

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT

DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

Benoit Lochon

Présentée et soutenue publiquement le 20/12/2011

Apports des données issues des CAARUDs dans l'évaluation du
potentiel d'abus et de dépendance des substances.

Président : M. Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie

Membres du jury : Mme Caroline Vigneau, MCU-PH Pharmacologie Clinique
au CEIP
Mlle Marylène Guerlais, Docteur en Pharmacie, Praticien
attaché au CEIP

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	11
I. CONTEXTE DU TRAVAIL.....	16
1) LES CAARUDS	16
A) LA REDUCTION DES RISQUES : RdR	16
B) LA LOI DU 9 AOUT 2004 – CREATION DES CAARUDS.....	18
C) MISSIONS DES CAARUDS	19
D) LE PERSONNEL DES CAARUDS.....	23
E) ETUDES CONCERNANT LES CAARUDS	23
2) MEDICAMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACES : PHARMACOLOGIE ET DETOURNEMENTS.....	35
A] ETAT DES LIEUX	35
a) Les enquêtes OPPIDUM et OSIAP.....	35
b) Les traitements de substitution aux opiacés.....	38
c) Le détournement dans le cadre de la toxicomanie.....	41
d) Rappel sur la prescription hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché).....	44
B] LES MEDICAMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACES.....	45
1- Le SUBUTEX® /buprénorphine	45
2- La Méthadone	54
3- La Morphine.....	63
4- La Codéine	69
II. ANALYSE DE LA BASE	72
1) MATERIEL ET METHODE.....	72
A) MODALITES DE RECUEIL	72
B) STRUCTURE DE LA BASE.....	75
2) RESULTATS.....	77
A) DESCRIPTION GENERALE DE LA BASE	77

B) ANALYSE DE LA BASE	78
<u>1- Profils des UDIV</u>	79
<u>1.1 Description générale</u>	79
<u>1.2: Données socio-économiques</u>	84
<u>1.3 Consommations</u>	91
<u>1.4 Sérologies</u>	110
<u>2- Profils des usagers par voie nasale</u>	111
<u>2.1 Description générale</u>	111
<u>2.2 Données socio-économiques</u>	116
<u>2.3 Consommations</u>	122
<u>2.4 Sérologies</u>	137
<u>3- Comparaisons d'intérêt</u>	138
DISCUSSION - CONCLUSION	144
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	157

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Pourcentages des consommations de produits psychoactifs dans la population fréquentant les CAARUDs, selon ENa-CAARUD 2006.....	27
Tableau 2 : conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures bas seuil en 2006 dans le mois précédent l'enquête.....	31
Tableau 3 : effectifs des "injecteurs" par tranches d'âges. (N=186).....	79
Tableau 4: effectifs des catégories d'âges chez les 139 hommes UDIV.....	79
Tableau 5 : effectifs des catégories d'âges chez les 47 femmes UDIV.....	80
Tableau 6 : parts en effectifs et % des ressources pour N=186 usagers.....	87
Tableau 7 : parts en effectifs et % des ressources pour N=139 hommes.....	88
Tableau 8 : parts en effectifs et %des ressources pour N=47 femmes.....	88
Tableau 9 : situations professionnelles en effectifs et % (N=186).....	89
Tableau 10: situations professionnelles chez les hommes, en effectifs et % (N=143 hommes).....	89
Tableau 11 : situations professionnelles chez les femmes, en effectifs et % (N=43 femmes).....	90
Tableau 12 : tableau récapitulatif des effectifs de la première injection par tranche d'âge et par sexe. (N=182)	91
Tableau 13: nombre de « shoot » par jour chez les hommes et femmes, de moins et de plus de 25 ans. (N=154)	92
Tableau 14 : nombre de problèmes sanitaires liés aux injections pour 181 usagers.....	92
Tableau 15 : consommations quotidiennes d'alcool en nombre de verres (N=186).....	94
Tableau 16 : consommations quotidiennes de tabac en nombre de cigarettes. (N=186)	95
Tableau 17 : consommations quotidiennes de joints de cannabis en effectifs. (N=186)	96
Tableau 18 : consommations quotidiennes de cannabis en nombre de douilles. (N=186)	96
Tableau 19 : consommations des 3 derniers mois chez les femmes de moins de 25 ans.(N=23)	98
Tableau 20 : consommations des 3 derniers mois chez les femmes de 25 ans et plus.(N=24)	98

Tableau 21 : consommations des 3 derniers mois chez les hommes de moins de 25 ans. (N=29)	101
Tableau 22 : consommations des 3 derniers mois chez les hommes de 25 ans et plus. (N=110)	101
Tableau 23 : les prescriptions de SKENAN®.....	102
Tableau 24 : modes d'obtention du SKENAN®. (N=72)	102
Tableau 25 : Consommations du SKENAN® par modes d'administration et par tranches d'âges.....	103
Tableau 26 : les utilisateurs de méthadone.....	105
Tableau 27 : modes d'obtention de la méthadone. (N=33).....	105
Tableau 28 : consommations de la méthadone par modes d'administration et par tranches d'âges.	106
Tableau 29 : utilisateurs de SUBUTEX®	107
Tableau 30 : modes d'obtention de la méthadone (N=108).....	107
Tableau 31: consommations du SUBUTEX® par modes d'administration et par tranches d'âges.....	108
Tableau 32 : effectifs des "sniffeurs" par tranches d'âges. (N=102).....	111
Tableau 33 : effectifs des "sniffeurs" masculins par tranches d'âges. (N=74).....	112
Tableau 34 : effectifs des "sniffeurs" femmes par tranches d'âges. (N=28).....	112
Tableau 35 : parts en effectifs des ressources pour N=101 usagers	118
Tableau 36 : parts en effectifs et % des ressources pour N=73 usagers hommes.....	119
Tableau 37 : parts en effectifs et % des ressources pour N=28 usagers femmes.	119
Tableau 38 : situations professionnelles en effectifs. (N=101)	120
Tableau 39 : situations professionnelles en effectifs et %. (N=73 hommes)	120
Tableau 40 : situations professionnelles en effectifs et %. (N=28 femmes)	121
Tableau 41 : tableau récapitulatif des effectifs du premier « sniff » par tranche d'âge et par sexe. (N=95)	122
Tableau 42_: nombre de « sniffs » par jour chez les hommes et femmes, de moins et de plus de 25 ans. (N=94).....	123
Tableau 43 : nombre de problèmes sanitaires liés aux « sniffs ». (N=94).....	123
Tableau 44 : consommations quotidiennes d'alcool en nombre de verres. (N=101).....	124
Tableau 45 : consommations quotidiennes de tabac en nombre de cigarettes. (N=101)	125

Tableau 46 : consommations quotidiennes de cannabis en nombre de joints. (N=101)	126
Tableau 47 : consommations quotidiennes de cannabis en nombre de douilles. (N=101)	127
Tableau 48 : consommations des 3 derniers mois chez les femmes de moins de 25 ans. (N=9)	129
Tableau 49 : consommations des 3 derniers mois chez les femmes de 25 ans et plus. (N=19)	129
Tableau 50 : consommations des 3 derniers mois chez les hommes de moins de 25 ans (N=26)	132
Tableau 51 : consommations des 3 derniers mois chez les hommes de 25 ans et plus. (N=47)	132
Tableau 52 : utilisations de SUBUTEX®	134
Tableau 53 : modes d'obtention du SUBUTEX®. (N=37)	134
Tableau 54 : consommations du SUBUTEX® par modes et par tranches d'âges.	135

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Parts respectives des actes réalisés par les CAARUDs en 2007, d'après ASA-CAARUD 2007	22
Figure 2 : prévalence de l'infection déclarée au VIH et VHC chez les usagers des CAARUD vis à vis de leurs statuts injecteurs ou non injecteurs, en 2006.	33
Figure 3 : répartition des catégories d'âges parmi les 186 UDIV.	79
Figure 4 : répartition des catégories d'âges parmi les 139 UDIV masculins.	80
Figure 5 : répartition des catégories d'âges parmi les 47 femmes UDIV.	80
Figure 6 : moyens de connaissance du CAARUD (N=169)	81
Figure 7 : niveau d'étude en pourcentage (N=186).	83
Figure 8 : différents modes de couvertures sociales chez les femmes. (N=46)	84
Figure 9 : différents modes de couvertures sociales chez les hommes. (N=139)	84
Figure 10 : histogrammes représentant les effectifs et % des usagers UDIV par type de logement provisoire. (N=104)	86
Figure 11 : histogrammes représentant les effectifs et % des usagers en fonction de leur logement durable. (N=82)	87
Figure 12: modes de ressources des 186 usagers, en pourcentage.....	88
Figure 13: situations professionnelles des 186 usagers, en pourcentage.....	89
Figure 14 : pourcentage des différents modes d'obtention du SKENAN®. (N=72)	103
Figure 15 : pourcentage des différents modes d'obtention de la méthadone. (N=33) ..	105
Figure 16 : différents modes d'obtention de SUBUTEX® (N=108).	107
Figure 17 : modes de consommations du SUBUTEX® à partir de N=106 dossiers renseignés.....	108
Figure 18: catégories d'âges parmi les 102 « sniffeurs »	111
Figure 19 : catégories d'âges parmi les 74 « sniffeurs » hommes.	112
Figure 20 : catégories d'âges parmi les 28 « sniffeurs » femmes.....	112
Figure 21 : moyens de connaissance du CAARUD (N=95).....	113
Figure 22 : niveau d'étude en pourcentage. (N=101).....	115
Figure 23 : différents modes de couvertures sociales chez les hommes. (N=73)	116

Figure 24 : différents modes de couvertures sociales chez les femmes. (N=28).....	116
Figure 25 : histogrammes représentant les effectifs des usagers « sniffeurs » par type de logement provisoire. (N=68).....	117
Figure 26 : histogrammes représentant les effectifs des usagers « sniffeurs » par type de logement durables. (N=34)	118
Figure 27: modes de ressources des 101 usagers « sniffeurs », en pourcentage.....	119
Figure 28 : situations professionnelles en pourcentage (N=101)	120
Figure 29 : pourcentage des différents modes d'obtention du SUBUTEX®. (N=37)	135
Figure 30 : modes de consommation du SUBUTEX® chez les « sniffeurs », à partir de N= 39 consommations.	136
Figure 31 : produits et médicaments utilisés par voie intraveineuse chez les 186 UDIV.	140
Figure 32 : produits et médicaments utilisés par voie nasale chez les 101 « sniffeurs ».	141

Liste des abréviations

AAH : Allocations aux Adultes Handicapés

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

AMM : Autorisation de Mise sur le marché

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

API : Allocations de Parents Isolés

ARS : Agence Régionale de Santé

ASSEDIC : Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce

Bac : Baccalauréat

BEPC : Brevet d'Etude du Premier Cycle

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD : Centre d'accueil et d'Accompagnement pour la prévention des Risques chez les Usagers de Drogues.

CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CEIP : Centre D'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNASEA : Centre National des structures des Exploitations Agricoles

CNSP : Commission Nationale des Stupéfiants et des Psychotropes

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

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

CSST : Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DGS : Direction Générale de la Santé

DOM TOM : Département d’Outre Mer et Territoires d’Outre Mer

DRAMES : Décès en Relation avec l’Abus de Médicaments Et de Substances

DU : Diplôme Universitaire

ETP : Equivalent Temps Plein

MILDT: Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

NotS : Notification Spontanée

NR : Non Remboursé

OEDT: Observatoire Européen de Drogues et des Toxicomanies

OFDT : Observatoire Français de Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

OPEMA : Observation des enquêtes en Médecine Ambulatoire

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

OSIAP: Ordonnances Suspectes Indicateurs d’Abus Possible

PASS: Permanence d’Accès aux Soins de Santé

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

RdR : Réduction des Risques

RMI : Revenu Minimum d’Insertion

RSA : Revenu de Solidarité Active

SDF : Sans Domicile Fixe

SIDA : Syndrome de L’immunodéficience acquise

SINTES : Système d’identification National des Toxiques Et Substances

TREND : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues.

UDIV : Usager de Drogue par voie Intra-Veineuse

VHB : Virus de l’Hépatite B

VHC : Virus de l’Hépatite C

VIH : Virus de l’Immunodéficience humaine

INTRODUCTION

- Les CEIPs - addictovigilance :

→ Les centres d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances ou CEIPs ont pour objet la surveillance des cas d'abus, d'usage détourné et de pharmacodépendance liés à la prise de substances ou plantes ayant un effet psychoactif ainsi que tout médicament ou autre produit en contenant à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac.

Cette surveillance, appelée addictovigilance, repose sur un réseau national de centres chargés de recueillir et d'évaluer ces cas. Ce dispositif permet aux autorités de santé de prendre toutes les mesures adaptées pour préserver la santé publique. Il est également un instrument d'information des autorités sanitaires, des professionnels de santé et du grand public.

(Afssaps : [www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Pharmacodependance-Addictovigilance/\(offset\)/0](http://www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Pharmacodependance-Addictovigilance/(offset)/0))

La création de ce dispositif d'évaluation de la pharmacodépendance répond à des exigences internationales concernant la lutte contre la toxicomanie. En outre, l'Organisation Mondiale de la Santé (l'OMS) et l'Organisation des Nations Unies (l'ONU) appellent les Etats à participer à l'évaluation du potentiel d'abus et de dépendance des substances psychoactives.

Le système français d'évaluation de la pharmacodépendance est basé sur la création des CEIPs en 1990 (circulaire DPHM/03/09/90/1 ministérielle du 1er octobre 1990). Ce système a été officialisé par la parution du décret n°99-2 49 du 31 mars 1999 et participe à la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie en coordination avec la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT).
(Afssaps : [www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Champ-dapplication/\(offset\)/2](http://www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Champ-dapplication/(offset)/2))

Les CEIPs sont des centres spécialisés en pharmacologie clinique ou expérimentale, en toxicologie analytique ou en épidémiologie. Ils sont implantés dans les

principales villes de France au sein de centres hospitalo-universitaires. Le réseau français de vigilance repose désormais sur 13 CEIPs : Caen, Grenoble, Lille, Paris Marseille, Montpellier, Nancy, Bordeaux, Lyon, Toulouse, Poitiers, Clermont Ferrand et Nantes.

On peut résumer 3 grandes missions des CEIPs :

- le recueil et l'évaluation des cas de pharmacodépendance et d'abus des substances psychoactives.

Ces travaux permettent l'identification des risques pour la santé publique (identification des usages détournés, des abus de drogues et des modes de consommation) et permettent également un rôle d'expertise et de conseil auprès des établissements de santé et du Ministère chargé de la Santé.

- le développement de l'information sur le risque de pharmacodépendance et d'abus.

Les CEIPs répondent ainsi aux professionnels de santé qui les interrogent sur ces risques. La communication des CEIPs passe par la rédaction de bulletins d'information régionaux et nationaux sur la pharmacodépendance (exemple : le bulletin « Indépendance » pour le CEIP de Nantes), l'organisation de réunions locales, régionales et également nationales avec les partenaires de santé et le site Internet des CEIPs. De plus, ils participent à la formation des différents professionnels de santé et des étudiants (médecins, pharmaciens, infirmiers, personnels des centres de soins aux toxicomanes et services d'addictologie) et mettent rapidement en place des systèmes d'alertes si besoin.

- la réalisation de travaux de recherche sur les risques de pharmacodépendance et d'abus.

Ces travaux peuvent être : des travaux de recherche fondamentale (études chez l'animal, études pré-cliniques, mise au point de techniques analytiques pour le dosage des substances dans les milieux biologiques...), des travaux de recherche appliquée comme le développement de nouveaux outils d'évaluation de la pharmacodépendance ou encore des enquêtes épidémiologiques, etc. ([www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Organisation/\(offset\)/1](http://www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Organisation/(offset)/1), rapport d'activité 2006)

→ Les CEIPs participent à la politique de prévention et de réduction des risques. Dans ce domaine l'Afssaps est chargée d'évaluer le rapport bénéfice/risque des substances psychoactives. Les CEIPs évaluent les cas de pharmacodépendance, d'abus et d'usages détournés grâce à des outils adaptés.

En France la déclaration par les professionnels de santé des cas d'abus graves et de pharmacodépendance importante liés à la prise de substances ou plantes ayant un effet psychoactif ainsi que tout autre médicament ou produit est obligatoire.

(Articles R. 5132-113 et R132-114, Afssaps, [www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Pharmacodependance-Addictovigilance/\(offset\)/0](http://www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Pharmacodependance-Addictovigilance/(offset)/0)).

Les centres d'addictovigilance (CEIPs) ont développé des outils de surveillance et d'évaluation : l'ensemble des notifications spontanées va constituer la base de données NotS (Notification Spontanée). Cette base de données permet d'évaluer les notifications et constitue un système d'alerte efficace.

Les CEIPs font appel également aux professionnels de santé pour constituer six autres bases de données ou « outils », à savoir :

- **OSIAP** (Ordonnances Falsifiées Indicateurs d'Abus Possibles), qui permet de repérer les médicaments qui donnent lieu à des falsifications d'ordonnances. Ces enquêtes sont réalisées avec la collaboration de pharmaciens d'officine appartenant à un réseau de pharmaciens sentinelles.
- **OPPIDUM** (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse), qui cible une population à risque élevé d'abus et de dépendance. C'est une enquête annuelle qui étudie les patients des CSST (Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes) désormais appelé CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement à la Prévention en Addictologie).
- **OPEMA**, Observation de la pharmacodépendance en médecine ambulatoire.
- **SINTES** (Système d'identification National des Toxiques Et Substances)
- **DRAMES** (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) qui analyse les causes des décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances à l'exclusion des tentatives de suicides. Ces enquêtes impliquent surtout une collaboration avec les urgences ou les laboratoires.

- **SOUMISSIONS CHIMIQUES** pour recueillir tous les cas, identifier et doser les substances, évaluer les conséquences chimiques de la prise et mieux connaître le contexte des agressions.

La place forte des études de pharmaco-épidémiologie dans l'évaluation du potentiel de dépendance des médicaments et des substances se justifie par le fait que l'information en pharmacodépendance est difficile à recueillir. Autant un patient sera enclin à parler d'un effet indésirable dont il sera victime, autant un patient dépendant abordera difficilement le détournement de son médicament. Le caractère volontaire de la consommation en dépendance culpabilise le patient et il aura du mal à reconnaître son état. Par ailleurs, le système français d'évaluation de la dépendance est en charge des substances illicites. L'évaluation du potentiel de dépendance d'une substance illicite est encore plus complexe que dans le cas du médicament. D'ailleurs pour ces substances les CEIPs reçoivent très peu de notifications. Les usagers ne parlent pas à leur médecin des effets de leurs consommations illicites. Les professionnels de santé ne se sentent d'ailleurs en général pas ou peu impliqués dans l'évaluation des substances illicites.

(pharmacologie.edimark.fr, la lettre du pharmacologue, le réseau des CEIP)

- Les CAARUDs :

Il existe en France depuis la fin des années 80 des structures dites « bas seuil » pour bas seuil d'exigence ou réduction des risques (RdR) et depuis 2004 l'Etat a même officialisé une nouvelle catégorie d'établissement médico-social : les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), qui reçoivent notamment des toxicomanes (précaires, désocialisés, marginalisés), généralement non engagés dans une démarche de soins.

Il s'agit là d'un secteur dont les données sont peu explorées par les dispositifs de veille sanitaire ou de vigilance de la pharmacodépendance.

Est-ce que les données issues des structures de bas seuil pourraient être un apport dans l'évaluation des médicaments et des substances ?

Ce travail constitue une première approche de l'analyse des données issues d'une de ces structures de bas seuil.

Après avoir présenté le contexte, à savoir les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) et les médicaments de substitution aux opiacés, particulièrement surveillés par le réseau des CEIPs, nous ferons une analyse descriptive complète des données du CAARUD de Nantes, « l'Acôthé », recueillies durant l'année 2009. Nous discuterons ensuite de l'intérêt et des limites de l'exploitation de telles données issues de populations d'usagers de drogues les plus précarisés dans l'évaluation de l'usage et du détournement des substances, et des médicaments de substitution en particulier.

I. Contexte du travail

1) Les CAARUDs

a) La réduction des risques : RdR

On entend par politique de réduction des risques l'ensemble des mesures mises en œuvre depuis 1987 pour enrayer les épidémies de SIDA et d'hépatites, mais également diminuer les dommages socio-sanitaires liés à l'usage et à la recherche de drogues, à savoir :

- les complications sanitaires liées à la consommation des drogues par voie nasale ou voie intraveineuse, surtout dans de mauvaises conditions d'hygiène.
- les problèmes sociaux liés à la précarité, à l'isolement, l'errance et les différentes ruptures affectives, familiales et professionnelles qui caractérisent le parcours de l'usager de drogues. (*safe.asso.fr : www.safe.asso.fr/www2, « Qu'est ce que la réduction des risques ? »*)

Ainsi, dès la fin des années 80 des dispositifs naissent et évoluent au cours des quinze années suivantes. Ces programmes ont des dénominations diverses : « Programmes d'échanges de seringues », « boutiques », « équipes de rue », ou communément désignées structures à « bas seuil d'exigence », de « réduction des risques » voire de « première ligne ». (*ofdt.fr : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf*).

Le but est de faciliter l'accès au matériel d'injection pour les usagers de drogues par la voie intraveineuse, d'accompagner la dépendance pour ouvrir des opportunités de soins et de réduire les nuisances et l'insécurité (avec l'accès aux moyens de prévention et l'aide à l'insertion, on permet à l'usager de drogues d'avoir un

comportement responsable qui se traduit par l'arrêt du partage du matériel, le retour des seringues une fois utilisées, des rapports sexuels protégés, le respect de l'environnement et surtout de la population, notamment des riverains...).

La décision de faciliter l'accès des usagers de drogues au matériel d'injection stérile remonte au décret du 13 mai 1987 (*Michèle Barzach*), pérennisé par celui du 11 août 1989. Les seringues peuvent alors être délivrées en pharmacie sans ordonnance à des personnes majeures, sans justification d'identité ni commande écrite. Le décret du 7 mars 1995 complète le dispositif en autorisant les associations menant des programmes de prévention à délivrer gratuitement des seringues. Contrairement à une idée reçue, il semblerait que l'accès facilité aux seringues n'induirait pas de nouveaux cas de toxicomanie et les usagers ont démontré que lorsqu'on leur en donnait les moyens, ils étaient capables de modifier leurs pratiques (partage et réutilisation des seringues) pour se prémunir des différents virus et infections (*safe.asso.fr : safe.asso.fr/www2, Qu'est ce que la réduction des risques ?*).

A travers les actions de réduction des risques, on accepte d'accompagner la dépendance des usagers de drogues qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas encore aller vers un sevrage ou un traitement de substitution. Il s'agit d'aller au devant des usagers les plus marginalisés, en « prenant soin » d'eux, en se préoccupant simultanément de la prévention des contaminations, de l'hygiène (conseils, douches, repos...), de la santé (accès aux traitements de substitution, orientation vers l'hôpital ou les centres CSAPA), des conditions de vie (soins du corps, alimentation...) et des droits sociaux de ces personnes. Les programmes mis en place font partie d'une stratégie globale de prise en charge des usagers de drogues ouvrant des opportunités ultérieures vers le système de soins. L'intention de soins est adaptée, minimisée mais en aucun cas elle n'est abandonnée. Il n'y a pas de dichotomie entre la notion de « réduction des risques » d'une part et celle de « soins » d'autre part (*safe.asso.fr : safe.asso.fr/www2, Qu'est ce que la réduction des risques ?*).

b) La loi du 9 août 2004 – création des CAARUDs

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a permis une reconnaissance législative de la politique de réduction des risques. Ainsi l'article L.3121-3 du code de la santé publique précise que la définition de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue relève de l'Etat. L'article L.3121-5 du code de la santé publique mentionne alors une nouvelle catégorie d'établissement médico-social : **les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)**. (*Ofdt.fr, FOCUS de janvier 2010, Les CAARUD en 2006 et 2007, rapport de l'enquête nationale ASA CAARUD 2006-2007, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxmcp.pdf*)

En tant qu'établissement médico-social, au même titre que les Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST), désormais appelés Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), les CAARUDs ont désormais un statut clairement défini et disposent d'un financement assuré par l'Etat. Avant 2005 les dispositifs de RdR étaient des associations ayant plusieurs co-financeurs (Ville, Département, Région, Sidaction, MILDT, CNASEA...).

Depuis 2006, suite à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale, la charge de financement des CAARUDs est transférée à l'assurance maladie. (*fehapp.fr, circulaire du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie*).

Les CAARUDs peuvent être gérés par des associations ou des établissements publics de santé, sous réserve que ces derniers gèrent également un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). C'est le cas du CAARUD nantais L'Acôthé, géré par le CSAPA « le Triangle ».

c) Missions des CAARUDs

Les missions des CAARUDs sont précisément décrites dans le Décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005. Les CAARUDs devront assurer :

- L'accueil collectif et individuel des usagers de drogues ainsi qu'une information et un conseil personnalisé ;
- Le soutien dans l'accès aux soins et aux droits sociaux (logement, insertion ou réinsertion professionnelle) ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections;
- L'intervention de proximité à l'extérieur du centre en vue d'établir un contact avec les usagers et développer des actions de médiation sociale avec l'environnement immédiat ;
- La participation au dispositif national de veille en matière de drogues et toxicomanie.

(ofdt.fr : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf).

1) L'accueil collectif et individuel

Les CAARUDs ont librement développé leur modalité d'intervention, mais les mesures d'accueil proposées par les centres sont relativement homogènes :

- Plus de neuf structures sur dix proposent un espace d'accueil et de repos, une mise à disposition de boisson et nourriture et un accès à Internet et à la téléphonie.
- Plus d'une structure sur deux propose également un espace laverie et sanitaire.
- Parfois il est proposé des casiers ou consignes pour les effets personnels.

On remarquera qu'étant donnée la population très marginalisée qui est visée, souvent sans domicile permanent, les premiers besoins sont fondamentaux voire basiques : s'alimenter, se reposer, se laver ... *(Ofdt.fr, FOCUS de janvier 2010, Les CAARUD en 2006 et 2007, rapport de l'enquête nationale ASA CAARUD 2006-2007, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxmcp.pdf)*

Les CAARUDs sont également des acteurs de santé. Des entretiens individuels et sessions d'informations collectives sont organisés et proposés aux usagers. 75% sont

axés sur les risques liés aux modes de contamination et aux substances, 25% sur Les risques liés à la sexualité. Il faut noter que les échanges individuels sont privilégiés.

2) Le soutien dans l'accès aux soins

L'aide à l'hygiène et les soins corporels (notamment chez les usagers injecteurs) constituent les actes les plus fréquemment pratiqués (35 %) et sont réalisés sur place dans la quasi-totalité des cas, suivi des soins infirmiers (26 %), de l'information sur les traitements et l'observance (21 %) et du soutien psychologique (18 %). Ces actes nécessitent dans moins de 10 % des cas une orientation vers une autre structure. Le personnel incite au dépistage des infections transmissibles (VIH, VHC, VHB) et à la vaccination contre l'hépatite B. Le dépistage est proposé au sein du CAARUD, dans ce cas le CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit) se déplace pour venir prélever les échantillons sanguins. Sinon les usagers sont invités à se rendre au CDAG par eux même. Enfin, les CAARUDs favorisent l'accès et l'orientation vers la médecine générale et spécialisée. Parmi ces actes, la médecine générale représente la part la plus importante (40 %), avec l'accès à la substitution aux opiacés (24 %), le suivi psychologique (10 %) et le traitement du VHC (10 %). (*Ofdt.fr, FOCUS de janvier 2010, Les CAARUD en 2006 et 2007, rapport de l'enquête nationale ASA CAARUD 2006-2007, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxmcpc.pdf*)

3) Mise à disposition de matériel de prévention

Près de sept personnes sur dix accueillies par les CAARUDs ont eu recours à la voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie. Malgré la mise en place des campagnes et programmes de réduction des risques liés à l'injection, ces usagers par voie intraveineuse sont encore 73% en 2006 à avoir pratiqué l'injection récemment et parmi eux, un sur cinq déclare partager son matériel d'injection. D'où la mise à disposition et la récupération du matériel nécessaire à l'injection pratiquée dans de bonnes conditions d'hygiène (la majorité des CAARUDs assure ce service). (*ofdt.fr : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf*).

Le matériel peut être distribué à l'unité (seringues, filtres Sterifilt®, tampons, garrots...) ou sous la forme de « trousse d'injection » (Kits+, Kap, Stéribox®). Il est soit remis en main propre par les personnels des CAARUDs, soit par le moyen d'automates, gérés par ces derniers. (*Ofdt.fr, FOCUS de janvier 2010, Les CAARUD en 2006 et 2007, rapport de l'enquête nationale ASA CAARUD 2006-2007, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxmcp.pdf*)

Ainsi, en 2007, hors automates, les CAARUDs ont distribué en moyenne 122 seringues par personne accueillie pratiquant l'injection, soit dix seringues par mois et par personne.

Au-delà des seringues et trousse d'injection, les CAARUDs mettent également à la disposition des personnes accueillies divers matériels de prévention : préservatifs masculins, préservatifs féminins, cupules et filtres stériles (celui-ci est principalement de la marque Stérifilt®) (*Ofdt.fr, FOCUS de janvier 2010, Les CAARUD en 2006 et 2007, rapport de l'enquête nationale ASA CAARUD 2006-2007, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxmcp.pdf*)

Le Sterifilt® est un outil destiné à filtrer les produits avant qu'ils soient injectés. Il est conçu pour empêcher le passage dans la seringue des composants responsables de l'apparition des abcès, tout en laissant passer la totalité du principe actif, évitant alors aux injecteurs la récupération des cotons ou filtres usagés pour en extraire à nouveau du produit. Les CAARUDs, parmi leurs missions de prévention, incitent à son utilisation. Il semble que son utilisation et son acceptation s'étendent progressivement à mesure que les injecteurs en comprennent le fonctionnement. L'adoption du Sterifilt® par les usagers semble assez spontanée du fait de la ritualisation des pratiques de préparation. Cependant, certains continuent à voir dans la transparence du produit après filtrage le signe de la perte du principe actif. Une autre difficulté à surmonter est l'abandon nécessaire de la pratique qui consiste à conserver les cotons utilisés en guise de filtre pour récupérer les dépôts de produits et se constituer ainsi, avec plusieurs cotons, une dose de réserve. Enfin, l'utilisation du Stérifilt® diminuerait, aux dires de certains usagers, la sensation de grattage qui accompagne l'injection d'opiacés (le principe actif passant à travers le Sterifilt®, il est possible que certains excipients stoppés par le filtre participent à cette sensation alors diminuée). Or il semble que cette sensation devienne pour certains partie intégrante de l'effet du produit et que sa diminution, réelle ou

ressentie, constitue un frein à l'usage du Stérifilt®. Cependant, les usagers initiés adopteraient volontiers le filtre, apprenant rapidement à adapter leurs pratiques.

(ofdt.fr, rapport TREND : DROGUES ET USAGES DE DROGUES en France, ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES RÉCENTES 2007-2009, janv. 2010, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf)

Pour les utilisateurs de substances par la voie nasale, il existe des kits également, contenant des feuilles à rouler (« roule ta paille »), sérum physiologique et mouchoirs entre autres.

4) Soutien dans l'accès aux droits sociaux

Les CAARUDs facilitent également l'accès aux droits, aux logements, à l'insertion et la réinsertion professionnelle... Ils peuvent aider à constituer un dossier, donner des pistes, des adresses voire accompagner physiquement dans certaines démarches et aider la médiation avec les médecins, pharmaciens, propriétaires de logements...

