as l'impression de vivre à fond quoi !* ». L'interruption de sa consommation le ramène à une vie terne qui le confronte à ses manques intérieurs et à une réalité décevante. Autant de causes qui le poussent vers la reprise de sa consommation. « *Quelques jours après [...] t'as envie de retaper parce que c'est gris, c'est glauque, il se passe rien... de terrible... [...] Les perceptions que t'as,*

<sup>94</sup> Trip : ici unité de dose de LSD présentée sous forme de buvard ou de micro pointe.

<sup>95</sup> GOGUEL D'ALLONDANS T., *Rites de passages : d'ailleurs, ici, pour ailleurs*, Toulouse, Érès, 1994.

<sup>96</sup> LE BRETON D., *Passions du risque*, Paris, Métailié, 1997.

<sup>97</sup> Beu : herbe en verlan, cannabis.

<sup>98</sup> Peta : taper en verlan, consommer de la drogue.

*elles sont toujours aussi négatives, même si tu as beau te dire que c'est peut-être toi qui vas mal ».*

On peut faire l'hypothèse que pour l'essentiel des primo-pharmacodépendants, une partie des conditions qui vont rendre possible leur dépendance préexiste à leur rencontre avec la BHD, notamment l'incapacité à faire face à leur niveau de souffrance psychique. L'autre partie tient aux propriétés pharmacologiques particulières<sup>99</sup> de la BHD. Enfin, il ne faut pas négliger la dimension pratique<sup>100</sup> et symbolique du Subutex® aujourd'hui : un substitut de l'héroïne.

---

<sup>99</sup> Affinités très fortes avec les récepteurs opioïdes, durée de vie longue, sédation, euphorie, anxiolyse.

<sup>100</sup> Un produit qui s'injecte, se sniffe, se gobe, s'échange, se détourne et se trafique.

## Problèmes sanitaires et usages non substitutifs de BHD

### Problèmes de santé liés à l'usage non substitutif de la BHD

Du point de vue des problèmes sanitaires que peuvent rencontrer les consommateurs de BHD, l'usage non substitutif se distingue peu de l'usage substitutif lorsque celui-ci s'inscrit dans le mésusage. Le capital de santé initial, les contextes de consommation et le mode d'administration déterminent essentiellement les problèmes sanitaires des usagers.

Rappelons que les primo-consommateurs sont globalement plus jeunes, moins engagés dans des consommations, injectent moins et utilisent la BHD de façon moins assidue que l'ensemble du groupe des usagers substitutifs. De la même manière, les dépendants non consécutifs sont plus âgés, mais se distinguent également par des pratiques plus « pondérées » avec moins de polyconsommation et d'injection. Un peu comme si les premiers n'étaient pas encore engagés dans des pratiques susceptibles d'avoir des conséquences sur leur santé et les seconds un peu dégagés de pratiques à risque. Pour ce dernier groupe, nous ne disposons pas de données qualitatives pour étayer cette impression.

L'examen des entretiens retrouve des problèmes de santé identifiés auparavant par le dispositif TREND pour l'ensemble des usages de BHD substitutifs ou non. Trois grandes catégories de problèmes apparaissent :

- Les problèmes liés aux modes d'administration, la voie intraveineuse étant particulièrement susceptible d'en entraîner.
- Les troubles somatiques liés aux effets secondaires ou aux mésusages, notamment lors de consommations associées.
- Les problèmes qui affectent le psychisme, des symptômes dépressifs principalement.

Certains troubles ont une étiologie discutable et leur appartenance peut apparaître comme hybride tant il est difficile de les affecter de façon radicale dans l'une ou l'autre catégorie. Ces questions ne font pas l'objet de ce travail, nous nous contenterons de mentionner les troubles que les usagers nous ont rapportés.

Les personnes rencontrées mentionnent la plupart des effets indésirables inscrits sur la notice du Subutex®.

L'analyse des entretiens montre que, globalement, les non injecteurs (Ahmed, Bertrand, Kamel, Brahim, Redouane, Léopold, Robert, Céline, Linda) présentent des problèmes de santé moins importants et moins fréquemment que les injecteurs. Les problèmes liés au sevrage de la BHD seront abordés dans la partie concernant l'arrêt de la consommation.

### Injection et problèmes sanitaires

Les problèmes liés aux modes d'administration, essentiellement chez les injecteurs sont assez récurrents. Certains usagers au terrain veineux fragile, rencontrent des problèmes particulièrement importants, Marlène par exemple :

*« Au début, [...] j'ai eu d'énormes abcès. [...] en quantité pas possible... [...] j'ai des veinites, ça, ça m'arrive très régulièrement [et] je ne sais pas comment on appelle ça ? C'est simple, vous vous piquez, vous avez la veine, mais la veine, elle devient rouge et ça fait un trou... ».*

Il arrive que le produit « passe à côté » de la veine créant des abcès ou des destructions des tissus : « *Tu tapes une fois à côté, le Sub, c'est direct, t'as un abcès...* » (entretien N°29). Phil a eu des mésaventures avec l'injection qui auraient pu très mal tourner. « *Ah ça, les abcès, y'a rien de tel ! Il suffit de rater un tout petit peu dans le bras et on chope une boule, de la taille d'un œuf sur le bras, à n'importe quel endroit ça peut se faire, il suffit de mettre une petite*

*goutte à côté et hop, [...] c'est rempli d'infection. Et quand on va à l'hôpital pour percer ça, ben ça fait [...] un bon petit trou [...] mais bien profond... Moi la dernière fois que j'ai eu ça, on voyait mon os ! ».*

Les usagers rapportent systématiquement le fait que l'injection de BHD bouche les veines. Élise explique très bien le phénomène : « *La veine [...] elle est vraiment, vraiment dure et c'est comme si y'avait du ciment dedans et on peut plus s'injecter. [...] les veines, elles sont [...] pas tout à fait bouchées, mais, elles sont très, très abîmées, parce qu'on pique toujours au même endroit donc la veine, elle en a marre, elle commence à être hyper, hyper abîmée, alors, quand on enfonce l'aiguille, [...] ça fait vraiment très mal quoi, d'ailleurs des fois... je préfère... je me mors la main, (rire) j'enfonce et voilà ça va mieux ».*

Christine s'est fait peur avec une injection des membres inférieurs : « *[...] j'ai eu peur franchement parce que là vous voyez la cicatrice, mais j'ai eu une sacrée balafré, [...] C'est comme si vous faites une brûlure, un truc comme ça, ça vous bouffe quoi [...] Et un jour, ça a commencé [...] à me lancer dans la jambe à ne plus pouvoir dormir tellement ça me lançait ! Et j'ai eu peur parce qu'on parle d'amputation aussi hein ! Donc je me dis : "Tu pousses le bouchon trop loin !" ».* Tony a aussi rencontré ce type de problèmes en injectant dans les membres inférieurs.

Certaines injections peuvent avoir des conséquences graves comme pour Christian qui aurait pu perdre un orteil : « *Le [...] problème que j'ai eu, c'est une fois à un orteil, j'ai tapé la mauvaise veine, en fait, j'ai tapé la veine qui emmène le sang, là, aux organes... [...] c'est plus une artère là, au niveau de l'orteil [...] Je me suis retrouvé avec l'orteil violet... nécroses carrément... Donc j'ai fini à la clinique [...] là, j'en ai chié par contre ! J'ai jamais eu aussi mal de ma vie et comme ils pouvaient pas me donner [...] d'anti-douleur... ».*

Les primo-usagers injecteurs de BHD n'échappent pas aux lymphoédèmes des membres supérieurs, les fameux « gants de boxe ». Plusieurs injecteurs rencontrés ont eu ce type de problème à l'instar de Christine qui a développé une forme sévère : « *Mes mains en fait au départ, elles étaient pas si enflées que ça. Ça a commencé petit à petit à enfler et là, elles ont beaucoup, beaucoup de mal à dégonfler maintenant. Avant, [...] quand je diminuais les doses ou que je me tapais aux pieds, par exemple, elles dégonflaient [...] J'arrivais quand même des fois à mettre des bagues... Là [...] depuis un an [...] elles ne veulent plus dégonfler, même si je diminue [la consommation de Subutex®] ».*

Au-delà des membres supérieurs ou inférieurs, d'autres endroits du circuit veineux peuvent être concernés notamment la sphère thoracique, avec des risques d'une autre nature. « *Quand j'ai été au Portugal, je m'étais raté aussi, j'ai chopé une gangrène qui est arrivée à 5 cm du cœur [...] on m'a dit que je venais quelques heures plus tard et je n'étais plus de ce monde »* (entretien N°5).

Tony a également eu des problèmes à plusieurs reprises tant au niveau cardiaque que pulmonaire : « *J'ai eu des problèmes de poumon, énormément [...] à l'époque où je prenais du Sub, j'ai cru que j'allais en crever [...] Des grosses douleurs et tout. Parce [...] j'avais l'impression de sentir la poudre en fait [...] Dans les veines et dans les poumons ».*

Cette impression de douleur à l'intérieur de la veine est aussi décrite par Phil : « *Des douleurs dans les artères, même au niveau du cœur, plein de trucs comme ça quoi. Ça fait énormément de mal, des fois le soir, pas moyen de dormir tellement on a mal dans la poitrine juste au niveau du cœur... ».*

Dans plusieurs entretiens, les problèmes liés à l'injection ne semblent pas faire l'objet de discussion avec le médecin. Le Subutex® est parfois prescrit avec « *obligation de ne pas se piquer* » (entretien N°3), mais sans véritable contrôle par la suite. Pourtant, certains problèmes comme les lymphoédèmes des membres supérieurs ne passent pas inaperçus.

Si le praticien n'interpelle pas le patient sur des signes cliniques qu'il pourrait repérer, parfois le patient se garde bien, lui aussi, de solliciter le médecin. Comme Marlène pour ses problèmes veineux : « *Ça fait une croûte qui grossit de plus en plus, et au bout de trois ou quatre mois, la croûte, elle tombe et ça fait des trous... je ne sais pas ce que c'est... Et je n'ai*

*jamais osé voir le médecin d'ailleurs. ». Marlène a honte d'injecter le Subutex® et redoute le jugement du praticien.*

Il semble que la question de l'injection reste pour bon nombre de médecins une limite à leur engagement dans la substitution à la BHD. Pris entre plusieurs impératifs contradictoires, (accès aux soins, réduction des risques, arrêt des drogues illicites), certains praticiens acceptent difficilement l'injection. Un malaise s'installe entre le patient coupable qui ne peut parler de l'injection et le praticien gêné qui n'ose vérifier ce qu'il redoute. Cette culpabilité réciproque est peut-être à la base de ces faux-semblants entre médecins et patients autour de l'injection, qui expliqueraient certaines impasses et ruptures de la prise en charge médicale. Cette situation ne concerne pas tous les médecins, car des usagers peuvent parler librement de l'injection de BHD avec d'autres praticiens (Élise, Christine).

Les problèmes liés à l'injection sont souvent une puissante motivation pour arrêter le Subutex®, mais parfois une solution médicamenteuse permet de poursuivre encore un peu. Élise pensait arrêter la BHD, mais l'utilisation de médicaments pour renforcer les tissus veineux a repoussé à plus tard ce projet. « *C'était vraiment une période, où là je me disais, bon, finalement je vais arrêter le Sub [...] et puis finalement, ça s'est pas fait, parce que maintenant [...] je prends des ampoules pour les veines [...] ça répare les vaisseaux sanguins, ça donne plus de pression au niveau du sang et moi ça me fait vraiment du bien aux veines et elles s'abîment moins vite, quoi, enfin, là ça fait bien un mois où je galère pratiquement plus quoi [...] à part tout à l'heure... (rire)* ».

## Contaminations VIH et VHC

La contamination VIH n'est pas évoquée par les injecteurs de l'enquête par entretien et la prévalence dans l'enquête « usagers de structures de première ligne » est de 7 %, avec seulement 3 cas sur 44 primo-pharmacodépendants dépistés. Dans cette enquête, il n'y a aucun primo-consommateur.

En revanche, les contaminations VHC sont plus importantes à l'instar des autres groupes d'usagers de drogues fréquentant les structures de première ligne, quoique dans une proportion très inférieure aux usagers substitutifs. Ainsi, chez les primo-consommateurs pour 69 % de dépistages pratiqués pour les non substitutifs, versus 85 % pour les substitutifs, 23 % de répondants sont positifs contre 61 % pour les substitutifs. Pour les 65 primo-pharmacodépendants, 15 des 39 dépistages sont positifs représentant 40 % versus 61 % pour le groupe témoin substitutif.

Nous retrouvons la séropositivité à l'hépatite C dans les entretiens, principalement chez les injecteurs et pour un usager qui utilise exclusivement la voie nasale : « *j'ai sniffé derrière un gars qui avait l'hépatite. Il me l'a dit trop tard. Et il y a que comme ça que j'ai pu l'attraper. Parce qu'avant de sortir de prison, j'ai fait une prise de sang, et on m'a dit que j'avais l'hépatite. Et j'avais rien fait, j'avais jamais... touché à la piqûre* » (entretien N°8).

Parfois les usagers n'arrivent pas à faire le lien entre leur pratique à risque et leur contamination, mais certains pensent pouvoir le faire avec certitude. C'est le cas de Jean par exemple : « *Je suis sûr ! Parce que j'ai déjà shooté derrière des mecs qui avaient l'hépatite. Donc je le savais moi-même... C'est un peu comme si je l'avais fait exprès...* ».

L'information peut être connue, mais de façon incomplète, ce qui a pour conséquence de maintenir le niveau de risque maximum. C'est le cas lorsque le mode de transmission est connu, mais que les risques de tomber malade sont mal appréhendés, quand par exemple une personne porteuse dans l'entourage est asymptomatique.

« *J'ai partagé puisque je me suis attrapé l'hépatite C grâce à ça [injection de BHD]. Je savais qu'il [son compagnon] avait l'hépatite C. [...] je crois que c'est quand on l'a, qu'on comprend qu'on a fait une connerie... [...] Il a l'hépatite C depuis 13 ans, il n'a rien eu du tout. Moi, l'hépatite C, ça fait quatre ans que je l'ai, j'ai déjà eu deux déclenchements... Je* »

*savais le risque que j'encourrais à attraper l'hépatite et ça, je l'ai accepté, mais je ne savais pas [...] qu'on était tous inégaux devant ça... »* (entretien N°3).

## Troubles somatiques

Un symptôme fréquent décrit par les usagers concerne la perte de poids. Mais pas par tous. Ainsi Darius, injecteur, n'a pas perdu un gramme depuis qu'il consomme. Certains parlent de perte d'un ou deux kilos par mois, encore faut-il regarder le mode de vie dans lequel s'inscrivent la consommation et l'amaigrissement. « *Pendant 1 an, il a maigri de 12 kilos* » explique la traductrice de Stephan qui vit dans la rue, consomme du Subutex® en injection et du Rohypnol®. Brahim est descendu, pendant sa détention, « *d'à peu près 82-84 kilos [...] jusqu'à 77 kilos !* ». Dans l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002, 47 % des usagers substitutifs du groupe témoin déclarent des pertes de poids pour 26 % des primo-consommateurs ( $p<0.05$ ), et 38,5 % des primo-dépendants ( $p=0.21$ ).

Pour Kamel, l'explication tiendrait en ce que la consommation de BHD susciterait une envie de fumer du tabac et couperait l'appétit. « *Dès que tu sniffes, t'as envie de toujours fumer, c'est tout. T'as pas envie de manger... un p'tit gâteau à trois heures... un p'tit yaourt, fin de la nuit, tu vois ?* » Rappelons que plusieurs usagers disent que la consommation de Subutex®, quel que soit le mode d'administration, appelle la consommation de tabac : Si je « *tape le Subu, je vais fumer beaucoup plus à côté [...] à la limite, je vais taper clope sur clope [...] je vais pas m'en rendre compte* » (entretien N°33).

Brahim confirme ce lien entre BHD et perte d'appétit tout en expliquant sa nature. Pour lui, c'est l'effet psychotrope qui donne au sujet une sensation de plénitude qui fait qu'il se passe de nourriture. Avec le Subutex®, « *l'appétit, ça va pas en fait. Et ça, c'est moi-même qui le dis. Y'en a qui disent : "non, j'ai de l'appétit", mais vous mangez pas [...] vous prenez deux verres d'eau, vous croyez que vous êtes plein et vous êtes content en plus ! Et ça, c'est un danger, je crois. [...] toute la journée vous restez avec un effet bien, speed, vous avez peur de rien, vous foncez tête baissée, sans problème... Mais l'appétit, non* ». Dans l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002, 54 % des usagers substitutifs du groupe témoin déclarent un manque d'appétit pour 29 % des primo-consommateurs ( $p<0.01$ ). Quelques problèmes de constipation sont évoqués par plusieurs personnes avec plus ou moins d'importance selon les sujets. Il semble que la dose utilisée influe, certains usagers ont remarqué que la constipation apparaissait lorsqu'ils augmentaient leur consommation.

Les troubles du sommeil sont également présents, bien que moins fréquemment que les pertes pondérales. Ainsi, dans l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002, 63 % des usagers substitutifs du groupe témoin déclarent des troubles du sommeil pour 54 % des primo-consommateurs ( $p=0.29$ ).

Des problèmes respiratoires sont mentionnés par quelques usagers, évoquant, des difficultés à respirer, des essoufflements anormaux, Manuel parle de sentiment d'étouffement : « *Je m'étouffe en m'endormant le soir souvent... J'ai du mal à (il mime un souffle coupé). Des fois, je me réveille et j'ai l'impression d'avoir fait une apnée et d'être descendu dans le grand bleu et puis... de m'en sortir de justesse quoi, d'être remonté pile poil à temps... ».*

Deux usagers parlent de problèmes au foie liés à leur consommation de Subutex®, mais les deux sont porteurs d'une hépatite C et l'un a déjà développé des signes cliniques.

Un problème cité également par les usagers est la fatigue. Dans l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002, 75 % des usagers substitutifs du groupe témoin ont déclaré avoir souffert de fatigue au cours du dernier mois pour 63 % des primo-consommateurs ( $p=0.13$ ), et 81,5 % des primo-dépendants ( $p=0.24$ ). La consommation régulière de Subutex® semble générer, pour certains usagers de l'enquête par entretien, engagés dans des consommations importantes, une sorte de fatigue physique : « *Parce que ça provoque une grosse fatigue. Plus vous en prenez, plus vous vous sentez fatigué, moins vous*

*avez le courage... »* (entretien N°3). Mais les usagers qui en parlent associent cette fatigue à des moments d'épuisement qui peuvent se lire aussi sur un versant psychique, au travers notamment de sentiment d'impasse face à la dépendance, et à un effondrement de l'estime de soi.

## Problèmes d'ordre psychique

Le Subutex® est mis en cause par les usagers non substitutifs de l'enquête par entretien pour différents types de problèmes qui relèvent du psychisme.

Le piège de la dépendance par la confrontation à l'impuissance qu'il fait vivre au sujet est un générateur d'états dépressifs observable chez plusieurs usagers de l'enquête. Jean, par exemple, explique : « *Pendant une semaine, je vais être mal... Rien que de le savoir, ça me fait péter des plombs des fois, [...] J'en ai marre... ça me saoule parce que j'ai vraiment l'impression que ça a pris le dessus sur moi... (il tape sur la table) Et des fois, ça me déprime... Ça me déprime... ».*

Tony montre l'impasse qui survient après quelque temps d'une consommation de BHD où la défonce est le but, décrivant cet état de dépression où « si l'on en prend on ne va pas mieux et si on n'en prend pas on est mal ».

L'humeur se modifie. Phil, qui se vivait comme quelqu'un d'expansif, a le sentiment de se replier sur lui-même depuis qu'il consomme de la BHD. Pour lui, la BHD agit sur « le comportement psychologique » : « *Je me renferme vachement sur moi-même en fait* ».

Didier fait un ensemble pas vraiment dissociable de plusieurs symptômes : « *Avec le Subu [...] y'a un moment où tu craques complètement, ça rend nerveux, tu transpires, beaucoup de transpiration, tu sues... On voit comme des... tu sais des couleurs rouges [des] hallucinations... ».* À moyen terme, une consommation régulière non substitutive dans une démarche de défonce à des répercussions sur le psychisme, d'autant plus dans le cas où le sujet est injecteur.

« *Ça rend mauvais, méchant [...] Ça joue sur la libido, ça joue sur l'humeur, parce que vous êtes tout le temps de mauvaise humeur, vous êtes tout le temps grognon... Vous êtes pas bien. Vous vous shootez, mais ça vous fait rien alors vous êtes encore plus dégoûté et [si] vous en shootez pas, vous êtes malade alors... Non, mais j'étais pas bien, non franchement, pas de motivation, pas envie de s'en sortir rien... J'en étais là... »* (entretien N°29).

Ainsi, dépression, trouble de l'humeur, du caractère, interfèrent sur les relations du sujet et le plongent parfois dans une spirale qui le conduit à « péter les plombs ».

## Arrêter la BHD

L'arrêt de la BHD est envisagé par les usagers non substitutifs rencontrés, comme quelque chose de difficile. Et la plupart d'entre eux en ont une expérience peu concluante (23 sur 34 se définissent comme dépendants de la BHD au moment de l'enquête).

Presque tous les pharmacodépendants au sens où la consommation de la BHD est indispensable au fonctionnement physiologique normal ont fait l'expérience de l'état de manque. L'expérience du manque de BHD peut-être liée à une rupture d'approvisionnement, une absence d'information sur le sevrage ou encore une démarche volontaire d'arrêt du produit.

### *Syndrome de manque*

Beaucoup d'usagers de l'enquête disent que les problèmes de sevrage apparaissent à partir du troisième jour. « *Non, c'est vrai que sans Subutex®, c'est extrêmement dur de tenir ! Deux jours... Deux jours et demi... Ouais, le troisième jour, il faut que j'en aie* », dit Marlène. Cette limite du troisième jour correspond probablement à la pharmacodynamique de la BHD qui permet une couverture des récepteurs durant quarante-huit heures. « *Le Sub, si je veux j'arrive à m'en passer. Mais pas... pendant... longtemps, trois jours. Au bout de deux jours, trois jours... Ça va pas* », confirme Patrick. Passer ce cap semble redoutable pour les usagers. Jean raconte : « *Le sevrage, j'ai craqué... Le sevrage, au bout de trois jours, j'allais chercher du Sub en ville...* ».

Les manifestations des troubles physiques sont caractéristiques du syndrome de manque des opiacés. « *Une fois qu'on arrête, quarante-huit heures, il nous vient les symptômes, on commence à éternuer, à bailler, à avoir des frissons. On va avoir mal aux muscles, quoi.* » (entretien N°8). « *J'avais mal au dos, j'avais des courbatures, je pouvais pas rester assise, je pouvais pas rester debout, je pouvais pas dormir... C'étaient beaucoup des courbatures et le dos... [...] Tu trembles, t'es trop mal, tu peux pas te lever... T'as trop froid...* » (entretien N°11). « *... les larmes partout, le nez, il coule, le dos, mal dans le dos...* » (entretien N°16). Les problèmes de fatigue, de fébrilité et de sommeil sont récurrents. « *Il dit qu'il transpirait, qu'il n'arrivait pas à dormir. Il se découvrait, il avait froid, il se couvrait, il avait trop chaud. Il n'arrivait pas à dormir, surtout. Il n'avait pas du tout de force pour soulever des choses...* » (entretien N°19). « *Je suis tombé en manque, après... [...] je dormais tout le temps, la fatigue... Je dors même quarante-huit heures... Des fois, je me levais, j'étais fatigué, [...] Je mangeais pas... tout de suite, je m'énerve* » (entretien N°15).

Douleur, fatigue, transpiration, insomnie, hypersomnie, perte d'appétit, état fébrile, anxiété, agitation, tous les signes du manque d'opiacés sont là.

### *Un sevrage difficile à supporter*

Le sevrage de Subutex® est considéré par les usagers comme plus dur que celui de l'héroïne. Cette donnée neurophysiologique est pourtant connue tant des spécialistes que des usagers, mais elle ne faisait pas, jusqu'à récemment, l'objet de beaucoup de discussion dans le champ de la prise en charge des addictions. Pourtant, dès 1998 un rapport de l'INSERM indiquait : « *Il faut cependant noter que certains cliniciens décrivent un sevrage à la buprénorphine très pénible : alors que le sevrage brutal à la méthadone se caractérise par deux à trois jours sans symptômes puis une dizaine de jours de manifestations pénibles, le sevrage brutal au Subutex® suit une courbe voisine de celle du sevrage à la méthadone, mais avec une période de symptômes très difficile supporter car elle est en 'dents de scie' : les patients alternant un état normal et un état de manque.* »<sup>101</sup>

La symptomatologie du sevrage de la BHD chez les primo usagers rappelle typiquement celle de l'héroïne, bien connue et maintes fois décrites : « *J'ai arrêté le Subutex®, bon, évidemment j'ai eu... toutes les formes de sevrage pour les toxicomanes quand ils arrêtent l'héro... j'pouvais pas descendre en bas... chercher à bouffer. J'étais obligé de demander à quelqu'un de m'acheter mes clopes. Je pouvais pas marcher. J'étais allongé toute la nuit, toute la journée, sur mon lit, à dormir, et toute la nuit sur mon canapé, éveillé, à regarder par la fenêtre* », raconte Bertrand.

La comparaison du Subutex® avec l'héroïne - référence en la matière - apparaît souvent dans les entretiens pour, dans un premier temps dire la similitude, l'apparentement. Mais très vite la comparaison ne tient plus, et de façon surprenante presque incroyable le substitut dépasse le produit substitué. « *... Et ça a duré trente nuits, personne ne le croira...* », poursuit

<sup>101</sup> Évaluer la mise à disposition du Subutex® pour la prise en charge des usagers de drogue : Synthèse rapide de la littérature et des données disponibles et propositions pour un programme de recherche, rapport INSERM, juin 1998.

Bertrand. Effectivement, cette particularité pharmacologique n'a pas été d'emblée reconnue, et les usagers ont peine à le croire. Car, comme le décrivaient des médecins du site TREND de Toulouse<sup>102</sup>, le syndrome de sevrage de BHD est long et avec des effets rebonds.

Lorsqu'il sort de prison, Ali ne sait pas ce qui l'attend, ni l'intensité du manque, ni sa durée. « *Ma famille croyait que c'était la fatigue, [...] de la prison, et non [...] c'était le Subutex®. Et après, au bout d'une semaine, j'ai senti le symptôme du manque. Je savais pas que ça allait me faire tout ça ! [...] sinon, j'aurais jamais fait ça. Ça a duré [...] un mois et demi, le manque ! J'ai rien pris pendant un mois et demi. De temps en temps, je compensais par l'alcool. Je buvais... ».*

Le sevrage de BHD dure considérablement plus longtemps que celui de l'héroïne, mais en plus il semble imprévisible, après une période où le manque semble absent, les symptômes reviennent : « *le Subutex®, c'est à retardement. [...] À l'arrêt du Subutex®, ça peut être bien pendant une semaine, et boum, ça revient* » (entretien N°8).

### *Dépendance psychique*

Il serait réducteur de n'imputer qu'aux propriétés pharmacologiques les difficultés du sevrage, la dimension psychique intervient également, comme dans tous processus de séparation d'un objet, lorsque le sujet se trouve devant le précipice de la perte et du deuil. Cette dimension qui concerne tout sujet d'une addiction, concerne pleinement les primo-usagers dépendants :

« - *Le Sub, j'étais qu'à 0,2 [mg] donc... je pouvais arrêter quoi.*  
- *Parce que tu as eu des périodes où tu as essayé d'arrêter ?*  
- *Ah ouais..., mais je pétais un câble !* »<sup>103</sup> (entretien N°12).

Bertrand mesure la place du Subutex® dans sa vie à l'aune de la fragilité que son sevrage occasionnera : « *J'aimerais arrêter [le tabac], mais c'est trop difficile et d'autant plus que je voudrais d'abord arrêter le Subutex®. Or, si j'arrête le Subutex®, je serai très fragile, je rallumerai une cigarette, c'est clair.* ».

La dépendance psychique est incontestablement une cause des difficultés à arrêter la BHD que rencontrent les usagers. L'arrêt de la consommation chez le primo usager dépendant provoque une sensation de malaise qui rend difficile la poursuite du sevrage. Comme toutes substances addictives, la BHD peut prendre une place tellement importante dans le psychisme du sujet que son absence est ressentie comme insupportable. Les repères du sujet sont bouleversés, un sentiment de vide apparaît, Didier explique : «... *parce que quand t'arrêtes ça, t'es pas bien quoi [...] Parce que c'est ça qui te fait marcher tes neurones. [...] quand t'es habitué à ça [...] quand tu arrêtes... t'as plus rien.* »

C'est un sentiment de vide qui confronte le sujet à sa difficulté d'exister. L'arrêt de la BHD représente la perte d'un objet qui venait compléter le sujet en lui donnant un sentiment d'existence. « *Même j'ai l'argent, j'ai tout tout tout... [...] Si j'ai pas [le Subutex®], j'suis rien !* » (entretien N°16).

### *Arrêter le produit, arrêter l'injection*

Et puis au manque de produit se mêle de façon inextricable pour les injecteurs l'arrêt de la « pompe »<sup>104</sup>. La difficulté que constitue l'arrêt de l'injection, quel que soit le produit, est connue des cliniciens. Ce problème se retrouve avec la BHD : l'injection vient renforcer la difficulté à arrêter le produit.

Marlène a du mal à dire ce qui est le plus difficile à arrêter.

« - *C'est le produit ou c'est l'injection qui vous fait reprendre ?*  
- *Moi, je dirais que je ne pourrais pas me faire une injection si je savais qu'il y avait de l'eau dedans... Mais, qu'en même temps, je verrais du Subutex®, je ne pourrais pas...*

<sup>102</sup> *Observations locales des drogues en 2002, rapport locaux du réseau des sites TREND*, OFDT, 2003, p.438.

<sup>103</sup> Demi-comprimé de 0,4mg, une dose faible.

<sup>104</sup> Pompe : seringue.

*J'irais m'acheter des pompes exprès pour me le faire. Je ne peux me passer ni du Sub, ni de l'injection... ».*

L'arrêt de l'injection de BHD induit souvent un mouvement de dépression. « *Elle déprimait trop, il lui manquait la pompe... Puis même, même si ça défonce pas, ça fait quand même un petit quelque chose de shooter le Sub par rapport à le faire fondre* », explique Christian en parlant de son amie.

Le geste de l'injection est « dans la tête » pensent bon nombre d'usagers. L'expérimentation d'opiacés non injectables montre cette limite.