La figure 1 représente des actes réalisés par les CAARUDs en 2007 :

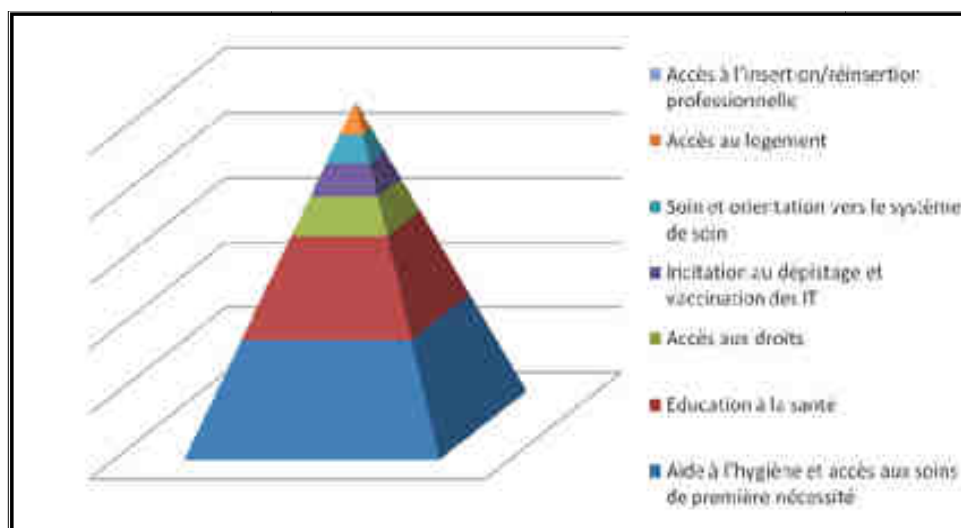


Figure 1 : Parts respectives des actes réalisés par les CAARUDs en 2007, d'après ASA-CAARUD 2007

Source : ASA-CAARUD 2007/OFDT, DGS (ofdt.fr, FOCUS, janvier 2010, Les CAARUD en 2006 et 2007, rapport de l'enquête nationale ASA CAARUD 2006-2007, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxmcp.pdf)

d) Le personnel des CAARUDs

Parmi les salariés, le personnel socio-éducatif est majoritaire, les éducateurs constituant la catégorie la plus représentée (22 % de l'ensemble des personnels).

En parallèle, une estimation du bénévolat réalisée au sein de ces structures fait apparaître au niveau national plus de 100 ETP (équivalent temps plein), soit un ETP par structure en moyenne. Néanmoins la part des stagiaires est prépondérante parmi les bénévoles (50 %). (*ofdt.fr, FOCUS, janvier 2010, Les CAARUD en 2006 et 2007, rapport de l'enquête nationale ASA CAARUD 2006-2007, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxmcp.pdf*)

e) Etudes concernant les CAARUDs

Afin d'assurer le suivi et l'évolution de ces dispositifs, deux outils sont prévus : un rapport d'activité standardisé annuel « ASA-CAARUD » et une enquête nationale « ENA-CAARUD » conduite tous les deux ans. Cette dernière collecte les données au cours du mois précédent l'enquête auprès de l'ensemble des CARRUDs, permettant d'une part de décrire les usagers accueillis (*ofdt.fr, TENDANCE, article de mai 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxtato5.pdf*) et d'autre part de disposer d'indicateurs de suivi du nombre et des caractéristiques des consommateurs de drogues pris en charge. L'objectif de ces études est de contribuer à adapter au mieux les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux besoins et attentes de cette population en difficulté. En outre, le recueil systématique, à intervalle régulier, de données auprès des usagers actifs en contact avec ces structures devrait faciliter la détection des phénomènes émergents et le suivi des tendances en matière de consommation au sein

de cette population. (*ofdt.fr : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf*).

Les rapports d'activités sont traités par l'OFDT : l'observatoire français des drogues et des toxicomanies.

La première enquête Ena-CAARUD a été menée à la demande du ministère de la Santé et s'est déroulée à la fin de l'année 2006, sur une semaine (du 20 au 26 novembre) au niveau national soit dans l'ensemble des structures reconnues comme CAARUD en 2006. On comptait alors 114 structures réparties sur 23 régions et 66 départements. Le Centre « L'ACÔTHÉ » dont nous analyserons les données globales de l'année 2009 a participé à cette première enquête.

En janvier 2010 le site *ofdt.fr* a mis en ligne l'analyse nationale des rapports d'activité intitulé « Les CAARUDs en 2006 et 2007 » (de nombreux CAARUDs s'étaient mis en place au cours de l'année 2006 et ne comptaient donc que quelques mois d'activité. Pour des raisons de représentativité il a été traité dans ce rapport principalement les données issues des rapports retraçant l'activité de l'année 2007). (*ofdt.fr, FOCUS, janvier 2010, Les CAARUD en 2006 et 2007, rapport de l'enquête nationale ASA CAARUD 2006-2007, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxmcp.pdf*)

Nous pouvons présenter quelques points importants des résultats de l'enquête nationale 2006 « ENa-CAARUD » effectuée auprès des usagers des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques. Cette enquête s'intitule « Profils, pratiques des usagers de drogues Ena-CAARUD » et le rapport a été rédigé puis mis en ligne sur le site *ofdt.fr* en octobre 2008 par l'équipe de l'OFDT.

Les régions les plus peuplées sont logiquement dotées d'un nombre de CAARUDs plus important, avec toutefois des couvertures géographiques inégales. La file active moyenne régionale en 2007 est estimée à 1 015 personnes (soit 213 personnes par structure). (*ofdt.fr, FOCUS, janvier 2010, Les CAARUD en 2006 et 2007, rapport de l'enquête nationale ASA CAARUD 2006-2007, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxmcp.pdf*)

41 structures ont une file active de moins de 200 « patients » alors que seuls 11 CAARUDs comptabilisent une file active de plus de 1000 personnes.

- **Caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles des usagers :**

La moyenne d'âge de l'ensemble de l'échantillon s'élève à 33,4 ans (médiane : 33 ans). L'utilisateur le plus jeune est âgé de 15 ans, le plus vieux de 67 ans. Plus de neuf sur dix se situent dans une fourchette comprise entre 20 et 49 ans. Le sexe ratio est d'une femme pour quatre hommes. Les femmes sont plutôt moins âgées que les hommes (31,2 ans en moyenne chez les femmes et 33,9 ans chez les hommes) et sont proportionnellement plus nombreuses parmi les plus jeunes usagers (55 % des usagers de moins de 20 ans).

Plus de la moitié des usagers vivent seuls (53 %). Cependant la proportion est différente concernant les hommes et les femmes : 35,8% des femmes vivent seules (vs 58 % des hommes). Plus d'un quart (26,2 %) sont sans domicile fixe tandis que 18,8 % vivent dans des logements provisoires. La précarité « forte » touche davantage les femmes (43,2 %) que les hommes (33,4 %).

Concernant les revenus, plus de la moitié des usagers vivent de prestations sociales, notamment du RMI (38,2 %), de l'Allocation Adulte Handicapé (11,9%) ou autres prestations sociales (2,1%). Une minorité fait état d'un revenu issu de l'occupation d'un emploi (15,5 %) ou des allocations chômage (ASSEDIC) (7,2 %).

Près de neuf usagers sur dix dépendent du régime général de la Sécurité sociale, soit directement (30 %), avec en outre une mutuelle complémentaire pour plus de 13 % d'entre eux, soit par le biais de la CMU (51,6 %) ou par l'ALD. En revanche, 2,3 % des usagers relèvent de l'AME (Aide médicale d'Etat) tandis que plus de 7 % ne font état d'aucune aide en terme de sécurité sociale.

La majorité des usagers interrogés possède un faible niveau scolaire. Moins d'un usager sur dix (8,4 %) a atteint le niveau du baccalauréat ou a entrepris des études supérieures. Les autres ne sont pas allés au-delà de l'école primaire (9 %), du brevet des collèges/BEPC (22,7 %) ou disposent d'un CAP (40,4 %).

(ofdt.fr : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf).

- **Consommations de produits psychoactifs :**

En moyenne, abstraction faite du tabac, chaque usager dit avoir consommé 2,5 substances au cours du dernier mois. Les opiacés restent les produits les plus fréquemment consommés (par 56,7 % des usagers). Viennent ensuite le cannabis (49,7 %), les stimulants (46,7 %), l'alcool (36,8 %), les médicaments non opiacés (13,8 %) et en dernier lieu les hallucinogènes (8,6 %).

Les médicaments de substitution aux opiacés n'étant cités qu'en cas de mésusage, il est important de noter la part des consommations de la Buprénorphine Haut Dosage (28,6%).

Le tableau suivant présente la répartition des substances consommées par les usagers.

Part des usagers :		Part des usagers :	
Opiacés	56,7 %	Hallucinogènes	8,6 %
BHD	28,6 %	LSD	6,0 %
Héroïne	25,7 %	Kétamine	2,3 %
S. morphine	10,1 %	Champignons	2,1 %
Méthadone	4,6 %	GHB	0,1 %
Opium	1,1 %	Poppers	0,9 %
Codéine	0,8 %	Datura	0,6 %
		Salvia	0,2 %
		DMT/ayahuasca	0,1 %
Stimulants	46,7 %	Médicaments non opiacés	13.8 %
Cocaïne	28,4 %	Benzodiazépines #	
Crack/free base	14,0 %		
Ecstasy	9,3 %		
	13,3 %		
Amphétamines	6,6 %	Artane®	1,3 %
Méthamphétamine	1,2 %	Autres médicaments	0,8 %
Cannabis	49,7%		
Alcool	36,8 %		

Tableau 1 : Pourcentages des consommations de produits psychoactifs dans la population fréquentant les CAARUDs, selon ENa-CAARUD 2006.

Source: (ofdt.fr : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf).

Les Benzodiazépines retrouvées : RIVOTRIL®, Rohypnol®, Valium®, Xanax®, Tranxene®, Témesta®

La Buprénorphine Haut Dosage (BHD) et les sels de morphine sont souvent consommés en mésusage, notamment injectés, sniffés ou fumés. La voie d'administration de la méthadone n'est pas détournée et reste la voie orale.

Certaines substances sont majoritairement consommées de manière régulière, plusieurs fois dans la semaine ou tous les jours. Il faut noter que la **BHD mésusée** est la

substance la plus consommée quotidiennement (**93,2%**), plus que l'alcool (83,5%), que le cannabis (81,8%) et que le crack (66,4%).

D'autres sont consommées plutôt de manière occasionnelle, une fois par mois ou par semaine. C'est le cas de l'ecstasy (74,9 %), de la cocaïne (59,3 %) et même de l'héroïne (47,5 %). La large diffusion des traitements de substitution facilite en effet la gestion de la dépendance à ce produit qui devient plus généralement une dépendance aux opiacés. Au cours de la dernière décennie des usages occasionnels d'héroïne dans le cadre de polyusages plus ou moins intensifs se sont développés.

Si la consommation de la BHD, de la cocaïne ou des sulfates de morphine est « identique » pour les plus jeunes et les plus âgés, ceux de l'alcool, du crack, de l'héroïne et du cannabis diffèrent selon l'âge des usagers. En effet l'usage des deux premiers produits, alcool et crack, semble plus fréquemment entraîner des difficultés aux plus de 30 ans (respectivement 18,1 % vs 14,1 % et 12,4 % vs 4,0 %). Pour les plus jeunes en revanche, ce sont l'héroïne et le cannabis qui apparaissent plus problématiques que chez leurs aînés : 19,5 % vs 11,8 % pour l'héroïne et 17,4 % vs 12,7 % pour le cannabis. (ofdt.fr : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf).

- **Les traitements de substitutions aux opiacés :**

Au moment de l'enquête, 59,6 % des usagers déclaraient bénéficier d'un traitement de substitution médicalement prescrit. Pour un peu moins des deux tiers, il s'agissait de la BHD (62,2 %) et pour un tiers de méthadone (32,4 %). Enfin une minorité (4 %) faisait état d'un traitement à base de sulfates de morphine. (cf. pharmacologie et usage des sels de morphine : cette pratique de substitution par la morphine est tolérée sous certaines conditions, le produit n'ayant pas d'autorisation de mise sur le marché dans cette indication).

Les usagers qui reçoivent un produit de substitution sont en moyenne plus âgés que ceux qui n'en bénéficient pas. Alors que l'âge moyen de ces derniers s'élève à 32,1

ans, il s'établit à 33,6 ans pour les usagers substitués à la BHD, à 34,7 ans pour ceux qui reçoivent de la méthadone et à 35,2 ans pour les bénéficiaires des sulfates de morphine. (*ofdt.fr : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf*).

Dans 79,4 % des cas pour les sulfates de morphine, 59,0 % des cas pour la BHD mais seulement 16,4 % des cas pour la méthadone, le médicament de substitution était également cité parmi les produits consommés hors du cadre thérapeutique.

- **Les produits posant le plus de problèmes à l'utilisateur selon l'intervenant de l'enquête :**

L'étude pose la question de la substance qui semble la plus problématique pour l'utilisateur.

La buprénorphine haut dosage serait, en mésusage, classée au premier rang (19,2 % des usagers interrogés), suivie par l'alcool (16,5 %), l'héroïne (14,8 %), le cannabis (14,5 %), la cocaïne (9,7 %) et enfin le crack (9,1 %).

Les médicaments de substitutions aux opiacés semblent poser des problèmes sanitaires et de dépendance aux usagers de drogues, parfois plus à leurs yeux que les drogues illicites comme l'héroïne, la cocaïne, le cannabis ou encore l'alcool.

Chez les usagers de drogues qui reçoivent des sulfates de morphine et de la BHD comme traitement de substitution, il semblerait que ce soit le médicament prescrit lui-même qui apparaît comme le produit posant le plus de problèmes à l'utilisateur (respectivement 66,2 % et 42,2 %). En effet, parmi les consommateurs de ces deux produits rencontrés dans le cadre des CAARUDs, une majorité utilise l'injection et moins souvent le sniff ou la voie inhalée (fumée). Chez les personnes qui reçoivent un traitement par la méthadone, en revanche, ce médicament n'est incriminé que dans un

nombre restreint de cas problématiques (9,5%). (*ofdt.fr : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf*).

- **Les modes d'administrations et pratiques à risques**

Près de sept usagers sur dix (68,7 %) ont utilisé la voie intraveineuse au moins une fois au cours de la vie. L'âge moyen de la première injection se situe à 20,7 ans (médiane égale à 20 ans). A l'âge de 30 ans, 95 % des UDIV ont été initiés.

Parmi les 2 032 personnes qui se sont injecté un produit au cours de leur vie, 73 % l'ont fait au cours du dernier mois (injecteurs récents) soit la moitié de l'échantillon (50,2 %). Les femmes sont proportionnellement moins nombreuses que les hommes à avoir utilisé l'injection récemment (46,5 % vs 51,2 %). Les moins de 20 ans recourent deux fois plus à l'injection que les plus de 50 ans (40,9 % vs 20,3 %). Hormis la méthadone, les opiacés sont majoritairement injectés; les sulfates de morphine et la BHD en mésusage (93,4% et 68,2% respectivement) davantage que l'héroïne (60,8 %). Parmi les usagers de stimulants, le mode intraveineux est légèrement majoritaire pour consommer la cocaïne (56,6 %). On note une nette préférence pour la voie pulmonaire (inhalation) chez les usagers du crack (93,4 %) et pour la voie orale s'agissant de l'ecstasy (81,9 %). (*ofdt.fr : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf*).

Parmi les 1 365 usagers injecteurs récents, l'enquête révèle des problèmes de santé comme des abcès cutanés, des poussées fébriles appelées « poussières » par les usagers, des hématomes, des gonflements des membres supérieurs et inférieurs ainsi que des thromboses ou phlébites. Des difficultés à s'injecter (veines trop fines, invisibles) sont fréquemment signalées. Trois usagers sur quatre (74,8 %) ont rencontré, au cours du dernier mois, des problèmes qu'ils attribuent à l'injection intraveineuse. (*ofdt.fr : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf*).

Le tableau suivant présente ces difficultés et problèmes liés à l'injection de BHD et autres substances.

	BHD	autres	ensemble
	(N = 239)	(N = 232)	(N = 471)
Abcès cutanés	36 %	22 %	29 %
Difficultés à l'injection	68 %	56 %	62 %
Poussière (poussée fébrile)	31 %	24 %	27 %
Bleus, hématomes	56 %	46 %	51 %
Veines bouchées, thrombose, phlébite	46 %	29 %	38 %
Gonflement des mains et avant bras	43 %	30 %	37 %
Gonflement des pieds ou des jambes	16 %	12 %	14 %

Tableau 2 : conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures bas seuil en 2006 dans le mois précédent l'enquête.

(Source : ofdt.fr : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf).

En ce qui concerne le partage du matériel d'injection, l'enquête nous informe qu'un injecteur sur cinq a partagé un ou plusieurs matériels d'injection au cours du dernier mois, même si un usager injecteur sur deux (52,6 %) déclare n'avoir jamais partagé de seringue. A l'exception de la seringue, la prévalence du partage du matériel au cours du mois précédent l'enquête est essentiellement liée à l'âge des injecteurs, ceux-ci partageant d'autant plus qu'ils sont plus jeunes. (ofdt.fr : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf).

Parmi les personnes recourant à la voie nasale au cours du mois précédent, 33 % se plaignent de saignements de nez. Il n'existe pas de différences importantes entre ceux qui sniffent de la cocaïne et les usagers d'autres produits. On signale cependant des irritations voire des perforations de la cloison nasale lors de l'usage fréquent de la buprénorphine sniffée.

- **Statut sérologique vis-à-vis du VIH du VHC et du VHB**

Tout d'abord signalons que la majorité des usagers a effectué le test de dépistage du VIH et du VHC (84,4 % et 81,4 %). Les plus jeunes et les plus âgés semblent avoir moins fréquemment réalisé ces sérologies. Parmi les moins de 20 ans, près d'un usager sur deux n'a réalisé aucun des deux tests et c'est le cas d'un peu moins d'un quart des plus de 50 ans.

Sur un effectif total de 3256 usagers de drogues, 5,7% se déclaraient séropositifs au VIH. 74,0% auraient été au moment de l'étude séronégatifs, tout en précisant que 15,6 % n'ont pas effectué le test et 4,7 % parlent de résultats inconnus... En ce qui concerne le statut VHC, 27,0 % sont séropositifs *versus* 50% de séronégatifs. Là aussi précisons que de 18,6 % n'ont pas effectué le test de dépistage du VHC et pour 4,6 % des usagers le résultat est inconnu.

(ofdt.fr : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf).

Les UDIV sont deux fois plus souvent séropositifs au VIH que les non injecteurs (8,7 % vs 3,8 %) et surtout, plus de six fois plus souvent séropositifs au VHC (47,6 % vs 7,7 %).

La figure ci-dessous présente la prévalence des infections au VIH et au VHC selon le mode d'administration par injection ou par voie nasale.

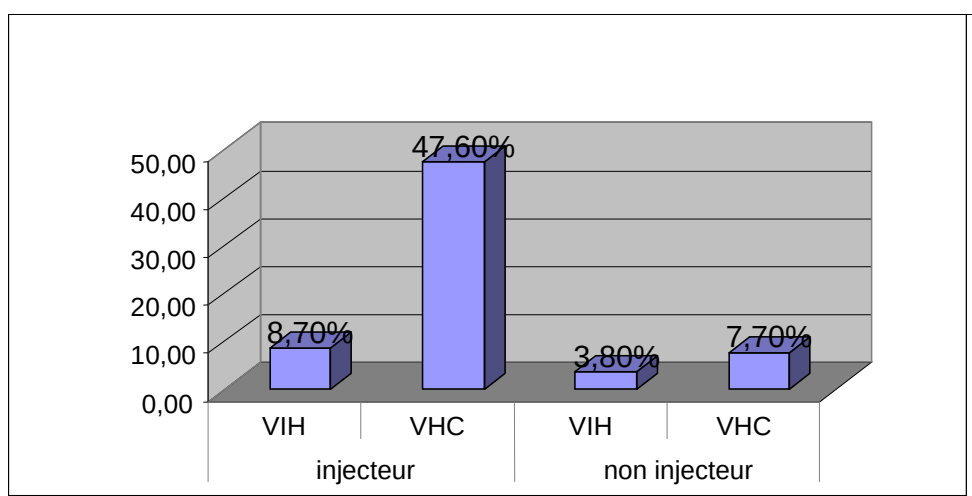


Figure 2 : prévalence de l'infection déclarée au VIH et VHC chez les usagers des CAARUD vis à vis de leurs statuts injecteurs ou non injecteurs, en 2006.

(Source : *ofdt.fr* : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf).

La contamination déclarée pour le VIH reste faible chez les plus jeunes usagers, probablement grâce à la politique de réduction des risques mise en œuvre à la fin des années 1980, mais la déclaration des contaminations par le VHC demeure significative chez cette jeune génération. En effet 6,5% des moins de 20 ans se déclarent VHC+ et aucun ne serait VIH+ (précisons que très peu de tests sont réalisés chez les moins de 20 ans). La contamination par le VHC croît régulièrement ensuite avec l'âge. (*ofdt.fr* : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf).

Une majorité des VIH+ (68,5%) et une minorité des VHC+ (22,5%) bénéficie d'un traitement.

Concernant le virus de l'hépatite B, moins de la moitié des usagers est vaccinée et ceci sans que l'on sache s'il s'agit d'une vaccination complète (trois injections) ou pas. Plus de 19% ne savent pas s'ils sont vaccinés.

(*ofdt.fr* : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf).

- **Comparaisons interrégionales : qu'en est-il des Pays de La Loire ?**

Dans cette étude le Nord-Ouest (comme le Sud-Est) de la France comporte une proportion importante de femmes et d'usagers de moins de 25 ans. La buprénorphine semble davantage consommée dans l'ouest du pays. Enfin, c'est également dans le Nord-Ouest français que les usagers des CAARUDs ont le plus recours au mode d'administration intraveineux. L'étude sur les injections au cours du mois précédent l'enquête en 2006 démontre que près de 68% des usagers de la région se sont injectés des substances durant le mois alors que la moyenne du reste du pays (hors DOM TOM) est de 53%. En ce qui concerne l'injection au cours de la vie, le chiffre atteint près de 74% dans la région Nord-Ouest pour une moyenne dans le reste de la France métropolitaine de 60,8%. (*ofdt.fr : Rapport TREND : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENA-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf*).

2) Médicaments de substitution aux opiacés : pharmacologie et détournements

Ce travail se focalise sur les médicaments de substitution aux opiacés. Comme toute substance psychoactive ces traitements sont susceptibles d'être à l'origine d'un abus, d'une pharmacodépendance ou d'un mésusage.

Les CEIPs, par l'intermédiaire d'enquêtes épidémiologiques, analysent le détournement et le mésusage des médicaments. Nous rappellerons dans un premier temps les principaux outils épidémiologiques utilisés (enquêtes OPPIDUM et OSIAP), les moyens disponibles pour la substitution aux opiacés, et quelques précisions sur les notions de détournements de médicaments et de prescriptions hors AMM. Puis, nous nous intéresserons plus précisément aux médicaments de substitution aux opiacés.

A] Etat des lieux

a) Les enquêtes OPPIDUM et OSIAP

- Les enquêtes OPPIDUM : « Observation de la consommation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse ».

Il s'agit d'une enquête d'observation et de surveillance multicentrique, réalisée par les Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP) en

relation avec l'Unité des stupéfiants et psychotropes de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Le recueil des données est effectué annuellement au mois d'octobre, sur une durée de quatre semaines.

Le programme OPPIDUM fonctionne en réseau en collaboration avec l'ensemble des CEIPs, ceux-ci travaillant eux-mêmes en réseau avec les centres d'enquête de leur région respective. L'objectif de l'enquête est de surveiller l'évolution de la consommation des substances psychoactives consommées par les sujets présentant une pharmacodépendance et d'évaluer le potentiel d'abus et de dépendance des médicaments. L'observation porte sur les produits illicites et les médicaments psychoactifs consommés dans la semaine précédant l'enquête.

Les centres d'enquête faisant partie du programme OPPIDUM peuvent être :

- des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) en ambulatoire ou en milieu pénitentiaire ;
- des Centres Anti-Poison ;
- des unités d'hospitalisation pour patients toxicomanes ;
- des unités de psychiatrie ;
- des services d'accueil des urgences ;
- des équipes de liaison ;
- des structures de réduction des risques (« boutique » ou CAARUD).

En 2010, au niveau national, 5155 patients ont été inclus dans l'enquête, correspondant à 10344 fiches-produits décrites. Au CEIP de Nantes, 349 sujets ont été inclus par 15 centres d'enquête. Parmi ces centres, le CAARUD « l'Acôthé » participe à l'enquête depuis 3 ans.

(Annexe 2 : version 2010 de la fiche de renseignement du programme OPPIDUM).

- Les enquêtes OSIAP : « Ordonnances Suspectes Indicateurs d'Abus Possible ».

Ce sont des enquêtes de surveillance des ordonnances falsifiées. Il s'agit d'un système de recueil de toutes les ordonnances suspectes permettant d'identifier les médicaments détournés à partir d'ordonnances volées ou falsifiées présentées en

pharmacie d'officine. Il permet de déterminer le palmarès des médicaments les plus détournés au niveau régional et national par rapport aux chiffres de ventes. Ce système est alimenté par les réseaux sentinelles de pharmaciens d'officine, animés localement par les CEIPs. Chaque année les enquêtes ont lieu pendant les mois de mai et de novembre.

Les enquêtes OSIAP sont systématiques depuis 2001. Environ 2400 pharmacies en 2010 sont sollicitées, soit environ 10,8% des officines en France. 12% d'entre elles ont identifié au moins une ordonnance suspecte sur une période de 2 mois. (*afssaps.fr; Enquête OSIAP 2010*)

b) Les traitements de substitution aux opiacés

Certaines personnes dépendantes aux opiacés peuvent exprimer des besoins et des demandes de stratégies de prise en charge. Celle-ci doit être globale, c'est à dire médicale, psychologique et sociale. Les médicaments de substitution aux opiacés (MSO) ont une place très importante dans cette prise en charge, qui s'inscrit comme un parcours de soins avec une forte notion d'alliance thérapeutique avec le patient. Ce que l'on appelle Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) sera cette insertion dans un processus de soins et de réduction des risques et est indiqué dans les dépendances avérées aux opiacés uniquement. Les MSO seront les moyens, la prescription en elle même. La finalité est de permettre aux patients dépendants de modifier leurs consommations et leurs habitudes de vie, afin de retrouver une meilleure santé et une meilleure qualité de vie souvent précaire. Très exactement les objectifs pour les usagers sont, selon le parcours et projet personnel propre à chacun :

- de soulager les douleurs des états de manques ;
- d'assurer une gestion personnelle de leur dépendance ;
- de diminuer voire de cesser la consommation de produits opiacés illicites en s'accommendant du maintien de la pharmacodépendance des MSO ;
- de parvenir à long terme à une abstinence totale d'opiacés, MSO compris ;
- enfin, de parvenir in fine à la résolution réelle et durable de toutes les problématiques de mésusage des substances psychoactives. (*Haute Autorité de Santé, has-sante.fr, Conférence de consensus 2004, Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution.*)

Notons que des objectifs généraux et de société se situent quant à eux dans les registres économiques, de la santé publique (comme la RdR) et du champs social comme la diminution de la délinquance et des nuisances auprès du voisinage par exemple.

La prise initiale du MSO doit se faire au moment de l'apparition des premiers signes de sevrage (soit, selon les produits, entre 8h et 48h après la dernière prise

d'opiacés). (*Afssaps, afssaps.fr, Mise au point, octobre 2011 : Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage (BHD)*)

Depuis 1995 et 1996, deux médicaments ont une AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) dans le traitement de substitution aux opiacés : la buprénorphine haut dosage (BHD) et la méthadone. Néanmoins, la morphine et la codéine sont encore utilisées. Les sels de morphine comme le SKENAN® ou le MOSCONTIN® peuvent dans certains cas être encore prescrits dans cette indication comme le prévoit la note de la Direction Générale de la Santé de 1996, moyennant l'accord du médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (protocole de prise en charge). La morphine était au départ tolérée en traitement de substitution pour les patients déjà substitués et stabilisés par ce médicament lors de l'arrivée sur le marché de la buprénorphine et de la méthadone. La codéine (NEO-CODION®, CODOLIPRANE®, DAFALGAN CODEINE®...) est pour sa part exclusivement utilisée en substitution « sauvage » par les usagers. (*asud.org, substitution, article de janv.2009, asud.org/substitution/index.php*)

L'accès aux traitements de substitution est aujourd'hui clairement facilité puisque, entre 1994 et 2004, le nombre de patients ayant reçu un MSO est passé de quelques dizaines à presque 100 000.

(*has-sante.fr, Conférence de consensus 2004, Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution*)

Les TSO ont contribué à favoriser l'accès aux soins et à réduire la mortalité, la morbidité et les dommages sociaux, par ailleurs si nombreux chez les usagers fréquentant les CAARUDs. D'après la conférence de consensus 2004 sur la prise en charge des pharmacodépendances aux opiacés, 3 patients sur 4 estiment, grâce aux TSO, « s'en être sortis » et plus de 2 sur 3 déclarent une meilleure qualité de vie.

Il n'y a pas de durée déterminée pour un TSO, la demande d'arrêt du traitement ne peut, sauf exception, venir que du patient lui même et les modalités de diminution sont gérées par le patient, en fonction de ses symptômes.

(*has-sante.fr, Conférence de consensus 2004, Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution.*)

Selon l'enquête OPPIDUM en 2010, 77% des sujets inclus (N=5155) sont sous protocole de substitution aux opiacés. On entend par protocole, un suivi thérapeutique officiel dans le cadre légal et suivant l'AMM du médicament.

36% (1435 usagers) sont sous protocole de substitution par BHD et 63% (2520 usagers) par méthadone. (*Enquête OPPIDUM 2010, données internes du CEIP*)

c) Le détournement dans le cadre de la toxicomanie

• *Le détournement d'usage des médicaments*

Certains médicaments sont détournés de leur usage médical par des usagers de drogues mais également par des patients n'ayant pas forcément des facteurs de risque identifiables au départ, qui ont commencé un traitement (TSO par exemple) à des fins thérapeutiques et arrivent parfois jusqu'à une pharmacodépendance importante avec une recherche de « shoot ». Deux pratiques de détournement d'usage ou « mésusage » sont à distinguer : la première est la recherche d'effets psychoactifs, la seconde sert à atténuer la « descente » après la prise d'une autre substance. (Manceron, 2007)

- recherche d'effet psychique positif :

Il existe depuis longtemps une pratique chez les usagers de drogues qui consiste à utiliser des médicaments pour retrouver les sensations fortes qu'ils éprouvent avec les drogues (cocaïne, héroïne, LSD...), pour en augmenter les effets ou pallier le manque de substance lorsqu'il devient difficile de se fournir en drogue. Parmi ces sensations on retrouve l'euphorie, l'ivresse, les hallucinations ou la sensation de bien être intense en oubliant tous les soucis et réalités de la vie. Ces effets sont potentialisés dangereusement par les consommations associées (le danger le plus remarquable concerne le risque de dépression respiratoire liée à l'association de benzodiazépines ou autres dépresseurs du système nerveux central à fortes doses avec la BHD). On parle de polytoxicomanie car l'utilisateur consomme une ou plusieurs drogue(s) ainsi qu'un ou plusieurs médicament(s) et le médicament est considéré comme une des substances utilisées. L'effet psychique positif peut aussi concerner des patients qui ont débuté leur traitement à des posologies normales puis qui augmentent progressivement les doses. A ces doses supérieures ils ressentent une ivresse ou un bien être conséquent qu'ils tentent de retrouver à chaque

prise de médicament. Ces patients ne prennent alors plus le médicament dans le cadre thérapeutique mais dans la recherche des effets qu'ils avaient ressentis en augmentant les doses. De nombreuses classes médicamenteuses sont concernées : les benzodiazépines anxiolytiques notamment et leurs apparentés hypnotiques (zolpidem, zopiclone), les antidépresseurs, l'ARTANE® (anticholinergique utilisé comme antiparkinsonien), certains antiépileptiques comme le NEURONTIN® ou le RIVOTRIL® (benzodiazépine), et les opiacés. (Manceron, 2007)

- pour atténuer « la descente » :

Le but est de limiter les effets secondaires ressentis lors de la baisse de concentration de la drogue dans le sang. Les benzodiazépines hypnotiques (flunitrazépam, zolpidem...), anti-épileptique (RIVOTRIL® notamment) et anxiolytiques (alprazolam, oxazépam, bromazépam, diazépam...) seraient utilisés dans ce sens et pris en plus de la drogue principale. Les morphiniques, aussi bien l'héroïne que les médicaments opiacés, sont parfois associés à de la cocaïne. Cette association est appelée « Speed Ball ». Il y a donc un détournement de médicaments qui facilitent la « descente » mais qui ne sont évidemment pas inscrits dans la thérapeutique, donc non prescrits. C'est pourquoi il existe aussi un marché de rue concernant ces classes de médicaments. (Manceron, 2007)

Toutefois, il faut savoir que chez la majorité des patients inscrits dans une démarche de soins, l'anxiété, l'insomnie et la dépression nécessiteront, à raison, la prescription de médicaments psychotropes comme les antidépresseurs, les anxiolytiques ou les hypnotiques. Les médecins et les pharmaciens sensibilisent les patients à ces prises conjointes entre les opiacés, les autres médicaments psychotropes et l'alcool car elles potentialisent notamment le risque de dépression respiratoire. En revanche la prescription de flunitrazépam (ROHYPNOL®), médicament très retrouvé dans les consommations des toxicomanes, de même que le clorazépate dipotassique (TRANXENE®) est fortement déconseillée. (has-sante.fr, Conférence de consensus 2004, Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution.)