Les expériences de substitution par l'opium, sont rares du fait de sa faible disponibilité en France. Une personne rencontrée a essayé : Louis, pharmacodépendant à la BHD a fait une interruption partielle de sa consommation de BHD en utilisant de l'opium. Interruption partielle dans la mesure où l'injection reste un problème que l'ingestion ou l'inhalation à chaud d'opium ne résolvent pas : « *Pendant à peu près deux semaines, j'ai arrêté le Sub pour prendre l'opium. [...] Mais [...] Quand même le matin et le soir, obligé, j'me faisais un shoot avec vraiment une toute petite miette de Sub, vraiment rien, une poussière [mais] il fallait qu'je m'fasse un shoot le matin et un shoot le soir... [...] sinon, j'sais pas, je me levais pas bien, je me couchais pas bien... [...] C'est dans la tête quoi... c'est l'injection parce que... dans la cuillère, je mettais rien, presque rien, un peu d'Sub et c'est tout... ».*

Pourtant l'arrêt de l'injection a été rendu possible avec la méthadone pour quelques-uns d'entre eux.

### *Trouver des stratégies pour arrêter*

Au fil du temps, les usagers se sont constitué un savoir sur la BHD, ses effets et ce qui se passe lors d'un sevrage. Ils en parlent entre eux : « *Oui, c'est très dur. Le Subutex®... moi, j'ai entendu parler beaucoup par des gars qui ont touché l'héro ; c'est vraiment le plus dur* » (entretien N°8).

Cependant la dépendance, les problèmes que rencontrent les usagers, et notamment ceux liés à l'injection, les poussent, au bout d'un certain temps, à vouloir mettre un terme à leur consommation de BHD. Il leur faut trouver des stratégies face à ce produit « tenace ».

Une manière de ne pas avoir à se confronter au sevrage de la BHD consiste à ne pas être dépendant. Primo-consommateur, Manuel l'a bien compris. Il consomme aujourd'hui des opiacés deux à trois fois par semaine, de l'héroïne ou de la BHD, selon ce qu'il trouve dans la rue. Il est à la limite de la pharmacodépendance, mais n'ose se l'avouer. Ainsi, il n'a pas encore à imaginer qu'il devra arrêter la BHD un jour ou l'autre. Cette perspective lui est difficile à admettre et il n'entend pas, quand il parle de ce qu'il ressent, qu'il décrit un état de manque : « *C'est ton corps qui t'appartient plus quoi, qui réclame le produit comme si vous étiez deux finalement, toi d'un côté qui observe ton corps en train de se mettre en pleine fébrilité et puis en train de réclamer sa dose quoi, comme si ton corps, il devenait indépendant... ».*

D'ailleurs, il ne veut pas se faire prescrire de la BHD car se serait pour lui le signe de la dépendance. Une dépendance qui fait peur car le Subutex® a l'image d'un produit difficile à sevrer du fait des problèmes physiques, mais aussi pour des raisons symboliques : comment arrêter ce qui est fait pour arrêter ? « *(long silence et longue inspiration) Parce que pour pallier à ça [BHD], qu'est-ce qu'il aura ? À la base, les héroïnomanes [...] "tiens on fait une pause", "tiens on essaie de marquer le pas", [...] "maintenant on va entamer un traitement, on va te mettre sous substitution, on va t'expliquer comment ça va se passer, tout doucement si tu veux on va baisser", et c'est comme ça qu'on va essayer [et] peut-être réussir à te faire décrocher, mais si le keum<sup>105</sup> il commence sous Subutex®, ben c'est déjà un traitement en soi, alors après, qu'est-ce qu'il peut y avoir ? ! ».*

<sup>105</sup> Keum : mec en verlan

Cette dimension du « médicament pour les toxicomanes » que comporte la BHD se retourne pour certains usagers dans une représentation paradoxale : comment arrêter le produit fait pour arrêter ?

Pour arrêter et mettre de la distance entre eux et le produit, certains partent à l'étranger, mais il faut prévoir des voyages assez longs si l'on veut être efficace. « *En voulant partir en vacances pendant un mois, [...] au Portugal, j'avais pris le traitement pour quinze jours et, donc comme je partais un mois, il me restait quinze jours dans le vide. Impossible d'arrêter : du premier jour, j'ai été malade, mais le quinzième, c'était de pire en pire, chaque jour était un peu plus [dur] et j'ai été jusqu'au bout et j'ai fini par avoir de la fièvre et je m'endormais au volant malgré que j'avais pas moyen de dormir...* » (entretien N°5).

Des « recettes » émergent pour faire partir ce que certains considèrent comme « une mauvaise drogue ». Jean essaye la cocaïne : « *Des fois quand ça allait pas, hop, j'en avais marre, j'essayais [...] d'arrêter le Subutex® en prenant de la cocaïne* ».

Et pourquoi pas l'héroïne ? La question est sérieuse, et des usagers ont imaginé reprendre de l'héroïne soit pour intégrer un programme méthadone par la suite soit pour faire un sevrage qui leur semble moins pénible que celui de la BHD.

Christian a expérimenté avec son amie un sevrage du Subutex® soutenu pharmacologiquement avec de l'héroïne. « *Au début, je lui achetais de la came. (l'enquêtrice rit)... Ouais, ouais... mais ça marchait hein ! Véridique hein !... [...] De la came à petites doses. Sans que ça la défonce en fait... Voilà. J'avais acheté de la came... à un pote [...] et tous les jours elle prenait un tout petit rail de came dès que ça allait pas et... elle tenait bien quoi [...] la preuve elle a tenu quatre mois comme ça. [...] vraiment un tout petit peu quoi, à dose homéopathique [...] Je voyais pas autre chose... On prend du Sub pour arrêter la came, pourquoi pas de la came pour arrêter le Sub ?... Pourquoi pas ?* » (entretien N°14).

Dans un raisonnement implacable, les usagers refont le trajet à l'envers, comprenant que la logique de la substitution se fonde sur l'équivalent, sur le semblable.

### *La méthadone, une substitution pour la BHD ?*

La méthadone est l'opiacé dont la consommation débute le plus fréquemment après la dépendance à la BHD chez les primo-pharmacodépendants de l'enquête « usagers de structures de première ligne ». Et dans l'enquête par entretien, lorsque les usagers déclarent une dépendance à un autre opiacé que la BHD, il s'agit toujours de méthadone (5 méthadone versus 23 BHD pour 34 entretiens). Même si, pour certains, il existe des consommations parallèles d'autres opiacés (Skenan®, héroïne ; Didier, Tony). Christian par exemple après une dépendance importante au Subutex® et quelques problèmes liés à l'injection, réussit son passage à la méthadone : « *Un an que [...] j'avais rien pris, ni came, ni coke, ni quoique ce soit d'autre. Franchement, depuis que j'ai commencé le programme de méthadone, [...] à part le shit, enfin je fume du cannabis, je suis sérieux de chez sérieux, franchement je suis pas tenté non plus...* ».

Christine vient d'intégrer un programme méthadone depuis une quinzaine de jours, elle regrette de n'avoir pas fait plus tôt cette démarche : « *Moi j'ai voulu arrêter à la méthadone, j'ai voulu passer parce que j'ai entendu parler de ce produit qu'on pouvait pas se l'injecter et qu'en plus il était sucré... Donc je me suis dit : "Génial quoi !". Moi, tant que j'ai plus de manque... À la limite, il aurait fallu que je le prenne bien avant ce produit ! Pour pas me faire tous ces dégâts sur la main.*

### *Le sevrage difficile, un élément important de l'imaginaire du Subutex®*

La difficulté à arrêter la BHD contribue à donner au Subutex® l'image d'une drogue puissante et finalement, de ce point de vue, plus puissante que l'héroïne. Cet aspect est important dans la représentation de la BHD qui se construit au fil du temps entre usagers. Cette « drogue qu'on ne peut arrêter » selon les mots de certains, pousse au désarroi, à l'indicible.

« Mais ça, c'est le Sub [...] Parce que, on prend du Sub, on sait qu'on se détruit... On sait qu'on devient une loque de toute façon à force de se... Mais c'est facile à dire "on va arrêter"... On peut pas... On peut pas... C'est trop dur à expliquer... J'peux pas vous expliquer... » (entretien N°2).

Ce sevrage, vécu comme impossible par certains usagers, achève de donner au Subutex® son statut de « drogue dure » comme le montre Phil dans un parcours qui va du médicament à la drogue : « Parce qu'au départ, on commence par un cachet [...] enfin qui est une drogue, [...] On s'attend pas à s'accrocher aussi vite puis surtout pour s'en décrocher, c'est le pire quoi ! Pour y goûter, c'est facile... Se défoncer, bien, c'est impeccable... Mais pour s'en décrocher après, c'est autre chose... Là, on est bien accro... faut une sacrée aide... ».

## Conclusion

La buprénorphine haut dosage est un médicament utilisé par plusieurs dizaines de milliers de personnes en France en 2002. Plusieurs logiques d'utilisation coexistent. Si l'usage dans un cadre médical semble majoritaire, il existe des utilisations hors de ce cadre dont on ignore l'importance quantitative globale, mais qui semblent assez fréquentes au sein des populations rencontrées par les structures de première ligne.

Les résultats obtenus permettent de disposer de premiers éléments descriptifs des usagers et d'éléments explicatifs des usages non substitutifs de la BHD. Cette étude met en évidence l'importance de ce phénomène pour les usagers qui fréquentent les structures de première ligne. Dans ces structures faisant partie de 12 sites du dispositif TREND, environ 25 % des consommateurs de BHD sont dans un usage non substitutif.

Elle nous permet ensuite de mieux appréhender les logiques des usagers et les représentations qui les déterminent. Enfin, elle nous montre les logiques qui sous-tendent les conditions d'existence et de maintien de l'usage non substitutif.

Cette étude permet de montrer que :

- La BHD se substitue à l'héroïne de deux manières : comme médicament pour certains ou comme drogue pour d'autres. Si certains toxicomanes l'utilisent dans une perspective de traitement de substitution, d'autres, qui n'avaient pas d'héroïne à laquelle la substituer, ont directement mis la BHD à la place de l'héroïne, comme produit de « défoncage ». Aujourd'hui, des personnes débutent une consommation d'opiacés par la BHD (primo-consommation). D'autres induisent par la BHD une première pharmacodépendance aux opiacés (primo-pharmacodépendance).
- L'usage non substitutif de BHD semble présent dans la plupart des régions de France observées par le réseau des sites TREND. Considéré dans une perspective de consommation d'un produit non substitutif, c'est-à-dire pour ses propriétés pharmacodynamiques et psychosociales intrinsèques, son usage s'étend et concerne des populations hétérogènes : populations fortement précarisées, milieu carcéral, publics insérés, groupes d'usagers de l'espace festif. Les usagers utilisent la BHD dans une large étendue de registres psychoactifs. Dans le cadre d'usage non substitutif, les principales fonctions de la BHD que les usagers attendent se résument à « être défoncé », « pouvoir assurer », « être calme, réduire l'anxiété ». Si la primo-consommation ou la primo-dépendance à la BHD sont souvent précédées par des consommations d'autres produits illicites ou détournés, une proportion importante d'usagers n'a jamais consommé de produits tels que l'héroïne ou la cocaïne avant leur première consommation de Subutex®.
- Dans la population des usagers qui fréquentent les structures de première ligne, le primo-usage de BHD est peu suivi de polyconsommation. En revanche, chez les primo-usagers, la pratique de l'injection démarre après la rencontre avec la BHD dans un nombre significatif de cas. Sur l'ensemble de l'enquête, l'injection est relativement importante et pose aux usagers non substitutifs, de façon récurrente, des problèmes sanitaires.
- Les primo-consommateurs deviennent en proportion importante pharmacodépendants à la BHD. Peu d'entre ceux qui sont dépendants à la BHD réussissent à arrêter malgré leur souhait de le faire. La plupart de ceux qui ont réussi ont eu recours à la méthadone. Le sevrage de la BHD, chez les usagers non substitutifs rencontrés dans l'enquête, apparaît difficile, pénible, avec des troubles hiératiques différés dans le temps sur une période assez longue et alternant état normal et état de manque. La quasi-totalité des usagers qui ont été pharmacodépendants à la BHD le sont toujours au moment de l'enquête, et en majorité au Subutex®.

Dans l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002 et dans l'enquête par entretien, l'examen des tendances de consommations préalables à celle de la BHD, montre qu'il se dessine deux types de démarche chez les primo-consommateurs.

1. Les consommateurs représentatifs des usages festifs se distinguent par une plus importante diversité de produits utilisés, et une consommation dominante de psychostimulants ou hallucinogènes consommés avant la rencontre avec la BHD. Le Subutex® est utilisé en régulation d'autres produits ou en recherche de défonce ponctuelle. Leur démarche est caractéristique des usagers de l'espace festif, ils évoluent moins souvent vers la dépendance. Dans l'espace festif, la dépendance non substitutive à la BHD concerne des usagers inscrits dans des consommations abusives de psychostimulants, qui utilisent le Subutex® comme mode de sortie.

2. Inversement, ceux qui ont développé une primo-dépendance sont plus souvent des usagers caractéristiques d'usages problématiques, avec des difficultés psychiques et sociales plus présentes, moins de produits différents et plus de benzodiazépines détournées de leur usage, consommés avant la BHD, que chez ceux qui ne sont pas devenus dépendants.

Pour certains, inscrits dans le cadre d'usage non substitutif, le Subutex® fonctionne comme une toxicomanie construite sur le modèle de l'héroïne. Après tout, le Subutex® est un produit qui *remplace* l'héroïne pour un excellent rapport qualité prix. Pour de nouveaux usagers, la BHD semble avoir pris une place à part entière dans l'offre actuelle de drogues. Les conditions matérielles et symboliques tenant à la fois de la neuropharmacologie de la BHD et de son mode de dispensation ont rendu possible ce double statut de médicament et de drogue. L'ensemble de ces éléments amène à poser deux constats : d'une part, l'usage de BHD dans une optique non substitutive est une réalité en France métropolitaine<sup>106</sup>, d'autre part, de nombreux éléments favorisant l'extension de ce phénomène sont réunis.

Ce travail confirme une fois de plus l'intérêt de combiner méthode quantitative et qualitative dans une approche des phénomènes émergents liés aux drogues.

Cependant, l'enquête est limitée aux usagers, nous privant d'un approfondissement des logiques médico-sociales qui co-construisent le phénomène. Une enquête sur les pratiques médicales et institutionnelles dans le cadre d'usage non substitutif pourrait compléter de façon éclairante ces premiers résultats.

---

<sup>106</sup> Quelques cas isolés ont été rapportés dans les DOM-TOM par les coordonnateurs TREND.

## Synthèse des résultats

### L'usage non substitutif chez les usagers de drogues fréquentant les structures de première ligne<sup>107</sup>

Jusqu'à présent, la réalité des usages non substitutifs de Subutex® n'était pas clairement distinguée de l'ensemble des mésusages et de ce fait, il était difficile d'estimer son importance. Dans l'enquête TREND 2002 auprès des usagers qui fréquentent les structures de première ligne, **25 % des consommateurs de BHD sont dans un usage non substitutif**. Ces usages non substitutifs comprennent les usagers pour qui le Subutex® constitue le **premier opiacé consommé (primo-consommation) : 6 %**. Les usagers pour qui le Subutex® est inducteur d'une **première dépendance aux opiacés (primo-dépendance) : 12 %**. Les usagers qui présentent une **pharmacodépendance à la BHD non consécutive à une dépendance à l'héroïne : 9,5 %**<sup>108</sup>.