A titre indicatif l'enquête OPPIDUM 2010 nationale signale que parmi les sujets consommateurs de médicaments, 15% d'entre eux obtiennent des médicaments illégalement et 13% consommeraient des doses de médicaments supérieures à l'AMM.

Selon l'enquête OSIAP 2010 ce sont les médicaments de la classe « système nerveux central » qui sont le plus fréquemment cités dans les détournements d'ordonnances, à savoir 59 médicaments sur 410 (14,4%). Dans cette classe de médicaments les hypnotiques sont les plus signalés (10,5%), les analgésiques opiacés sont à la 4^{ème} place (4,8%) et les MSO à la 5^{ème} place, représentant 3,6% de cette classe.

• ***Le détournement de la voie d'administration***

Un autre aspect du détournement concerne la voie d'administration puisque certains usagers détournent les voies d'administration des médicaments afin d'en accentuer les effets ou de modifier leur cinétique.

Le cas le plus remarqué est celui de la buprénorphine haut dosage (BHD), commercialisée sous le nom de SUBUTEX® ou sous ses formes génériques, qui est un traitement de substitution aux opiacés administré normalement par voie sublinguale mais qui est potentiellement injectable ou utilisable par voie nasale. Ces voies d'utilisation peuvent être à l'origine de problèmes de santé (abcès, hématomes, irritation de la cloison nasale...). (Manceron, 2007)

La méthadone en sirop ou gélule est quasiment exclusivement consommée par voie orale (2 à 4 cas seulement d'utilisation par voie nasale ou intraveineuse sont signalés chaque année dans l'enquête OPPIDUM). Cependant le risque de surdosage est avéré et de nombreuses interactions médicamenteuses sont à considérer. (has-sante.fr, Conférence de consensus 2004, *Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution.*)

d) Rappel sur la prescription hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché)

Cette pratique rentre également dans le cadre des détournements puisqu'il s'agit de l'utilisation de médicaments non conformément au Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP), même si évidemment le médecin prescrit dans un but médical. Dans le sujet qui nous intéresse il est parfois possible de retrouver de la morphine (quelque soit son sel : sulfate ou chlorhydrate de morphine) prescrite hors AMM en tant que TSO (c'est à dire en dehors du protocole possible et légal avec la Sécurité Sociale). La prescription hors AMM comprend aussi bien l'augmentation des posologies d'un traitement par rapport à celles décrites dans la pharmacopée ou textes légaux, qu'une indication différente de celles présentées dans le dictionnaire VIDAL®. Le médecin est convenu d'expliquer au patient qu'il ne lui prescrit pas le médicament dans un cadre légal et il doit d'ailleurs obtenir son consentement éclairé. En outre la loi oblige le médecin à préciser la mention « NR » pour « Non Remboursé » sur l'ordonnance car l'assurance maladie ne prend pas en charge ces prescriptions. *(Laure P, 2004)*. Le patient prendra alors en charge le coût de la prescription.

La prescription hors AMM est donc autorisée mais engage fortement la responsabilité du prescripteur. Le non-respect de l'AMM peut conduire à la mise en cause du pharmacien ayant délivré le produit et, le cas échéant, de l'infirmière l'ayant administré. Le pharmacien a l'obligation de vérifier la prescription, pour ne délivrer que des médicaments conformément à l'AMM ; la jurisprudence a d'ailleurs accru sa responsabilité à cet égard.

Quant aux laboratoires pharmaceutiques, ils peuvent obtenir une exonération ou une limitation de leur responsabilité car un fabricant ne peut être tenu que des conséquences de l'usage pour lequel le produit a été conçu, fabriqué et distribué. *(macsf.fr/vous-informer/responsabilite-prescription-hors-amm)*

B] Les médicaments de substitution aux opiacés

1- Le SUBUTEX® /buprénorphine

➤ Indications, formes galéniques :

Découverte en 1973, la buprénorphine a tout d'abord été utilisée pour ses propriétés analgésiques majeures sous le nom de TEMGESIC®, comprimés sublinguaux à 0.2 mg et solution injectable à 0.3 mg, (Vidal® 2010). En 1996 elle a obtenu une AMM comme produit de substitution dans les pharmacodépendances majeures aux opiacés sous le nom de SUBUTEX® (comprimés sublinguaux). Dans ce cas la buprénorphine est prescrite à haut dosage (on parle de BHD) sous la forme de comprimés sublinguaux dosés à 0,4 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg et 8 mg. Elle représente environ 80% des traitements de substitution aux opiacés. Sa prescription est étendue à tous les médecins généralistes pour permettre un accès plus aisé aux traitements de substitution. (Marianne Storogenko, *pistes.fr*). En 2006 et 2007 deux spécialités génériques de la buprénorphine distribuées respectivement par les marques Arrow® puis Merck® (devenue Mylan®) sont arrivées sur le marché. Depuis d'autres spécialités génériques ont eu une AMM (Biogaran, Sandoz, Teva). « Les usagers emploient d'une manière générale le terme de « Subutex » ou « Sub » y compris pour désigner le générique qui peut être qualifié de « faux » ». (ofdt.fr, rapport TREND : DROGUES ET USAGES DE DROGUES en France, ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES RÉCENTES 2007-2009, janv. 2010, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf)

➤ Réglementaire :

La buprénorphine a une réglementation particulière puisqu'elle est inscrite sur la liste I des substances vénéneuses mais est soumise à la réglementation des stupéfiants. Cette législation a pour but de sécuriser la prescription des médecins et la délivrance par le pharmacien, tout en allégeant les contraintes de stockage. Sa prescription doit se faire sur une ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 28 jours non renouvelable. Toutefois, les contacts fréquents et les prescriptions rapprochées augmentant les chances de réussites du traitement et compte tenu du risque d'utilisation détournée, il est recommandé au médecin surtout en début de traitement, de prescrire pour une durée plus courte. Les dernières « Mises au point » de l'Afssaps (Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par la buprénorphine haut dosage, octobre 2011) précisent aux médecins, lors du premier mois de traitement, de prescrire pour une durée maximale de 7 jours. Lors de la prescription et en accord avec le patient, le médecin choisit et contacte le pharmacien qui délivrera le médicament, son nom sera inscrit sur l'ordonnance. Cette mention est obligatoire depuis la parution de l'arrêté du 1^{er} avril 2008.

Concernant la délivrance de la BHD (au delà de 0.2 mg de buprénorphine par comprimé, ce qui concerne le SUBUTEX® et ses génériques), celle-ci doit être fractionnée (arrêté du 20 septembre 1999). Les fractions correspondent à des durées de traitement de 7 jours, mais durant la phase d'induction une délivrance quotidienne avec prise devant le pharmacien est recommandée, assurant le non détournement et une prise en charge de meilleure qualité. Les dernières mises au point de l'Afssaps suggèrent une délivrance quotidienne à la pharmacie pendant les quatorze premiers jours, phase permettant d'éduquer le patient à une bonne utilisation de son traitement.

Progressivement le prescripteur pourra espacer les délivrances sans dépasser 7 jours. Le CSP (*art.R5213*) stipule que « le prescripteur peut, pour des raisons particulières tenant à la situation du patient, exclure le fractionnement en portant sur l'ordonnance la mention délivrance en une seule fois ». Cette mention expresse pourra être portée s'il juge le patient bien stabilisé et capable de gérer correctement son traitement ou si certaines situations le nécessite (emploi, éloignement, déplacement...). De même, sauf mention expresse portée sur l'ordonnance, une nouvelle ordonnance ne peut être ni

établie ni exécutée par les mêmes praticiens pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance, il n'y a pas de chevauchement possible (art. R. 5132-33).

Avant 2010, si le délai de présentation de l'ordonnance après son établissement excédait 24h, elle ne pouvait être exécutée que pour la durée de la prescription restant à courir, avec la nécessité pour le pharmacien de déconditionner obligatoirement le traitement. Aujourd'hui le patient dispose de 72h pour présenter son ordonnance afin d'obtenir la totalité du traitement (art.R5132-33 du CSP).

Le pharmacien doit archiver par ordre alphabétique et par nom de prescripteur et doit conserver les ordonnances pendant 3 ans.

Notons que la buprénorphine, contrairement à la méthadone, peut être prescrite par tout médecin et non réservée aux médecins des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou aux médecins des établissements de santé.

La buprénorphine en solution injectable est réservée à l'usage hospitalier.

➤ Pharmacocinétique :

La buprénorphine a une structure de type morphinique (squelette commun avec celui de la morphine) mais possède une plus grande lipophilie. Ainsi elle est très bien résorbée par voie digestive mais du fait d'un effet de premier passage hépatique et intestinal important elle présente une faible biodisponibilité (Vidal® 2010). C'est pourquoi cette voie est écartée au profit de la voie sublinguale où sa biodisponibilité devient plus importante (30 à 55%). Cependant l'absorption dépend du temps de contact (Marquet P et al., 2001, 1ère partie). En 8 minutes, 81 % est absorbé. Sa liaison aux protéines plasmatiques est de 96% et sa demi-vie de distribution est de 2 à 5 heures. La buprénorphine traverse rapidement la barrière hémato-encéphalique d'où sa concentration nettement plus grande au niveau cérébral qu'au niveau plasmatique. Elle est éliminée à 90 % par voie biliaire sous forme de buprénorphine et de norbuprénorphine glucuroconjuguées. La demi-vie d'élimination est de 20 à 25 heures. (Marquet P et al., 2001, 1ère partie ; Vidal® 2010).

➤ Pharmacodynamie :

La buprénorphine est référencée comme un agoniste-antagoniste mixte des récepteurs opiacés.

La buprénorphine est un dérivé du phénanthrène puissant et de longue durée d'action qui est un agoniste partiel des récepteurs μ . En effet elle dispose d'une très forte affinité de fixation sur ces récepteurs, mais avec une faible activité intrinsèque. (*Katzung, 2006*). L'affinité de la buprénorphine pour ses récepteurs est 2000 fois supérieure à celle de la morphine. Il existe donc un phénomène de compétition important entre les deux molécules : la buprénorphine déplace rapidement la morphine de ses récepteurs (*Guerlais, 2005*). Sa longue durée d'action (minimum 24h) est due à sa lenteur de dissociation des récepteurs (*Katzung, 2006 ; Afssaps, 2011, Mise au point, octobre 2011*). Avec une demi-vie d'élimination dite bi ou tri exponentielle (longue phase terminale de 20 à 25 heures), son administration est possible en une seule prise quotidienne (*Marquet et al., 2001 1^{ère} partie, Vidal® 2010*).

La buprénorphine possède une activité antalgique et induit modérément les effets euphoriques mais elle entraîne également une dépression respiratoire (*Marquet et al, 2001, 1^{ère} partie*). Ce risque est d'autant plus important qu'il s'agit d'une substance fréquemment détournée, ou tout au moins fréquemment administrée conjointement à différents psychotropes également dépresseurs du système respiratoire (*Guerlais, 2005*). Depuis plusieurs années dans les enquêtes OPPIDUM, 20 à 25% des sujets inclus consomment conjointement buprénorphine et benzodiazépines.

Pour les récepteurs κ la buprénorphine est un agoniste-antagoniste : l'agonisme des récepteurs $\kappa 1$ et $\kappa 3$ renforcent ses propriétés analgésiques. (*Marquet et al., 2001, 1^{ère} partie ; Vidal® 2010*).

➤ Indications - conditions d'utilisation et limites :

Le SUBUTEX® a obtenu son AMM pour l'indication suivante : « traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une

thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique » chez un patient volontaire de plus de 15 ans. (Vidal® 2010 ; Marquet P et al.,2001, 2ème partie).

En France le SUBUTEX® est disponible sous forme de comprimés sublinguaux pour une posologie d'une prise quotidienne. La première prise doit avoir lieu lors de l'apparition des premiers signes de manque, soit au moins 4 heures après la dernière prise d'héroïne ou de codéine et au moins 24 heures après la dernière prise de méthadone ou de sulfate de morphine selon l'AMM (Marquet P et al.,2001, 2ème partie). Cependant, selon la Fédération Française d'Addictologie et l'ANAES (2004) l'expérience invite à respecter un délai minimum de 24 h entre la dernière prise d'opiacés quels qu'ils soient et la première prise de buprénorphine.

L'intérêt de la buprénorphine réside tout d'abord dans sa pharmacologie puisqu'en tant qu'agoniste partiel des récepteurs opioïdes μ , elle limite le phénomène de sevrage à l'arrêt des opiacés tout en ayant un effet plafond contrairement aux agonistes vrais (Guerlais, 2005). En outre, en tant qu'antagoniste des récepteurs δ , mais également à cause de sa lente pénétration dans le cerveau, elle empêche le « flash » qui succède à toutes prises d'opiacés et qui est recherché par les usagers (Marquet et al.,2001,1ère partie). Le patient ne ressent plus le manque de substance et n'est théoriquement pas tenté d'« abuser » du médicament puisque l'effet recherché avec la drogue de départ n'existe plus. Mais ceci n'est valable que pour une absorption par voie sublinguale. Il semblerait qu'il en soit autrement lorsque le patient détourne le SUBUTEX® pour l'utiliser par voie injectable : biodisponibilité maximale et surtout saturation quasi instantanée des récepteurs centraux aux opiacés. (Guerlais, 2005)

Par ailleurs, la buprénorphine, qui est un médicament, est soumise à des règles de prescriptions et de délivrance. L'utilisateur est donc tenu de les respecter (notamment en se rendant quotidiennement à la pharmacie en début de traitement). De plus, le fait de prendre ce médicament de substitution rompt le lien qu'avait l'utilisateur avec la drogue problématique : le temps passé auparavant à la recherche de la drogue peut alors être utilisé à « bon escient » (Guerlais, 2005). Enfin dans ce cadre de soins, le fait que ce soit un médicament administré par voie sublinguale réduit considérablement les comorbidités associées à l'injection (VIH, VHC, infections, abcès, amputations voire décès).

Cependant l'utilisation de la buprénorphine dans les traitements de substitution aux opiacés présente certaines limites qui se sont révélées peu à peu. Tout d'abord le mot substitution lui même signifie pour certains usagers le remplacement d'une drogue

par une autre et donc la recherche de l'effet euphorisant et non un médicament dont la finalité est de les éloigner véritablement de la drogue et du cercle de la population d'usagers des drogues (*Marquet et al., 2001, 1^{ère} partie*). La mauvaise utilisation qui en découle conduit à une dévalorisation du traitement pour la personne traitée et pour son entourage. (*Afssaps et ANAES, 2004*). Par ailleurs la prescription de buprénorphine haut dosage peut se faire par tous les médecins généralistes, sans avoir obligatoirement reçu de formation appropriée depuis sa mise sur le marché en 1996. Ces deux aspects ont conduit certains patients à détourner les ordonnances de buprénorphine pour diverses raisons (*cf. paragraphe détournement et effets recherchés*). (*Guerlais, 2005*)

En conclusion, le SUBUTEX® dans son cadre d'AMM a une marge de sécurité clinique importante. Il est cependant nécessaire de mieux connaître les détournements de son usage et leurs conséquences.

- La place des formes génériques

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

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

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

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

Un certain nombre d'intervenants des CAARUDs font état de « brûlures » sous cutanées spécifiques de l'injection de la buprénorphine générique. En usage « normal » certains usagers, regretteraient le goût amer du SUBUTEX® (mais d'autres quitteraient ce goût avec plaisir) et certains patients n'apprécieraient pas le comportement du générique sous la langue : il fondrait trop vite, aboutirait à une substance pâteuse et provoquerait des états nauséux.

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

On note que la buprénorphine générique a tout de même été adoptée par un certain nombre d'usagers, plus jeunes dans leur parcours toxicomane que la moyenne des usagers, mieux intégrés dans un protocole, davantage stabilisés. Certains patients seraient même satisfaits d'échapper au label « SUBUTEX® », très connoté comme une drogue, la buprénorphine générique offrant à la molécule à nouveau l'image de médicament. Les rapports parisiens et marseillais signalent que les usagers injecteurs de BHD générique observent une moindre fréquence des abcès et des altérations veineuses moins importantes qu'avec le princeps. (*ofdt.fr, rapport TREND : DROGUES ET USAGES DE DROGUES en France, ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES RÉCENTES 2007-2009, janv. 2010, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf*)

Dans les dernières études OPPIDUM, près de 40% des usagers de BHD consomment un générique (38% en 2009 et 36% en 2010) *versus* 57% pour le SUBUTEX®.

➤ Détournement et effets recherchés

Dans les structures de soins bas seuil la buprénorphine est en premier lieu un traitement de substitution de la pharmacodépendance majeure aux opiacés mais on remarque qu'elle est utilisée en dehors de cette indication. L'injection demeure le mode d'administration le plus répandu lorsque le médicament est détourné de son usage thérapeutique. (*ofdt.fr, rapport TREND : DROGUES ET USAGES DE DROGUES en France, ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES RÉCENTES 2007-2009, janv. 2010, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf*)

L'effet recherché est une « montée » identique à celle de l'héroïne, donc un effet de « défonce » (maximalisation de la montée du produit mais raccourcissement de la durée de ses effets recherchés à travers l'injection). Cependant, pour les usagers, les effets ne seraient pas à la hauteur de leurs attentes. La prise de ce produit est très souvent associée à l'alcool pour obtenir un effet « plus fort, plus long et plus rapide » mais également à l'ARTANE® et aux benzodiazépines, notamment au RIVOTRIL®, pour la recherche d'une « vraie défonce ». La buprénorphine est également consommée dans le but de diminuer la « descente » c'est à dire d'apaiser les symptômes désagréables qui accompagnent la baisse des effets des stimulants comme le crack par exemple. (*OFDT, ofdt.fr, Tendances N°37, juin 2004 : Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004*)

En injection le comprimé est tout d'abord écrasé puis dilué dans un peu d'eau, chauffé dans une Stéricup® ou une cannette découpée puis il est généralement filtré avant d'être injecté. Ce mode d'administration pose des problèmes sanitaires, notamment des abcès importants et la dégradation du système veineux car l'excipient du SUBUTEX® est composé de substances non solubles épaississant la solution, ce qui provoque chez les usagers des abcès importants et une dégradation de leur système veineux.

« Le sniff est utilisé plutôt chez les « vieux » injecteurs pour lesquels il permet de pallier la dégradation du capital veineux et les complications sanitaires consécutives à la fréquence des injections. En second lieu, comme pour l'héroïne, le sniff est un mode d'usage privilégié par les plus jeunes usagers, notamment les primo consommateurs d'opiacés [...] pour qui ce mode est moins stigmatisant [...] et moins risqué sur le plan

sanitaire que l'injection ». (*ofdt.fr, rapport TREND : DROGUES ET USAGES DE DROGUES en France, ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES RÉCENTES 2007-2009, janv. 2010, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf*)

Précisons toutefois que lorsque la BHD est prise de manière régulière en sniff, cela peut conduire à des lésions de la cloison nasale et favoriser les infections locales.

Lorsque les usagers fument le SUBUTEX®, le comprimé est écrasé et généralement mélangé à du tabac avant d'être roulé comme un « joint ».

Selon l'enquête OPPIDUM 2010, dans les Pays de La Loire, 31% (n=107) des sujets inclus dans l'enquête (n=349) consomment de la BHD dont 78% dans le cadre d'un protocole.

Au niveau national, sur un effectif de 5155 patients, 1435 sujets soit 28% bénéficient d'un traitement sous protocole BHD avec la répartition suivante : 57% par le SUBUTEX® et 36% par un générique. (*Enquête OPPIDUM 2010, données interne du CEIP*)

La consommation de buprénorphine sous protocole en 2010 se fait par voie intraveineuse dans 9% des cas et par voie nasale dans 10% des cas. 10% des usagers se procurent la buprénorphine illégalement.

Ce détournement est confirmé dans l'étude OSIAP (Ordonnances Suspectes Indicatrices d'Abus Possible), en 2010, la Buprénorphine est à la 3^{ème} place parmi les molécules les plus citées. Le SUBUTEX® est la deuxième spécialité la plus retrouvée sur les ordonnances volées, indicateur puissant de détournement. (*site afssaps.fr, enquête OSIAP 2010*)

2- La Méthadone

➤ Historique

Le chlorhydrate de méthadone est un opioïde de synthèse dérivé de la diphénylpropylamine. Elle serait, selon la littérature, apparue juste avant la seconde guerre mondiale en Allemagne pour palier une rupture de stocks de morphine. Mais c'est au début des années soixante qu'un médecin canadien institua le premier programme de traitement de substitution par la méthadone. En France elle n'est utilisée qu'à titre expérimental jusqu'en 1994-1995, mais finalement, pour des raisons liées à l'épidémie du SIDA et à la transmission du VIH facilitée par les injections intraveineuses chez les usagers de drogues, la circulaire du 7 mars 1994 définit le cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des dépendances des usagers d'opiacés. Elle obtient l'AMM en mars 1995. (*Frémont, 2003*), (*Guerlais, 2005*)

➤ Règlementaire

La méthadone sirop :

La méthadone est inscrite sur la liste des stupéfiants avec une durée de prescription limitée à 14 jours. Sa délivrance est quotidienne, en particulier en début de traitement, et peut se faire pour un maximum de 7 jours lorsque le prescripteur considère que le patient est stabilisé (*Vidal@2009*). Par ailleurs, lors de l'obtention de l'AMM la méthadone était un médicament à prescription initiale réservée aux médecins exerçant en CSST (CSAPA aujourd'hui) et nécessitait une surveillance particulière pendant le traitement. Depuis le 30 janvier 2002 la prescription est désormais possible par les médecins exerçant dans un établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les patients dépendants majeurs aux

opiacés (*circulaire DGS/DHOS n°2002/57,2002*). Le relais peut être pris par un médecin de ville après accord entre le patient, le médecin du centre et le médecin de ville, dès que le patient est stabilisé. (*Guerlais, 2005*)

Le médecin de ville est choisi en commun accord entre le patient et le prescripteur initial. Au moment du relais, l'ordonnance de ce dernier doit mentionner le nom du médecin choisi. Ensuite lors de la prescription par le médecin de ville, celui-ci doit déterminer, en accord avec le patient, le pharmacien qui réalisera la dispensation du traitement. Il doit le contacter et le nom du pharmacien doit être précisé sur l'ordonnance. (*JP Belon, Conseils à l'officine, 7^{ème}.éd. Masson*)

La méthadone gélule :

« La méthadone gélule AP-HP obtient en France une AMM le 20 septembre 2007. Elle est disponible aux doses de 1 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg et 40 mg. Sa mise sur le marché s'accompagne d'un cadre strict de prescription destiné à limiter son détournement. Le passage à la forme gélule peut se faire uniquement en relais de la forme sirop, chez des patients traités depuis au moins un an et stabilisés sur le plan médical et des conduites addictives. La première prescription doit être réalisée par un médecin exerçant dans un centre spécialisé dans les soins aux toxicomanes, ceci même lorsque le renouvellement de la forme sirop était assurée jusqu'alors par un médecin libéral. Celui-ci peut de nouveau prendre le relais une fois le patient stabilisé avec la forme gélule. Le médecin généraliste, lorsque le patient est suivi en ville peut ensuite reconduire le traitement pendant six mois, par des prescriptions valables 14 jours. À l'issue des six mois, le patient est censé revoir un médecin en centre de soins spécialisé. » (*ofdt.fr, rapport TREND : DROGUES ET USAGES DE DROGUES en France, ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES RÉCENTES 2007-2009, janv. 2010, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf*).

Lors du premier renouvellement en ville le patient doit présenter au pharmacien la primo-prescription ainsi que l'ordonnance du médecin traitant. En cas de mésusage, le médecin doit arrêter la prescription de la forme gélule et prescrire à nouveau la forme sirop, sinon envisager un autre traitement.

Dans tous les cas, si le patient souhaite changer de pharmacien il doit avertir son médecin qui devra établir une autre ordonnance précisant le nom du nouveau

pharmacien qu'il aura préalablement contacté pour obtenir son accord. D'autre part si le patient arrive à l'officine pour chercher son traitement alors qu'il paraît être sous l'effet d'autres substances, le médecin devra être contacté et si nécessaire une consultation peut rapidement être organisée. (JP Belon, *Conseils à l'officine*, 7^{ème}.éd. Masson)

➤ Pharmacocinétique

La méthadone n'a pas de parenté structurale avec la morphine et l'héroïne. C'est une molécule originale de synthèse : la diméthyl-amino-diphényl-heptaone.

L'absorption intestinale est importante (biodisponibilité de 80% en 2 heures), ce qui permet une administration par voie orale. Lors du premier passage hépatique, la méthadone est fortement fixée sans être métabolisée. Elle est ensuite libérée progressivement pour obtenir une concentration plasmatique stable pendant au moins 24h selon la dose. Elle agit dans un délai d'une demi-heure à une heure avec une concentration plasmatique maximale après 2 à 3 heures. Sa demi-vie d'élimination est de 35 heures (Lêo et al.1995). Ces deux caractéristiques (concentration stable et demi-vie longue) permettent une seule administration quotidienne. Ceci évite également les états d'euphorie, somnolence, troubles de la vigilance ou de la cognition que l'on retrouve lors d'injection intraveineuse d'opiacés comme l'héroïne. Cela empêche aussi les phénomènes de manque qui poussent le toxicomane IV à consommer puisque la substance injectée est alors rapidement métabolisée. Cette absence d'euphorie et de manque pendant au moins 24 heures permet au toxicomane de consacrer son temps à diverses autres activités que la recherche de la drogue. Rappelons que toutes ces propriétés d'intérêt ne sont valables que par voie orale car par voie IV la méthadone aurait des effets proches de la morphine et de l'héroïne. Cependant la forme galénique sirop évite les injections et il semblerait que la forme gélule, de part son cadre réglementaire, ne soit pas signalée en utilisation par voie intraveineuse. Cf. « Détournement ».

➤ Pharmacodynamie

La méthadone est un agoniste morphinique μ pur et puissant. Elle présente donc tous les effets liés à cette fixation, à savoir l'analgésie, l'euphorie, éventuellement excitation et effet hypnogène, myosis, dépression respiratoire, nausées-vomissements et diminution du péristaltisme intestinal (constipation) (*Lêo et al., 1995*). Il en résulte aussi une dépendance physique et psychique avec syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement. Cependant, comparé à la morphine, ces signes et symptômes de sevrage apparaissent plus lentement (48 heures après l'arrêt brutal de la méthadone), sont plus légers, bien que plus prolongés (*Katzung, 2006*). De même il a été noté que la méthadone entraîne une tolérance et une dépendance physique qui se développent plus lentement qu'avec la morphine. C'est pourquoi la méthadone peut être un traitement de substitution au long cours. Ces propriétés font également de la méthadone un médicament notamment utile pour le traitement substitutif de l'héroïnomanie ayant rechuté ou récidivé plusieurs fois.

➤ Indications et conditions d'utilisations

L'indication thérapeutique de la méthadone est la même que celle de la buprénorphine haut dosage, à savoir le traitement de substitution des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique chez un patient volontaire de plus de 15 ans. En ce qui concerne la forme gélule, il s'agit de la même indication mais en relais de la forme sirop chez des patients traités par la forme sirop depuis au moins un an et stabilisés, notamment au plan médical et des conduites addictives. (*Vidal® 2011*)

Lors de l'instauration du traitement la méthadone se présente sous forme de sirop en récipients unidoses (5 dosages : de 5, 10, 20, 40 et 60 mg/dose). La présence d'alcool dans ce sirop pose le problème de son utilisation chez les patients totalement abstinents d'alcool après sevrage et chez tout patient en cas d'association avec des médicaments à effet antabuse. Chez le patient diabétique il faut également tenir compte de l'apport de sucre dans le flacon. (*Guerlais, 2005*)

La première dose quotidienne, qui doit être administrée au moins 10 heures après la dernière prise d'opiacé, est conventionnellement de 20 à 30 mg en fonction du degré de dépendance physique. La posologie est ensuite adaptée progressivement jusqu'à 40 à 60 mg sur une ou deux semaines selon la réponse clinique du patient afin de prévenir les signes de sevrage ou un possible surdosage. (Vidal® 2011) Puis la posologie augmente par paliers de 10 mg chaque semaine pour atteindre une dose d'entretien de 60 à 160 mg/jour en prise unique quotidienne (Guerlais, 2005). Le RCP de la méthadone ne mentionne pas de posologie maximale. L'arrêt sera progressif, par paliers d'au moins une semaine et de 5 à 10 mg. La forme gélule n'étant pas destinée à la mise en place du traitement par la méthadone, les gélules seront d'emblée prescrites à la posologie d'entretien atteinte avec la méthadone sirop. La première gélule sera prise le lendemain de la dernière prise de sirop, à l'heure habituelle. Dans les deux cas, sirop ou gélule, une éventuelle modification de posologie ultérieure doit se faire après réévaluation clinique du patient. (Vidal® 2011)

En tant que traitement de substitution la méthadone présente les mêmes types d'intérêts que la BHD. Tout d'abord la prise par voie orale diminue considérablement les risques de contaminations (VIH, VHC, VHB) et de complications. La méthadone permet également la médicalisation du patient toxicomane ainsi qu'une prise en charge globale facilitant la rupture du lien avec la drogue de départ. Cette notion est encore plus importante que pour le SUBUTEX® puisque le plus souvent la prescription a lieu dans un établissement spécialisé donc tout particulièrement centré sur les besoins des toxicomanes. De plus les entretiens complétés par des analyses d'urine sont rigoureux et nombreux pour déterminer si le patient est réellement prêt et volontaire pour être inclus dans le protocole. Très précisément, avant la mise en place du traitement, le sujet doit effectuer une analyse d'urine permettant de vérifier la réalité de sa pharmacodépendance actuelle et de s'assurer qu'il ne bénéficie pas déjà d'un traitement. Cette analyse est répétée une à deux fois par semaine les 3 premiers mois puis 2 fois par mois. (Guerlais, 2005)

Ce protocole présente 3 avantages : (Guerlais, 2005)

- éviter les abus car la méthadone est un agoniste pur représentant pour un toxicomane sans argent un bon moyen d'obtenir « sa drogue » gratuitement. Ou au contraire pour la revendre sur le marché noir...

- éviter la déception si le sujet n'est pas prêt psychologiquement, car il risquerait alors de rechuter et de considérer que le traitement « ne marche pas ».
- éviter une toxicité de la méthadone dans le cas où le patient ne serait pas fortement dépendant aux opiacés. Le risque de surdosage existe en particulier chez le sujet à faible imprégnation opiacée, en début de cure ou après suspension de la cure. La dose létale dans ce cas est de l'ordre de 1 à 1,5mg/kg.

Cette prise en charge par méthadone est donc plus contraignante que celle par la BHD qui est souvent initiée par un médecin généraliste. Contrairement au SUBUTEX®, elle a le plus souvent l'image d'un « véritable » traitement médical qui aide les usagers à sortir de la toxicomanie. Elle est particulièrement indiquée en cas de :

- dépendance sévère ou de difficultés à renoncer à l'injection (on rappellera que l'effet IV est plus recherché par les toxicomanes et que certains se considèrent comme dépendants à l'injection elle-même..., les patients concernés sont donc fréquemment soit des usagers « résistants » au SUBUTEX® soit des sujets qui se l'injectent) ;
- de pathologies psychiatriques ;
- de poly consommations (alcool, Benzodiazépines, cocaïne...) ;
- de patients dépendants aux opiacés pour lesquels un traitement antalgique morphinique est nécessaire (milieu hospitalier uniquement).

(Fédération française d'Addictologie et ANAES, 2004) (Guerlais, 2005)

➤ Limites

Comme il s'agit d'un agoniste μ pur, dès que les doses administrées sont supérieures à celles nécessaires pour la substitution, les effets seront identiques à ceux obtenus avec les opiacés comme l'héroïne (pharmacodynamiquement elle va entraîner une activation du système de récompense par inhibition directe des interneurons GABAergiques). Cette activité agoniste provoque une euphorie chez l'utilisateur de méthadone. C'est pourquoi certains patients parfois difficiles à identifier, l'utilisent à des fins « récréatives » et non comme traitement de substitution. D'autre part la méthadone

est également responsable d'un phénomène de dépendance physique et psychique comme les autres morphiniques.