### Contextes d'usages non substitutifs

L'usage non substitutif de Subutex® peut concerner aujourd'hui un ensemble large de situations sociales bien que dans certaines, la fréquence semble proportionnellement plus importante que dans d'autres. L'étude montre que l'usage non substitutif de BHD se rencontre au sein de groupes d'usagers de drogues des espaces urbain et festif, observés par TREND, dans des populations fortement précarisées, en milieu carcéral, mais également dans des publics insérés socio-professionnellement ou en voie de l'être, puisque l'enquête qualitative a permis de rencontrer des étudiants, des stagiaires de la formation professionnelle, des salariés de divers secteurs économiques et des artisans.

### Contextes de début d'usage non substitutif de BHD

La rencontre avec le Subutex® pour des usagers non dépendants à l'héroïne peut se réaliser dans des contextes variés. Nous avons, dans l'enquête qualitative, identifié plusieurs configurations possibles, il en existe peut-être d'autres :

1. Dans le cadre de relations amicales où un usager, souvent un ancien héroïnomane<sup>109</sup> propose d'expérimenter la BHD, le contexte social peut être indifféremment favorisé ou précaire.
2. L'errance urbaine (squat, rue) qui est un contexte où la souffrance psychique et la précarité du mode de vie combinées à la grande disponibilité du Subutex® dans ce milieu favorisent son expérimentation.
3. L'incarcération également qui est un moment où les conditions psychiques et sociales du détenu et l'accessibilité de la BHD en milieu carcéral, sont des facteurs qui concourent au démarrage d'une consommation régulière.
4. L'espace festif au sens large, où la BHD est utilisée pour ses propriétés psychotropes intrinsèques, ou dans le cadre de la régulation de la consommation ponctuelle ou épisodique de psychostimulants ou d'hallucinogènes. Ces modalités d'usage peuvent constituer une porte d'entrée dans l'usage non substitutif de Subutex®.

<sup>107</sup> Lieux d'accueil, de distribution de matériels et de messages de prévention, et d'aide à l'accès aux dispositifs sanitaires et sociaux pour les usagers de drogues (boutiques, programme d'échange de seringues).

<sup>108</sup> Le total est supérieur à 25% dans la mesure où une partie des primo-pharmacodépendants étaient primo-consommateurs.

<sup>109</sup> Il s'agissait de débuts de consommation proches de la mise en place de l'autorisation de mise sur le marché où le Subutex® concernait essentiellement des anciens héroïnomanes. L'usage non substitutif se développant, la proposition de consommation viendra de plus en plus souvent d'usagers non substitutifs.

## 5. Le cadre d'une relation de couple où l'un des deux est consommateur de BHD.

### **Effets recherchés dans l'usage non substitutif**

La BHD, utilisée dans une logique non substitutive, répond à des recherches d'effets protéiformes que l'on peut regrouper, à l'instar d'autres psychotropes majeurs, en trois grandes catégories. Le Subutex® est utilisé dans une perspective de défonce comme n'importe quel autre produit. Son efficacité chez le sujet non dépendant aux opiacés, son coût et sa facilité d'accès en font un produit attractif dans ce registre. Pour d'autres usagers, la BHD est un recours pour pouvoir agir. Inscrit dans une logique de performance, le Subutex® permet au sujet de rencontrer les autres, de leur parler ou de faire des activités comme mendier, étudier, travailler, etc. Certains usagers trouvent dans l'utilisation de la BHD un moyen d'améliorer leurs relations sexuelles. Troisième type d'attente des usagers non substitutifs à l'égard de la BHD : l'effet tranquillisant. Le sujet trouve dans le Subutex® un moyen d'apaiser des tensions, de limiter son agressivité, de réduire l'anxiété. Ces trois catégories d'effets recherchés mises en avant dans le discours des usagers s'imbriquent, se recoupent et parfois se succèdent pour un même sujet.

### **Les causes de la poursuite d'un usage non substitutif**

Les usagers trouvent dans la BHD un produit qui répond à différentes attentes, pour un coût faible et une accessibilité aisée. Le rapport « qualité-prix » du Subutex® est un facteur important qui favorise la poursuite de la consommation, malgré, parfois, la survenue de problèmes sanitaires ou sociaux. À cela, se combine la difficulté que rencontrent les usagers pour arrêter la BHD lorsqu'ils sont pharmacodépendants, d'autant plus dans le cas où ils l'injectent.

### **Usagers non substitutifs et mésusages**

En dehors du fait que l'usage non substitutif peut-être considéré en soi comme un mésusage dans la mesure où il ne s'inscrit pas dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché, les modes d'approvisionnement et d'administration peuvent faire l'objet de mésusages. Comme dans le cadre de l'usage substitutif, une partie significative des usagers non substitutifs injecte, sniffe, fume la BHD. L'approvisionnement hors circuit médical est la règle pour les premières consommations, puis le recours au médecin devient majoritaire, l'absence de pharmacodépendance à l'héroïne n'étant pas un obstacle à l'obtention d'une prescription. L'association de produit avec la BHD, afin d'en modifier l'effet, existe. Il est plutôt le fait d'usagers s'inscrivant dans une recherche de défonce. Cannabis, alcool et benzodiazépines sont principalement utilisés. Le Subutex® et les psychostimulants, notamment la cocaïne, forment pour certains usagers non substitutifs une dynamique à multiples possibilités d'associations, selon différents types d'effets recherchés.

### **Problème de l'injection dans l'usage non substitutif**

Dans les structures de première ligne, la comparaison entre usagers substitutifs et non substitutifs, réalisée à partir de l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002, montre que globalement les usagers non substitutifs injectent un peu moins, avec cependant une prévalence importante puisqu'un tiers des primo-consommateurs et 42 % des primo-pharmacodépendants sont concernés par ce mode d'administration. Dans l'enquête qualitative par entretien, l'injection comme mode principal d'administration est fréquente. Les problèmes sanitaires liés à l'injection de la BHD sont fréquents.

## **Usages de drogue problématiques antérieurs à la BHD et pharmacodépendance non substitutive**

Une partie des usagers qui deviennent pharmacodépendants à la BHD, sans n'avoir jamais développé de dépendance préalable à un opiacé, était déjà des consommateurs problématiques d'autres substances. On retrouve les benzodiazépines et l'alcool dans les consommations antérieures des usagers primo-pharmacodépendants. Parfois la rencontre avec le Subutex® fait suite à un épisode intense de consommation de psychostimulants, cocaïne particulièrement. Pour une proportion sensible d'entre eux l'usage de drogue semble s'inscrire dans une forme de réponse à des difficultés psychiques et/ou sociales plus ou moins importantes. Pour autant, une part significative des primo-pharmacodépendants de l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002 n'avait jamais consommé ni héroïne (41,5 %) ni cocaïne (44,6 %) avant la buprénorphine haut dosage.

## **Primo-consommations de BHD, primo-dépendance et porte d'entrée vers d'autres formes d'usages de drogue ou de toxicomanies**

Dans l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002, la rencontre avec le Subutex® ou l'induction d'une primo-dépendance par la BHD sont peu suivies de consommation de nouveaux produits, entre 5 et 10 % selon les produits chez les primo-consommateurs, et autour de 10% chez les primo-pharmacodépendants. Ainsi, dans cet échantillon, l'usage d'un produit par rapport à la BHD se partage principalement en deux groupes : ceux qui avaient déjà consommé, et ceux qui n'ont jamais consommé.

En revanche, près de 23 % des primo-consommateurs ont une pratique de l'injection contemporaine ou postérieure à la première prise de Subutex®. La moitié d'entre eux n'a jamais injecté et 11 % avaient déjà injecté avant.

Dans le groupe des « primo-pharmacodépendants », le phénomène s'accentue puisqu'on relève que l'injection a précédé la pharmacodépendance pour 26 % d'entre eux alors que 26 % déclarent leur première injection contemporaine ou postérieure à la rencontre avec la BHD.

Pour l'ensemble des primo-usagers, si certains injectaient déjà avant de consommer de la BHD, pour un nombre plus important encore les pratiques d'injection n'ont débuté qu'à partir de l'usage du Subutex®.

## **Primo-consommation et évolution vers la dépendance**

Selon les contextes de la rencontre avec le Subutex® et la dynamique psychique de l'usager dans son rapport aux substances psychoactives, une partie importante des primo-consommateurs développe une pharmacodépendance à la BHD. Dans l'enquête TREND 2002 menée dans les structures de première ligne, sur 35 primo-consommateurs, 15 ont développé une pharmacodépendance au Subutex®. Dans l'enquête qualitative par entretien sur 23 primo-consommateurs, 18 d'entre eux ont développé une pharmacodépendance à la BHD au cours de leur vie.

Si l'évolution vers la dépendance des primo-consommateurs est un risque majeur, l'usage de la BHD génère fréquemment une pharmacodépendance qu'il ne semble pas aisé d'interrompre. 84,6 % des primo-pharmacodépendants, consommateurs *au cours du dernier mois* dans l'enquête « usagers de structures de première ligne » TREND 2002 sont dépendants au moment de l'enquête. Dans l'enquête qualitative par entretiens, 29 consommateurs de Subutex® sur les 34 rencontrés ont développé une pharmacodépendance à la BHD au cours de leur vie, et 23 sont encore dépendants au moment de l'enquête.

## Problèmes sanitaires et usages non substitutifs de BHD

Du point de vue des problèmes sanitaires, l'usage non substitutif ne se distingue pas des autres formes d'usage de BHD. La recherche d'état de défonce, les modes d'administration autres que la voie orale, et les doses élevées génèrent des problèmes sanitaires plus ou moins importants selon le capital de santé de la personne et ses contextes de consommation.

Trois types de problèmes ont été identifiés dans l'enquête, les problèmes liés aux modes d'administration et particulièrement l'injection, les troubles physiologiques dus aux effets secondaires et aux mésusages, les troubles psychiques. Dans l'étude, les injecteurs de BHD présentent globalement plus de problèmes de santé que les autres.

Ainsi, les usagers injecteurs rencontrent fréquemment des problèmes veineux (abcès, veinite, lymphoedème, nécrose). Le taux de positivité déclaré de la sérologie VIH des primo-pharmacodépendants est identique (7 %) à celui des 26-35 ans de l'ensemble de l'enquête « usagers des structures de première ligne » TREND 2OO2. La séropositivité à l'hépatite C, quoique plus importante que celle au VIH, reste nettement inférieure à celle du groupe témoin des usagers substitutifs des structures de première ligne (40 % vs 61 %).

Divers symptômes ont été mentionnés chez certains usagers comme perte de poids, constipation, troubles du sommeil et problèmes respiratoires. Enfin, chez certains usagers engagés dans des consommations importantes et régulières, on observe, à terme, des troubles de l'humeur et du caractère, plus fréquemment évoqués par les injecteurs. Certains usagers pharmacodépendants de l'enquête qualitative présentent des états dépressifs plus ou moins marqués. Bien qu'il soit difficile de faire la part entre les problèmes psychiques préexistants, les conditions de vie, la consommation des autres produits psychoactifs et la BHD, un processus spécifique est malgré tout identifiable. Il tient en grande partie aux propriétés pharmacologiques de la BHD (tolérance, dépendance, agoniste partiel) qui, à terme, ne produisent plus les effets recherchés tout en générant une pharmacodépendance sévère. Une fois installé, ce mécanisme où la consommation de BHD n'apporte plus de satisfaction et où son arrêt rend malade, le sujet, impuissant, déprime.

## Les logiques qui sous-tendent l'usage non substitutif et son développement possible

Le développement de l'usage non substitutif de BHD résulte de la dynamique de trois pôles combinés ensemble :

1. Un important niveau de demande de substances psychoactives pour des motivations psychologiques et sociales multiples au sein d'une population diversifiée dans laquelle le Subutex® est aujourd'hui solidement implanté.
2. Des propriétés pharmacologiques spécifiques, génératrices d'états de conscience modifiée prononcés et de pharmacodépendances sévères.
3. Une organisation de sa dispensation qui rend sa disponibilité et son accessibilité très grandes.

Si aucune transformation n'intervient dans le mode de dispensation, rien dans la dynamique actuelle ne permet d'imaginer une inversion, un arrêt ou un ralentissement de la tendance au développement de ce mode d'usage. Au contraire, l'extension régulière du nombre d'usagers accroît d'autant la possibilité pour des usagers non dépendants de démarrer une expérimentation qui évoluera dans des proportions significatives vers la dépendance, s'il existe chez eux des conditions psychiques et/ou sociales constituant une « demande » de drogue. Si la BHD fonctionne pour certains usagers comme un traitement médical de la toxicomanie, elle fonctionne pour d'autres comme une nouvelle drogue. L'histoire du développement de la BHD comme drogue est inextricablement liée à l'histoire du développement du Subutex® comme traitement médical.

## Bibliographie

- AQUATIAS S., MAILLARD I. et ZORMAN M., *Faut-il avoir peur du haschich ? Entre diabolisation et banalisation : Les vrais dangers pour les jeunes*, Syros, 1999.
- BAUDRY P., BLAYA C., CHOQUET M. et al. - *Souffrances et violences à l'adolescence : qu'en penser ? que faire ?* (Rapport remis à Claude Bartolone, Ministre délégué à la ville), ESF, 2000.
- BECK F., LEGLEYE S., PERETTI-WATEL P., *Regards sur la fin de l'adolescence : Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, OFDT, 2000.
- BECKER H., *Outsider, Études de sociologie de la déviance*, Métaillé, 1985.
- BERGERON H., *L'état et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, PUF Sociologie, Paris, 1999.
- CARPENTIER J., *La Toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, Éllipses, Paris, 1994.
- COPPEL A., *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, éd. La Découverte § Syros, Paris, 2002.
- ERHENBERG A., *Le culte de la performance*, Calmann-Lévy, Paris, 1991.
- ERHENBERG A., *Individus sous influence : Drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Esprit, 1991.
- ERHENBERG A., *La fatigue d'être soi : dépression et société*, éd. Odile Jacob, Paris, 1998.
- ESCOHOTADO A., *Histoire élémentaire des drogues : Des origines à nos jours*, Ed. du Lézard, 1995.
- FONTAN G., *Substitution par le Subutex® en médecine de ville : étude sur 53 cas*, Toulouse, Association Passage, 1997.
- FREUD S., *Angoisse, inhibition, symptôme*, PUF, Paris, 1951.
- GIBIER L., *Prise en charge des usagers de drogues*, Doin éditeurs, coll. Conduites, Rueil-Malmaison, 2001.
- GOGUEL D'ALLONDANS T., *Rites de passages : d'ailleurs, ici, pour ailleurs*, Toulouse, Érès, 1994.
- HANNERZ U., *Explorer la ville*, édition de Minuit, Paris, 1983.
- JAMOULLE P., *Drogues de rue : Récits et styles de vie*, De Boeck & Belin (Oxalis), 2000.
- JEAMMET P., « *Complémentarité des approches thérapeutiques des conduites addictives* », in *Addiction quels soins ?* sous la direction de J.-L. Vénisse et D. Bailly, Masson, 1997.
- KAUFMANN J.-C., *L'entretien compréhensif*, Nathan, Paris, 1996.
- LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, Paris, 1967.
- LE BRETON D., *Passions du risque*, Paris, Métaillé, 1997.
- LE REST P., *Les jeunes, les drogues et leurs représentations*, L'Harmattan, 2000.
- LEVI-STRAUSS C., *Anthropologie Structurale*, Plon, Agora, 1958.
- LEVI-STRAUSS C., *La pensée Sauvage*, Plon, Agora, 1962.
- MOREL A., CAZALIS R., HERVE F., *Traitements par la buprénorphine : évaluations, risques et résultats*. Revue bibliographique. Interventions, 1998.
- OGIEN A., et MIGNON P., *La demande sociale de drogues*, La Documentation Française (Drogues et toxicomanies), 1994.
- PARQUET P.-J., *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives. Usage, usage nocif, dépendance*, C.F.E.S. (Dossiers techniques), 1998.
- PERETTI-WATEL P., *Sociologie du risque*, Armand Colin (U), 2000.
- RICHARD D., SENON J.-L., *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Larousse Bordas (Les Référents), 1999.
- ROQUES B., *La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'État à la Santé*. - Odile Jacob, 1999.