La forme gélule, malgré son avantage considérable lié à l'absence de sucre et sa galénique plus facilement transportable, présente quelques limites dues à son cadre réglementaire rigoureux. Ainsi les rapports des sites TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) observent « une faible montée en charge de la forme gélule et une diffusion hétérogène ». Les observateurs relayent notamment un mécontentement des médecins de ville et de leurs patients jugeant le cadre de prescription trop contraignant, notamment la réévaluation tous les six mois. Le passage initial en CSST est vécu comme un obstacle par certains usagers, soit parce qu'ils en sont éloignés, soit surtout car ils ne souhaitent plus se rapprocher de ce milieu, soit encore parce qu'ils craignent la remise en cause d'arrangements conclus avec leur médecin.

« De ce fait, certains usagers se conçoivent comme totalement exclus du dispositif en dépit des problèmes que leur pose le sirop (sucre notamment). D'autres usagers, SDF, également exclus du dispositif (puisque précaires) évoquent le caractère pourtant plus facilement transportable de la gélule pour eux. » (*ofdt.fr, rapport TREND : DROGUES ET USAGES DE DROGUES en France, ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES RÉCENTES 2007-2009, janv. 2010, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf*).

➤ Détournement

Détournement de la forme sirop :

Les usages détournés de méthadone concernent surtout les usagers les plus précaires qui fréquentent les CAARUDs. Il s'agit d'usagers d'héroïne ou de SKENAN® qui disent gérer ponctuellement le manque avec la méthadone, ou d'usagers qui recherchent plus spécifiquement la méthadone. (*ofdt.fr, rapport TREND : DROGUES ET USAGES DE DROGUES en France, ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES RÉCENTES 2007-2009, janv. 2010, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf*).

Dans l'enquête OPPIDUM de 2010, 1% des sujets consommateurs de méthadone sirop (n= 1873) utilisent de la méthadone « de rue » exclusivement (c'est-à-dire en

dehors de tout protocole). Parmi les sujets sous protocole de substitution par la méthadone, sirop ou gélule, (n=2520), 4% se la procure en plus de manière illégale.

Comme avec les autres opiacés, on retrouve des associations avec l'alcool et les benzodiazépines pour potentialiser les effets.

Avec la méthadone la voie orale est le mode d'usage le plus répandu. Toutefois des cas anecdotiques d'injections ou de tentatives d'injections sont régulièrement rapportés après dilution du sirop dans de l'eau. Ainsi parmi les usagers des CAARUDs, en 2008, 2.3% font état d'un recours à l'injection concernant la méthadone au cours du mois précédent lors d'une enquête OFDT à Rennes en 2007 puis à Toulouse en 2008. D'après l'OFDT une hypothétique méthode passant par la congélation préalable du produit est décrite par certains usagers. (*Drogues et usages de drogues en France, Etat des lieux et tendances récentes 2007-2009, OFDT, janv.2010*)

« En Bretagne, un acteur de réduction des risques, pour le compte d'un CAARUD et d'un CSST indique avoir tenté à titre expérimental de préparer le produit pour l'injection de trois manières différentes, sans y parvenir ». (*Girard, G., G. Bosher, and C. Amar, TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), Site de Rennes (Bretagne), 2008-2009, CIRDD (Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances) Bretagne : Rennes.*)

Depuis plusieurs années, dans l'enquête OPPIDUM, l'utilisation par voie IV, voie nasale ou inhalée est très peu signalée : 2 à 4 cas parmi les 2520 sujets sous protocole de substitution méthadone en 2010.

Il est permis de penser que, dans de telles proportions, il s'agit probablement plus de sujets dépendants au geste que d'une réelle efficacité de la méthadone détournée par cette voie.

Détournement de la forme gélule de la méthadone :

Tous les rapports des sites TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) de L'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) observent une faible montée en charge de la forme gélule et une diffusion hétérogène. Les observateurs relayent notamment un mécontentement des médecins de ville et de leurs patients jugeant le cadre de prescription trop contraignant, notamment la réévaluation tous les six mois. Le passage initial en CSAPA est vécu comme un obstacle par certains usagers, soit parce qu'ils en sont éloignés, soit car ils ne souhaitent plus se rapprocher de ce milieu. La méthadone sous forme gélule étant commercialisée depuis peu (2007) et avec un cadre réglementaire de prescription rigoureux, son détournement semble peu signalé. Selon L'OFDT « Actuellement, seul le site de Metz signale la présence de méthadone gélule sur le marché parallèle ce qui permet déjà des usages en auto-substitution. Les professionnels y voient une source de difficulté à venir : comment amener à une demande de traitement des usagers auto-substitués par la gélule, s'ils doivent, pour accéder au cadre thérapeutique, prendre du sirop pendant un an ? À Toulouse, les acteurs de la réduction des risques signalent que si la gélule est absente du marché noir, elle est en revanche envisagée par un certain nombre d'usagers de drogues comme un produit à expérimenter. Précisons toutefois qu'aucun mésusage n'a pour le moment été visible ».

(ofdt.fr, rapport TREND : DROGUES ET USAGES DE DROGUES en France, ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES RÉCENTES 2007-2009, janv. 2010, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf)

Dans l'enquête OPPIDUM de 2010, 1% (n=22) des usagers consommant de la méthadone gélule « de rue », c'est-à-dire en dehors de tout protocole. Cette proportion est identique à ceux consommant de la méthadone sirop. *(afssaps.fr, résultats 2010 de l'enquête OPPIDUM, www.afssaps.fr)*

3- La Morphine

➤ Réglementaire :

La morphine et ses sels (sulfates et chlorhydrates) sont inscrits sur la liste des stupéfiants. La prescription doit être rédigée sur des ordonnances répondant aux spécifications fixées par l'arrêté du 31 mars 1999, c'est à dire sur des ordonnances sécurisées dont la dénomination du produit, la durée du traitement et le dosage doivent être rédigés en toutes lettres à l'encre bleue, avec le nombre de médicaments prescrits précisé dans le cadre prévu à cet effet en bas à droite de l'ordonnance. La durée de prescription maximale est de 28 jours pour les formes orales et les formes injectables pour administration à l'aide de système actif pour perfusion, et de 7 jours pour les formes injectables en cas d'administration sans système actif pour perfusion. *(Guerlais 2005)*

Le pharmacien doit délivrer le nombre exact d'unités dont le patient a besoin pour la durée de traitement indiquée. Si l'ordonnance est présentée dans les 72 h il peut délivrer la totalité du traitement ; au delà le pharmacien délivrera pour la durée du traitement restant à courir.

➤ Indications :

La morphine est un des opiacés les plus connus dans le monde. Elle appartient à la classe des analgésiques morphiniques majeurs. Elle a pour seule indication le traitement des douleurs persistantes intenses et rebelles aux autres antalgiques de niveau plus faible, en particulier douleurs d'origine cancéreuse. *(Vidal@2011)*

Il est important de noter que la morphine n'a pas d'AMM dans le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. Cependant, comme nous

l'avons évoqué dans le paragraphe sur « les traitements de substitution aux opiacés », les présentations d'action prolongée (SKENAN®, MOSCONTIN®...) sont parfois utilisées dans cette indication puisque, dans certains cas, la note de la Direction générale de la Santé (DGS) de juin 1996 le permet. Pour rappel, le médecin prescripteur doit au préalable obtenir l'accord du médecin-conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). (*ofdt.fr*, rapport *TREND : DROGUES ET USAGES DE DROGUES en France, ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES RÉCENTES 2007-2009*, janv. 2010, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf)

Dans l'enquête OPPIDUM 2010, la morphine est utilisée comme traitement de substitution, dans le cadre d'un protocole, par 15 sujets (sujets sous protocole de substitution n= 3982).

➤ Pharmacodynamie :

Les opiacés, dont la morphine, se lient aux récepteurs des opiacés qui sont les récepteurs reconnaissant des peptides endogènes, les endorphines. On compte une vingtaine d'endorphines issues de trois précurseurs distincts. La pro-opiomélanocortine est à l'origine des endorphines ; la pro-enképhaline A à l'origine des enképhalines et la pro-enképhaline B à l'origine des néo-endorphines et des dynorphines. Il existe trois types de récepteurs aux opiacés : les récepteurs μ , δ et κ (*Victorri-Vigneau et Jolliet, 2002*). Plus récemment un nouveau type de récepteur a été identifié et appelé ORL₁ (*opioid receptor-like*). D'autres récepteurs existent quoique moins bien caractérisés : epsilon, lambda, iota et dzêta. (*Allain et al., 1999*).

La morphine en se fixant sur les récepteurs μ provoque, à dose croissante, d'abord une analgésie (sans altération sensorielle), une sensation ébrieuse, une sédation (les récepteurs κ semblent également en cause), une indifférence (mais sans perte de conscience) et parfois une euphorie. Puis à dose plus forte elle provoque un obscurcissement de la conscience, un état de rêve éveillé, sommeil (*Moulin, 1998*). L'effet sur la douleur est double :

- élévation du seuil de perception de la douleur (qui devient moins aiguë, plus lointaine voire abolie) ;
- modification du comportement du patient à l'égard de sa douleur : apaisement et indifférence, qui aident à tolérer la douleur même si elle est encore perçue (*Moulin, 1998*).

Parmi les autres effets sur le système nerveux central, il faut noter l'action psychomotrice, psychodysleptique (euphorie (fixation sur les récepteurs μ), dysphorie (fixation sur les récepteurs κ) avec hallucinations, délires et convulsions à forte dose) mais surtout l'action dépressive respiratoire : la morphine provoque une diminution de la réponse des centres respiratoires à la PCO_2 entraînant une dyspnée caractéristique (de Cheyne Stokes) dose-dépendante, avec diminution de la fréquence et de l'amplitude des mouvements respiratoires (*Moulin, 1998 ; Brilloit Petit et al., 1996*). Cet effet est essentiellement dû à la fixation sur les récepteurs μ (*Page et al., 1999*).

La morphine présente d'autres effets (*Moulin, 1998 ; Brilloit Petit et al., 1996 ; Moulin et Coquerel, 2002*):

- dépression des centres de la toux à faible dose ;
- action émétisante à faible dose par stimulation de l'*area postrema* et à l'inverse à forte dose dépression du centre du vomissement ;
- myosis (par fixation sur les récepteurs μ mais également δ) (*Page et al., 1999*) ;
- diminution de la sécrétion des hormones hypophysaires : FSH, LH, ACTH...
- augmentation de la sécrétion de prolactine et des hormones de croissance ;
- hypothermie (à fortes doses seulement).

Au niveau périphérique la morphine exerce une action antidiurétique (par augmentation de l'ADH), une action sur le système digestif (constipation (par fixation sur les récepteurs μ et κ essentiellement), spasme des sphincters et diminution des sécrétions digestives, sur le système cardiovasculaire (hypotension et bradycardie), sur

l'appareil respiratoire (bronchoconstriction liée à une histamino-libération). Elle provoque une contraction des muscles lisses (notamment au niveau des voies urinaires) et diminue l'amplitude des contractions utérines d'où un allongement de la durée du travail (Moulin, 1998 ; Brilloit Petit et al., 1996).

Les morphinomimétiques seraient également responsables d'un phénomène de tolérance qui se développe rapidement et peut souvent être détecté après 12 à 24 heures de traitement. Il faudrait donc administrer des doses de plus en plus élevées pour obtenir le même effet clinique ce qui aboutit à augmenter l'incidence et la sévérité des effets indésirables. En réalité cet effet se retrouve peu en pratique lorsqu'il s'agit d'un patient souffrant et que le traitement antalgique est bien conduit. Une dépendance physique peut également apparaître (Page et al., 1999). Elle serait due aux récepteurs μ .

➤ Formes galéniques et pharmacocinétique :

Pour les **formes injectables** on retrouve les solutions injectables de morphine sulfate Lavoisier® en ampoules à 1mg/ml ou 50 mg/ml, morphine chlorhydrate Lavoisier® (ampoule à 10 ou 20 mg/ml) ou Cooper® (ampoules à 10 mg/ml). Le début d'action se fait en 5 minutes environ, l'efficacité maximale est de 20 minutes en IV et de 45 à 90 minutes en SC. (Vidal®2011)

Pour les **formes orales** il existe différentes formes galéniques :

- à libération immédiate : durée d'action de 2,3 à 4 heures.

SEVREDOL® (comprimés de sulfate de morphine à 10 ou 20 mg), ACTISKENAN® (gélules sulfatées à 5, 10, 20 et 30 mg) et ORAMORPH® (solution buvable en récipients unidoses de 10, 30 ou 100 mg/5 ml).

- à libération prolongée : durée d'action de 8 à 12 heures.

Les gélules SKENAN LP® et comprimés MOSCONTIN LP®, qui sont tous les deux des sulfates de morphine dosés à 10, 30, 60, 100 et 200 mg, sont des formes permettant une

administration orale biquotidienne. Les concentrations sériques maximales de morphine sont atteintes en 2 à 4 heures. (Vidal®2011)

➤ Détournement et effets recherchés :

Les formes les plus détournées semblent être les gélules de sulfate de morphine SKENAN LP® ou les comprimés MOSCONTIN LP®, avec toutefois une très forte préférence pour le SKENAN LP®. L'usage détourné de ce médicament se fait principalement par la voie injectable (87,3 % des usagers de structures « bas seuil » déclarent avoir consommé ce produit dans le mois précédent l'enquête, en 2006 dans l'étude ENa-CAARUD) mais la voie nasale (sniff) ou orale est également utilisée. Le détournement est majeur puisque parmi les 1018 usagers de morphine, en 2006, au cours du mois précédent d'après l'enquête « Drogues et usages de drogues en France, état de lieux et tendances récentes 2007-2009 » 60% (610) la consommaient dans un but uniquement de « défonce ». Aussi 24% (244) reconnaissaient tenter de se soigner mais avec l'effet de « shoot » recherché en même temps. (ofdt.fr, rapport TREND : DROGUES ET USAGES DE DROGUES en France, ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES RÉCENTES 2007-2009, janv. 2010, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf)

« Le caractère soluble dans l'eau du SKENAN®, présenté en gélule, semble assez tributaire de la technique utilisée et la préparation de l'injection nécessiterait une dizaine de minutes ». « Le MOSCONTIN®, présenté en comprimés serait moins apprécié en injection, l'écrasement du comprimé apparaissant moins aisé que celui des microbilles du SKENAN® en gélule».

(ofdt.fr, rapport TREND : DROGUES ET USAGES DE DROGUES en France, ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES RÉCENTES 2007-2009, janv. 2010, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf)

Dans une des études de l'OFDT (Drogues et usages de drogues en France, état de lieux et tendances récentes 2007-2009) réalisée auprès des CAARUDs, un usager injecteur toulousain détaille les étapes de préparation : « *Le SKENAN®, tu ouvres la capsule, c'est en gélule, c'est plein de petites boules, tu prends un papier, tu fais une papillote, tu écrases bien, tu piles tes petites billes, ça te fait une poudre nickel, après tu la*

mets dans la cuillère avec de l'eau, tu chauffes juste légèrement. Moi, je trouve que ça se dissout mieux, qu'à froid comme ça, ça se dissout moins, le produit est moins liquide ».
(ofdt.fr, rapport TREND : DROGUES ET USAGES DE DROGUES en France, ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES RÉCENTES 2007-2009, janv. 2010, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf)

Le détournement de la morphine par les usagers est lié à la sensation de bien être qui apparaît de façon très intense dès la prise du produit. En utilisant la voie intraveineuse l'effet recherché est une montée avec un flash (le shoot) et la recherche de sensation de « défonce ». (Lors d'une absorption per os, la sensation apparaît de façon plus graduelle). Suite à cette intense sensation les personnes entrent dans un « état de gratification » sans aucune sensation de douleur, de faim ou de pulsions sexuelles. Une partie des utilisateurs consommeraient le SKENAN LP® comme un traitement de substitution aux opiacés mais il semblerait que cette population soit plus précarisée et désocialisée que celle étant traitée par SUBUTEX®. Précisons que l'injection de sulfate de morphine pose moins de problème d'abcès au niveau des mains et son effet serait plus puissant que la buprénorphine par voie injectable. (OFDT ; 2004)

Selon l'enquête OPPIDUM 2010, 1,7% des sujets inclus dans l'enquête au niveau national consomment de la morphine (SKENAN® dans 83% des cas).

Selon les résultats 2010 de l'enquête OSIAP, 3,2% des notifications d'ordonnances falsifiées contiennent de la morphine (SKENAN®, SEVREDOL®, ACTISKENAN®, MOSCONTIN®). En terme de taux de détournement (pondération du nombre de notifications pour un médicament donné par sa diffusion dans la population), le SKENAN® ressort à la 4^{ème} place des spécialités les plus détournées. (Enquête OPPIDUM 2010, données interne du CEIP)

4- La Codéine

➤ Réglementaire :

Certaines spécialités comme KLIPAL CODEINE®, ou le DAFALGAN CODEINE® contiennent une quantité de codéine supérieure à la dose d'exonération et sont alors inscrites sur la liste 1 (Vidal® 2011). En dessous de cette dose (20 mg/unité de prise et 320 mg de quantité totale délivrée au public) la codéine n'est pas listée. Elle est donc en vente libre dans un grand nombre de spécialités antitussives ou analgésiques (c'est le cas du NEO-CODION®, NETUX®, CODOLIPRANE®, TUSSIPAX®).

La codéine en vente libre est une particularité française. La délivrance est limitée à une boîte.

➤ Pharmacologie :

La codéine est de la méthyl-morphine dont 1/10^{ème} est transformée en morphine par déméthylation au niveau hépatique, ce qui explique son activité analgésique qui est environ 10 fois inférieure à celle de la morphine. Sa demi-vie d'élimination est d'environ 3 heures (Vidal® 2004). La codéine se fixe sur les mêmes récepteurs que la morphine du fait de sa structure de type morphinique. Elle en possède donc les mêmes propriétés. En thérapeutique elle est utilisée pour son action analgésique (palier II) et pour son action antitussive. Mais elle possède également les effets indésirables de la morphine : dépression respiratoire et pharmacodépendance entre autre (Moulin, 1998 ; Brilloit Petit et al ; 1996). De part ses propriétés la codéine est utilisée à forte doses à des fins de toxicomanie, elle entraîne alors une très forte dépendance.

➤ Intérêt, limites et détournements :

La codéine fait partie des quelques molécules utilisées à l'heure actuelle pour la prise en charge de la douleur résistant aux analgésiques périphériques et ce avant de passer aux médicaments antalgiques de palier III dont les effets indésirables et les risques induits sont plus importants. Mais c'est une molécule fortement inductrice de pharmacodépendance, surtout si le traitement est prolongé, et qui est fréquemment détournée de son utilisation originelle. (*Guerlais, 2005*)

Elle est également utilisée en substitution « sauvage » par certains usagers de drogues ou pour son effet propre à forte dose (puisque qu'un dixième est transformé en morphine). Ainsi le site « AutoSupport des Usagers de Drogues » (asud.fr) décrit que « dans les années 80, les usagers de drogues utilisaient massivement la codéine pour pallier le manque entre 2 prises d'héroïne, principalement sous la forme des célèbres petits cachetons verts de NEO-CODION®. En 2008, plus de dix ans après l'avènement de la substitution officielle, certains continuent à en consommer de manière non négligeable ». Selon le site « Pouvoir acheter de la codéine en vente libre, c'est s'affranchir d'une dépendance institutionnelle et ces consommateurs, souvent loin de la consommation de produits illicites, ne se reconnaissent pas dans l'image de « drogué » véhiculée par les TSO ».

(*asud.org, substitution, article de janv.2009, www.asud.org/substitution/article-19-codeine.html*)

La codéine est également utilisée par les toxicomanes pour diminuer la descente des produits illicites consommés. Les données concernant l'importance de ce détournement et les abus sont difficiles à obtenir du fait qu'à faible dose elle n'est pas toujours listée. Néanmoins on dispose des données des enquêtes OPPIDUM et OSIAP.

Une précaution est à prendre chez les usagers dépendants de la codéine : la présence de paracétamol, hépatotoxique à forte dose. A des doses supérieures à 10g par prise chez l'adulte, il déclenche une cytolysé hépatique (Vidal® 2011). Or le paracétamol est présent en association à la codéine dans de nombreuses spécialités listées (DAFALGAN CODEINE®, KLIPAL CODEINE®...) ou en vente libre comme dans le CODOLIPRANE®.

Les personnes fragilisées par une hépatite doivent donc éviter absolument la prise massive de ces médicaments. Comme le mentionne le site asud.fr, « quitte à prendre de la codéine, il est préférable qu'ils se rabattent plutôt sur des médicaments qui ne contiennent pas de paracétamol, comme le NEO-CODION® ».

(asud.org, substitution, article de janv.2009, www.asud.org/substitution/article-19-codeine.html)

II. Analyse de la base

1) Matériel et méthode

a) Modalités de recueil

→ **Le CAARUD « l'Acôthé » :**

Le CAARUD nantais, situé en centre ville, est un lieu pour toutes les personnes qui ne peuvent ou ne souhaitent pas renoncer à l'usage de drogues, quel que soit le mode de consommation. Le CAARUD « l'Acôthé » est géré par l'association « Le Triangle ». Celui-ci est piloté par un conseil d'administration déléguant une équipe de direction qui gère le CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement à la Prévention en Addictologie, qui inclus l'addiction à l'alcool) et l'« Acôthé » qui sont tous les deux des établissements médico-sociaux.

Les usagers qui se rendent à « l'Acôthé » doivent respecter un règlement intérieur simple. Le deal et la consommation de drogues, y compris tabac et alcool au sein du centre ne sont pas tolérés. Des bières sont apportées par les usagers, mais ils doivent les boire à l'extérieur du centre. Quelques-uns se retrouvent ainsi sur le trottoir, même s'il est demandé d'éviter de rester ou de se regrouper devant le local afin de ne pas troubler le voisinage et de ne rien déposer sur le trottoir. La petite restauration – café, thé, sirop, chocolat, pain, confiture – est offerte. Internet est mis à disposition pour des recherches ainsi qu'un téléphone et un fax pour les démarches administratives uniquement. Il y a également des sanitaires sans douche. Du matériel de prévention et de réduction des risques est distribué au comptoir : du matériel d'injection stérile au détail comme les garrots, les tampons..., des kits sniff, des kits pour injection, des préservatifs, ou encore du gel désinfectant. Les « totems » sont les

distributeurs/récupérateurs de seringues 24h/24. Deux sont installés à Nantes et ils nécessitent des jetons pour récupérer les kits. Ces jetons sont gratuitement distribués à « l'Acôthé », par la PASS, Médecins du Monde, le Samu Social et à l'association « Le Triangle ». Le centre est équipé de containers récupérateurs et incite les usagers à rapporter le matériel usagé.

Les chiens sont autorisés et sont même parfois nombreux et de toutes tailles. Parfois plus d'une dizaine de chiens viennent trouver leur place dans la structure. Ils sont tenus en laisse, et peuvent même être gardés une heure ou deux le temps d'une course de leur propriétaire. Les jeunes enfants ne sont pas autorisés étant donné les risques potentiels impliqués par la présence de chiens et d'usagers de drogues parfois violents ou éventuellement sous l'emprise de substances...

L'équipe est composée de 4 personnes. La coordinatrice présente à temps plein est diplômée d'un DU (diplôme universitaire) en addictologie. Deux éducateurs diplômés à temps plein et une infirmière à temps partiel (soin des petites blessures, aide les démarches de soins et accompagne vers les dépistages) complètent l'équipe. Un après midi par semaine un médecin est disponible pour toutes les questions relatives à la santé des usagers, à la substitution et aux consommations.

→ **Modalités de recueil :**

Le CAARUD a élaboré un recueil de données rassemblant des données sur tous les usagers ayant fréquenté le centre durant l'année 2009. Des questionnaires directifs et anonymes ont été établis par l'équipe et remplis en face à face avec les usagers de drogues, soit au comptoir soit dans un coin isolé de façon très confidentielle. (Annexe I)

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009, chaque usager a rempli cette fiche de contact.

Au début de chaque entretien l'éducateur classe les interlocuteurs par catégorie d'usage de drogue. Dès lors que le sujet s'injecte au moins une substance, (et même s'il consomme une ou plusieurs autres drogues par d'autres voies), il est classé parmi les « injecteurs » ou **UDIV** pour Usager de Drogue par Voie Intraveineuse. S'il ne s'injecte aucun produit mais qu'il « sniffe » une ou plusieurs drogues, l'usager est classé parmi les « **sniffeurs** ». Les **fumeurs de cannabis** ne consomment que du cannabis (en plus de l'alcool et du tabac). Les « **fumeurs autres** », les « **gobeurs** », ingèrent uniquement des

substances (souvent des « teufeurs » de rave party). Les « **autres produits** » consomment des substances psycho actives autres que le cannabis et autrement que par voie intraveineuse ou nasale et les « **sans consommation** » ne consomment pas de drogue mais se rendent à « l'Acôthé » pour discuter.

Grâce à cette classification aucun doublon n'est retrouvé.

Cette classification, par mode d'administration, s'explique par le principe du pire risque, concordant avec la politique de réduction des risques (RdR). L'équipe s'intéresse principalement aux populations qui s'injectent ou « sniffent » des produits.

b) Structure de la base

Pour chaque catégorie d'usager de drogue, la base de données est complétée, sous forme de tableaux correspondant aux différents items des formulaires remplis.

Les formulaires ont été élaborés par l'Acôthé afin de rationaliser le recueil de renseignements sur chaque individu et d'aider à orienter les usagers. Parallèlement l'Etat demande des rapports d'activités ASA CAARUD, qui sont différents, changeant chaque année et servent surtout à rendre compte de l'activité du centre notamment aux financeurs.

Les informations recueillies concernent :

- la situation socio-professionnelle (logement, entourages, ressources, situation professionnelle, niveau d'études, couvertures sociales) ;
- les consommations quotidiennes en alcool, tabac et cannabis ;
- les produits consommés durant les 3 derniers mois ainsi que les modes d'administration :
 - Mode 1 pour « injecté »,
 - Mode 2 pour « fumé/inhalé »,
 - Mode 3 pour « mangé/bu »,
 - Mode 4 pour « sniffé »
 - Modes 5 pour « autres »
- le prix des produits sur le marché de rue ;
- l'âge de la première injection ou du premier sniff ;
- les problèmes liés à ces pratiques (abcès, hématomes, thromboses, gonflements, croûtes, infections etc.) ;

- la notion de partage de seringues ou de petit matériel, ou de réutilisation de sa propre seringue ;
- la fréquence des tatouages et piercings (pierçings sauvages ou non) ;
- les traitements de substitution aux opiacés en cours (prescriptions médicales, prescripteur, remboursement en entier, mode d'obtention autre...) ;
- les infections VIH et VHC : dépistages, traitements, sérologies, ainsi que la vaccination VHB ;
- les antécédents éventuels d'hospitalisation en établissement psychiatrique (pour sevrage ou pour pathologie psychiatrique) ;
- la situation judiciaire et les risques potentiels avec la justice ;
- les connaissances d'autres associations et les liens avec les CSAPA.

2) Résultats

a) Description générale de la base

Les effectifs pour chacune des catégories d'usagers de substances psychoactives sont les suivants :

- 186 injecteurs ou « UDIV » pour Usager de Drogue par Voie Intraveineuse ;
- 102 « sniffeurs » ;
- 57 « fumeurs de cannabis » ;
- 7 « fumeurs autres » ;
- 4 « gobeurs » ;
- 13 « autres produits » ;
- 24 « sans consommation ».

Durant l'année 2009, 393 personnes différentes ont fréquenté au moins une fois le CAARUD nantais.

b) Analyse de la base

Les études nationales ont déjà identifié les profils généraux des usagers des CAARUDs. Les CEIPs s'intéressent particulièrement au détournement des médicaments psychoactifs. Par conséquent nous nous intéresserons spécifiquement aux populations « UDIV » (186 usagers) et « sniffeurs » (102 usagers).

Pour chaque modalité d'usage nous ferons une étude descriptive des profils des usagers et de leurs consommations de drogues, de médicaments de substitution aux opiacés, à savoir la buprénorphine et la méthadone et de la consommation de sulfate de morphine. Enfin nous ferons une analyse comparative (profils, consommations de drogues et de médicaments) des deux populations à risques « injecteurs » et « sniffeurs ».

1- Profils des UDIV

1.1 Description générale

Répartition sexe-âge :

La population des « UDIV » est constituée de 47 femmes (25,26%) et 139 hommes (74,73%).

Parmi les 186 UDIV on retrouve 4 mineurs de moins de 18 ans (2,15%). 52 usagers (28%) ont moins de 25 ans et 134 (72%) ont 25 ans et plus (Tableau 3, figure 3).

<18 ans	18 et <20 ans	20 et <25 ans	25 et <35 ans	35 et <45 ans	45ans et +
4	7	41	79	44	11

Tableau 3 : effectifs des "injecteurs" par tranches d'âges. (N=186)

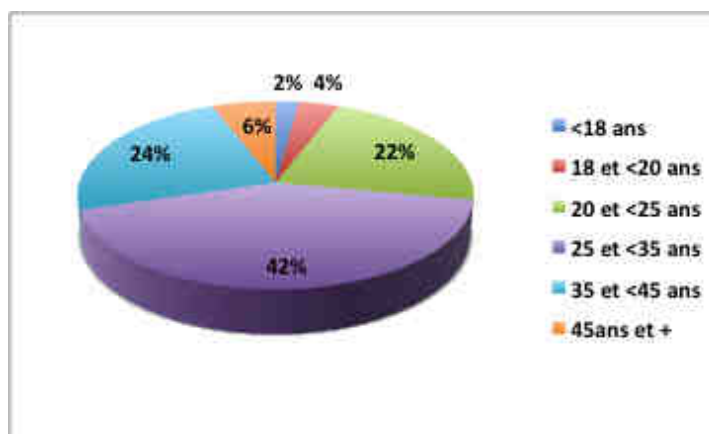


Figure 3 : répartition des catégories d'âges parmi les 186 UDIV.

Les tableaux 4 et 5 et les figures 4 et 5 présentent la répartition par âge et par sexe des « UDIV »

<18 ans	18 et <20 ans	20 et <25 ans	25 et <35 ans	35 et <45 ans	45 ans et +
2	4	23	67	37	10

Tableau 4: effectifs des catégories d'âges chez les 139 hommes UDIV.

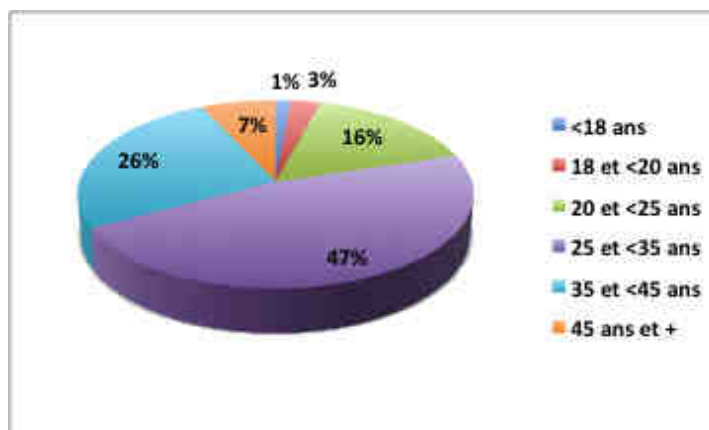


Figure 4 : répartition des catégories d'âges parmi les 139 UDIV masculins.

Parmi les hommes, 110 (79,1%) ont 25 ans ou plus. Les plus de 25 ans sont donc très largement majoritaires.

<18 ans	18 et <20 ans	20 et <25 ans	25 et <35 ans	35 et <45 ans	45 ans et +
2	3	18	16	7	1

Tableau 5 : effectifs des catégories d'âges chez les 47 femmes UDIV.