- SAINT DIZIER F., *Toxicomanie et modernité* (à propos d'une enquête sur des toxicomanes à Toulouse et à Alger), DEA d'anthropologie sociale et d'ethnologie, EHESS.
- WEIL A., ROSEN W. *Du chocolat à la morphine : tout ce que vous avez besoin de savoir sur les drogues et qu'on a jamais osé vous dire*, Ed. du Lézard, 1994.
- YVOREL J.-J., *Les poisons de l'esprit*, éd. Quai Voltaire.

**Publications de l'OFDT consultables sur le site web :**

<http://www.drogues.gouv.fr>

- Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, OFDT, 1999.
- Drogues et dépendances : indicateurs et tendances 2002*, OFDT, Paris, 2002.
- Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et cocaïne en France. Une étude multicentrique à Lens, Lille, Marseille, Nice et Toulouse*, CHEVALLIER E., ORSMIP-OFDT, Paris, 2001.
- *Les nouveaux usages de l'héroïne*, REYNAUD-MAURUPT C. et VERCHERE C., GRVS - OFDT, Paris, 2003
- Observations locales des drogues, observations sur les usagers de drogues en 2002 dans douze sites en France. Rapports locaux du réseau des sites TREND*, OFDT, Paris, 2003.
- Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*, rapport TREND, BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., GIRAUDON I., OFDT, Paris, 2002.
- Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002*, quatrième rapport national du dispositif TREND, BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., GIRAUDON I., BONNET N., OFDT, Paris, 2003.
- Regards sur l'ecstasy et d'autres produits de synthèse en France. Analyse de la base du Système d'identification des toxiques et des substances (SINTES) de 1999 à la fin du premier semestre 2002*, GIRAUDON I., BELLO P.-Y., OFDT, Paris, 2003.
- Substitution aux opiacés dans cinq sites de France en 1999 et 2000*, CNAMTS-OFDT, Paris, 2002.
- Substitution aux opiacés, synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001*, ESCAFFRE N., TRONCHET C., OFDT, Paris, 2003.
- Tendances récentes*, rapport TREND, TOUFIK A., SARRADET A., GANDHILON M., OFDT, Paris, 2000.
- Tendances récentes*, rapport TREND, BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., OFDT, Paris, 2001.
- Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, approche qualitative*, LALANDE A., GRELET S., OFDT, Paris, 2001.
- Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage, analyse des déviations de son utilisation*, VIDAL-TRÉCAN G., BOISSONNAS A. et Coll., OFDT, Paris.
- Baromètre santé : Enquête auprès des 12-75 ans*, CFES, 2000.

## Autres publications :

- Buprénorphine et substitution : un intérêt confirmé.* revue Prescrire, 1999.
- Death involving buprénorphine : compendium of French cases*, KINTZ P., Forensic Science Internationale, 2001, N°2.
- Dépendance et conduites de consommation*, INSERM (Questions en santé publique), 1997.
- Évaluer la mise à disposition du Subutex® pour la prise en charge des usagers de drogue : Synthèse rapide de la littérature et des données disponibles et propositions pour un programme de recherche*, rapport INSERM, 1998.
- L'esprit des drogues*, revue Autrement, N°106, avril 1989.
- Rupture, errance, usage intraveineux. Sociologie et clinique de parcours de jeunes par temps de crise*, Actes de la journée de réflexion, GRAPHITI, Toulouse, 1998.
- DOLE V.P. et NYSWANDER M.A., *A medical treatment for diacetylmorphine addiction*, in JAMA N°193.
- OBADIA Y., PERRIN V., FERONI I., VLAHOV D., MOATTI J.-P., *Injecting misuse of buprénorphine among french drug useres*, Addiction, 2001.
- RONFLÉ E. et al, *Substitution par le Subutex® : les 2/3 des patients sont observants. Une étude en médecine générale dans les Bouches-du-Rhône*, in la revue du praticien, médecine générale, tome XV.
- TRACQUI et al, *Overdoses mortelles par opiacés et opioïdes expertisées à l'Institut de médecine légale de Strasbourg : à propos de 302 observations (1991-1997)*, in journal de médecine légale droit médical, 1999.

Les informations citées sur les produits pharmaceutiques sont issues du site BIAM. La Banque de Données Automatisée sur les Médicaments est une base de données destinée aux professionnels de la santé, associant l'Université et l'Industrie Pharmaceutique et représentés par les médecins praticiens et pharmaciens des secteurs privé et public. L'objectif de cette association régie par la loi du premier juillet 1901 est de fournir une information aussi fiable, pratique, objective et actualisée que possible, sur la totalité des médicaments commercialisés en France, et sur les principes actifs entrant dans la composition de ces médicaments.

<http://www.biam2.org>

## **ANNEXES**

## Annexe I

### Éléments pour une compréhension de la problématique de la dispensation de la buprénorphine haut dosage en France

#### Contexte de la mise en place de la BHD

Il est difficile de comprendre les problèmes de mésusages et de primo-usages que l'on rencontre avec la BHD si l'on ne resitue pas le contexte de la mise en place de ce traitement. Il faut rappeler que l'AMM de la BHD fait suite à l'expérimentation d'un autre produit de substitution pour le traitement des héroïnomanes en France : la méthadone. Expérimentée dans deux centres hospitaliers parisiens depuis 1973, dans un climat d'indifférence ou d'hostilité, la méthadone a été, à ses débuts<sup>110</sup>, un objet polémique du microcosme des soignants en toxicomanie.

Le dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes s'est construit à partir des années 1970<sup>111</sup> en parallèle de la psychiatrie institutionnelle avec des références fortes au mouvement dit d'antipsychiatrie, à la psychanalyse et aux approches socio-éducatives. Dans ce champ, à l'exception de quelques intervenants minoritaires, l'idée de substituer un produit par un autre, en mettant l'accent sur la problématique bio-pharmacologique des drogues et en proposant une réponse médicamenteuse, faisait l'objet de nombreuses critiques.

Pourtant, la méthadone faisait partie de l'arsenal thérapeutique dans d'autres pays. Les bénéfices que l'on pouvait en attendre dans certaines conditions de prescription et les travers de son utilisation étaient bien connus. Il semble que le débat en France ait pris des allures plus idéologiques que scientifiques, clivant et caricaturant les positions respectives en une opposition radicale qui empêchait, de ce fait, toute approche rationnelle de la question. À la fin des années 80, l'épidémie du VIH va relancer le débat en déplaçant la question du traitement des héroïnomanes vers celle de la réduction des dommages sanitaires. Mais l'amalgame ne contribuera pas à rendre plus « scientifique » le débat, au contraire, car la dramatisation qu'introduisait le SIDA allait définitivement verrouiller la discussion et faire basculer malgré lui le dispositif de soins spécialisés dans une orientation politique des prises en charge des toxicomanes où la substitution serait centrale.

Dans un climat où la question se résumait à : ne pas être pour la substitution, c'est être « pour » le SIDA<sup>112</sup>, comment les conditions du débat auraient-elles pu être réunies ?

Mais ce n'est pas pour autant que la méthadone pu trouver à se développer, malgré les incitations politico-administratives qui encourageaient, en 1992 et 1994, la création de places pour prendre en charge les toxicomanes par ce procédé. Face à ce constat, la mise sur le marché de la BHD en 1996, peut apparaître comme une solution de contournement du dispositif spécialisé qui ne modifiait guère son opinion à l'égard de la substitution. Avec une prescription en médecine de ville et une délivrance en officine, il n'y avait plus besoin d'attendre l'adhésion du dispositif spécialisé pour mettre en œuvre les traitements de substitution sur une grande échelle. L'évolution des mentalités à l'égard de cette nouvelle approche se fera ultérieurement.

<sup>110</sup> Ce n'est plus le cas aujourd'hui.

<sup>111</sup> Promulgation de la loi du 31 décembre 1970 relative aux toxicomanes, fonde le cadre de leur prise en charge en instituant le double statut de malade et de délinquant, d'où découle l'anonymat et la gratuité des soins, ainsi que le principe de l'injonction thérapeutique. Cette loi est demeurée inchangée depuis sa création.

<sup>112</sup> GIBIER L., *Prise en charge des usagers de drogues*, Doin éditeurs, coll. Conduites, Rueil-Malmaison, 2001. p. 75.

## Le médecin et les contradictions de la commande sociale

La pratique montra rapidement que l'articulation médecin-dispositif spécialisé ne va pas de soi malgré quelques bonnes intentions et initiatives locales pertinentes. L'efficacité pharmacologique de la BHD et la dispensation en médecine de ville, rendaient illusoire toute tentative de maîtrise et de planification. D'autant que sa mise en place n'a pas été accompagnée par un dispositif de formation et d'évaluation correspondant à l'enjeu de santé publique que cela représentait.

Dans l'enquête menée auprès des médecins généralistes par EVAL<sup>113</sup>, si en 2001 45 % d'entre eux avaient suivi une formation en toxicomanie, soit 10 % de plus qu'en 1998, ils sont malgré tout 77 % à se considérer insuffisamment ou non formés.

La diversité d'enjeux des protagonistes au moment de la mise en place de la BHD a laissé des zones d'ombres dans les débats qui, faute de pouvoir trancher certaines questions, font apparaître les objectifs de façon confuse. Ainsi, le Subutex® est devenu tout à tour et simultanément : un outil de réduction des dommages infectieux, une modalité d'accès aux soins et un traitement de substitution pour les dépendances majeures aux opiacés.

Qui peut trouver à redire au fait qu'avec ce médicament on réduise les overdoses, on lutte contre la propagation inquiétante de l'hépatite C, on fasse reculer la progression des contaminations au VIH chez les usagers de drogues, on élargisse la palette de soins et on facilite l'accès aux soins médicaux par un contact avec le corps médical et les dispositifs sociaux en démarginalisant l'usager ? Personne. Pourtant dans la pratique, la poursuite de ces objectifs sanitaires ensemble est incompatible pour le même médicament. En effet, être un traitement pour les héroïnomanes et un outil pour la réduction des dommages suppose des cadres de prescription et de délivrance différents<sup>114</sup>. Dans le cas du traitement de la toxicomanie par la substitution, de nombreux experts admettent que « *le résultat [...] dépend d'une part de la posologie prescrite et d'autre part des mesures médico-psychologiques et socio-éducatives associées pour le suivi des patients* »<sup>115</sup>. Or, tous les usagers susceptibles d'obtenir une prescription de BHD ne sont pas demandeurs de prise en charge et donc disposés à bénéficier des mesures médico-psychologiques et socio-éducatives associées. Le Subutex® comme traitement médical de la pharmacodépendance aux opiacés ne peut concerner qu'un nombre limité d'usagers. Or la réduction des dommages par l'utilisation de la BHD repose sur le postulat de son accès au plus grand nombre. Les mesures qui facilitent la diffusion de la BHD pour une meilleure efficacité en matière de réduction des dommages rendent difficile la manipulation de ce médicament à des fins de traitement. Et inversement, la stricte application d'un protocole de traitement par le Subutex® diminuerait considérablement le nombre d'usagers qui pourraient bénéficier de cette prescription limitant de fait l'intention de réduction des dommages.

La formulation large des objectifs assignés au Subutex® a permis, lors de la mise en place, de réunir un vaste consensus sur ce médicament. Cependant, les contradictions ne résistent pas à l'épreuve du temps. Les dérives qu'il est difficile de ne pas constater aujourd'hui reposent les questions occultées par les conditions du débat de l'époque.

Le Subutex® fonctionne à deux niveaux à la fois : « bas seuil » et « haut seuil »<sup>116</sup>, renvoyant aux différents types d'objectifs et d'exigences qu'un programme de substitution se fixe avec

<sup>113</sup> Tendances récentes N°20, mars 2002, OFDT.

<sup>114</sup> Cf. l'exemple hollandais de la méthadone qui propose un accès bas et haut seuil (voir note 116) dans des cadres de prescription et de distribution distincts.

<sup>115</sup> *Substitution aux opiacés dans cinq sites de France en 1999 et 2000 : usagers et stratégies de traitement*, CNAME-OFDT, Paris, 2002, p. 61.

<sup>116</sup> La notion de seuil qualifie l'objectif, le cadre et les exigences que l'on a à l'égard d'un patient. Le seuil haut ou d'exigence haute vise l'arrêt de la toxicomanie, le cadre est rigoureux, la prise en charge pluridisciplinaire est individualisée. C'est l'exemple de certains programmes méthadone en France ou en Hollande. Le seuil bas ou

l'usager. Il est pour les médecins et les usagers, selon les cas, un traitement de la toxicomanie et un outil de réduction des dommages. Cette double logique préside au « tissu de tensions » que pose le Subutex® aujourd’hui, comme l’ont très clairement montré A. Lalande et S. Grelet<sup>117</sup>, « coinçant » dans un chassé-croisé le praticien pris entre les impératifs de santé publique et ceux de la prise en charge d’un patient, et les usagers confrontés à leur ambivalence entre « défonce » et soin.

On ne peut que constater avec Lionel Gibier, que « *le Subutex® apparaît accompagné de recommandations visant plutôt le haut ou moyen seuil* »<sup>118</sup>, sans qu'il n'y ait eu, comme dans d'autres pays, de dispositions pour répondre aux besoins de substitution à bas seuil. De ce fait poursuit-il, « *les toxicomanes vont s'en charger : ils vont tenter d'attirer le Subutex® vers un certain bas seuil* »<sup>119</sup>.

## Accessibilité de la BHD et dérives de la dispensation

Nul aujourd’hui ne conteste qu’un certain nombre de dérives de l’usage du Subutex® reposent sur son accessibilité. Le Subutex® est aisément accessible, d’abord dans le circuit médical puis hors prescription<sup>120</sup>.

La facilité d’obtention d’une prescription se retrouve fréquemment dans l’ensemble des entretiens réalisés pour cette étude dans différentes villes de France<sup>121</sup>. Cette facilité de prescription ne reflète pas la pratique de tous les praticiens mais d’un nombre suffisant pour que l’accessibilité de la BHD soit importante. L’accessibilité que cette facilité d’obtention laisse entrevoir est corroborée par les observations menées sur tous les sites TREND de métropole<sup>122</sup>. Chaque site métropolitain observe la possibilité qu’ont les usagers de se procurer du Subutex® hors prescription. Cette disponibilité importante hors prescription implique qu’existe un nombre proportionnel de prescriptions qui ne correspondent pas à des traitements. Soit parce que le patient ne consomme pas toute sa prescription, et met l’excédent en circulation à des fins gratuites ou onéreuses, soit parce qu’il s’agit de demandes de prescriptions mensongères, émanant de revendeurs de Subutex® n’étant pas eux-mêmes usagers de BHD.