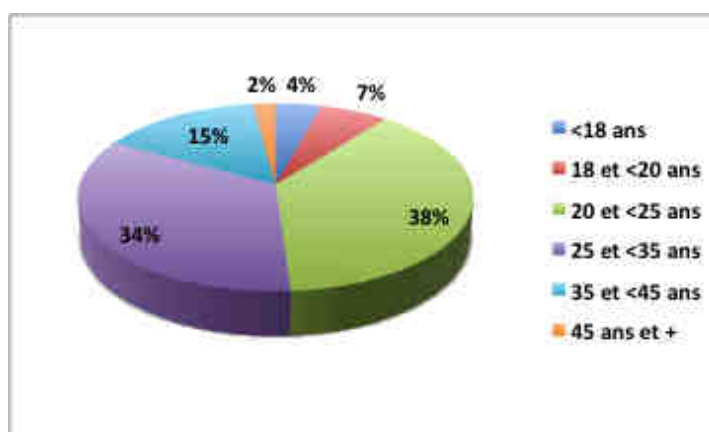


Figure 5 : répartition des catégories d'âges parmi les 47 femmes UDIV.

Parmi les femmes, 24 (51%) ont 25 ans ou plus.

Au total 123 usagers sur 186 (66%) ont entre 25 et 45 ans mais parmi eux on retrouve 100 hommes (81,3%) et seulement 23 femmes (18,7%). D'autre part 23 femmes ont moins de 25 ans, (44,7%) alors que 29 hommes ont moins de 25 ans, (19,4%). Aussi, au delà de 45 ans on retrouve 1 seule femme et 10 hommes. **Les femmes semblent donc proportionnellement plus nombreuses parmi les usagers les plus jeunes.**

Contact et connaissance du CAARUD :

* Sur 183 fiches renseignées concernant le 1^{er} contact on dénombre :

- 60 premiers contacts en 2009,
- 27 premiers contacts en 2008,
- 26 premiers contacts en 2007,
- 17 premiers contacts en 2006,
- 14 premiers contacts en 2005,
- 39 premiers contacts avant 2005 (avant l'époque des CAARUD proprement dite).

* 169 fiches étaient renseignées sur le moyen dont les usagers ont été informés de l'existence du CAARUD : 151 (89,3%) ont connu le CAARUD par l'intermédiaire d'un ami, 10 (5,9%) par leur partenaire, 6 (3,5%) par le CSST, 2 (1,2%) par l'intermédiaire d'un pharmacien et aucun par les médecins. (Figure 6)

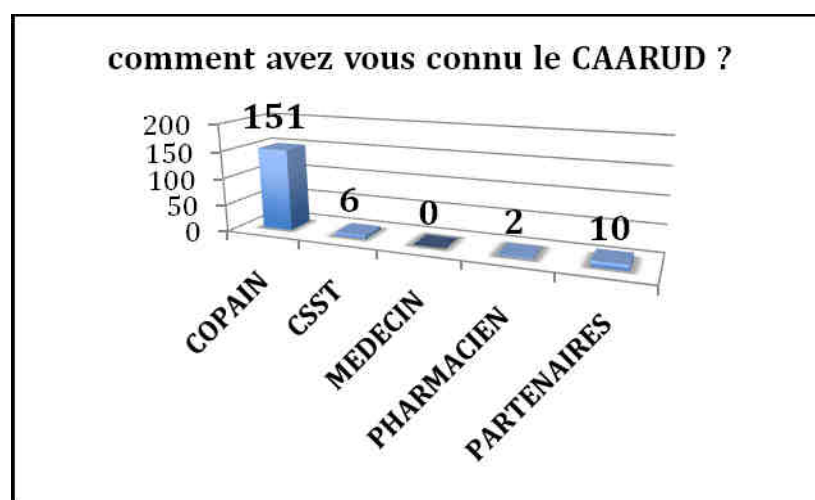


Figure 6 : moyens de connaissance du CAARUD (N=169)

Les usagers ont très majoritairement appris l'existence du centre CAARUD par l'intermédiaire d'un ami et un peu via leur partenaire.

Entourage :

185 dossiers étaient renseignés.

104/185 (56.2%) sont seuls (53.2% des femmes et 57.2% des hommes). 45/185 (24,3%) ont un conjoint, 7/185 (3,78%) vivent avec leurs parents et 40/185 (21,6%) ont un ou des enfants, dont 32 n'en n'ont pas la charge.

Niveau d'étude :

Cet item est peu fiable, les éducateurs du CAARUD n'ont pas toujours l'impression d'une exacte déclaration, notamment en ce qui concerne les niveaux BAC+2 et plus. En ce qui concerne le BAC il a été répertorié des usagers ayant atteint la fin du lycée avec présentation au BAC sans pour autant réussite à l'examen.

Parmi les 186 usagers la répartition des niveaux d'études est la suivante : (Figure 7)

- 5 niveaux primaire,
- 35 niveaux brevet des collèges,
- 91 niveaux BEP/CAP,
- 39 niveaux BAC,
- 14 niveaux BAC+2,
- 2 niveaux supérieurs à BAC+2.

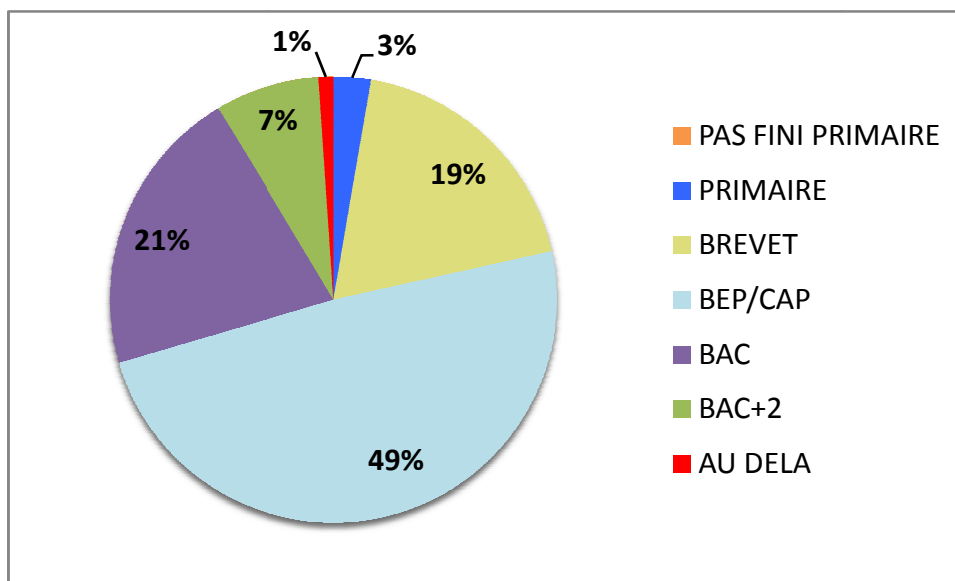


Figure 7 : niveau d'étude en pourcentage (N=186).

La moitié des 186 UDIV ont un niveau BEP/CAP. Les études supérieures sont très peu retrouvées (8%) et 70% n'auraient pas atteint le niveau du baccalauréat.

Synthèse :

La population des injecteurs est majoritairement masculine (75% d'hommes) et relativement jeune (28% ont moins de 25 ans), vit seule (plus de la moitié). 70% n'a pas atteint le niveau du baccalauréat. Ils viennent au CAARUD par l'intermédiaire d'un ami.

1.2: Données socio-économiques

Couverture sociale :

La couverture sociale est un indicateur important de la précarité des usagers. Les différentes couvertures dont peuvent bénéficier les UDIV, hommes et femmes, sont représentées sur les figures 8 et 9.

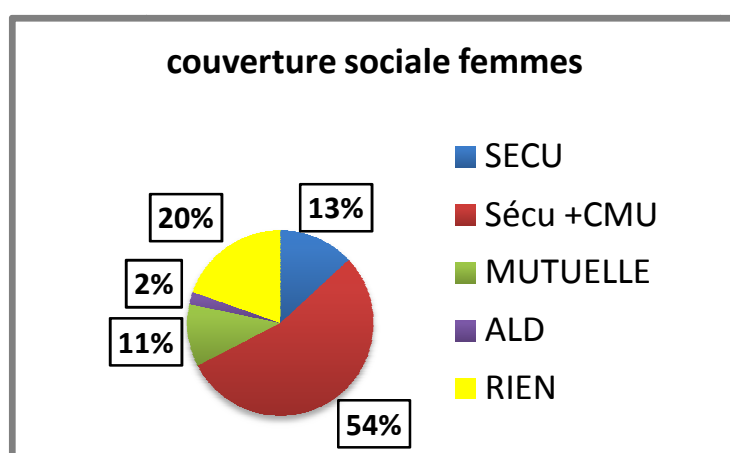


Figure 8 : différents modes de couvertures sociales chez les femmes. (N=46)

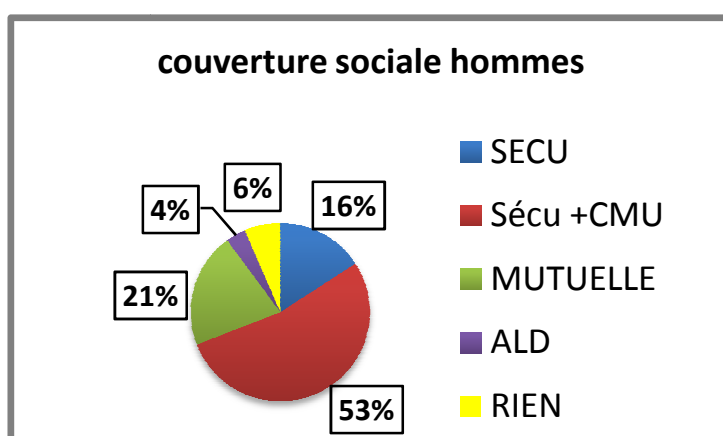


Figure 9 : différents modes de couvertures sociales chez les hommes. (N=139)

Les femmes semblent bénéficier de moins de couverture sociale que les hommes, 20% d'entre elles ne bénéficient d'aucune couverture sociale. Elles semblent également être moins bénéficiaires de mutuelles. Les hommes sembleraient un peu mieux couverts, avec notamment la Sécurité Sociale et des mutuelles complémentaires.

Dans l'ensemble plus de la moitié des usagers « injecteurs » bénéficie de la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui complète la Sécurité Sociale et est un marqueur de **situation financière précaire des usagers.**

Logements :

Parmi les 186 usagers 104 (56%) vivent dans un logement provisoire et 82 (44%) dans un logement durable.

La figure 10 représente la répartition des différents logements provisoires des 104 personnes concernées :

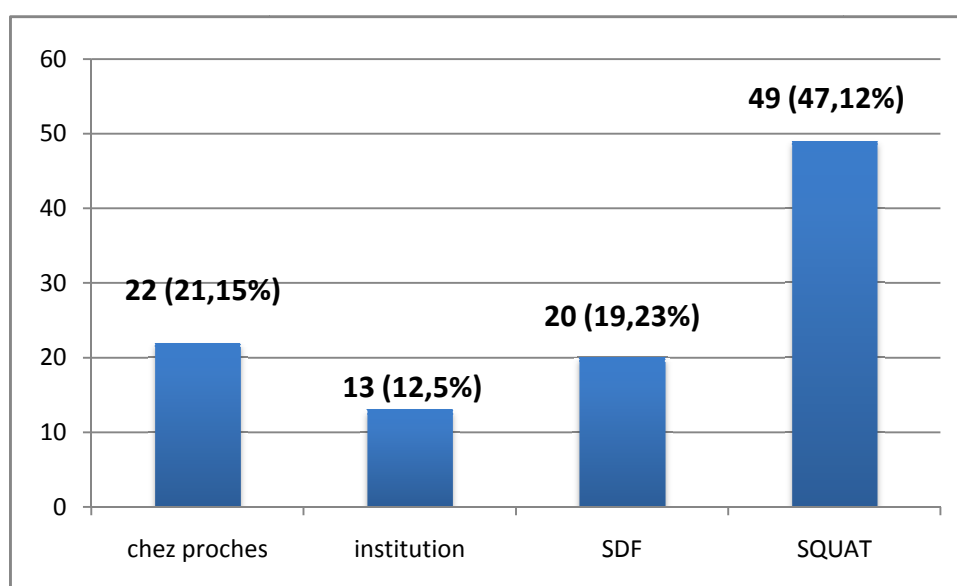


Figure 10 : histogrammes représentant les effectifs et % des usagers UDIV par type de logement provisoire. (N=104)

Plus de la moitié vivent dans des logements provisoires et parmi ceux-ci **deux tiers sont dans la rue** : 47 % sont regroupés en SQUAT et quasiment 20 % sont des SDF isolés. Le reste de la population vit chez des proches ou en institutions.

82 (44%) ont un logement durable.

La figure 10 représente la répartition des différents types de logements durables parmi ces 82 usagers :

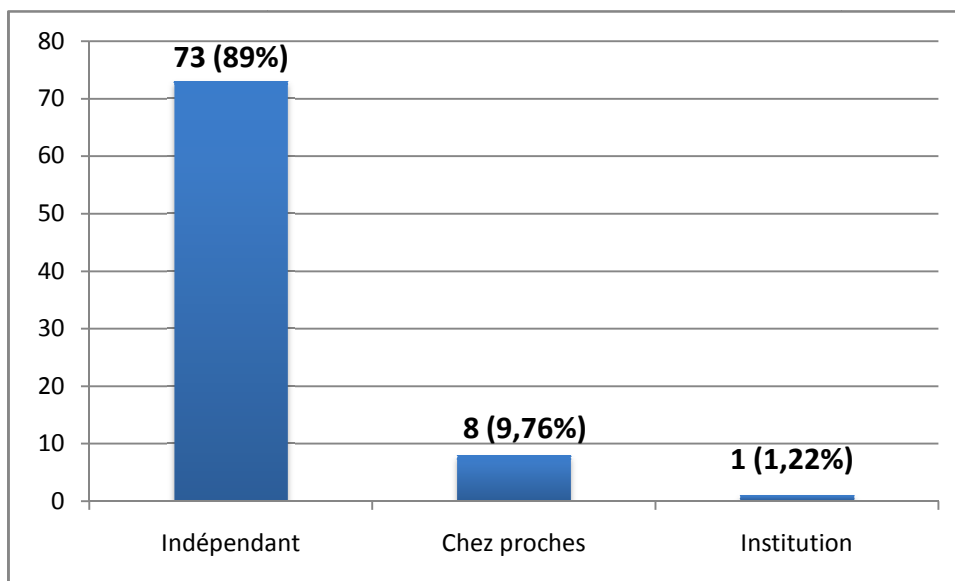


Figure 11 : histogrammes représentant les effectifs et % des usagers en fonction de leur logement durable. (N=82)

Moins de la moitié habitent dans un logement durable, mais parmi eux beaucoup sont indépendants (près de 90%).

On remarque que certains vivent chez des proches (près de 10%), ce qui reflète aussi une difficulté financière certaine.

Ressources :

Le tableau 6 et la figure 12 représentent la répartition des ressources chez les 186 UDIV.

EMPLOIS	ASSEDIC	AAH	API	TIERS	RSA	RIEN
31	20	12	1	2	72	48
16,66%	10,75%	6,45%	0,54%	1,07%	38,71%	25,81%

Tableau 6 : parts en effectifs et % des ressources pour N=186 usagers

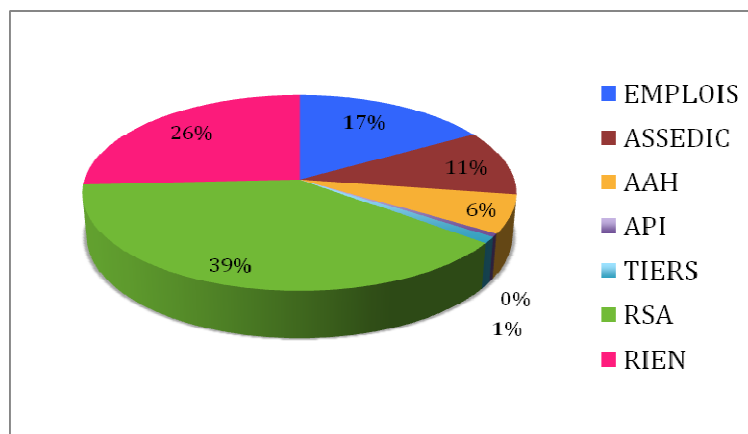


Figure 12: modes de ressources des 186 usagers, en pourcentage.

Près de 26% des usagers n'ont aucune ressource (48/186), 36,2% des femmes et 21,3% des hommes.

Les tableaux 7 et 8 précisent cette répartition par sexe.

EMPLOIS	ASSEDIC	AAH	API	TIERS	RSA	RIEN
23	14	11	0	0	60	31
16,50%	10,10%	7,90%	0%	0%	43,20%	22,30%

Tableau 7 : parts en effectifs et % des ressources pour N=139 hommes.

EMPLOIS	ASSEDIC	AAH	API	TIERS	RSA	RIEN
8	6	1	1	2	12	17
17%	12,80%	2,10%	2,10%	4,20%	25,5%	36,20%

Tableau 8 : parts en effectifs et %des ressources pour N=47 femmes.

On peut noter la **tendance féminine de la précarisation** puisque les femmes sembleraient davantage sans aucune ressource, certaines font même appel à des tiers et elles seraient en outre moins nombreuses à bénéficier du RSA.

Situations professionnelles :

La répartition des situations professionnelles des UDIV est présentée sur la figure 13 et le tableau 9.

CDI	CDD	ETUDIANT	CHOMAGE	RIEN
9	21	4	19	133
4,84%	11,30%	2,15%	10,21%	71,50%

Tableau 9 : situations professionnelles en effectifs et % (N=186)

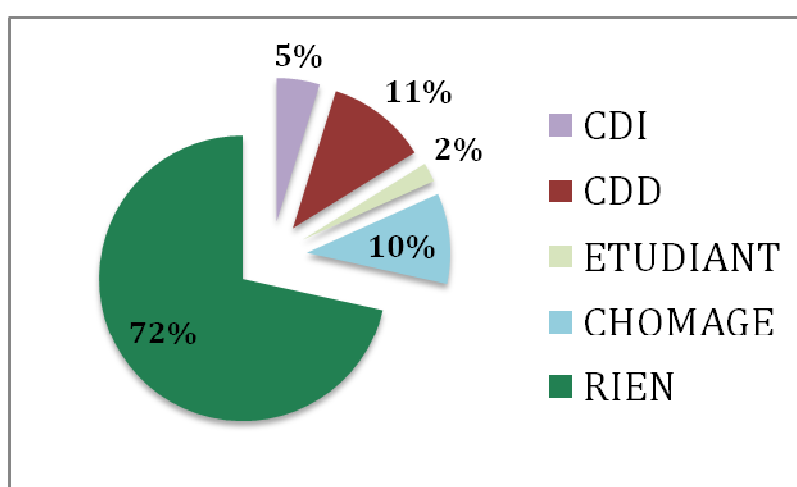


Figure 13: situations professionnelles des 186 usagers, en pourcentage.

Environ 10% des usagers sont au chômage, 16% ont un contrat de travail et **71.5% n'ont aucune situation professionnelle**. (75% des hommes et 60% des femmes).

Les tableaux 10 et 11 détaillent la répartition des situations professionnelles en fonction du sexe.

CDI	CDD	ETUDIANT	CHOMAGE	RIEN
6	15	2	13	107
4,20%	10,49%	1,40%	9,10%	74,80%

Tableau 10: situations professionnelles chez les hommes, en effectifs et % (N=143 hommes)

CDI	CDD	ETUDIANT	CHOMAGE	RIEN
3	6	2	6	26
7%	14%	4,65%	14%	60,40%

Tableau 11 : situations professionnelles chez les femmes, en effectifs et % (N=43 femmes)

Au total près de 20% des femmes ont un contrat de travail (CDD ou CDI) *versus* 15% des hommes. Dans l'ensemble 11.3% ont un CDD et 4.8% ont un CDI donc **on compte plus de 2 fois plus de CDD que de CDI**. Les femmes ont proportionnellement plus de contrats de travail avec une majorité de CDD et elles semblent plus nombreuses à bénéficier du chômage.

On retrouve très peu d'étudiants (4/186).

Synthèse :

La population des UDIV est en général dans une situation précaire : 50% bénéficient de la CMU, 56% vivent dans un logement provisoire, 26% n'ont aucune ressource et 71,5% n'ont aucune situation professionnelle.

1.3 Consommations

Age de la première injection :

La majorité (113/182 soit 62,2%) des injecteurs a commencé une pratique d'injection avant 20 ans. Parmi les injecteurs 79 (43,4%) ont débuté l'injection alors qu'ils n'étaient pas majeurs. Près de 97% se sont injecté une substance pour la première fois avant l'âge de 30 ans. Les adultes au delà de 30 ans ne sont donc quasiment pas concernés par l'initiation à ce mode d'administration. **L'initiation de la pratique d'injection concerne, comme présentée sur le tableau 12, une population de jeunes adultes voire de mineurs.**

Age	-15	15/<18	18/<20	20/<25	25/<30	30/<35	35/40
FEMMES -25	2	10	8	3			
FEMMES ≥ 25	3	4	3	7	6		
TOTAL	5	14	11	10	6	0	0
HOMMES -25	7	12	6	4			
HOMMES ≥ 25	11	30	17	27	20	2	
TOTAL	18	42	23	31	20	2	0

TOTAL	23	56	34	41	26	2	0
% Cumulés	12,60%	43,40%	62,10%	82,80%	96,80%	100%	100%

Tableau 12 : tableau récapitulatif des effectifs de la première injection par tranche d'âge et par sexe. (N=182)

Nombre d'injections par jour :

L'étude du nombre d'injections quotidiennes (présentée dans le tableau 13) montre qu'une **minorité, 56/154 (36,36%), pratique l'injection au maximum deux fois par jour. Près de 17% pratiquent l'injection trois fois par jour et environ 64% s'injectent des drogues et/ou médicaments au moins trois fois par jour.** Environ 46,8% s'injectent plus de 3 fois par jour.

Douze des usagers (soit 7,8%) pratiquent l'injection au quotidien dix fois voire plus.

nombre d'injections /jour	< 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 et+
FEMMES -25		3	2	6	1	1	2	1	1		
FEMMES ≥25	1	4	2	2	3	4		4			1
TOTAL	1	7	4	8	4	5	2	5	1	0	1
HOMMES -25	2	2	2	4	5	3	1			1	1
HOMMES ≥25	8	17	13	14	12	8	7	3	1	2	10
TOTAL	10	19	15	18	17	11	8	3	1	3	11
TOTAL	11	26	19	26	21	16	10	8	2	3	12
%	7,14%	16,88%	12,34%	16,88%	13,64%	10,40%	6,49%	5,19%	1,30%	1,95%	7,79%
%Cumulés	7,14%	24,02%	36,36%	53,24%	66,88%	77,28%	83,77%	88,96%	90,26%	92,21%	100%

Tableau 13: nombre de « shoot » par jour chez les hommes et femmes, de moins et de plus de 25 ans. (N=154)

Problèmes liés aux injections :

305 problèmes sanitaires ont été évoqués par 181 usagers (Tableau 14). Les plus fréquents sont les hématomes, les difficultés à s'injecter dues au fait que les veines sont trop fines et non repérables, les abcès et les veines bouchées. 39 personnes évoquent des tableaux cliniques associant fièvre et infections qu'ils appellent « poussières ».

	ABCES	POUSSIÈRE	DIFFICULT /INJECTION	BLEUS	VEINES BOUCHEES	GONFLEMENT /MAINS	GONFLEMENT /PIEDS	AUTRE
FEMMES -25	6	3	6	8	5	3	1	
FEMMES +25	11	6	8	6	8	6	1	1
TOTAL	17	9	14	14	13	9	2	1
HOMMES -25	10	7	10	10	7	4	1	1
HOMMES +25	27	23	32	32	26	28	8	
TOTAL	37	30	42	42	33	32	9	1
TOTAL	54	39	56	56	46	41	11	2

Tableau 14 : nombre de problèmes sanitaires liés aux injections pour 181 usagers.

Les injections intraveineuses entraînent de nombreux problèmes qualitativement et quantitativement pour les usagers. Le nombre moyen est de 1,68 problème par usager.

Partage du matériel d'injection :

11/173 (6,36%) usagers évoquent un partage de la seringue.

15/82 (18,3%) évoquent un partage de l'eau de préparation et 10/82 (12,2 %) un partage de l'eau de rinçage. 16/82 (19,5%) partagent leur récipient ou cuillère. Enfin 23/82 soit 28% partagent le coton ou le filtre.

Il semble que le partage de seringue ne soit pas aussi important en nombre que le partage du petit matériel qui lui est manifestement très pratiqué.

Consommations quotidiennes :

ALCOOL

Le tableau 15 représente les consommations quotidiennes d'alcool des 186 usagers en fonction de l'âge et du sexe.

N=186	VERRES	1 à 3	3 à 6	6 à 9	10+
N=23	FEMMES -25 ans		3		5
N=24	FEMMES 25 ans et +	2	2	1	3
	TOTAL	2	5	1	8
N=29	HOMMES -25 ans	2	3	2	6
N=110	HOMMES 25 ans et +	5	12	4	40
	TOTAL	7	15	6	46

Tableau 15 : consommations quotidiennes d'alcool en nombre de verres (N=186).

Au total 90/186 soit **48,4% des UDIV consomment de l'alcool**. 53,2% (74/139) des hommes consomment de l'alcool quotidiennement vs 34% (16/47) des femmes.

Il semble que les hommes consomment davantage d'alcool que les femmes.

29% (54/186) consomment plus de dix verres /jour. Cette forte consommation (plus de dix verres/jour) est retrouvée chez 46/139 soit 33.1% des hommes et chez 8/47 soit 17% des femmes. **Les hommes de plus de 25 ans semblent les plus nombreux à consommer de grosses quantités d'alcool** : ils sont 40/110 soit 36.4%.

TABAC

Le tableau 16 représente la consommation quotidienne de tabac des 186 usagers en fonction de l'âge et du sexe.

N=186	CIGARETTES	1 à 3	3 à 6	6 à 9	10+
N=23	FEMMES -25 ans		1		18
N=24	FEMMES 25 ans et +			1	21
	TOTAL	0	1	1	39
N=29	HOMMES -25 ans	1		2	26
N=110	HOMMES 25 ans et +	1	4	4	101
	TOTAL	2	4	6	127

Tableau 16 : consommations quotidiennes de tabac en nombre de cigarettes. (N=186)

100% des hommes (n=139) fument du tabac, quelle que soit la tranche d'âge.
Près de **90% fument l'équivalent de plus de dix cigarettes par jour**.

Les femmes semblent un peu moins nombreuses à fumer (87,2%). Les grosses consommations concernent par contre près de 83 % des femmes, presque autant que les hommes (90%). Au total 166/186 usagers (89,25%) fument dix cigarettes ou plus par jour.

CANNABIS

Parmi les consommations de cannabis, on distingue les consommations de « joints » et celles de « douilles ».

Un joint de cannabis est une cigarette roulée à la main avec du papier à cigarette et un bout de carton en guise de filtre. Cette cigarette roulée contient le cannabis sous forme d'herbe ou de résine mélangée à du tabac. (www.wikipedia.fr)

Une douille (ou pipe à eau) est un objet utilisé pour fumer le cannabis permettant de refroidir la fumée avant de l'inhaler et de créer une grande quantité de fumée qui sera inhalée d'un coup sec par l'utilisateur. La douille permet de perdre moins de cannabis qu'en roulant un « joint » et fait ingérer beaucoup plus de cannabis. (www.wikipedia.fr)

Le tableau 17 représente la consommation quotidienne de cannabis sous forme de joints chez les 186 usagers en fonction de l'âge et du sexe.

N=186	“JOINTS”	1 à 3	3 à 6	6 à 9	10+
23	FEMMES -25 ans	4	4		4
24	FEMMES 25 ans et +	2	7		9
	TOTAL	6	11	0	13
29	HOMMES -25 ans	5	4		4
110	HOMMES 25 ans et +	11	16	2	20
	TOTAL	16	20	2	24

Tableau 17 : consommations quotidiennes de joints de cannabis en effectifs. (N=186)

Près de la moitié (92/186) des usagers consomment du cannabis sous forme de joints. 62/139 (44.6%) des hommes fument des joints alors que les femmes sont 30/47 (63.83%). La consommation de cannabis sous forme de joint semble plus féminine et 27.6% d'entre elles fument plus de dix joints par jour *versus* 14,38% chez les hommes. Les femmes de plus de 25 ans (18/24 soit 75%) semblent consommer davantage de joints que les plus jeunes (12/23 soit 52%). Près de 20% (37/186) fument au moins dix joints par jour.

Le tableau 18 représente la consommation quotidienne de cannabis sous forme de douilles chez les 186 usagers en fonction de l'âge et du sexe.

N=186	« DOUILLES »	1 à 3	3 à 6	6 à 9	10+
N=23	FEMMES -25 ans	1	3		1
N=24	FEMMES 25 ans et +	1	2		1
	TOTAL	2	5	0	2
N=29	HOMMES -25 ans	4			7
N=110	HOMMES 25 ans et +	3	6	1	10
	TOTAL	7	6	1	17

Tableau 18 : consommations quotidiennes de cannabis en nombre de douilles. (N=186)

40/186 usagers soit **21,5% fument des douilles**, 22,3% des hommes et 19,1% des femmes. **Plus de 10% (19/186) fument au moins 10 douilles par jour**. 17 hommes/139 soit 12.23% fument plus de 10 douilles/jour. Chez les femmes 2/47 (4.25%) fument plus de 10 douilles/jour.

21.74% des jeunes femmes de moins de 25 ans consomment des douilles de cannabis et 16.66% pour les plus de 25 ans. Chez les hommes, presque 38% des jeunes en consomment alors que les plus de 25 ans sont 18.2%.

La population jeune est celle qui consomme le plus de douilles. Les grosses consommations de 10 douilles et plus semblent concerner plus les hommes.

Consommations des trois derniers mois :

La base de données fournit des informations sur les consommations des usagers injecteurs depuis les 3 mois précédents la passation du questionnaire. Les usagers consomment des drogues illicites et des médicaments, notamment des MSO et leurs consommations sont classées par substance et par mode de consommation. Nous allons étudier les consommations par sexe et par âge.

➤ Femmes :

Les tableaux 19 et 20 présentent les consommations des femmes de respectivement moins de 25 ans et 25 ans et plus.

n=23

FEMMES <25 ans				
<i>mode</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
HEROINE	7			2
SUBUTEX®	9		1	1
METHADONE			5	
METHA GELULE				
SKENAN®	9			
OPIUM		1		
CODEINE				
LSD			6	
CHAMPI			5	
KETAMINE	2		1	
GHB				
DATURA				
SALVIA				
DMT				
COCAINE	10			1
CRACK		1		
AMPHETAMINE			2	
MDMA/ECSTAS Y				
ICE				
POPPERS				
COLLE				
ALCOOL			8	
RIVOTRIL				
ROHYPNOL			1	
VALIUM				1
XANAX				2
ARTANE				
CANNABIS		13		

Tableau 19

n=24

FEMMES 25 ans et +				
<i>mode</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
HEROINE	9			4
SUBUTEX®	11		3	
METHADONE			7	1
METHA GELULE			1	
SKENAN®	9			
OPIUM				
CODEINE				
LSD			2	
CHAMPI			3	
KETAMINE	1			
GHB				1
DATURA				
SALVIA			1	
DMT				
COCAINE	13			
CRACK				
AMPHETAMINE			1	
MDMA/ECSTAS Y			1	
ICE				
POPPERS				1
COLLE				
ALCOOL			8	
RIVOTRIL			2	
ROHYPNOL			1	
VALIUM				
XANAX			2	
ARTANE				
CANNABIS		19		

Tableau 20

Tableau 19 : consommations des 3 derniers mois chez les femmes de moins de 25 ans.(N=23)

Tableau 20 : consommations des 3 derniers mois chez les femmes de 25 ans et plus.(N=24)

Rappel : mode 1 pour « injecté », mode 2 pour « fumé/inhalé », mode 3 pour « mangé/bu », mode 4 pour « sniffé ».

D'une façon générale on retrouve essentiellement des consommations par voie intraveineuse de **cocaïne, héroïne, SUBUTEX®, SKENAN®**, ainsi que de la **méthadone** par voie orale quelle que soit la tranche d'âge. On note également une consommation **d'excitants et hallucinogènes** (LSD, Champi, kétamine), pris la plupart du temps par voie orale.

On peut observer une tendance chez **les femmes de 25 ans et plus à consommer d'avantage d'héroïne** à la fois par injection et par sniff que chez les moins de 25 ans (respectivement 13/24 soit 54% et 9/23 soit 39%). Pour les autres consommations, le faible effectif ne nous permet pas de dégager de tendances particulières.