Mais, comment un médecin peut-il refuser dans le contexte actuel une prescription de Subutex® ? Un usager qui serait dépendant après avoir eu une consommation de BHD hors prescription ne comprendrait pas qu’on refuse de lui prescrire. « *Bien souvent, les demandes qui nous sont faites émanent de personnes qui disent avoir rencontré le Subutex® dans la rue, qui maintenant sont dépendantes et qui viennent pour régulariser la situation* », explique un médecin généraliste, lors du travail ethnographique exploratoire. Et d’ailleurs de quels moyens dispose-t-il pour vérifier la véracité des déclarations du patient ? Dans la représentation commune des relations soignant-soigné, la démarche de contrôle s’oppose à l’établissement nécessaire de la confiance indispensable au traitement.<sup>123</sup>

---

d’exigence basse vise à gérer le manque de produit chez l’usager, le cadre est minimum, il n’y a pas de prise en charge particulière, il n’y a pas d’exigence quant à la consommation des drogues. En Hollande, ce type de programme correspond au bus méthadone.

<sup>117</sup> *Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, approche qualitative*, LALANDE A., GRELET S., OFDT, Paris, 2001.

<sup>118</sup> Lionel Gibier, *ibid*, p.79.

<sup>119</sup> *Ibid.*

<sup>120</sup> Rapports TREND 2001 et 2002.

<sup>121</sup> Détaillé au chapitre méthodologie.

<sup>122</sup> *Observations locales des drogues, observations sur les usagers de drogues en 2002 dans douze sites en France. Rapports locaux du réseau des sites TREND*, OFDT, Paris, 2003.

<sup>123</sup> Débats récurrents que l’on retrouve aussi dans le champ spécialisé à propos de la réalisation de contrôle urinaire dans les centres méthadone, ou sur la nécessité de fouiller les patients à l’entrée des dispositifs de soins spécialisés avec hébergement etc...

Mais même limités, les moyens que le praticien possède sont peu utilisés. Chez les usagers rencontrés, il est exceptionnel que la première prescription de BHD soit précédée d'un examen clinique approfondi. C'est ce que disent les usagers non substitutifs de façon générale : tous ceux qui, dans l'enquête par entretien ont bénéficié d'une prescription, disent la facilité avec laquelle ils l'ont obtenue. La consultation qui donne lieu à la première prescription consiste essentiellement en un interrogatoire plus ou moins détaillé autour des consommations de drogues. Les praticiens engagés dans la prise en charge le confirment d'une certaine manière et plusieurs médecins nous ont expliqué lors du travail exploratoire, que bien souvent, il suffit que les patients disent qu'ils sont toxicomanes pour qu'on leur prescrive de la BHD.

Après tout, cette grande accessibilité de la BHD peut être entendue par certains comme l'atteinte de l'objectif de réduction des dommages qui repose sur l'accès à la substitution par le plus grand nombre. Mais que faire des dérives qui y sont associées et de leurs conséquences ? Du point de vue d'un traitement médical, elles sont difficilement justifiables. Comment penser, dans une perspective soignante, le fait que le Subutex® soit, pour certains usagers, la première dépendance à un opiacé ? Comment, dans une perspective thérapeutique, intégrer les problèmes sanitaires liés à l'injection, et les décès dus au mésusage ? Peut-on se contenter de résoudre la question en invoquant les sujets eux-mêmes, leurs profils psychologique, psychiatrique ou social et faire l'hypothèse que si ça n'avait pas été la BHD, ils auraient utilisé autre chose ? L'évaluation qui permettrait de rationaliser les bénéfices au regard des problèmes reste à faire.

## Annexe II

### Propositions

Les conclusions de cette étude conduisent à identifier trois problèmes principaux concernant l'usage non substitutif de BHD, à formuler trois objectifs, et à faire huit propositions.

Ces trois problèmes sont d'égale importance, liés les uns aux autres, et ne sont hiérarchisés que pour les commodités de la présentation.

#### **Problème de l'injection de BHD dans le cadre de l'usage non substitutif**

Objectif : réduire les possibilités d'injection de BHD

Propositions :

- Réserver les prescriptions de BHD dans le cadre de protocoles à haut seuil d'exigence
- Proposer une substitution à bas seuil d'exigence qui prenne en compte les usagers injecteurs

#### **Problème de l'entrée dans l'usage non substitutif de personnes ne présentant pas de consommations problématiques de drogues**

Objectif : réduire les possibilités d'entrée dans l'usage non substitutif par une limitation de la disponibilité et de l'accessibilité de la BHD.

Propositions :

- Limiter la possibilité de prescription de BHD à des médecins spécialistes habilités
- Développer des politiques de formations médicales initiales et continues qui transmettent des repères pertinents pour la prise en charge des usagers de drogue
- Informer le plus largement possible le public et les usagers de drogue sur les risques de l'usage non substitutif

#### **Problème des difficultés de l'accès aux soins pour les usagers non substitutifs**

Objectif : favoriser l'accès au soin des usagers non substitutifs par la reconnaissance de la problématique spécifique de leurs usages.

L'accès au soin doit prendre en compte deux axes :

- Les problèmes liés aux modes d'administration particulièrement par voie intraveineuse
- L'arrêt de la consommation de BHD

Propositions :

- Adaptation de lieux de sevrage qui prennent en compte la spécificité des problèmes que rencontrent les usagers de BHD dépendants, et développement de programmes de substitution à seuil adapté d'exigence
- Sensibilisation de l'ensemble des acteurs des champs spécialisé et sanitaire et social sur les problématiques de l'usage non substitutif
- Information des usagers sur les possibilités de soins

## Annexe III

### Fiches descriptives des personnes rencontrées pour l'enquête par entretien

**Entretien N° 1 : Mathieu**, 24 ans, BAC S, télésurveillant, célibataire, rencontré via un CSST.

**Entretien N° 2 : Léo**, 22 ans, BAC S, sans ressources, célibataire, rencontré dans la rue.

**Entretien N° 3 : Marlène**, 28 ans, BEP vente, vit en couple, mère de plusieurs enfants dont certains sont placés, rencontrée via un CSST.

**Entretien N° 4 : Jean**, 29 ans, niveau Terminale et titulaire d'un diplôme professionnel, bénéficiaire du RMI, rencontré dans la rue.

**Entretien N° 5 : Phil**, 26 ans, 1<sup>re</sup> année BEP, chauffeur poids lourds actuellement au chômage, bénéficiaire de l'ASSEDIC, célibataire, un enfant qui ne vit pas avec lui, rencontré à l'hôpital à l'occasion d'un sevrage.

**Entretien N° 6 : Élise**, 26 ans, BAC plus deux, sans activité professionnelle, bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapé, vit en couple, sans enfant, rencontrée dans une structure de première ligne.

**Entretien N° 7 : Patrick**, 32 ans, licence de lettres, sans ressources, célibataire, rencontré dans une structure de première ligne.

**Entretien N° 8 : Ali**, 34 ans, CAP travaux paysagers, sans activité, sans ressources, célibataire, rencontré dans une structure de première ligne.

**Entretien N° 9 : Brigitte**, 33 ans, BEP secrétariat, allocation compensatrice, vit seule, un enfant séparé, rencontrée via une structure de première ligne.

**Entretien N° 10 : Didier**, 25 ans, CAP, sans ressources, célibataire, rencontré dans une structure de première ligne.

**Entretien N°11 : Myriam**, 26 ans, DEUG géographie, étudiante, prestations CAF et bénéficie d'un soutien parental, célibataire, rencontrée via un CSST.

**Entretien N°12 : Caroline**, 15 ans, niveau seconde, déscolarisée au moment de l'enquête, vit chez ses parents, rencontrée via une consultation hospitalière.

**Entretien N°13 : Bertrand**, 36 ans, niveau Première et formation professionnelle, maquettiste au chômage, bénéficiaire du RMI, rencontré par un Réseau-Ville-Hôpital.

**Entretien N°14 : Christian**, 31 ans, niveau BAC, sans activité professionnelle, bénéficiaire de l'ASSEDIC, célibataire, rencontré via un CSST.

**Entretien N°15 : Ahmed**, 39 ans, BAC, aide cuisinier, marié, père de trois enfants, rencontré via un CSST.

**Entretien N°16 : Kamel**, 28 ans, BAC, vendeur, vit en couple, un enfant séparé, rencontré dans une structure de première ligne.

**Entretien N°17 : Brahim**, 28 ans, CAP électricien, stagiaire de la formation professionnelle, vit dans sa famille, rencontré via un CSST.

**Entretien N° 18 : Ismaël**, gérant entreprise individuelle, vit en couple, un enfant, rencontré dans une structure de première ligne.

**Entretien N°19 : Stéphan**, 24 ans, BEP métallurgie, sans activité professionnelle, sans ressources, sans domicile stable, célibataire, rencontré via un CSST.

**Entretien N°20 : Redouane**, 39 ans, niveau Troisième, professionnel des établissements de nuit, vit en couple avec deux enfants, rencontré en Maison d'Arrêt.

**Entretien N° 21 : Tomas**, 28 ans, salarié, vit en couple sans enfant, rencontré via un C.S.S.T.

**Entretien N°22 : Léopold**, 29 ans, sans ressources, vit en couple, sans domicile stable, rencontré via une structure de première ligne.

**Entretien N°23 : Christine**, 28 ans BEP, gérante EURL vit en couple, un enfant, rencontré via un C.S.S.T.

**Entretien N° 24 : Darius**, 29 ans, titulaire d'un CAP dans son pays d'origine, vit en squat, sans ressources, rencontré via une structure de première ligne.

**Entretien N° 25 : Robert**, 32 ans, ancien exploitant agricole, vivait en couple avant son incarcération, rencontré en Maison d'Arrêt.

**Entretien N°26 : Louis**, 24 ans, CAP dans la réparation automobile, bénévole associatif, dispose d'un hébergement de fonction, ressources précaires, rencontré via une structure de première ligne.

**Entretien N° 27 : Judith**, 19 ans, sans activité ni ressources vit avec le soutien de sa famille, rencontré via une structure de première ligne.

**Entretien N°28 : Céline**, 19 ans BEP couture, prestations sociales, vit en couple, rencontrée dans la rue.

**Entretien N°29 : Tony**, 27 ans, brevet des collèges, bénéficiaire d'allocations compensatrices, vit en couple en squat, rencontré dans la rue.

**Entretien N° 30 : Samuel**, 25 ans, arrêt de la scolarité en Cinquième, salarié, vit en couple, un enfant, rencontré via un C.S.S.T.

**Entretien N° 31 : Oscar**, la trentaine, vit seul, sans activité, rencontré via un C.S.S.T.

**Entretien N°32 : Nadine**, 25 ans, vit seule 3 enfants dont 1 à charge, bénéficiaires de prestations sociales, rencontrée via une structure de première ligne.

**Entretien N°33 : Manuel**, 25 ans, étudiant, salarié, vit en couple sans enfant, contact type « boule de neige » par usagers de rue.

**Entretien N°34 : Linda**, 19 ans, niveau fin de collège, vit en couple, rencontrée via une structure de première ligne.

## Annexe IV

### Nouveaux usagers de Buprénorphine Haut Dosage en France

#### Guide pour la passation des entretiens

##### Définition de la population de l'étude

La notion de nouvel usager de Subutex® se construit en opposition à la figure de l'usager à destination de qui cette molécule a été mise sur le marché : l'usager pharmacodépendants aux opiacés. Ainsi, les usagers pharmacodépendants *d'abord* à l'héroïne ou à d'autres opiacés qui consomment de la Buprénorphine Haut Dosage *ensuite* ne sont pas pris en compte dans le cadre de cette étude.

Sont considérés comme « nouveaux usagers » :

- ↳ Soit ceux qui ont démarré une pharmacodépendance par le Subutex® : le Subutex® comme **primo pharmacodépendance aux opiacés (qu'ils aient consommés ou non d'autres opiacés avant, mais sans jamais y être dépendant.)**
- ↳ Soit d'avoir débuté une consommation d'opiacés par du Subutex® : le Subutex® en **primo consommation d'opiacés.**

Il peut s'agir d'usagers ayant déjà consommé des opiacés avant le Subutex®, mais pour lesquels cette dernière molécule constitue la première pharmacodépendance aux opiacés. Ou bien d'usagers pharmacodépendants ou non, pour qui le Subutex® est le premier opiacé consommé dans leurs itinéraires d'usagers de substances psychoactives<sup>124</sup>.

Il conviendra de s'assurer en demandant à l'interviewé(e) si elle correspond à l'une ou l'autre des catégories d'usagers concernées par cette étude :

1. *Le Subutex® est-il le premier opiacé que la personne a consommé ?*
  2. *Le Subutex® est-il le premier opiacé dont la personne est ou a été dépendante ?*
- Si non, il(elle) ne peut pas être inclus(e) dans l'étude.

*La personne peut ne pas être consommateur au moment de l'entretien dans la mesure où elle satisfait à l'un de ces 2 critères.*

##### Objectifs de la recherche

« Cette recherche vise à améliorer nos connaissances sur les nouveaux usagers de Subutex®, sur leurs pratiques et sur les conséquences sanitaires et sociales. Il s'agit :

- de décrire les circonstances de l'initialisation de la consommation ;
- de comprendre les incidences, d'une **primo-consommation ou primo-pharmacodépendance** au Subutex® sur l'itinéraire et la carrière de l'usager ;
- de dégager les problèmes qu'induisent ces types d'usage ;
- d'appréhender les représentations des usagers qui favorisent le développement de ce phénomène.

<sup>124</sup> Ils peuvent avoir été pharmacodépendant à d'autres substances que les opiacés

## Déroulement de l'entretien

Conformément aux enquêtes développées au sein de TREND nous vous proposons de suivre le cadre suivant : « Dans ce type d'entretiens, l'intervieweur doit intervenir au minimum, laissant l'interviewé procéder par associations libres. L'ordre des thèmes abordés n'est donc pas important. Par contre, tous les thèmes présents dans le guide devront être abordés. Si à un moment de l'entretien, l'interviewé revient sur un thème déjà traité, ne pas le couper. De même, si l'intervieweur, en fonction du déroulement de l'entretien, juge utile de revenir sur un thème déjà traité pour obtenir de plus amples informations, il ne doit pas hésiter à le faire.

D'autre part, des conditions de calme et de confidentialité minimum sont requises pour assurer la qualité de l'entretien (éviter si possible la présence d'autres personnes même proches de l'interviewé(e), et ceci même si l'interviewé(e) dit que la présence de ces tierces personnes ne le(la) dérange pas). »

Les entretiens sont enregistrés et feront l'objet d'une retranscription. L'ensemble des thématiques devrait être abordé à l'exception de la fiche de renseignement qui se trouve à la fin du présent guide de passation qui sera remplie lors de l'interview et jointe à la cassette. Le format des cassettes sera normal (grand format).