➤ Hommes :

Les tableaux 21 et 22 présentent les consommations des hommes de respectivement moins de 25 ans et 25 ans et plus.

n=29

HOMMES-25 ans				
<i>mode</i>	1	2	3	4
HEROINE	26			
SUBUTEX	17		1	2
METHADONE			7	
METHA GELULE				
SKENAN	14			
OPIUM				
CODEINE				
LSD			5	
CHAMPI			1	
KETAMINE	7			2
GHB				
DATURA				
SALVIA		1		
DMT				
COCAINE	17	2		2
CRACK	1			
AMPHETAMINE	1	1	1	
MDMA/ECSTASY			1	
ICE				
POPPERS				
COLLE		1		
ALCOOL			14	
RIVOTRIL	1			
ROHYPNOL	1			
VALIUM				
XANAX	1			
ARTANE				
CANNABIS		17		

Tableau 21

n=110

HOMME 25 ans et +					
<i>mode</i>	1	2	3	4	5
HEROINE	54			4	
SUBUTEX	55		4	2	
METHADONE			18		
METHA GELULE					
SKENAN	42				
OPIUM	1		2		
CODEINE			3		
LSD	1		11		1
CHAMPI			4		
KETAMINE	5		1	1	
GHB					
DATURA					
SALVIA					
DMT					
COCAINE	48	2		6	
CRACK		3			
AMPHETAMINE	1		1		
MDMA/ECSTASY			3		
ICE					
POPPERS	2				
COLLE		1	1		
ALCOOL			57		
RIVOTRIL	1		1		
ROHYPNOL					
VALIUM	2		2		
XANAX	1		2		
ARTANE					
CANNABIS		50			

Tableau 22

Tableau 21 : consommations des 3 derniers mois chez les hommes de moins de 25 ans. (N=29)

Tableau 22 : consommations des 3 derniers mois chez les hommes de 25 ans et plus. (N=110)

Rappel : mode 1 pour « injecté », mode 2 pour « fumé/inhalé », mode 3 pour « mangé/bu », mode 4 pour « sniffé » et mode 5 pour « autre ».

On note une **tendance à consommer davantage d'héroïne dans la population jeune de moins de 25 ans (26/29, 89.6%) versus 58/110, 52.7% chez les plus de 25 ans**. L'héroïne est essentiellement consommée par voie intraveineuse chez les hommes. La moitié des hommes consomment du SUBUTEX®, essentiellement par injection. **Le SKENAN® est consommé par voie intraveineuse uniquement** dans cette population (48% des jeunes de moins de 25 ans et 38% des plus de 25 ans). Nous retrouvons **beaucoup de consommations de cocaïne** (plus de la moitié des hommes), majoritairement injectée, marginalement fumée ou « sniffée ». Sans différence significative en fonction des tranches d'âges nous pouvons voir une consommation de **méthadone nettement plus faible que celle des autres opiacés et constater qu'elle est toujours consommée par voie orale**.

Cette consommation des hommes de moins de 25 ans semble proportionnellement plus importante que celle des femmes quelle que soit la tranche d'âge.

Les médicaments de substitution aux opiacés et le SKENAN® : consommations et prescriptions.

Le SKENAN®

Le tableau 23 représente les moyens d'obtention et le détail sur les prescriptions des 72 usagers.

Population des injecteurs (n=183)	
Utilisateurs de SKENAN® : 72/183	
Prescriptions :	32/72 soit 44,4%
Rue uniquement :	40/72 soit 55,6%
les prescriptions : 32	
Non remboursées :	11 soit 34,4%
Complétées par du SKENAN® de rue:	13 soit 40,6%
Prescriptions seules pour :	19 soit 59,4%
- prescription par CSAPA	0%
- prescription par CHU	0%
- prescription par médecin de ville	100 %

Tableau 23 : les prescriptions de SKENAN®

On peut ainsi synthétiser les différents modes d'obtention du SKENAN® présentés dans le tableau 24 et la figure 14 à partir des 72 dossiers renseignés.

prescriptions seules	prescriptions + compléments	rue uniquement
19	13	40

Tableau 24 : modes d'obtention du SKENAN®. (N=72)

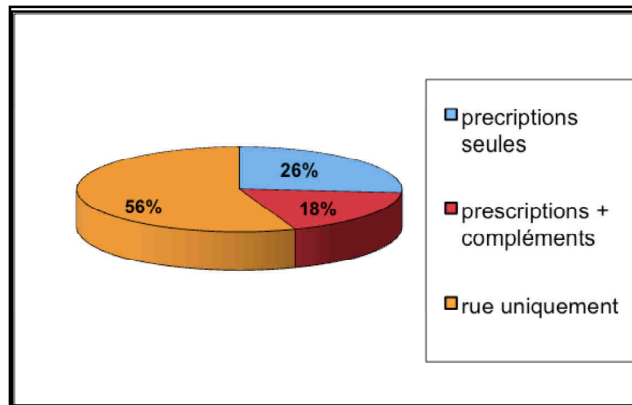


Figure 14 : pourcentage des différents modes d'obtention du SKENAN®. (N=72)

Le SKENAN® est très souvent obtenu dans la rue, donc dans le cadre d'une utilisation « sauvage » de la part des usagers et non de suivi de substitution protocolaire. On compte également une part non négligeable de compléments de prescriptions achetés dans la rue. Les prescriptions seules sont très minoritaires. Le SKENAN® n'est pas réglementairement un traitement de substitution aux opiacés ce qui peut expliquer le faible nombre de prescriptions et donc un marché noir important.

On remarque qu'un tiers des prescriptions de SKENAN® ne sont pas remboursées, ce qui est conforme aux règles de prescriptions hors AMM des médicaments. Les deux autres tiers des usagers ayant une ordonnance sont remboursés par la sécurité sociale. D'autre part **les médecins généralistes de ville apparaissent comme les uniques prescripteurs de SKENAN®** pour ces usagers dépendants aux opiacés.

Modes de consommations :

Le tableau 25 présente les modes de consommation du SKENAN® selon l'âge et le sexe.

	F<25	F≥25	H<25	H≥25	Total
mode mangé/bu	0	0	0	0	0
mode « sniff »	0	0	0	0	0
mode injection	9/23=39,13%	9/24=37,5%	14/29=48,27%	42/110=38,18%	74/186 = 39,78%

Tableau 25 : Consommations du SKENAN® par modes d'administration et par tranches d'âges.

Le mode de consommation est à 100% par voie intraveineuse.

Prix du produit dans la rue :

D'après les renseignements de 25 usagers, on retrouve 1 fois le SKENAN®100 mg à 2 euros, 18 fois à 5 euros et 6 fois à 10 euros.

On peut calculer une moyenne à 6,08 euros. Le minimum est 2 euros et le maximum est 10 euros.

Le prix du SKENAN® dans le Vidal 2011 pour une boîte de 14 gélules LP 100 est de 27,24 euros. Le prix officiel d'une gélule LP 100mg est donc de 1,95 euros. On la retrouve donc sur le **marché de rue à un prix en moyenne 3 fois supérieur** et au maximum 5 fois supérieur à sa valeur « officielle ».

La Méthadone :

Le tableau 26 présente les moyens d'obtention de la méthadone et le détail des prescriptions chez les 183 usagers UDIV.

Population d'injecteurs (183) utilisateurs de méthadone : 33/183	
Prescriptions :	23/33 soit 69,7%
Rue uniquement :	10/33 soit 30,3%
Les prescriptions : 23	
Non remboursées :	0
Complétées pour :	2 soit 8,7%
Prescriptions seules :	21 soit 91,3%
- prescription par CSAPA	14 soit 60,9%
- prescription par CHU	1 soit 4,3%
- prescription par médecin de ville	8 soit 24,8%

Tableau 26 : les utilisateurs de méthadone.

On peut synthétiser les différents modes d'obtention de la méthadone à partir de 33 dossiers renseignés. Cette répartition est présentée dans le tableau 27 et la figure 15.

prescriptions seules	prescriptions + compléments	rue uniquement
21	2	10

Tableau 27 : modes d'obtention de la méthadone. (N=33)

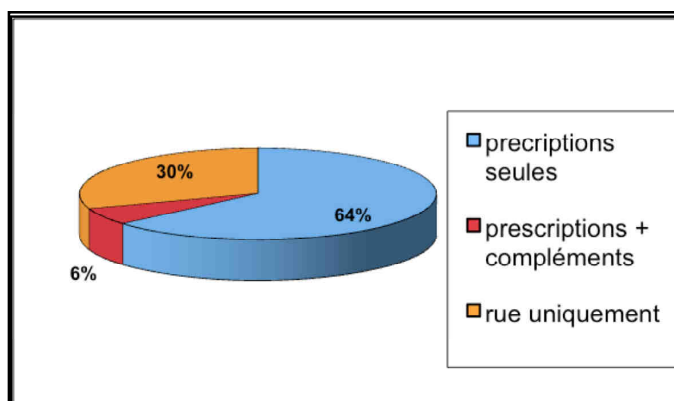


Figure 15 : pourcentage des différents modes d'obtention de la méthadone. (N=33)

La méthadone est majoritairement obtenue sur ordonnance. 30% se la procurent uniquement dans la rue et seuls deux usagers complètent leurs ordonnances.

Presque deux tiers des prescriptions proviennent de CSAPA et un quart des ordonnances sont effectuées par les médecins généralistes.

Modes de consommations :

Le tableau 28 présente la répartition des modes de consommations de la méthadone selon l'âge et le sexe.

	F<25 n=23	F≥25 n=24	H<25 n=29	H≥25 n=110	Total n=186
mode mangé/bu	5 soit 21,74%	7 soit 29,16%	7 soit 24,14%	18 soit 16,36%	37 soit 19,89%
mode « sniff »	0	1 soit 4,16%	0	0	1 soit 0,54%
mode injection	0	0	0	0	0

Tableau 28 : consommations de la méthadone par modes d'administration et par tranches d'âges.

Parmi les 38 usagers injecteurs, nous constatons des modes de consommations de la méthadone confirmant un **faible mésusage de la voie d'administration** puisque 37 d'entre eux soit **plus de 97 % consomment la méthadone par voie orale**, 3 % (1/38) la « sniffe ». La méthadone n'est pas injectée.

Le SUBUTEX® (buprénorphine)

Le tableau 29 présente les moyens d'obtention du SUBUTEX® et le détail des prescriptions chez les 183 usagers UDIV.

Population « injecteur » (183)	
Utilisateurs de SUBUTEX® :	
108/183	
Prescriptions :	75/108 soit 69,5%
Rue uniquement pour	33/108 soit 30,5%
Les prescriptions : 75	
Non remboursées :	0
Complétées :	28/75 soit 37,3%
Prescriptions seules :	47/75 soit 62,7%
- prescription par CSST	5 /75 soit 6,7%
- prescription par CHU	0
- prescription par médecin de ville	70/75 soit 93,3%

Tableau 29 : utilisateurs de SUBUTEX®

Le tableau 30 et la figure 16 synthétisent les différents modes d'obtention du SUBUTEX® à partir des 108 dossiers renseignés.

prescriptions seules	prescriptions + compléments	rue uniquement
47	28	33

Tableau 30 : modes d'obtention de la méthadone (N=108)

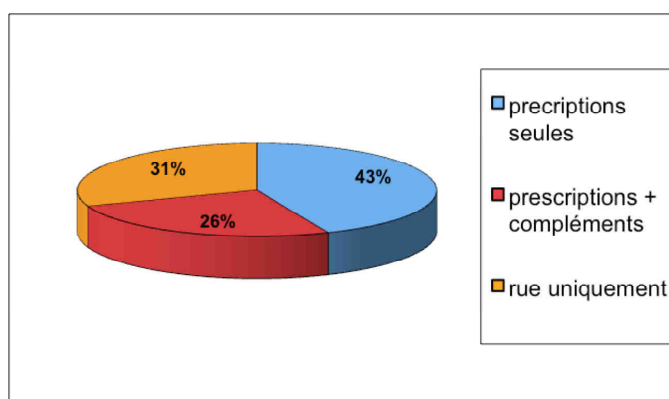


Figure 16 : différents modes d'obtention de SUBUTEX® (N=108).

Le SUBUTEX® est prescrit dans la majorité des cas (environ 70 %). 37% (28/75) des prescriptions sont complétées par le marché parallèle de la rue. Ce médicament est aussi pour certains usagers **pris uniquement dans la rue (environ 30%)**. Enfin on note que **93% des prescriptions de SUBUTEX® émanent des médecins généralistes**.

Modes de consommations :

Le tableau 31 présente les modes de consommations du SUBUTEX® chez les 186 usagers.

	F<25 n= 23	F≥25 n= 24	H<25 n= 29	H≥25 n=110	Total n=186
mode mangé/bu	1	3	1	4	9 soit 4,84%
mode sniff	1	0	2	2	5 soit 2,7%
mode injection	9 soit 39,13%	11 soit 45,83%	17 soit 58,62%	55 soit 50%	92 soit 49,5%

Tableau 31: consommations du SUBUTEX® par modes d'administration et par tranches d'âges.

La figure 17 présente les modes de consommations du SUBUTEX® parmi les 106 consommations répertoriées.

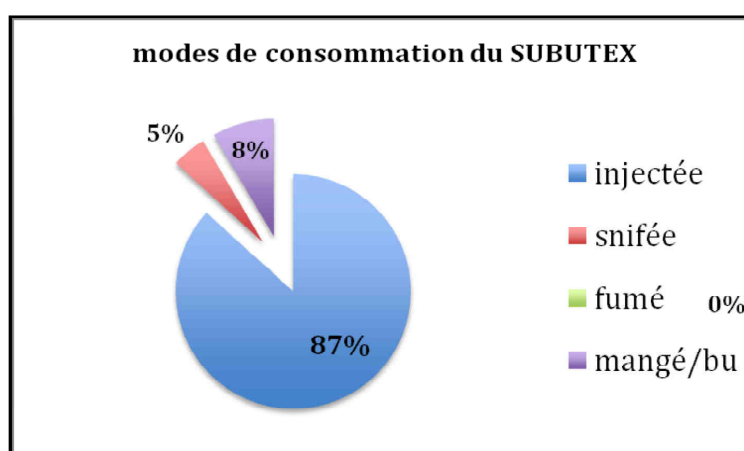


Figure 17 : modes de consommations du SUBUTEX® à partir de N=106 dossiers renseignés.

Le SUBUTEX® est majoritairement (87%) utilisé par voie intraveineuse. Il est très marginalement sniffé et 8% l'utilisent par voie orale.

Prix du produit dans la rue :

Le prix dans la rue d'un comprimé de SUBUTEX® 8mg était renseigné dans 21 dossiers. Dans 5 cas le comprimé était monnayé 2 euros, dans 13 cas 3 euros et dans 3 cas 4 euros. Pour le **SUBUTEX® 8mg la moyenne serait de 2.90 euros.**

Le prix officiel Vidal® 2011 pour une boîte de 7 comprimés à 8 mg est de 20,01 euros, ce qui fait une moyenne pour un comprimé d'environ 3 euros. **Le prix du SUBUTEX® 8mg sur le marché noir est en moyenne équivalent au prix officiel.**

Synthèse :

Les usagers se sont initiés à l'injection jeune (43% avant 18 ans). Il s'agit d'une utilisation pluriquotidienne qui entraîne de nombreux problèmes sanitaires. L'héroïne est au premier plan, ainsi que les médicaments opiacés. Cet usage est associé à une poly consommation de tabac, d'alcool et de cannabis.

1.4 Sérologies

Infections virales VIH et VHC

Les sérologies du VIH :

Pour quelques-uns des UDIV le résultat est dit « inconnu ». Parmi les usagers qui ont effectué le test et dont le résultat est connu on dénombre 4 VIH+ **(2,53%)** et 154 VIH-.

Les 4 VIH+ sont des hommes de plus de 25 ans. On ne compte pas de femmes séropositives ni de très jeunes hommes.

Les sérologies du VHC :

Sur 172 usagers ayant répondu au questionnaire, 17 n'ont pas fait de test et 6 sont classés résultats inconnus. Sur les 149 restants il y a 23 tests **positifs** et 126 tests **négatifs**. Cela représente parmi ceux qui ont fait le test et dont le résultat est connu, **15,4% de VHC+** et 84,6% de VHC-.

On dénombre beaucoup plus de VHC+ que de VIH+.

La vaccination contre le VHB :

Parmi les 176 fiches renseignées, 91 usagers seraient vaccinés, 58 ne le seraient pas et 27 ne savent pas. **La moitié des personnes est vaccinée.**

Synthèse :

Le principal risque chez les usagers UDIV est la contamination par le VHC+.

2- Profils des usagers par voie nasale

2.1 Description générale

Répartitions sexe - âge :

La population des usagers par voie nasale est constituée de 28 femmes (27,45 %) et 74 hommes (72,55 %).

Parmi les 102 « sniffeurs » on retrouve 4 mineurs (3.9%). 35 (34,3%) des « sniffeurs » ont moins de 25 ans et 67 (65,7%) ont 25 ans ou plus. **Les plus de 25 ans sont donc majoritaires dans cette population.**

Les tableaux 32, 33 et 34 ainsi que les figures 18, 19 et 20 représentent les parts d'effectifs par tranches d'âge des 102 « sniffeurs » (74 hommes et 28 femmes).

<18 ans	18 et <20 ans	20 et <25 ans	25 et <35 ans	35 et <45 ans	45 ans et +
2	13	20	43	19	20

Tableau 32 : effectifs des "sniffeurs" par tranches d'âges. (N=102)

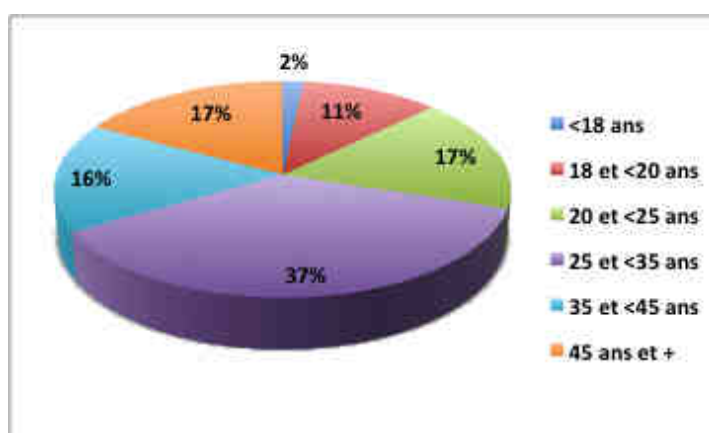


Figure 18: catégories d'âges parmi les 102 « sniffeurs ».

<18 ans	18 et <20 ans	20 et <25 ans	25 et <35 ans	35 et <45 ans	45 ans et +
1	10	15	27	17	4

Tableau 33 : effectifs des "sniffeurs" masculins par tranches d'âges. (N=74)

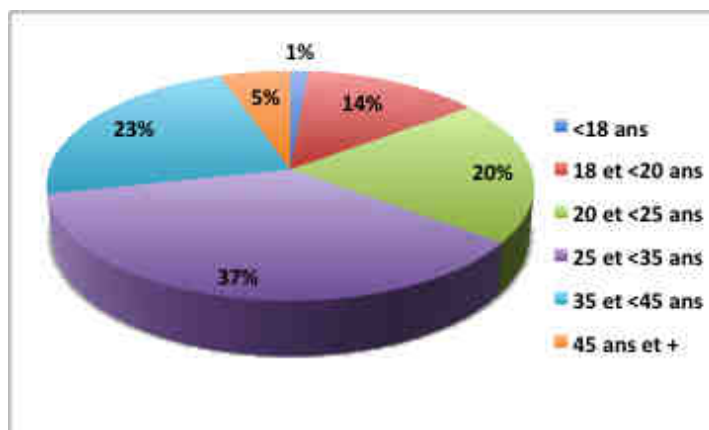


Figure 19 : catégories d'âges parmi les 74 « sniffeurs » hommes.

<18 ans	18 et <20 ans	20 et <25 ans	25 et <35 ans	35 et <45 ans	45ans et +
1	3	5	16	2	1

Tableau 34 : effectifs des "sniffeurs" femmes par tranches d'âges. (N=28)

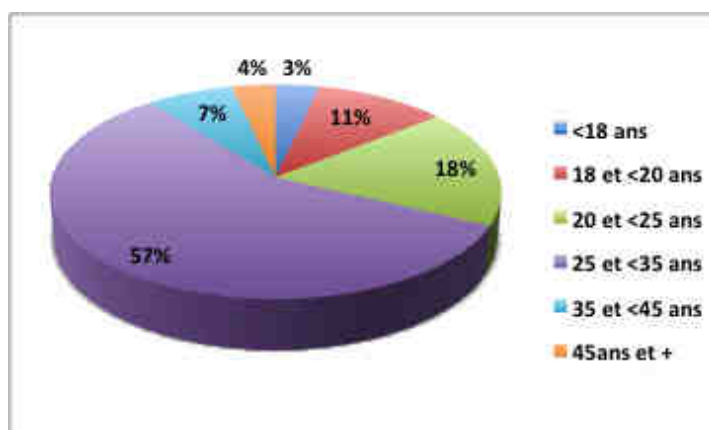


Figure 20 : catégories d'âges parmi les 28 « sniffeurs » femmes.

On retrouve 16 femmes (57.1%) et 27 hommes (36.5%) entre 25 ans inclus et 35 ans. 2 femmes (7.1%) et 17 hommes (23%) ont entre 35 ans inclus et 45 ans. Une femme (3.6%) et 4 hommes (5.4%) ont plus de 45 ans. **Il semblerait que les hommes soient plus nombreux dans les tranches d'âges supérieures à 35 ans.**

Contact et connaissance du CAARUD :

* Sur 102 fiches renseignées concernant le 1^{er} contact avec l'Acôthé on compte :

- 43 premiers contacts en 2009 ;
- 12 premiers contacts en 2008 ;
- 15 premiers contacts en 2007 ;
- 14 premiers contacts en 2006 ;
- 4 premiers contacts en 2005 ;
- 14 premiers contacts avant 2005 (avant l'époque des CAARUDs proprement dite).

* A partir de 95 fiches renseignées sur le moyen dont les usagers ont connu le CAARUD, on peut dire que 92 (96.8%) ont connu le CAARUD par l'intermédiaire d'un ami, 2 (2.1%) par le CSST et 1 (1.05%) par l'intermédiaire d'un partenaire. Aucun n'a connu le CAARUD par l'intermédiaire d'un médecin ou un pharmacien. (Figure 21)

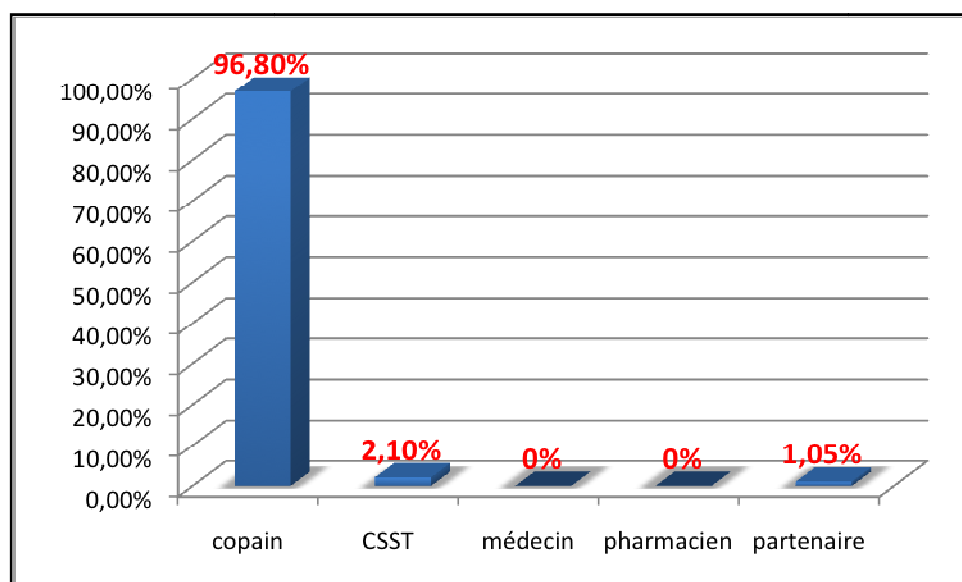


Figure 21 : moyens de connaissance du CAARUD (N=95).

Les usagers « sniffeurs » ont très majoritairement appris l'existence du centre CAARUD par l'intermédiaire d'un ami.

Entourage :

100 dossiers sont renseignés.

55% des usagers sont seuls : 10/28 (35.7%) de femmes et 45/72 (62,5%) d'hommes.

18% vivent avec un conjoint (9/28 soit 32% des femmes et 9/72 soit 12,5% des hommes). 5% vivent avec leurs parents et 19% vivent avec des amis. 23% ont un ou des enfants mais 3% ont leur(s) enfant(s) à charge.

Niveau d'étude :

Parmi les 101 usagers la répartition des niveaux d'études est la suivante (Figure 22) :

- 3 inférieurs au niveau primaire ;
- 5 niveaux primaires ;
- 32 niveaux brevet des collèges ;
- 38 niveaux BEP/CAP ;
- 15 niveaux BAC ;
- 5 niveaux BAC+2 ;
- 3 niveaux supérieurs à BAC+2.

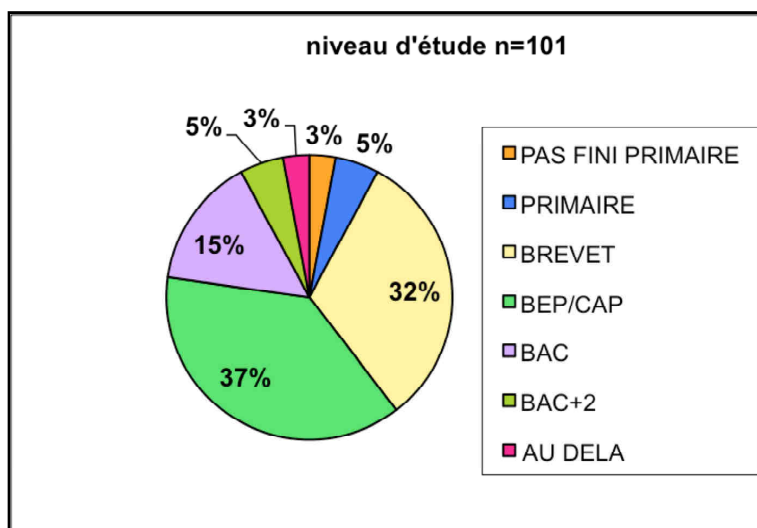


Figure 22 : niveau d'étude en pourcentage. (N=101)

Près d'un tiers des usagers a un niveau brevet des collèges et plus d'un tiers a un niveau BEP ou CAP. 23% ont un niveau Bac ou plus. 8% ont un niveau d'études supérieures au BAC.

Synthèse :

La population des usagers par voie nasale est majoritairement masculine (73% d'hommes) et très jeune (34% ont moins de 25 ans), vit seule (plus de la moitié). 77% n'a pas atteint le niveau du baccalauréat. Ils viennent au CAARUD par l'intermédiaire d'un ami.

2.2 Données socio-économiques

Couverture sociale :

Les différentes couvertures dont peuvent bénéficier les usagers « sniffeurs » de drogues, hommes et femmes, sont représentées sur les figures 23 et 24.

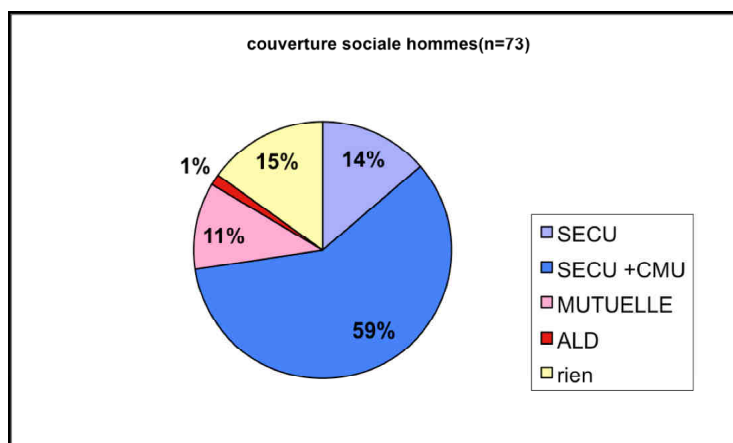


Figure 23 : différents modes de couvertures sociales chez les hommes. (N=73)

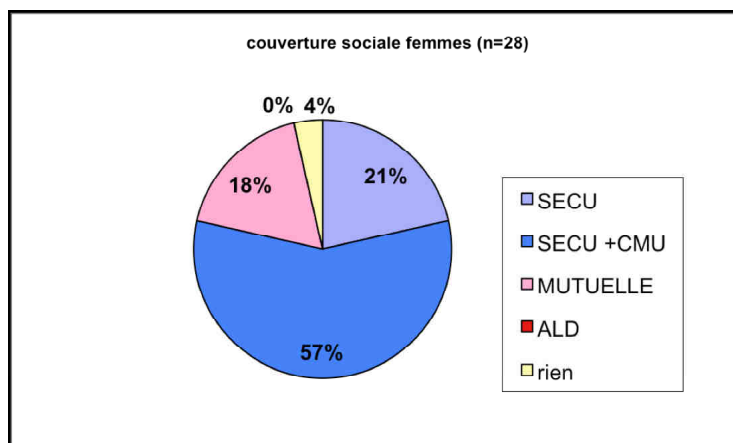


Figure 24 : différents modes de couvertures sociales chez les femmes. (N=28)

96% des femmes bénéficient d'une couverture par la Sécurité Sociale avec ou sans mutuelle, CMU comprise, *versus* 84% des hommes.

Les femmes dans cette population semblent un peu mieux couvertes que les hommes.

Logements :

- Parmi les 102 usagers, 68 (66.7%) vivent dans un **logement provisoire**. Les hommes sont 51/74 (68.9%) et les femmes sont 17/28 (60.7%).

La figure 25 représente la répartition des différents logements provisoires des 68 personnes concernées :

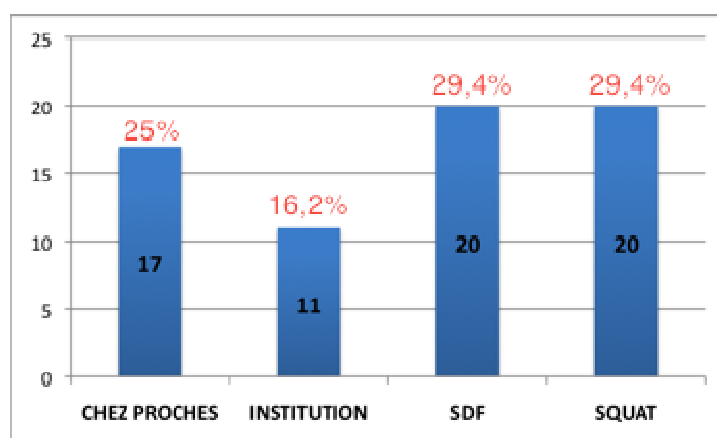


Figure 25 : histogrammes représentant les effectifs des usagers « sniffeurs » par type de logement provisoire. (N=68)

Deux tiers des usagers vivent dans des logements provisoires. Parmi eux 25% vivent chez des proches et 16% vivent en institutions. Mais près de **60% se retrouvent dans la rue** : la moitié est regroupée en SQUAT et l'autre moitié sont des SDF isolés.

- Parmi les 102 usagers, 34 (33.3 %) vivent dans un **logement durable**. Les hommes sont 23/74 (31.1 %) et les femmes sont 11/28 soit (39.7%).

La figure 26 représente la répartition des différents types de logements durables parmi ces 34 usagers :

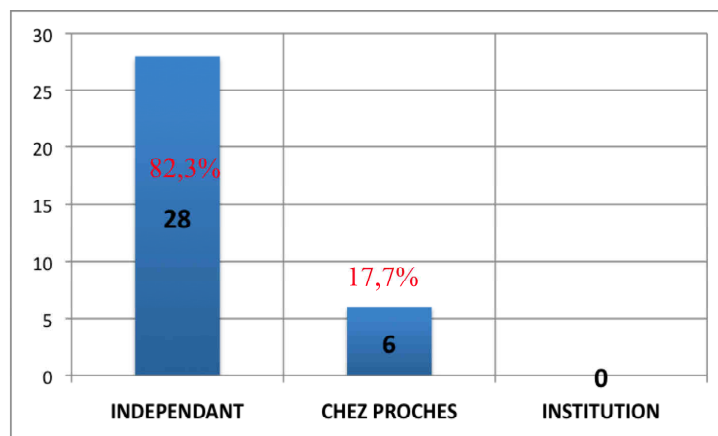


Figure 26 : histogrammes représentant les effectifs des usagers « sniffeurs » par type de logement durables. (N=34)

Un tiers des usagers « sniffeurs » habitent dans un logement durable et 82% d'entre eux ont un vrai logement indépendant. Près de 18% vivent chez des proches.

Ressources :

Parmi les 101 usagers « sniffeurs » **11% ont un emploi** (6/73 soit 8,2% des hommes et 5/28 soit 18% des femmes). Un peu **moins de la moitié (46%) bénéficie du RSA** (36/73 soit 49% des hommes et 11/28 soit 39% des femmes) mais **un tiers n'a aucune ressource**. (25/73 soit 34,3% des hommes et 8/28 soit 28,6% des femmes). **5% au total touchent les ASSEDIC**, 3/73 (4%) des hommes et 2/28 (7%) des femmes. Les Allocations Adultes Handicapés (AAH) concernent environ 4% des personnes quelque soit le sexe.

Ces résultats sont présentés sur le tableau 35 et la figure 27.

EMPLOIS	ASSEDIC	AAH	API	TIERS	RSA	RIEN
11	5	4	1	0	47	33

Tableau 35 : parts en effectifs des ressources pour N=101 usagers

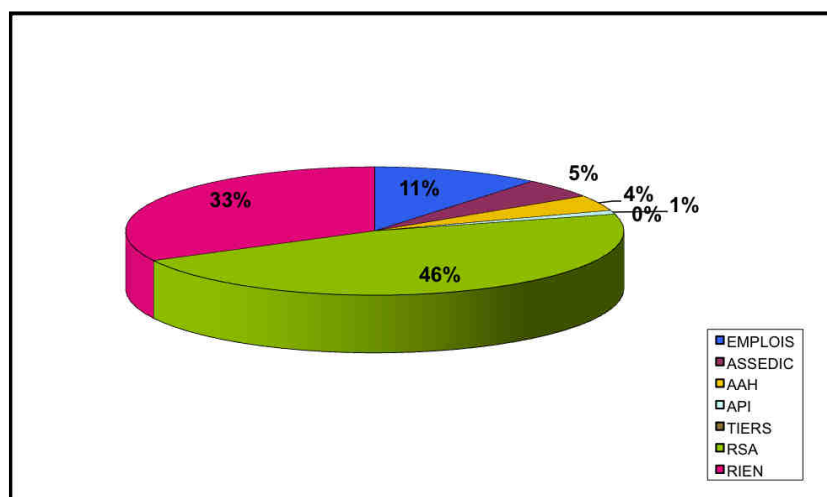


Figure 27: modes de ressources des 101 usagers « sniffeurs », en pourcentage.

Les tableaux 36 et 37 détaillent la répartition des ressources des usagers en fonction du sexe.

EMPLOIS	ASSEDIC	AAH	API	TIERS	RSA	RIEN
6	3	3	0	0	36	25
8,20%	4,10%	4,10%	0%	0%	49,30%	34,30%

Tableau 36 : parts en effectifs et % des ressources pour N=73 usagers hommes.

EMPLOIS	ASSEDIC	AAH	API	TIERS	RSA	RIEN
5	2	1	1	0	11	8
17,90%	7,10%	3,60%	3,60%	0%	39,30%	28,50%

Tableau 37 : parts en effectifs et % des ressources pour N=28 usagers femmes.

25% des femmes ont un emploi ou bénéficient des ASSEDIC *versus* 12,3% des hommes.

On remarque une **tendance masculine de la précarisation** dans cette population.

Situations professionnelles :

80 % des 101 usagers n'ont aucune situation professionnelle. Les hommes semblent plus concernés que les femmes (85% vs 71,5%).

Le tableau 38 et la figure 28 représentent la répartition des situations professionnelles des usagers « sniffeurs » (101 dossiers renseignés).

CDI	CDD	ETUDIANT	CHOMAGE	RIEN
4	6	1	8	82

Tableau 38 : situations professionnelles en effectifs. (N=101)

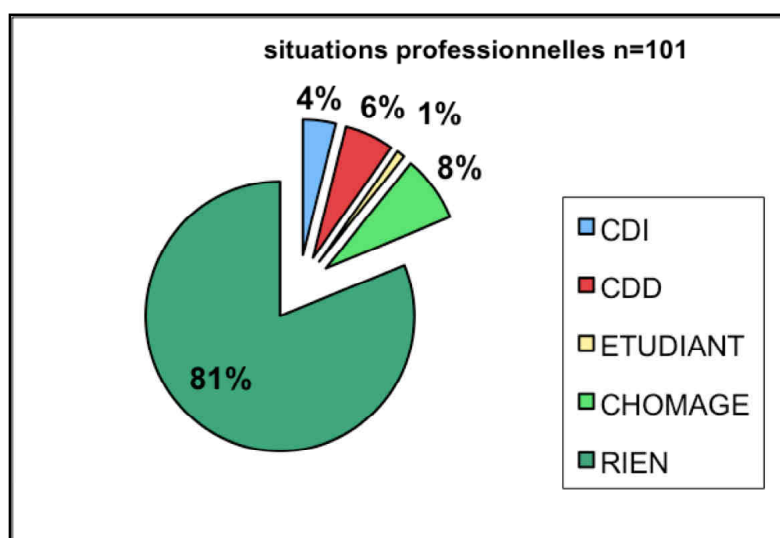


Figure 28 : situations professionnelles en pourcentage (N=101)

Les tableaux 39 et 40 représentent respectivement la répartition des situations professionnelles des usagers « sniffeurs » hommes et femmes.

CDI	CDD	ETUDIANT	CHOMAGE	RIEN
2	4	0	5	62
2,74%	5,48%	0%	6,85%	84,93%

Tableau 39 : situations professionnelles en effectifs et %. (N=73 hommes)

CDI	CDD	ETUDIANT	CHOMAGE	RIEN
2	2	1	3	20
7,14%	7,14%	3,57%	10,71%	71,43%

Tableau 40 : situations professionnelles en effectifs et %. (N=28 femmes)

Synthèse :

La population des usagers par voie nasale est en général dans une situation très précaire : 60% bénéficient de la CMU, 67% vivent dans un logement provisoire, 33% n'ont aucune ressource et 80% n'ont aucune situation professionnelle.

2.3 Consommations

Age du premier « sniff » :

La majorité, 57/95 usagers (60%), s'est initiée à la voie nasale avant sa majorité et 12/95 (12,6%) avant l'âge de 15 ans. Plus des trois quarts (73/95) ont sniffé une substance pour la première fois avant l'âge de 20 ans et 96% (91/95) avant 30 ans. **L'initiation au « sniff » concerne une population de très jeunes adultes voire des mineurs.**

La répartition de l'âge de début de la pratique en fonction du sexe est présentée dans le tableau 41.

	-15	15/<18	18/<20	20/<25	25/<30	30/<35	35/40
FEMMES -25	3	5					
FEMMES +25	2	5	2	4	1	1	
TOTAL	5	10	2	4	1	1	0
HOMMES -25	2	19	4				
HOMMES +25	5	16	10	4	9	2	1
TOTAL	7	35	14	4	9	2	1

TOTAL	12	45	16	8	10	3	1
% cumulés	12,60%	60%	76,80%	85,30%	95,80%	98,90%	100%

Tableau 41 : tableau récapitulatif des effectifs du premier « sniff » par tranche d'âge et par sexe. (N=95)

Nombre de « sniffs » par jour :

L'étude du nombre de « sniffs » quotidiens montre qu'une **minorité, 33/94, (35%) pratique le « sniff » au maximum 2 fois par jour. 65% pratiquent le « sniff » au moins trois fois par jour. Plus de la moitié, 51/94, (54,3%) sniffent plus de trois fois par jour.** On note une part très importante d'usagers qui eux sniffent au quotidien dix fois voire plus (21,3%).

Cette répartition est présentée dans le tableau 42.

nombre de « sniffs »/jour	< 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 et +
FEMMES -25		3	2		1			1			2
FEMMES		4	2	2	3	1	3	1			2
TOTAL	0	7	4	2	4	1	3	2	0	0	4
HOMMES-25	1	7	1		2	3	3	1			4
HOMMES	1	7	5	8	3	4	5				12
TOTAL	2	14	6	8	5	7	8	1	0	0	16
TOTAL	2	21	10	10	9	8	11	3	0	0	20
%	2,10%	22,30%	10,60%	10,60%	9,60%	8,50%	11,70%	3,20%	0%	0%	21,30%
% cumulés	2,10%	24,50%	35,10%	45,70%	55,30%	63,80%	75,50%	78,70%	78,70%	78,70%	100%

Tableau 42.: nombre de « sniffs » par jour chez les hommes et femmes, de moins et de plus de 25 ans. (N=94)

Problèmes liés aux « sniffs » :

94 problèmes sanitaires ont été rapportés par les usagers. Leur répartition est présentée dans le tableau 43.

En moyenne on retrouve **0,7 problème par usager**. Les dommages les plus fréquemment cités sont dans l'ordre les **saignements** (25%), les **irritations** (20%) et les **croûtes** (15%). Les infections et les perforations sont beaucoup plus rares. (6 et 4% environ).

	CROUTES	PERFORATIONS	IRRITATIONS	INFECTIONS	SAIGNEMENTS
FEMMES -25	1	1	2	1	3
FEMMES +25	2		6		5
TOTAL	3	1	8	1	8
HOMMES-25	6	2	4	4	8
HOMMES +25	5	1	7	1	7
TOTAL	11	3	11	5	15
TOTAL	14	4	19	6	23

Tableau 43 : nombre de problèmes sanitaires liés aux « sniffs ». (N=94)

Consommations quotidiennes :

ALCOOL

Le tableau 44 présente les consommations quotidiennes d'alcool des 101 usagers en fonction de l'âge et du sexe.

N=101	VERRES	1 à 3	3 à 6	6 à 9	10+
N=9	FEMMES -25 ans	1	1		2
N=19	FEMMES +25 ans	3	2	2	4
	TOTAL	4	3	2	6
N=26	HOMMES -25 ans		1	1	11
N=47	HOMMES 25 ans et +	3	2	1	23
	TOTAL	3	3	2	34

Tableau 44 : consommations quotidiennes d'alcool en nombre de verres. (N=101)

57/101 soit **56,4%** des « sniffeurs » consomment de l'alcool. 57,5% (42/73) des hommes et 53.6% (15/28) des femmes consomment de l'alcool quotidiennement. 39.6% (40/101) ont une consommation supérieure à dix verres par jour. Cette forte consommation (plus de dix verres par jour) est retrouvée chez 34/73 (46.6%) des hommes et chez 6/28 (21.4%) des femmes. **La tendance à de fortes consommations concerne plus les hommes.**

TABAC

Le tableau 45 présente les consommations quotidiennes de tabac des 101 usagers en fonction de l'âge et du sexe.

N=101	CIGARETTES	1 à 3	3 à 6	6 à 9	10+
N=9	FEMMES -25 ans			1	6
N=19	FEMMES +25 ans		1	1	14
	TOTAL	0	1	2	20
N=26	HOMMES -25 ans		1		22
N=47	HOMMES 25 ans et +	1	1		45
	TOTAL	0	2	0	67

Tableau 45 : consommations quotidiennes de tabac en nombre de cigarettes. (N=101)

Parmi les 101 usagers, 92 (91%) fument quotidiennement (**94.5% des hommes (69/73) et 82.1% des femmes (23/28)**). **87 (86%) fument au moins dix cigarettes par jour (67/73 (92%) des hommes et 20/28 (71%) des femmes**. Près de 96% (45/47) chez les usagers hommes de 25 ans et plus et 84.6% (22/26) chez les moins de 25 ans fument l'équivalent d'au moins dix cigarettes par jour.

Les hommes seraient apparemment plus nombreux à fumer du tabac. Il semble que chez les hommes comme chez les femmes **les plus de 25 ans fument davantage**. Les grosses consommations concernent un peu plus les hommes.

CANNABIS

Le tableau 46 présente la consommation quotidienne de cannabis sous forme de joints des 101 usagers en fonction de l'âge et du sexe.

N=101	“JOINTS”	1 à 3	3 à 6	6 à 9	10+
N=9	FEMMES -25 ans	4			2
N=19	FEMMES 25 ans et +	2	1	1	6
	TOTAL	6	1	1	8
N=26	HOMMES -25 ans	4	4	1	9
N=47	HOMMES 25 ans et +	6	4		16
	TOTAL	10	8	1	25

Tableau 46 : consommations quotidiennes de cannabis en nombre de joints. (N=101)

60 des 101 usagers soit près de **60% fument quotidiennement des « joints »**. 44/73 (60,3%) des hommes et 16/28 (57,1%) des femmes fument le « joint ». Parmi les 101 usagers **33% au total fument dix joints ou plus chaque jour**. 55,3% (26/47) des hommes de 25 ans et plus fument des « joints » vs 69,2% (18/26) des hommes de moins de 25 ans. 52,6% (10/19) des femmes de 25 ans et plus en fument vs 66,7% (6/9) des femmes de moins de 25 ans. En ce qui concerne les grosses consommations (dix « joints » ou plus par jour) on retrouve 33% (16/28) d'usagers chez les consommateurs de 25 ans et plus et 31,4% (11/35) d'usagers chez les moins de 25 ans. **La consommation de joints semble être plus importante chez les usagers de moins de 25 ans.**

Le tableau 47 présente la consommation quotidienne de cannabis sous forme de douilles des 101 usagers en fonction de l'âge et du sexe.

N=101	DOUILLES	1 à 3	3 à 6	6 à 9	10+
N=9	FEMMES -25 ans	1			1
N=19	FEMMES 25 ans et +				1
	TOTAL	1	0	0	2
N=26	HOMMES -25 ans	2	2	1	12
N=47	HOMMES 25 ans et +	1		1	4
	TOTAL	3	2	2	16

Tableau 47 : consommations quotidiennes de cannabis en nombre de douilles. (N=101)

26/101 usagers (**près de 26%**) **consomment des douilles quotidiennement**. La répartition des consommations selon le sexe est de 23/73 (31.5%) chez les hommes et 3/28 (10.7%) chez les femmes. Les jeunes hommes de moins de 25 ans sont 17/26 (65.4%) à fumer des douilles et les plus âgés sont 6/47 (12.8%).

18/101 soit **17.8% consomment au moins dix douilles/jour**. 16/73 hommes (22%) et 2/28 femmes (7,1%) fument plus de dix douilles par jour. Il semble y avoir une différence en ce qui concerne les grosses consommations de plus de dix douilles par jour entre les moins de 25 ans qui sont 12/26 (46.1%) et les usagers de 25 ans et plus qui sont 4/47 (8.5%). Parmi les 26 usagers qui consomment quotidiennement des douilles de cannabis, 18 (69%) en consomment au moins dix par jour.

La consommation de douille semble être plus masculine et c'est la population de moins de 25 ans, qui semble être la plus concernée. D'une façon générale ce sont les grosses consommations qui sont retrouvées dans la population des « sniffeurs ».

Consommations des trois derniers mois :

La base de données fournit des informations sur les consommations des usagers « sniffeurs » depuis les 3 mois précédents la passation du questionnaire. Les usagers consomment des drogues illicites et des médicaments, notamment des MSO. Leurs consommations sont classées par substance et par mode de consommation.

➤ Femmes :

Les tableaux 48 et 49 présentent les consommations des femmes de respectivement moins de 25 ans et de 25 ans et plus.

n=9

FEMMES -25 ans				
<i>mode</i>	1	2	3	4
HEROINE		1		6
SUBUTEX			1	2
METHADONE			2	
METHA GELULE				
SKENAN				
OPIUM				
CODEINE				
LSD				
CHAMPI			1	
KETAMINE				1
GHB				
DATURA				
SALVIA				
DMT				
COCAINE				4
CRACK				
AMPHETAMINE				
MDMA/ECSTASY				1
ICE				
POPPERS				
COLLE				
ALCOOL			4	
RIVOTRIL				
ROHYPNOL				
VALIUM				
XANAX				
ARTANE				
CANNABIS		7		

Tableau 48

n=19

FEMMES 25 ans et +				
<i>mode</i>	1	2	3	4
HEROINE		1		11
SUBUTEX			6	9
METHADONE			3	
METHA GELULE				
SKENAN			1	3
OPIUM				
CODEINE				
LSD		1	2	
CHAMPI				
KETAMINE				2
GHB				
DATURA				
SALVIA				
DMT				
COCAINE		2		12
CRACK				
AMPHETAMINE			1	
MDMA/ECSTASY				
ICE				
POPPERS				
COLLE				
ALCOOL			7	
RIVOTRIL				
ROHYPNOL				
VALIUM				
XANAX				
ARTANE				
CANNABIS		11		

Tableau 49

Tableau 48 : consommations des 3 derniers mois chez les femmes de moins de 25 ans. (N=9)

Tableau 49 : consommations des 3 derniers mois chez les femmes de 25 ans et plus. (N=19)

Rappel : mode 1 pour « injecté » (non retrouvé chez les « sniffeurs »), mode 2 pour « fumé/inhalé », mode 3 pour « mangé/bu », et mode 4 pour « sniffé ».

D'une façon générale on retrouve surtout des consommations de **cocaïne**, d'**héroïne**, **essentiellement sniffées** et du **SUBUTEX®** (plus souvent « sniffé » que pris par voie sublinguale), dans les deux tranches d'âges. On retrouve peu de consommation de SKENAN® et de méthadone (toujours utilisée par voie orale).

Le SUBUTEX® semble davantage consommé chez les femmes de 25 ans et plus (15/19 soit 79%) que chez les moins de 25 ans (3/9 soit 33%).

La cocaïne semble plus consommée par les femmes de 25 ans et plus, 14/19 (74%) *versus* 4/19 (44%) chez les plus jeunes.

➤ Hommes :

Les tableaux 50 et 51 présentent les consommations des hommes de respectivement moins de 25 ans et de 25 ans et plus.

N= 26

HOMMES-25 ans				
<i>mode</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
HEROINE				9
SUBUTEX			1	3
METHADONE			2	
METHA GELULE				
SKENAN				1
OPIUM				
CODEINE				
LSD		1	9	
CHAMPI		2	3	
KETAMINE				2
GHB				
DATURA				
SALVIA				
DMT				
COCAINE				19
CRACK		1		2
AMPHETAMINE			2	2
MDMA/ECSTASY			3	2
ICE				
POPPERS				
COLLE				
ALCOOL			13	
<i>RIVOTRIL</i>				
ROHIPNOL				
VALIUM				
XANAX				
ARTANE				
CANNABIS		24		

Tableau 50

N=47

HOMME 25 ans et +				
<i>mode</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
HEROINE				16
SUBUTEX			6	11
METHADONE			2	
METHA GELULE				
SKENAN				1
OPIUM				
CODEINE				
LSD			3	
CHAMPI			1	
KETAMINE				4
GHB				
DATURA				
SALVIA				
DMT				
COCAINE		2		31
CRACK		1		1
AMPHETAMINE			1	
MDMA/ECSTASY			3	
ICE				
POPPERS				
COLLE		1		
ALCOOL			25	
<i>RIVOTRIL</i>				
ROHIPNOL				
VALIUM			1	
XANAX				
ARTANE				
CANNABIS		25		

Tableau 51

Tableau 50 : consommations des 3 derniers mois chez les hommes de moins de 25 ans (N=26)

Tableau 51 : consommations des 3 derniers mois chez les hommes de 25 ans et plus. (N=47)

Rappel : mode 1 pour « injecté » (non retrouvé chez les « sniffeurs »), mode 2 pour « fumé/inhalé », mode 3 pour « mangé/bu », et mode 4 pour « sniffé ».

Chez les hommes **la cocaïne arrive en tête des consommations** les plus citées dans les trois derniers mois : 52/73 hommes (71,2%), 19/26 (73%) des moins de 25 ans et 33/47 (70%) des usagers de 25 ans et plus. Elle est **essentiellement sniffée**, très marginalement fumée. **Le SUBUTEX® est essentiellement utilisé par voie nasale**, 14/73 soit 19% des hommes et 14/21 soit deux tiers des consommations.

L'héroïne est également beaucoup consommée et toujours par « sniff ». La **méthadone est très peu consommée mais toujours par voie orale.** Le **SKENAN® est très peu utilisé et toujours « sniffé ».**

Les médicaments de substitution aux opiacés et le SKENAN® : modes de consommations et prescriptions.

Le SKENAN®

On peut distinguer les différents modes d'obtention du SKENAN® à partir de 6 renseignements de mode d'obtention :

Le SKENAN® est très souvent obtenu dans la rue (5 obtentions sur 6). On note un cas de prescription par un médecin généraliste.

Le SKENAN® est essentiellement « sniffé » dans cette population. Dans 5 cas, ce médicament est utilisé par voie nasale et dans 1 cas par voie orale.

La Méthadone

9 usagers utilisent de la méthadone. Parmi eux 5 l'obtiennent par prescription (médecine générale surtout) et 4 l'obtiennent dans la rue. Dans tous les cas elle est **consommée par voie orale.**

Le SUBUTEX® (buprénorphine)

Le tableau 52 présente les moyens d'obtention du SUBUTEX® et le détail des prescriptions chez les 101 usagers « sniffeurs ».

Population « sniffeurs » (101)	
Utilisateurs de SUBUTEX® :	
37/101	
prescription	24/37 soit (65%)
rue uniquement	13/37 soit (35%)
Les prescriptions : 24	
Non remboursées :	0
Complétées :	6/24 soit (25%)
- prescription par CSST	1
- prescription par CHU	0
- prescriptions par médecin de ville	23

Tableau 52 : utilisations de SUBUTEX®

Le tableau 53 et la figure 29 synthétisent les différents modes d'obtention du SUBUTEX® à partir des 37 dossiers renseignés.

prescriptions seules	prescriptions + compléments	rue uniquement
18	6	13

Tableau 53 : modes d'obtention du SUBUTEX®. (N=37)

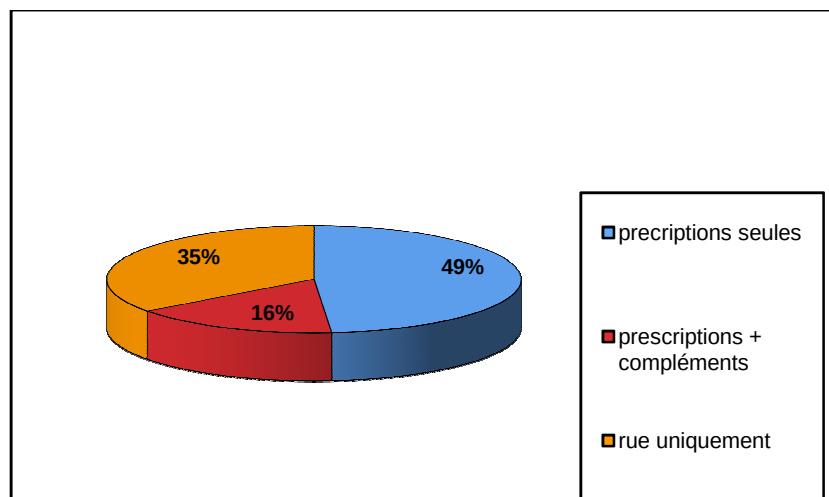


Figure 29 : pourcentage des différents modes d'obtention du SUBUTEX®. (N=37)

Le mode d'obtention du SUBUTEX® est dans la majorité des cas la **prescription émanant de médecins généralistes**, 24/37 (65%). Parmi les prescriptions, 6/24 soit 25% sont complétées par le marché parallèle de la rue. Pour 13/37 usagers (35%), ce médicament est **pris dans la rue uniquement**.

Modes de consommation du SUBUTEX® :

Le tableau 54 présente les modes de consommation du SUBUTEX® selon l'âge et le sexe.

	F<25 n= 9	F>=25 n= 19	H<25 n= 26	H>=25 n=47	Total n=101
mode mangé/bu	1 soit 11,1%	6 soit 31,6%	3,85%	12,76%	12,87%
mode sniff	22,20%	47,70%	11,54%	23,40%	24,75%

Tableau 54 : consommations du SUBUTEX® par modes et par tranches d'âges.

La figure 30 présente les modes de consommations du SUBUTEX® à partir de 39 dossiers renseignés.

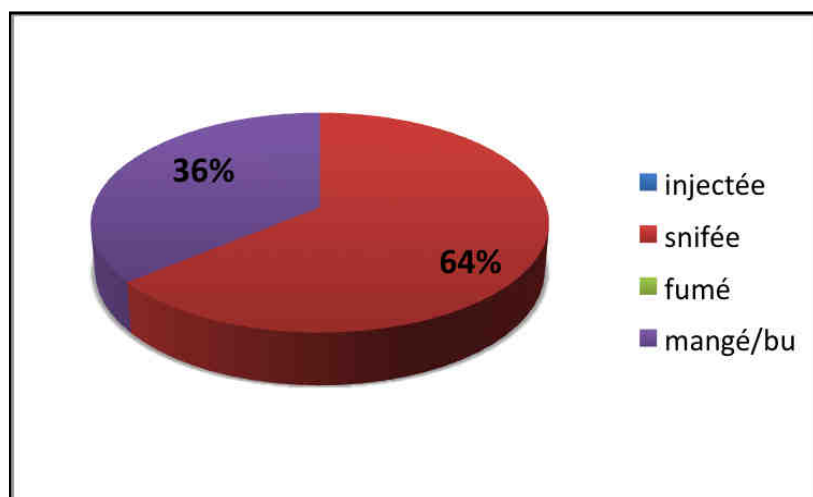


Figure 30 : modes de consommation du SUBUTEX® chez les « sniffeurs », à partir de N= 39 consommations.

On retrouve une **utilisation par voie nasale dans 64% des cas et par voie orale dans 36% des cas.**

Prix du produit dans la rue :

Le comprimé de SUBUTEX® 8mg est monayé par les usagers à 3 euros dans 5 cas et à 4 euros dans 1 cas. Le SUBUTEX® 8mg se retrouve à un prix proche de 3 euros (moyenne à 3.17 euros).

Rappelons que le prix officiel Vidal® 2011 pour une boîte de 7 comprimés à 8 mg est de 20,01 euros, ce qui fait une moyenne pour un comprimé d'environ 3 euros.

Synthèse :

Les usagers se sont initiés à l'utilisation de produits par voie nasale très jeunes (60% avant 18 ans). Il s'agit d'une utilisation pluriquotidienne qui entraîne des problèmes sanitaires. La cocaïne est au premier plan, suivi de l'héroïne et du SUBUTEX®. Cet usage est associé à une poly consommation en quantité très importante de tabac, d'alcool et de cannabis.

2.4 Sérologies

Infections virales VIH, VHC et VHB

Les sérologies du VIH :

Un usager est VIH+ (un homme de plus de 25 ans). 81 sont négatifs.

Les sérologies du VHC :

80 usagers sur 101 ont effectué un test de dépistage du VHC dont le résultat est connu. 2 tests sont positifs (personnes de plus de 25 ans) et 78 tests sont négatifs.

La vaccination contre le VHB :

Parmi les 102 usagers, 55 seraient vaccinés, 31 ne le seraient pas et 16 ne savent pas. **La majorité des personnes est vaccinée (54%).**

Synthèse :

Un seul VIH+ est répertorié (sur 82 tests) et deux VHC+ sont répertoriés (sur 80 tests).

3- Comparaisons d'intérêt

Des comparaisons ont été effectuées pour des variables évaluant différents champs : le plan social, les consommations de drogues, les sérologies, et les modes de consommations de médicaments de substitutions.

1/ Comparaison entre les usagers de drogues par voie intraveineuse et les usagers par voie nasale.

a) Différences sociales

Variables	Groupe injecteur	Groupe "sniffeur"	p- value
	N=182	N=102	
Logements provisoire	oui: 104 (56%) non: 82	oui: 68 (66,7%) non: 34	p=0,0981

Les usagers « sniffeurs » ont tendances à vivre davantage dans des logements provisoires.

b) Différences de consommations de drogues

Variables	Groupe injecteur	Groupe "sniffeur"	p- value
	N=182	N=95	
1ère injection/1er sniff	<20 ans: 113 (62,1%) ≥20 ans: 69	<20 ans: 73 (76,8%) ≥20 ans: 22	p=0,0189

Variable	Groupe injecteur	Groupe «sniffeurs»	
	N=186	N=101	
fument quotidiennement	oui: 180 (96,77%) non: 6	oui: 70 (69,3%) non: 31	p=0,0001
	N=186	N=101	
boit 10 verres ou +/ j	oui: 54 (29%) non: 132	oui: 40 (39,6%) non: 61	p= 0,0909
	N=186	N=101	
fument 10 joints ou +/ j	oui: 37 (19,9%) non: 149	oui: 33 (32,67%) non: 68	p= 0,0733
	N=186	N=101	
fument 10 douilles ou + /j	oui: 19 (10,21%) non: 167	oui: 18 (17,82%) non: 83	p= 0,0985

Les «UDIV» sont de gros fumeurs de tabac, ils fument nettement plus quotidiennement que les usagers de la voie nasale.

L'initiation au «sniff» avant l'âge de 20 ans est plus fréquente chez les consommateurs par voie nasale que l'initiation à l'injection chez les jeunes «UDIV» de moins de 20 ans. On remarque une tendance à de plus grosses consommations d'alcool chez les «sniffeurs» et à de plus grandes quantités de «joints» et de «douilles» de cannabis consommés.

c) Différences des sérologies

Variables	Groupe injecteur	Groupe "sniffeur"	p- value
	N=149	N=80	
sérologie VHC	VHC+: 23 (15,44%) VHC -: 126	VHC+: 2 (2,5%) VHC -: 78	p=0,0056

On retrouve nettement plus de sérologies positives du VHC chez les usagers «injecteurs» que chez les utilisateurs de la voie nasale.

d) Si l'on s'intéresse aux substances les plus consommées dans chacun des deux groupes :

Chez les injecteurs, ceux-ci s'injectent (N= 186, consommations des 3 derniers mois) (Figure 31) :

- au 1^{er} rang, de l'**héroïne** : 96 consommations ;
- au 2nd rang, le **SUBUTEX®** : 92 consommations ;
- au 3^{ème} rang, la **cocaïne** : 88 consommations ;
- au 4^{ème} rang, le **SKENAN®** : 74 consommations ;
- au 5^{ème} rang, la **kétamine** : 15 consommations ;

On retrouve également des injections plus marginales de *RIVOTRIL®* (2), *VALIUM®* (2), amphétamine (2), crack (1), opium (1), LSD (1) ou encore le *ROHYPNOL®* (1) et le *XANAX®* (1).

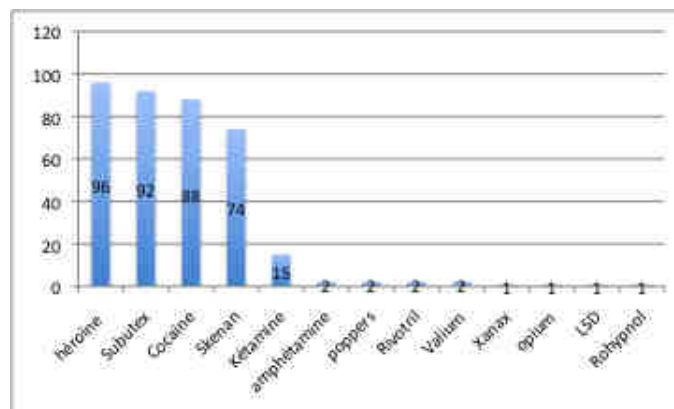


Figure 31 : produits et médicaments utilisés par voie intraveineuse chez les 186 UDIV.

Chez les sniffeurs, ceux-ci sniffent (N= 101, consommations des 3 derniers mois) (Figure 32) :

- au 1^{er} rang, la **cocaïne** avec 66 consommations ;
- au 2nd rang, l'**héroïne** avec 42 consommations ;
- au 3^{ème} rang le **SUBUTEX®** avec 25 consommations ;
- au 4^{ème} rang, la **kétamine** avec 9 consommations ;
- au 5^{ème} rang, le **SKENAN®** avec 5 consommations.

On retrouve également des sniffs d'ecstasy (3), amphétamine (2) et de crack (3).