## PRESENTATION DE L'ENTRETIEN À L'USAGER

### Anonymat et confidentialité

Avant de commencer l'entretien, il est nécessaire de garantir l'anonymat de l'interviewé et la confidentialité de l'entretien. Par exemple :

« *Le contenu de cet entretien est strictement confidentiel. En dehors de l'équipe chargée de l'étude et de moi-même, rien ne sera transmis à qui que ce soit. Les informations susceptibles de vous identifier, ou d'identifier des personnes ou des lieux que vous mentionnerez durant l'entretien seront supprimées.* »

### Présentation du projet d'étude

Il est indispensable de présenter en quelques mots le projet, à titre d'exemple :

« *Nous essayons de connaître le mode de vie des nouveaux consommateurs de Subutex®, leur état de santé, les produits qu'ils consomment et la manière dont ils les consomment. Le but de cette enquête est de produire des connaissances susceptibles d'améliorer la prévention, les prises en charge de soins, et les actions de réductions des risques en direction des usagers de drogues.* »

## 1<sup>ère</sup> partie

### Récit de vie en lien avec les consommations de substances psychoactives

#### Objectifs de cette première partie de l'entretien

Il s'agit de permettre à la personne de rentrer dans l'entretien en abordant de façon imbriquée son histoire et celle de ses consommations produit par produit<sup>125</sup>. Dans cette partie de l'entretien pourront être abordés les thèmes suivants :

- La personne avant ses premières consommations
- La chronologie des produits utilisés
- Une description des circonstances de leurs consommations
- Les liens entre épisode de consommation et histoire personnelle
- Le moment et la place de la BHD dans la globalité des consommations

#### Démarrage de l'entretien : consigne de départ

Pour démarrer le récit de vie il est possible d'utiliser une consigne de départ telle que :

« *Pourriez-vous retracer les différents moments de votre vie en faisant l'histoire de vos consommations d'alcool, de drogues illégales ou de médicaments détournés de leur usage ?* »

Différents thèmes seront naturellement abordés par la personne lorsqu'elle fera son récit de vie dans l'ordre qui lui conviendra. Plusieurs sont à explorer, s'ils n'apparaissaient pas spontanément, l'enquêteur choisira d'orienter la discussion sur chacun d'eux :

- L'ordre et les moments de la vie où la personne a consommé différents produits  
« *Nous aimerais connaître les moments de votre vie où sont apparus les différents produits que vous avez consommés.* »
- Ce qui se passait de marquant dans sa vie, lorsqu'un nouveau produit apparaît  
« *Lorsque ce produit est apparu, que ce passait-il d'important dans votre vie* »
- Ainsi, qu'à ceux survenus depuis qu'il (elle) consomme des produits psychoactifs  
« *Depuis que vous consommez des drogues ou des médicaments détournés de leurs usages que vous est-il arrivé d'important ?* »

Si la personne n'a pas abordé spontanément les aspects antérieurs à sa consommation qui permettraient de la situer, lui demander de parler de sa vie avant les premières consommations de drogues, et de médicaments détournés.

#### Attention, cette partie ne doit pas prendre trop de temps

- Les contextes dans lesquels la personne a grandi (enfance, adolescence, jeune adulte)  
« *Pourriez-vous évoquer succinctement dans quels contextes s'est déroulé votre enfance, votre adolescence et le début de votre vie d'adulte ?* »
- Faits significatifs antérieurs à ses premières consommations (traumatisme, rupture...)  
« *Avant de consommer des drogues, avez-vous vécu des ruptures, des traumatismes, des événements particulièrement douloureux dans votre vie ?* »

Si la personne ne mentionne pas le Subutex® dans ce premier temps du récit, il conviendra de l'interroger directement.

« *Comment survient le Subutex® dans votre vie, à quel moment ?* »

- La place que prend la BHD dans la configuration des produits consommés

« *Dans toute cette consommation de produit, à quelle place mettez-vous le Subutex® ?* »

Fin de la première partie

#### Au total, cette 1<sup>ère</sup> partie ne doit pas durer plus du tiers de l'entretien (30 mm)

Au terme de cette partie de l'entretien, l'enquêteur centrera le questionnement sur l'usage de la BHD en abordant les thèmes dans l'ordre où l'interviewé les présente.

<sup>125</sup> Tabac et alcool inclus

## 2<sup>ème</sup> partie

### AXES CONCERNANT PLUS PARTICULIÈREMENT L'USAGE DE LA BHD

« Maintenant, j'aimerais que l'on se centre plus particulièrement sur votre consommation de Subutex®. »

#### DECRIRE L'INITIALISATION DE LA CONSOMMATION DE BHD

##### Les circonstances précises de la première prise :

« Pourriez-vous me décrire comment ça c'est passé pour vous la première fois que vous avez consommé du Subutex®. »

- Dans quel contexte s'est-elle produite ?

« Où étiez-vous, que se passait-il ? »

« Avec qui étiez-vous ? ». La ou les autres personnes présentes ont-elles joué un rôle dans cette première prise (incitation, acquisition, apprentissage d'un mode d'administration...)

- Modalité d'acquisition de la première prise :

« Comment vous êtes-vous procuré du Subutex® la première fois »

- Les raisons de cette première prise :

« À votre avis qu'est-ce qui vous a conduit à cette première expérimentation »

- Effets recherchés :

« Quels effets recherchiez-vous ? »

- Quels étaient les effets ressentis ?

« Et qu'avez-vous ressenti ? »

- Dose de la première prise :

« Vous souvenez-vous de la dose que vous aviez prise cette fois-là ? »

- Mode d'administration (selon les modes, faire préciser exemple : si injection était-ce la première fois, comment ça s'est passé ; si c'est sublingual, le goût ; etc...)

« Comment l'aviez-vous consommé ? »

- La personne avait-elle des connaissances sur le Subutex® avant cette expérience (sur le produit, ses effets, les risques, la dépendance, etc...) ?

- Quelle image avait-elle du Subutex® avant cette première consommation ?

- Quelle image du Subutex® a-t-elle eu après cette première consommation ?

« Et actuellement que pensez-vous du Subutex® ? »

##### **L'évolution de la consommation de BHD**

- Quand les prises suivantes sont elles intervenues (laps de temps, contexte, motivations, etc...) ?

« Ensuite, combien de temps s'est-il écoulé avant que vous n'en consommiez à nouveau ? »

« Dans quelles conditions cela s'est-il passé ? », « Pourquoi en avez-vous repris ? »

- L'évolution de la consommation de Subutex®

« Au fil du temps, quels types de rapport s'est installé entre vous et le Subutex® ? »

« Vos motivations à consommer du Subutex® ont-elles changé au fil du temps ? » ; « Comment ont-elles évolué ? »

### LA CONSOMMATION ACTUELLE

#### Description des modalités de consommation actuelle

- Fréquence des consommations, doses utilisées

« Actuellement, en général, tous les combien, prenez-vous du Subutex® », « à quelle dose ? » ; « comment répartissez-vous les doses sur une journée ? »

- Les contextes les plus fréquents auxquels est associée la BHD

« Dans quels contextes prenez-vous le Subutex®, en général »

- Modalités actuelles d'administration

« Le plus souvent, comment prenez-vous le Subutex® ? », « Vous arrive-t-il d'utiliser d'autres façons ? »

- Décrire une séquence complète de consommation (si la consommation n'est pas actuelle, prendre un épisode caractéristique de l'apogée de son usage de Subutex®)

- Activités avant la consommation

- Avant de préparer votre prise de Subutex®

- Préparation du produit (Si le mode d'administration nécessite une transformation quelconque (injection, inhalation (fumé), sniff,), lui demander de décrire comment et à l'aide de quels matériels elle fait sa préparation

- Administration (description de l'administration)

- Produit associé (avant, pendant, après, en indiquant la fonction de chaque produit)

- Effets recherchés dans les associations de produits en rapport avec le Subutex®, « faire monter », réguler » etc..., Préciser le moment de la prise du produit associé
- Activités après la consommation  
« *Après avoir pris le Subutex®, que faites-vous, quelles sont vos activités ?* »
- Motivations actuelles à consommer la BHD
- Effets recherchés et effets ressentis actuellement
- Les autres produits consommés actuellement si ce n'était pas clairement apparu dans la première partie

### Modalités d'acquisition

Types d'approvisionnement (prescription, hors prescription, les deux) il s'agit de comprendre la logique qui oriente ces différents choix :

- Pourquoi tel ou tel mode d'approvisionnement
- Est-ce que cela a évolué au fil du temps et pourquoi ?
- Recours à des ordonnances falsifiées
- Dans le cas de prescription médicale
- Comment a-t-il (elle) obtenu la première prescription (médecine de ville, CSST, hôpital, autres) ?
- Et avec quels arguments ?  
« *Qu'avez-vous dit au médecin pour qu'il vous prescrive du Subutex® ?* »
- Facilité ou difficulté à obtenir la première prescription (examen médical, questions qu'on lui a posées, dosage des opiacés, obtention le jour même, autre rendez-vous, etc..)
- « *Le médecin a-t-il posé des questions ? examiné(e) ? A-t-il demandé des examens particuliers, prises de sang, etc ?* » « *Vous a-t-il fait l'ordonnance le jour même ?* » ; « *A-t-il fallu que vous reveniez ?* »
- Comment fonctionne-t-il (elle) pour ses prescriptions (un seul prescripteur, plusieurs, est-ce toujours les mêmes, il en change fréquemment, etc...) ?
- Comment les choisit-il (elle), (appartenance à des réseaux de soins, conseils d'autres usagers, réputation de prescrire facilement, etc...) ?
- Quels types de relation entretient-il (elle) avec les médecins ?
- Quelles difficultés rencontre-t-il (elle) avec les médecins ?
- Que pense-t-il (elle) des médecins qui lui prescrivent le Subutex®?
- Pour les délivrances comment cela se passe (même pharmacie, changement fréquent d'officine, etc... relations avec les officines, difficultés particulières...) ?
- Porte-t-il (elle) au remboursement ses prescriptions de Subutex® (sinon pourquoi) ?
- Dans le cas d'approvisionnement hors prescription  
« *Où vous procurez-vous le Subutex® (rue, squat, appartement, établissement de nuit, fête techno, fête privée, etc...) ?* » « *Auprès de qui ?* » ; « *s'agit-il de gens que vous connaissez ?* » ; « *vous changez souvent de fournisseur ou bien est-ce souvent les mêmes ?* »
- En général, quelle quantité se procure-t'il (elle) à chaque transaction et à quel prix ?
- Rencontre-t-il (elle) des difficultés pour s'approvisionner hors prescription ?
- Dans le cas de rupture d'approvisionnement ?
- Recours à d'autres personnes (dépannage, deal, troc...)
- Utilisation de produit de remplacement

## LES CONSEQUENCES DE LA CONSOMMATION DE BHD

### Impact de la consommation sur la vie de l'usager

Quelles sont les conséquences de cette consommation à différents niveaux de la vie de l'usager :

- Santé,
- Vie quotidienne,
- Insertion sociale,
- Consommation de produit

### *L'impact de la consommation de BHD sur l'image de soi et l'identité*

- Comment se qualifierait-il (elle) en tant que consommant du Subutex®?
- « C'est quoi pour vous un usager de Subutex® ? C'est comme ça que vous vous définissez aussi ? »
- Est-ce que cette consommation modifie l'image qu'il se fait de lui ?
- « Depuis que vous consommez du Subutex® l'image que vous avez de vous s'est-elle modifiée ? »
- L'image que les autres se font de lui
- « *Et l'image que les autres ont de vous ?* »
- Son image s'est-elle améliorée ou dégradée depuis qu'il (elle) consomme du Subutex®?

### **Conséquences sanitaires liées à la consommation de BHD**

#### **- Son état de santé**

« Depuis que vous consommez du Subutex®, comment jugez-vous votre état de santé ? »

- Le Subutex® a-t-il amélioré des problèmes de santé qu'il (elle) rencontrait déjà (lesquels, comment, accès aux soins... autosubstitution...) ?
- Le Subutex® a-t-il créé ou favorisé l'apparition de problèmes de santé (lesquels, comment) ?
- Dans le cas de l'utilisation de la voie veineuse, a-t-il (elle) rencontré des problèmes liés à l'injection de BHD
- A-t-il (elle) déjà pensé à arrêter sa consommation de Subutex® ? Pourquoi ?
- A-t-il déjà essayé d'arrêter, si oui, comment cela s'est passé (sans soutien médical, avec quelles méthodes ? avec soutien médical, hospitalisation, substitution, etc ? )?
- Si la personne a déjà arrêté sa consommation de Subutex® :
- Durée de la plus longue période sans consommation de BHD
- À combien de temps remonte le dernier sevrage ?
- Description des difficultés et souffrances liées au sevrage du Subutex®
- Sinon, comment envisage-t-il dans l'avenir (proche ou lointain) son rapport au Subutex® (poursuite, arrêt, augmentation, diminution, changement de mode d'administration...) ?

### **Impact de la consommation de la BHD sur la vie sociale, professionnelle, relationnelle, familiale des nouveaux usagers et du projet de vie**

Sur différents plans de la vie sociale de l'usager, il s'agit de mesurer si la consommation de BHD dans ce type d'usage a eu des conséquences et lesquelles

- Influence de la BHD sur les relations amicales, les groupes d'appartenance etc...

« L'usage de Subutex® a-t-il modifié quelque chose à vos relations amicales (entre autre, au regard de l'inclusion ou de l'exclusion de groupe d'appartenance particulier) ? »

- BHD et conséquences sur les relations familiales

« La consommation de BHD a-t-elle favorisé le rapprochement ou l'éloignement de membres de votre famille (si oui lesquels) ? »

- Impact de la BHD sur les relations affectives

« La consommation de BHD a-t-elle modifié vos relations affectives ? »

- Rôle de la BHD sur l'insertion

« L'usage de Subutex® a-t-il un rôle positif ou négatif sur votre insertion sociale et professionnelle ? »

- Place de la BHD dans le projet de vie

« La consommation de BHD influence-t-elle votre projet de vie ? » « Dans quel sens ? »

### **CONCLUSION DE L'ENTRETIEN**

Au terme de l'entretien, il est possible de demander si la personne souhaite rajouter quelque chose, ainsi que son opinion sur l'entretien.

*Remerciements de l'équipe TREND.*

**Sans donner une date précise, vous pouvez vous engager au nom de l'équipe TREND à donner à la personne une synthèse du rapport d'enquête.**

## **RENSEIGNEMENTS A COMPLETER<sup>126</sup>**

Site TREND :

Nom de l'enquêteur :

Interviewé (e)

Âge :

Sexe :

Origine géographique :

Activités professionnelles :

Niveau d'études (ou diplôme le plus élevé) :

Ressources financières (rémunération, allocations diverses, autres...) :

Situation familiale : Vivez-vous seul, en couple ? Avez-vous des enfants ? Vivent-ils avec vous ? Etc...)

Type de contexte<sup>127</sup> par lequel le consommateur a été rencontré (type de réseaux relationnels, structures de première ligne, CSST, milieu festif techno<sup>128</sup>, établissements de nuit, autres espaces festifs, travail de rue, etc...) :

<sup>126</sup> Cette fiche est à compléter avec l'usager en début ou en fin d'entretien selon les circonstances et à joindre à la cassette impérativement

<sup>127</sup> Il s'agit du contexte qui a permis la rencontre et non le lieu de l'entretien

<sup>128</sup> En précisant si possible la mouvance culturelle (Hardcore, Hardtech, Transe, ragga, ect.)

## Annexe V

### QUESTIONNAIRE TREND – OFDT - STRUCTURES DE PREMIERE LIGNE 2002

Ville : \_\_\_\_\_ Structure \_\_\_\_\_ N° de questionnaire :

#### 1 Données personnelles (Situation au cours du dernier mois)

<b>1.1 Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<b>1.2 Quel âge avez-vous ?</b> <input type="text"/> ans	<b>1.3 Quel est votre état-civil :</b> <b>Une réponse possible</b> <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En union (marié(e), concubinage) <input type="checkbox"/> Séparé(e), divorcé(e), <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>1.4 Avez-vous des enfants à charge :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>1.5 Votre niveau d'études :</b> <input type="checkbox"/> N'a pas terminé le primaire <input type="checkbox"/> Niveau primaire <input type="checkbox"/> N'a pas terminé le secondaire <input type="checkbox"/> Niveau secondaire (bac, niveau bac) <input type="checkbox"/> Supérieur	<b>1.6 Où logez-vous ?</b> <b>Une réponse possible</b> <input type="checkbox"/> Chez vous, logement perso <input type="checkbox"/> Chez vos parents <input type="checkbox"/> Chez des amis <input type="checkbox"/> Logement précaire (squat, SDF, hôtels) <input type="checkbox"/> Hébergement en institution (foyer, appart) <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>1.7 Avec qui vivez-vous ?</b> <b>Plusieurs réponses possibles</b> <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec un conjoint <input type="checkbox"/> Avec un ou des enfant(s) <input type="checkbox"/> Avec vos parents <input type="checkbox"/> Avec un ou des amis <input type="checkbox"/> Autre : _____	
<b>1.8 Quelles sont vos ressources :</b> <b>Plusieurs réponses possibles</b> <input type="checkbox"/> Revenus d'emplois dont retraites <input type="checkbox"/> ASSEDIC <input type="checkbox"/> RMI, AAH, Pensions invalidité... <input type="checkbox"/> Aides famille, proche, tiers <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>1.9 Activités lors des six derniers mois :</b> <b>Plusieurs réponses possibles</b> <input type="checkbox"/> Activité rémunérée continue <input type="checkbox"/> Activité rémunérée intermittente <input type="checkbox"/> Stage rémunéré, petits jobs <input type="checkbox"/> Etudiant, stage non rémunéré <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Retraité, Inactif <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>1.10 Couverture sociale ?</b> <b>Une réponse possible</b> <input type="checkbox"/> Sécurité sociale et mutuelle <input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Aucune couverture sociale <input type="checkbox"/> Autre : _____	
<b>1.11 Santé physique : au cours du dernier mois, vous vous êtes senti :</b> <b>Une réponse possible</b> <input type="checkbox"/> En excellente santé physique <input type="checkbox"/> En bonne santé physique <input type="checkbox"/> En mauvaise santé physique <input type="checkbox"/> En très mauvaise santé physique	<b>1.12 Santé psychique : au cours du dernier mois, vous vous êtes senti</b> <b>Plusieurs réponses possibles</b> <input type="checkbox"/> En excellente santé psychique <input type="checkbox"/> En bonne santé psychique <input type="checkbox"/> Déprimé(e) <input type="checkbox"/> Anxieux(se) <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>1.13 Injection au cours du dernier mois, avez vous souffert de :</b> <input type="checkbox"/> Je ne me suis pas injecté      Q 1.14 <input type="checkbox"/> Abcès cutanés <input type="checkbox"/> Poussière <input type="checkbox"/> Difficultés à s'injecter <input type="checkbox"/> Veine bouchée, phlébite, thrombose <input type="checkbox"/> Bleues, hématomes	
<b>1.14 Au cours du dernier mois, avez vous souffert de :</b> <b>Plusieurs réponses possibles</b> <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Manque d'appétit <input type="checkbox"/> Perte de poids	<b>1.15 Appareil neurologique, au cours du dernier mois, avez vous souffert de :</b> <b>Plusieurs réponses possibles</b> <input type="checkbox"/> Mal à la tête <input type="checkbox"/> Tremblements	<b>1.16 Appareil respiratoire, au cours du dernier mois, avez vous eu :</b> <b>Plusieurs réponses possibles</b> <input type="checkbox"/> Toux sèche <input type="checkbox"/> Toux grasse	

Difficultés à dormir  
 Fièvre  
 Jaunisse  
 Problèmes de dents  
 Surdose / Overdose

Oublis inhabituels  
 Vertiges  
 Difficulté à marcher  
 Perte de connaissance

Toux sanglante  
 Essoufflement inhabituel  
 Douleurs de la poitrine  
 Palpitations  
 Saignement de nez

**1.17 Avez-vous déjà pratiqué un dépistage du VIH ?**

Oui  Non question suivante  
Si oui quel en a été le résultat ?  
 Positif  
 Négatif  
 Ne sait pas

Date dernier dépistage : \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(mois / année)

**1.18 Avez-vous déjà pratiqué un dépistage de l'hépatite C ?**

Oui  Non question suivante Si oui  
quel en a été le résultat ?  
 Positif  
 Négatif  
 Ne sait pas

Date dernier dépistage : \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(mois / année)

**1.19 Avez-vous déjà pratiqué un dépistage de l'hépatite B ?**

Oui  Non question  
suivante  
Si oui quel en a été le résultat ?  
 Positif  
 Négatif  
 Ne sait pas

Date dernier dépistage :  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(mois /  
année)

*2 Cochez les produits consommés plus de dix fois dans votre vie, remplissez ensuite les lignes correspondantes*

Produits	Au cours du dernier mois									
	Ages		Fréquence des prises <sup>4</sup>				Mode(s) de consommation			
	Début Conso	Fin <sup>1</sup> Cons	Pas de prise <sup>4</sup>	1/ mois <sup>4</sup>	> 1/ sem <sup>4</sup>	1/ jour <sup>4</sup>	Oral	Fumé/ Inhalé	Sniffé	Injecté
<input type="checkbox"/> Héroïne	__ ans	__ ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Buprénorphine (Subutex®, Sub)	__ ans	__ ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Méthadone	__ ans	__ ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sulf de morphine	__ ans	__ ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Codéine (Néocodion, Dicodin)	__ ans	__ ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cocaïne	__ ans	__ ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Crack, free-base	__ ans	__ ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ecstasy (XTC, MDMA)	__ ans	__ ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Amphétamine, (speed)	__ ans	__ ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rohypnol®	__ ans	__ ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres Benzo <sup>2</sup>	__ ans	__ ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1	Artane®	— ans	— ans	1	1	1	1	1	1	1	1
1	Solvants	— ans	— ans	1	1	1	1	1	1	1	1
1	Cannabis	— ans	— ans	1	1	1	1	1	1	1	1
1	LSD, acides	— ans	— ans	1	1	1	1	1	1	1	1
1	Champi hallu	— ans	— ans	1	1	1	1	1	1	1	1
1	Kétamine (Ket, Super K)	— ans	— ans	1	1	1	1	1	1	1	1
1	Poppers	— ans	— ans	1	1	1	1	1	1	1	1
1	Autres <sup>3</sup> :	— ans	— ans	1	1	1	1	1	1	1	1
1	Autres <sup>3</sup> :	— ans	— ans	1	1	1	1	1	1	1	1

1 Si la consommation se poursuit, ne pas mettre d'âge de fin

2 Valium®, Halcion®, Havlane®, Tranxène®, Temesta®, Lexomil®, Xanax® etc...

3 Ayahuasca, GHB, Ice, Rachacha, Salvia...

4 Fréquence : Pas de prise = aucune prise dans le mois ; ` 1 par mois = au moins une prise dans le mois ; > 1 par semaine = plus d'une prise par semaine ; ` 1 par jour = au moins une prise par jour

### 3 Vos consommations et modalités de consommations au cours du mois écoulé

#### 3.1 Avez-vous fumé du tabac ?

1 Oui 1 Non

#### Si oui, quelle quantité ?

- 1 < 1 cig / jour
- 1 1-10 cig./jour
- 1 11-20 cig./jour
- 1 20 cig./jour et plus

#### 3.2 Avez-vous consommé de l'alcool ?

1 Oui 1 Non

- #### Si oui, combien de fois
- 1 Une à quatre fois / mois
  - 1 Deux à trois fois / semaine
  - 1 Quatre à six fois par semaine
  - 1 Tous les jours

#### 3.3 Les jours où vous

- #### buvez, combien de verres d'alcool consommez-vous ?
- 1 Un ou deux
  - 1 Trois ou quatre
  - 1 Cinq ou six
  - 1 Sept à neuf
  - 1 Dix ou plus

#### 3.4 vous êtes vous injecté ?

1 Oui 1 Non Q 3.6

#### 3.5 Si oui, avez-vous partagé ?

- |                     |        |                     |                 |
|---------------------|--------|---------------------|-----------------|
| Des seringues       | Jamais | 1 Occasionnellement | 1 Régulièrement |
| Des produits        | Jamais | 1 Occasionnellement | 1 Régulièrement |
| De l'eau de rinçage | Jamais | 1 Occasionnellement | 1 Régulièrement |
| Des cuillères       | Jamais | 1 Occasionnellement | 1 Régulièrement |
| Des cotons/Filtres  | Jamais | 1 Occasionnellement | 1 Régulièrement |

#### 3.6 Avez-vous sniffé ?

1 Oui 1 Non Q 3.8

#### 3.7 Si oui, avez-vous partagé ?

- |             |        |                     |                 |
|-------------|--------|---------------------|-----------------|
| Du produit  | Jamais | 1 Occasionnellement | 1 Régulièrement |
| Des pailles | Jamais | 1 Occasionnellement | 1 Régulièrement |

**3.8 Avez-vous consommé des médicaments**

Oui  Non Q 3.10

**3.9 Si oui, au cours du dernier mois, quel mode d'approvisionnement ?**

Subutex®	Prescription	Hors prescription	Les deux
Méthadone®	Prescription	Hors prescription	Les deux
Moscontin®, Skénan®	Prescription	Hors prescription	Les deux
Codéine	Prescription	Hors prescription	Les deux
Rohypnol®	Prescription	Hors prescription	Les deux
Artane®	Prescription	Hors prescription	Les deux
Autre : _____	Prescription	Hors prescription	Les deux

**3.10 Avec qui consommez-vous, le plus souvent, des produits :**

**Une réponse possible**

Seul  
 Avec des proches  
 Avec des inconnus  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Ne sait pas

**3.11 Où consommez-vous, le plus souvent, des produits :**

**Une réponse possible**

Chez vous  
 Lors de soirées ou de fêtes privées  
 Discothèque, lors de concert  
 Dans la rue  
 Au travail  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**4 Vos modalités de consommations depuis le début :**

**4.1 Avez-vous déjà utilisé la voie injectable**

Oui  Non Ligne suivante

**4.2 Quelle est l'année de votre première injection : \_\_\_\_\_**

**4.3 Quelle est l'année de votre dernière injection : \_\_\_\_\_**

**4.5 Si vous avez déjà consommé de l'héroïne, précisez les voies d'administration, l'année de début et la dernière année**

**Injection d'héroïne**

Jamais  Oui  
Si oui, de l'année : \_\_\_\_\_ à l'année \_\_\_\_\_

**Sniff d'héroïne**

Jamais  Oui  
Si oui, de l'année : \_\_\_\_\_ à l'année \_\_\_\_\_

**Fumette d'héroïne**

Jamais  Oui  
Si oui, de l'année : \_\_\_\_\_ à l'année \_\_\_\_\_

**4.6 Si vous avez déjà consommé de la cocaïne, précisez les voies d'administration, l'année de début et la dernière année**

**Injection de cocaïne**

Jamais  Oui  
Si oui, de l'année : \_\_\_\_\_ à l'année \_\_\_\_\_

**Sniff de cocaïne**

Jamais  Oui  
Si oui, de l'année : \_\_\_\_\_ à l'année \_\_\_\_\_

**Fumette de cocaïne**

Jamais  Oui  
Si oui, de l'année : \_\_\_\_\_ à l'année \_\_\_\_\_

**4.7 Si vous avez déjà consommé du Subutex, précisez les voies d'administration, l'année de début et la dernière année**

**Injection de Subutex**

Jamais  Oui  
Si oui, de l'année : \_\_\_\_\_ à l'année \_\_\_\_\_

**Sniff de Subutex**

Jamais  Oui  
Si oui, de l'année : \_\_\_\_\_ à l'année \_\_\_\_\_

**Fumette de Subutex**

Jamais  Oui  
Si oui, de l'année : \_\_\_\_\_ à l'année \_\_\_\_\_

**Oral/Sub-lingual**

Jamais  Oui  
Si oui, de l'année : \_\_\_\_\_ à l'année \_\_\_\_\_

5 Avez-vous déjà consommé du Subutex au cours de votre vie ?  Oui  Non Fin du questionnaire

5.1 Cochez les produits dont vous avez déjà été dépendant. Complétez les lignes correspondantes.

Produit	Année de début	Année de fin (Laisser vide si dépendance actuelle)
<input type="checkbox"/> Subutex® (buprénorphine)	-----	-----
<input type="checkbox"/> Héroïne	-----	-----
<input type="checkbox"/> Sulfates de morphine	-----	-----
<input type="checkbox"/> Méthadone	-----	-----

#### Au cours du mois écoulé :

5.2 Combien de prises de Subutex® par jour ?

- < 1
- 1
- 2
- 3
- Plus de 3
- Ne sait pas

5.3 En général, quelle dose de Subutex par prise prenez-vous

- 2 mg
- 4 mg
- 6 mg
- 8 mg
- Autre : \_\_ mg
- Ne sait pas

5.4 En général, quels produits prenez-vous pour interagir avec le Subutex ?

- Alcool
- Cannabis
- Benzodiazépines
- Stimulants
- Hallucinogènes
- Autres :

Aucun  
 Ne sait pas

**OFDT**

Observatoire français des drogues et des toxicomanies  
3 avenue du Stade de France  
93200 Saint-Denis  
Tél : 33 (0) 1 41 62 77 16  
Fax : 33 (0) 1 41 62 77 00  
courrier électronique : [ofdt@ofdt.fr](mailto:ofdt@ofdt.fr)

**[www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)**

**ORSMIP**

37 allées Jules Guesde  
31073 TOULOUSE Cédex  
**Tel 1** : 05 61 53 11 46  
**Tel 2** : 05 61 53 35 77  
**Fax** : 05 62 26 42 40  
[orsmip@orsmip.org](mailto:orsmip@orsmip.org)

**Association Graphiti**

4 rue Arnaud Baric  
31 300 TOULOUSE  
Tél: 05 61 59 26 27  
Fax: 05 62 21 54 17  
Email: [graphiti@wanadoo.fr](mailto:graphiti@wanadoo.fr)

Différents travaux ayant rapporté l'existence croissante d'usages de buprénorphine haut dosage (BHD, Subutex®) par des personnes n'ayant jamais été dépendantes d'opiacés ou n'en ayant jamais consommé, le dispositif TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) de l'OFDT a souhaité promouvoir une étude portant sur les usages non substitutifs de la BHD. Cette investigation a été menée en France entre octobre 2002 et juillet 2003, en interrogeant des usagers de drogue fréquentant des structures de première ligne et, d'autre part, à partir de l'analyse d'entretiens semi-directifs.

Les résultats présentés dans ce rapport mettent en évidence l'usage de BHD dans une logique non substitutive chez les usagers très précarisés mais également dans des groupes plus larges. Le rapport fournit par ailleurs des éléments de compréhension sur les effets recherchés dans ces usages, les modes d'approvisionnement et d'administration avant d'aborder la question des dommages possibles et des problèmes sanitaires.