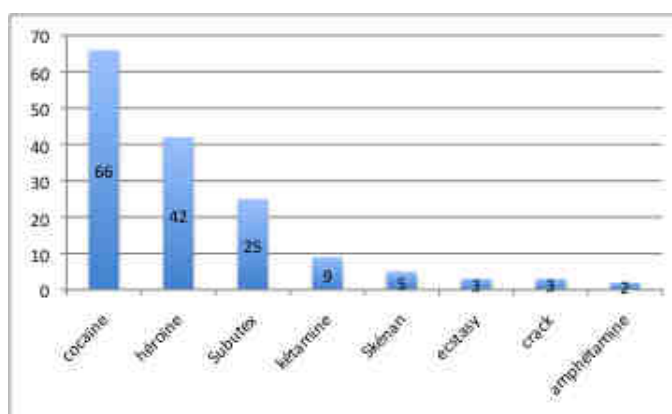


Figure 32 : produits et médicaments utilisés par voie nasale chez les 101 « sniffeurs ».

2/ Comparaisons entre le CAARUD nantais et les résultats nationaux.

Nous comparerons les résultats du recueil 2009 avec les résultats EnaCAARUD 2006.

Sérologie VIH :

Variable	Acôthé 2009	ENaCAARUD 2006	P value
	N=240	N=2595	
Sérologie VIH	VIH+: 5 (2,1%)	VIH+: 186 (7,17%)	p = 0,0041
	VIH -: 235	VIH -: 2409	

Partage du petit matériel :

Variable	Acôthé 2009	ENaCAARUD 2006	P value
	N=82 usagers	N= 1372 usagers	
eaux de préparation	oui: 15 (18,3%) non: 67	oui 182 (13,3%) non: 1190	p=0,2601
eaux de rinçage	oui: 10 (12,2%) non: 72	oui: 117 (8,5%) non: 1073	p=0,6171
cuillère/récipient	oui: 16 (19,5%) non: 66	oui: 191 (13,9%) non: 1181	p=0,2132
coton/filtre	oui: 23 (28%) non: 59	oui: 150 (10,9%) non 1222	p<0,001

Partage de la seringue :

	N=173	N= 1372	
seringue	oui: 11 (6,36%) non: 162	oui: 114 (8,3%) non: 1258	p=0,4601

Difficultés à s'injecter et problèmes liés aux injections :

Variable	Acôthé 2009	ENaCAARUD 2006	P value
	N=181 usagers	N= 1365 usagers	
Hématomes	oui: 56 (30,9%) non: 125	oui: 474 (34,7%) non: 891	p=0,3530
Difficultés à s'injecter	oui: 56 (30,9%) non: 125	647 (47,4%) 718	p<0,0001
Gonfl.mains, av bras	oui: 41 (22,6%) non: 140	oui: 420 (30,8%) non: 945	p=0,0310
Gonfl.pieds, jambes	oui: 11 (6,1%) non 170	oui : 143 (10,5%) non: 1222	p=0,0846
Poussière	oui: 39 (21,5%) non: 142	oui : 242 (17,7%) non : 1123	p= 0,2506
Abcès	oui : 54 (29,8%) non: 127	oui: 347 (25,4%) non: 1018	p= 0,2370
Veines bouchées	oui :46 (25,4%) non: 135	oui: 292 (21,4%) non: 1073	p= 0,2565

Il apparaît que les sérologies positives au VIH sont en nette diminution entre les années 2006 et 2007 et l'année 2009 à Nantes.

A Nantes en 2009 on constate également une diminution importante (près de 2,6 fois moins) et significative du partage du coton ou du filtre et des difficultés à s'injecter par rapport aux années 2006 et 2007 au niveau national. Aussi nous constatons une nette diminution des gonflements des mains ou des avant-bras.

Discussion - Conclusion

1- Intérêts et limites de l'étude de la base de données des CAARUDs

Cette étude permet un recueil important de données dont ne disposaient pas les CEIPs et donc une évaluation originale de l'usage et du mésusage des médicaments et des drogues.

Les usagers sont classés selon leur mode principal de consommation, à savoir les modes 1 pour « injection », mode 2 pour « fumé, inhalé », mode 3 pour « ingéré » et mode 4 pour « sniffé ». C'est la notion du pire risque et non un classement par substance. Cette classification est innovante dans le domaine de l'évaluation des substances ou en général on étudie une population consommatrice d'une substance donnée et à l'intérieure de celle-ci, on décrira les modes d'administration.

Ce classement présente des avantages.

a) Etudier deux populations distinctes.

Notre étude a permis de comparer deux populations différentes : les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV) et les usagers de drogues par voie nasale. Ces derniers semblent plus désocialisés ; en effet 67% d'entre eux vivent en logement provisoire (*versus* 56% chez les UDIV), 33% n'ont aucune ressource (*versus* 26% chez les UDIV) et 80% n'ont aucune situation professionnelle (*versus* 71.5% chez les UDIV).

Ceci peut s'expliquer par une plus grande proportion de sujets jeunes (35% de moins de 25 ans chez les usagers par voie nasale *versus* 28% chez les UDIV). Cette population plus jeune a aussi un niveau d'étude moyen inférieur : 77% des usagers par voie nasale n'ont pas atteint le niveau du BAC, *versus* 70% chez les UDIV. Néanmoins, même si en général la désocialisation est plus marquée chez les usagers par voie nasale, on observe une tendance de critères de désocialisation sévère plus marqués chez les UDIV ; en effet 26% d'entre eux vivent en squat *versus* 19% chez les usagers par voie nasale. Cette fraction des injecteurs très désocialisée est caractéristique des sujets consommateurs d'opiacés. Ces substances entraînent rapidement des conséquences sociales importantes, du fait de leur coût mais aussi de l'incapacité des sujets à travailler. Les consommations d'héroïne sont plus marquées chez les UDIV, avec une consommation inquiétante chez les hommes de moins de 25 ans (90% *versus* 52% chez les plus de 25 ans). Les médicaments opiacés aussi sont plus retrouvés : 40% d'injecteurs de SKENAN®, 18% de consommateurs de méthadone et 59% de consommateurs de SUBUTEX® (*versus* 37% chez les usagers par voie nasale).

Cette désocialisation plus importante des sujets jeunes est retrouvée dans le groupe des UDIV chez les femmes. Le groupe des femmes UDIV est plus jeune que celui des hommes UDIV (51% de plus de 25 ans chez les femmes *versus* 79% chez les hommes), et on retrouve les mêmes critères de désocialisation que chez les usagers par voie nasale.

Les « sniffeurs » ont tendance à avoir une consommation abusive de plus de produits : 56% consomment de l'alcool (*versus* 48% chez les UDIV), 39% consomment plus de 10 verres par jour (*versus* 29% chez les UDIV). Les consommations de cannabis sont aussi plus fréquentes : 60% de consommateurs de joints et 26% de douilles (*versus* 50% et 21% chez les UDIV). Les injecteurs sont le plus souvent des sujets dépendants aux opiacés, produits qui entraînent une centration importante du sujet et une certaine « exclusivité » vers des produits injectables. Lorsqu'ils ne pourront se procurer leur produit de prédilection, les injecteurs pratiqueront une substitution « sauvage » vers d'autres produits qu'ils pourront s'injecter. C'est d'ailleurs chez les UDIV que l'on retrouve le plus de détournements d'usage de médicaments.

b) Avoir des notions que l'on n'a pas ailleurs.

Ces données issues de structures de réduction des risques sont très intéressantes pour l'évaluation des CEIPs. Les enquêtes épidémiologiques classiquement utilisées (OPPIDUM, OSIAP, OPEMA, ASOS) concernent des sujets dans une démarche de soin. Les données présentées ici sont complémentaires car elles émanent d'usagers et non de patients engagés dans une démarche de soins. Cette étude permet d'obtenir des informations pertinentes sur les risques de pharmacodépendances et d'abus, les tendances du moment à Nantes et les médicaments concernés. Par exemple, on retrouve le *RIVOTRIL®* injecté ; cette notion a été essentielle lors de la prise de décision concernant ce médicament qui depuis septembre 2011 est soumis à une partie de la réglementation des stupéfiants et sa prescription doit être réalisée sur une ordonnance sécurisée.

Nous avons vu la place forte des études pharmaco-épidémiologiques transversales (OPPIDUM, OSIAP, OPEMA) dans l'évaluation du potentiel de dépendance des médicaments et substances. L'enquête auprès du CAARUD nantais présente un intérêt particulier dans la recherche des risques et d'abus car elle constitue une enquête épidémiologique longitudinale détaillée sur une année complète.

La notion de prix dans la rue est aussi intéressante et inédite. Au cours du développement des médicaments, cette méthode de valeur donnée à une substance est utilisée pour évaluer le potentiel de dépendance. Dans la vraie vie, le prix d'un médicament dans la rue peut être le reflet de la valeur que lui donnent les usagers. Le prix est aussi le reflet de la disponibilité de ce médicament dans une région. On notera à titre d'exemple, que dans notre étude, le SUBUTEX®, apparemment plus facile à obtenir par prescription est vendu à un prix conforme au Vidal®, ce qui n'est pas le cas du SKENAN® dont les prescriptions sont moins systématiques et d'un usage hors AMM.

On peut aussi connaître les différents modes d'obtention d'un MSO (prescription seule, prescription complétée ou obtention dans la rue uniquement). Nous savons combien de prescriptions ne sont pas remboursées et aussi qui sont les prescripteurs (médecins de ville, médecins de centres de soins spécialisés, ou médecins du CHU).

Un autre apport de cette base de données est de permettre d'étudier la part, chez des usagers qui ne sont dans aucun système de soin, des médicaments prescrits et des médicaments obtenus dans la rue via le marché noir. Nous avons vu dans l'étude des

moyens d'obtention des MSO des parts très importantes d'obtention de médicaments dans la rue. On a distingué les usagers pour lesquels ce mode d'obtention est exclusif, et ceux qui complètent leurs prescriptions grâce au marché de rue.

Chez les injecteurs l'obtention de SUBUTEX® de rue uniquement concerne 33/108 soit 30,5% des usagers et les compléments de prescriptions 6/37 soit 26% des usagers. Si l'on s'intéresse au total de la prise de SUBUTEX® au marché noir, nous avons 61/108 obtentions ce qui fait 56,5% des usagers. C'est donc une majorité de SUBUTEX® chez ces usagers fréquentant les CAARUDs qui est retrouvée dans la rue. Dans le même raisonnement, chez les « sniffeurs » plus de 51% du SUBUTEX® est obtenu dans la rue. Néanmoins, si la moitié des obtentions ont lieu dans la rue, ceci signifie qu'il y a une prescription pour l'autre moitié, suivie d'une délivrance de médicaments en officine. Il serait important que les professionnels de santé puissent identifier ces patients, afin que lors de cette rencontre ils puissent inciter le sujet à élaborer un projet de soin.

En ce qui concerne le SKENAN® les chiffres sont alarmants puisque l'on retrouve 73,6% d'obtentions dans la rue chez les injecteurs (sur N=72) et même 5 usagers sur les 6 consommateurs pour les « sniffeurs ».

Enfin concernant la méthadone les chiffres sont surprenants vu les modalités de prescription, beaucoup plus rigoureuses. 12/33 obtentions de méthadone (36,4%) se font au marché de rue pour les UDIV et 4/9 soit plus de 44,4% chez les usagers « sniffeurs ».

Ce classement présente des inconvénients.

a) Difficultés à analyser une substance.

Comme il n'y a pas de classement par substance l'évaluateur ne peut savoir combien de sujets consomment telle substance, par exemple le SUBUTEX® (une personne peut consommer le SUBUTEX® de plusieurs façons différentes). On peut répertorier les modes de consommations à défaut du nombre de consommations dans chaque population ou pour chaque personne.

Aussi il manque des données sur les prix des médicaments obtenus dans la rue. La base de données n'informe pas le prix de tous les dosages sur tous les MSO et peu de réponses sont déclarées, ce qui révèle une moyenne de prix, lorsqu'elle est possible, pas assez représentative.

b) Problème de l'évaluation.

L'étude montre une absence de données sur les médicaments pris par voie orale. La RdR s'attache plus à l'injection et au sniff qu'aux consommations de médicaments pris par voie orale, alors que ceux-ci sont justement d'une importance forte pour les évaluateurs des CEIPs puisqu'ils sont pris en général en mésusage, et de façon concomitante avec les autres drogues. Ainsi nous ne pouvons évaluer le risque des interactions entre les substances psychoactives ni les pharmacodépendances impliquées par ces médicaments psychotropes ni même le détournement de ces médicaments, listés et donc nécessitant une prescription médicale. La base de données du CAARUD nécessiterait un formulaire de recueil plus détaillé au niveau des médicaments associés à la prise de drogues et de MSO tels que les benzodiazépines anxiolytiques, les antidépresseurs ou le *RIVOTRIL®* par exemple, qui ont un effet psychotrope, de surcroît en association.

La base de données ne mentionne pas les associations de drogues, les croisements ne peuvent être vus car on ne sait pas ce qu'un usager en particulier consomme exactement (les médicaments et leurs quantités). Aussi, en dehors des consommations d'alcool, de tabac et de cannabis nous n'avons pas de données sur les quantités prises de chaque médicament ou drogue, MSO compris. Nous avons en revanche des données sur le nombre de « sniffs » ou d'injections par jour, mais il s'agit bien de nombre de consommations générales qui ne sont pas corrélées à une ou des substance(s) données.

Il faudrait modifier le mode de recueil, délibérément orienté aujourd'hui sur la règle du « pire risque », pour disposer de plus de données sur les parcours individuels des usagers.

2- Politique de réduction des risques

- Réduction des risques : efficacité des CAARUDs.

Au niveau des conséquences négatives et des risques encourus par les usagers de drogues, les enquêtes montrent que les CAARUDs permettent une baisse de prise de risque et de problèmes de santé dans certains domaines. Le CAARUD nantais semble avoir une action particulièrement efficace en terme de réduction des risques.

La sérologie dans notre étude indique un nombre de cinq séropositifs au VIH sur 240 usagers ayant effectué le test et dont le résultat est connu, ce qui fait au total 2,1% de VIH+. D'après l'enquête ENa-CAARUD, parmi ceux qui ont effectué un test et dont le résultat est connu les VIH+ étaient 7,17% en 2006. Notre pourcentage de 2,1 % à Nantes en 2009 est nettement inférieur ($p=0,0041$). **Il y a donc significativement moins de VIH+ chez les usagers de drogues fréquentant le CAARUD Nantais en 2009 qu'au niveau national en 2006 et 2007.**

D'après les études comparatives entre l'enquête nationale 2006/2007 et l'enquête 2009 au CAARUD nantais, il y aurait significativement **moins de difficultés à s'injecter en 2009 parmi les usagers de l' « Acôthé »** ($p<0,0001$). De même pour les gonflements des mains et avants bras. ($p=0,0310$). On notera également une **tendance ($p=0,0846$) à la baisse des gonflements des pieds et des jambes**. Le reste n'est pas significativement différent du point de vu statistique ($p>0,05$). La notification moindre de ces problèmes peut être là encore liée à une action d'information sur les modalités d'injection à risque du CAARUD nantais.

Le partage de seringue n'est pas significativement différent ($p=0,4483$) (6,36% et 8,3% pour $N= 174$ et $N= 1372$). En ce qui concerne le partage du petit matériel on retrouverait uniquement une **différence concernant le partage des**

cotons ou filtres, avec à Nantes 28% de partage contre 10,9% dans l'enquête ENaCAARUD 2006 ($p < 0,001$).

- Présence des CAARUDs.

La présence des CAARUDs uniquement dans les centres des grandes villes est une limite à la réduction des risques. Les CEIPs gèrent les régions dans leur totalité mais l'enquête sur le CAARUD nantais concerne les populations de quartiers centraux de Nantes et ne reflète pas en totalité ce qui se passe à la campagne ou dans les petites villes de la région. Or la population des CAARUDs est très désocialisée et ne dispose pas de moyens de locomotion. Il serait fondamental de développer davantage de structures de ce type avec une répartition plus homogène afin de cibler une population plus large.

- Rôle du pharmacien d'officine dans la réduction des risques

Le pharmacien peut intervenir en tant qu'acteur de réduction des risques dans deux situations :

- lorsqu'il délivre du matériel de réduction des risques
- lorsqu'il est amené à délivrer des informations, concernant les structures de réduction des risques ou lors de la délivrance de médicaments de substitution.

En ce qui concerne le rôle du pharmacien dans la réduction des risques de première ligne, on peut noter 2 éléments principaux :

- D'une part les pharmacies devraient disposer de kits Steribox® ou Sterifilt® tout comme les centres CAARUDs. La plupart disposent de Steribox® qu'elles vendent au prix de 1 euro (par ailleurs jugé encore trop cher par certains toxicomanes) mais beaucoup trop de pharmacies n'ont pas le Sterifilt® et ne souhaitent pas en vendre. Or, outre les pharmacies, seuls les CAARUDs et les distributeurs qu'ils gèrent (en réalité pas assez nombreux et toujours vides d'après les usagers) sont susceptibles de distribuer les kits de préventions et d'apporter des messages de préventions de base. Ce qui a été notifié lors de l'enquête auprès du CAARUD nantais et qui est paradoxal, c'est que sur 264 usagers fréquentant le CAARUD, deux seulement soit 0,75% ont connu cet établissement par l'intermédiaire de pharmaciens (le chiffre est de 0 pour les médecins). **Pourquoi alors les pharmacies qui ne désirent pas accueillir les populations d'usagers de substances psychoactives ne les enverraient-ils pas vers ces structures d'accueil spécialisées dans la réduction des risques avec des éducateurs formés et qui mettent à disposition des kits pour injection ou sniff, des garrots, des préservatifs etc. gratuitement.**

- En second lieu, donc, il devient naturel de noter que les pharmaciens n'ont pas tous la connaissance de la présence des ces établissements « bas seuil » dans leur ville et que s'ils remplissent bien leur rôle d'acteur de santé dans le protocole de substitution pourtant rigoureux lorsqu'ils suivent des patients engagés sérieusement dans une procédure de soins, ils n'apparaissent pour la plupart pas comme de bons acteurs de

réduction des risques auprès des usagers tels que ceux qui fréquentent les CAARUDs, à savoir les plus marginalisés et les plus précarisés. Il faut reconnaître qu'il n'existe de toute façon pas de Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues dans toutes les villes, seulement dans la plupart des grandes villes. Pour exemple il n'y a que cinq CAARUDs en Loire Atlantique. Là où les CAARUDs sont absents il y a sûrement moins d'usagers de drogues précaires mais on peut supposer que ceux qui n'ont pas accès aux structures bas seuil auraient alors comme structure la plus facile d'accès les pharmacies. Il faudrait donc proposer une formation ou inciter les pharmaciens à ne pas laisser en marge les usagers du quartier lorsqu'il n'y a pas de structure de RdR et les inciter à les envoyer en centres CAARUDs lorsqu'ils existent.

En ce qui concerne la délivrance des médicaments de substitution :

Les relations entre médecins, pharmaciens et usagers de drogues sont délicates. Une relation de confiance est nécessaire entre le personnel soignant et le toxicomane tant du point de vue de la prescription par le médecin, de la dispensation par le pharmacien et de l'observance par le patient dépendant. Nous devons insister sur l'échange d'informations entre les médecins et les pharmaciens qui favorise la réussite du programme de soins des pharmacodépendances aux opiacés. Il existe un comité de suivi des traitements de substitution au sein duquel le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins et le Conseil régional de l'Ordre des Pharmaciens sont impliqués.

Nous allons rappeler en détail le respect rigoureux des règles de prescriptions, de délivrance, des adaptations de ces modalités et la vigilance particulière à l'égard de toute tentative de détournement ou de fraude. Aussi nous parlerons concrètement de la place du pharmacien dans la continuité du parcours de soins mais aussi dans la place qu'il peut apporter dans la réduction des risques au même titre que les missions de type « bas seuil ».

Les MSO, méthadone et BHD sont soumis à la réglementation des stupéfiants. L'ordonnance est sécurisée. La durée maximale de prescription de la méthadone est de 14 jours et celle de la BHD est de 28 jours. Le fractionnement de la délivrance par le

pharmacien est recommandé sauf si le médecin accorde une délivrance non fractionnée à son patient. Le nom du pharmacien doit être défini sur l'ordonnance et si le patient veut changer de pharmacien le patient doit avertir son médecin qui fera une nouvelle ordonnance. De même, la méthadone étant à prescription initiale particulière, le médecin de ville prenant le relais doit être choisi en accord avec le patient et l'ordonnance du médecin prescripteur initial doit mentionner le nom de ce médecin traitant. La primo-prescription doit être renouvelée tous les 6 mois.

- le rôle et les conseils du pharmacien :

Ils sont définis dans les recommandations émises par l'Afssaps en juin 2004, à propos de la pratique clinique de la réduction des mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés.

Il est recommandé au pharmacien de ville :

- de **réitérer les informations concernant le MSO prescrit**, en particulier la voie spécifique d'administration (sublinguale pour la buprénorphine et orale pour la méthadone) et la prise unique journalière. La dangerosité des MSO, en particulier de la méthadone, pour les personnes non dépendantes des opiacés (notamment les enfants) et la nécessité d'un stockage sécurisé doivent être rappelées (des conditionnements sécurisés pour les enfants sont à développer) ;
- de délivrer le MSO, quel qu'il soit, de façon quotidienne (**fractionner la délivrance**), selon l'ordonnance du prescripteur, en particulier en début de traitement ou lors de difficultés ultérieures, y compris parfois les traitements associés ;
- de **vérifier l'ordonnance nominative** émise par le CSAPA ou l'établissement de santé en cas de dispensation de méthadone en ville ;
- de **délivrer le nombre exact de comprimés de buprénorphine prescrits**, si nécessaire après **déconditionnement**, comme le permet la réglementation ;
- de rester en contact régulier avec le médecin prescripteur pour **l'informer de l'évolution du patient** ;
- de prévenir le médecin prescripteur en cas de **constatation de falsifications** ou de **vols d'ordonnances**, de rythmes de **dispensation trop ou pas suffisamment**

rapprochés ou de l'existence de **multiples prescripteurs** ;

- **de faire une copie des ordonnances falsifiées et de les adresser au Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) correspondant.** (Liste disponible sur le site de l'Afssaps, www.afssaps.fr et dans le dictionnaire VIDAL®).

Qu'il s'agisse de la délivrance de la méthadone ou de la BHD, le pharmacien doit faire face à certaines contraintes. On peut satisfaire facilement à plusieurs d'entre elles mais d'autres seront en revanche plus difficiles à assumer :

- **acceptation de la marginalité des patients dont la prise en charge nécessite une délivrance fréquente des produits stupéfiants ;**
- **obligation d'un espace de confidentialité, surtout que le pharmacien est amené à voir fréquemment le patient,** souvent beaucoup plus que le médecin d'ailleurs ;
- assistance psychologique du patient (une formation appropriée semble nécessaire) ;
- instauration d'un **dialogue permanent avec le patient, le médecin, l'éducateur et le psychologue ;**
- explication au malade des modalités techniques et des contraintes de ce type de traitement de substitution, ainsi que celles de la stratégie globale de la prise en charge et ses limites ;
- **vigilance concernant la consommation d'autres produits et du risque de rechute.** Il faut savoir que des substances comme le mannitol, le paracétamol, la caféine ou encore la codéine sont utilisées par les dealers pour « couper » leurs drogues (diluants). Aussi les benzodiazépines sont utilisées comme complément en cas de pénurie de drogues, les comprimés de Temgésic® sont facilement hydrosolubles donc injectables, le Maalox® renforce l'effet de l'ecstasy et des amphétamines, et les héroïnomanes utilisent de l'acide citrique ou de l'acide ascorbique (vitamine c) pour dissoudre l'héroïne (et s'ils ne peuvent pas obtenir ces produits en pharmacie ils utiliseront par exemple du jus de citron souvent infecté par des champignons).
- savoir avertir que l'association à certains médicaments expose à des effets délétères ;
- **renforcer le contrôle de la prise sublinguale de la buprénorphine : une dispensation quotidienne contrôlée en préconisant l'absorption à l'officine est**

recommandée chez un patient injecteur ou « sniffeur » de buprénorphine...En cas d'impossibilité ou d'échec, la prescription de méthadone est une possibilité à prendre en compte car le risque d'injection est beaucoup plus faible. (*Conseils à l'officine, JP Belon, 7^{ème}.éd. Masson*). (La méthadone dans cette étude et globalement dans toutes les enquêtes OPPIDUM est quasiment toujours prise par voie orale, très marginalement sniffée.)

Conclusion :

Après avoir analysé les données du CAARUD nantais en 2009, nous pouvons affirmer l'intérêt de l'analyse des données issues des structures de bas seuil pour l'évaluation du potentiel de dépendance des substances. En effet, notre étude a permis de comparer deux populations différentes, les UDIV et les « sniffeurs ». Les caractéristiques de consommation de substances de ces deux groupes diffèrent : les « sniffeurs » ont tendance à avoir des polyconsommations abusives quotidiennes en quantité très importante de tabac, d'alcool et de cannabis. Ils s'initient très jeunes à ce mode de consommation par voie nasale, avec une consommation importante de cocaïne, d'héroïne et de SUBUTEX®. Les UDIV sont le plus souvent des sujets dépendants aux opiacés (héroïne et beaucoup de médicaments opiacés), produits qui entraînent une concentration importante du sujet et une certaine « exclusivité » vers des produits injectables. On retrouve beaucoup de détournements d'usage de MSO et autres médicaments dans cette population. Les données présentées sont complémentaires de celles émanant des enquêtes d'évaluation classiquement utilisées au sein des CEIPs. L'enquête auprès du CAARUD nantais constitue une enquête épidémiologique détaillée sur une année complète et est effectuée auprès d'usagers non engagés dans une structure de soin. Nous pouvons connaître les différents modes d'obtention des MSO et les prescripteurs. Le détournement des médicaments et le prix de ceux-ci dans la rue, qui fournit une grande partie des usagers, sont des renseignements inédits et intéressants pour l'évaluation des abus et du mésusage. Cependant, il faudrait modifier le mode de recueil, délibérément orienté sur la règle du « pire risque » actuellement, pour disposer de plus de données sur les parcours individuels des usagers, l'évolution de leur consommation personnelle au cours d'une année par exemple et les notions de dépendance et d'association aux médicaments anxiolytiques ou aux drogues illicites, dangereuses notamment en cas d'utilisation concomitante. L'intérêt porté aux médicaments pris par voie orale est moindre par rapport à l'intérêt porté aux injections et aux « sniffs ».

Cette amélioration du recueil, un maillage régional des CAARUDs plus homogène sur le territoire et une meilleure connaissance de ces structures par les professionnels de santé auraient des répercussions importantes en terme de santé publique.

Références bibliographiques

Par ordre alphabétique :

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), ANAES, service des recommandations professionnelles, recommandation pour la pratique clinique : réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés ; juin 2004 ; Portail des Agences Sanitaires. www.afssaps.fr, site consulté en 07/2010

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), [www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Pharmacodependance-Addictovigilance/\(offset\)/0](http://www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Pharmacodependance-Addictovigilance/(offset)/0). Site consulté en 06/2010.

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), [www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Champ-d-application/\(offset\)/2](http://www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Champ-d-application/(offset)/2). Site consulté en 06/2010.

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), rapport d'activité 2006, [www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Organisation/\(offset\)/1](http://www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Organisation/(offset)/1). Site consulté en 06/2010

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), www.afssaps.fr: résultats 2009 de l'enquête OPPIDUM. Site consulté en 07/2011.

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), afssaps.fr, Mise au point, octobre 2011 : Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage (BHD). Site consulté le 15/11/2011.

Allain et al., 1999 ; Les récepteurs aux opiacés, 1999 ; www.med.univ-rennes1.fr

asud.org, substitution, article de janv.2009, asud.org/substitution/index.php. Site consulté en 06/2010.

Belon Jean Paul, Conseil à L'officine, 7^{ème} édition Masson.

Brilloit Petit et al ; 1996 ; Brilloit Petit C, Bomtemps H, Eysseric H, Calop J, Morphine, morphinomimétiques et produits de substitution ; Médicaments ; Le moniteur Internat, Editions Groupe Liaison SA, 1996 ; 6 : 221-238.

Fédération française d'Addictologie (FFA), www.addictologie.org.

fehap.fr, circulaire du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie. Site consulté le 08/06/2010.

Frémont 2003, Frémont C. ; SUBUTEX® la grande illusion ; Les cahiers de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Nantes ; N°1 ; octobre 2003.

Girard, G., G. Bosher, and C. Amar, Rapport TREND, Site de Rennes (Bretagne), 2008-2009, Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances.

Guerlais 2005, Guerlais Marylène : Le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des sujets pharmacodépendants, Thèse de doctorat de pharmacie, Faculté de Pharmacie, Université de Nantes, 2005, 139p

Haute Autorité de Santé, has-sante.fr, Conférence de consensus 2004, Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution.

Katsung 2006, Pharmacologie fondamentale et clinique, 9^{ème} édition, 2006, édition Piccin.

Laure P 2004, Détournement des médicaments prescrits en pneumologie : quelques exemples, Info respiration n°60, 2004.

Lôo et al.,1995 ; Lôo H, Dugarin J, Rémi-Bouissière P ; Traitement de substitution par la méthadone ; Rev Prat 1995 ; 45 : 1378-81

MACSF : macsf.fr/vous-informer/responsabilite-prescription-hors-amm. Site consulté en 06/2010.

Manceron 2007, Manceron Marie-Morgane : Le détournement d'usage des médicaments à la recherche d'un effet psychique positif : identification, effets recherchés et implication du pharmacien d'officine, Thèse de doctorat de pharmacie, Faculté de Pharmacie, Université de Nantes, 2007, 126p

Marianne Storogenko, [pistes.fr, pistes.fr/swaps/11_116.htm](http://pistes.fr/pistes.fr/swaps/11_116.htm). Site consulté en 07/2010.

Marquet P et al., 2001 : La buprnénorphine haut dosage 1^{ère} partie. La lettre du pharmacologue, 2001, vol 15 ; 3 : 38-48.

Marquet P et al., 2001 : La buprnénorphine haut dosage 2^{ème} partie. La lettre du pharmacologue, 2001, vol 15 ; 4 : 62-7

Moulin, 1998 ; Moulin M ; Pharmacologie Abrégés, Editions Masson.

Moulin et Coquerel, 2002 ; Moulin M, Coquerel A ; Pharmacologie Abrégés, connaissance et pratique 2002 ; 2^{ème} édition ; Editions Masson.

Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) : Rapport TREND (Tendances Récentes Nouvelles Drogues) : Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD 2008, octobre 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf). Site consulté en 06/2010.

Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), FOCUS de janvier 2010, Les CAARUD en 2006 et 2007, rapport de l'enquête nationale ASA CAARUD 2006-2007, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxmcpc.pdf). Site consulté en 06/2010.

Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) : Rapport TREND (Tendances Récentes Nouvelles Drogues) : DROGUES ET USAGES DE DROGUES en France, ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES RÉCENTES 2007-2009, janv. 2010, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf. Site consulté en 06/2010.

Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), TENDANCE, article de mai 2008, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxato5.pdf. Site consulté en 06/2010.

Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), TENDANCE N°37, juin 2004 : Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004, www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxack6.pdf, site consulté en 07/2010.

OPPIDUM, Enquête OPPIDUM 2010, données internes du CEIP.

Page et al., 1999 ; Page, Curtis, Sutter, walker, Hoffman ; Pharmacologie Intégrée 1999 ; Traduction de la 1^{ère} édition anglaise par Georges Cheymol ; Editions Deboeck Université.

pharmacologie.edimark.fr, la lettre du pharmacologue, le réseau des CEIP.

Safe.asso, association pour la prévention des risques des usagers de drogues. www.safe.asso.fr/www2, « Qu'est ce que la réduction des risques ? ». Site consulté en 06/2010.

Victorri-Vigneau et Joliet P, 2002 ; Circuits neurophysiologiques et pharmacologie de la dépendance, Mémoire pour le certificat de pharmacologie cellulaire, pharmacogénétique et pharmacocinétique ; Université de Nantes ; 2002.

Vidal®, dictionnaire 2004, édition Vidal®.

Vidal®, dictionnaire 2009, édition Vidal®.

Vidal®, dictionnaire 2010, édition Vidal®.

Listes des annexes

Annexe n°1 : formulaire de type questionnaire directif, élaboré par l'équipe du CAARUD « l'Acôthé », qui a permis le recueil des données pour la création de la base de donnée Excel.

Annexe n°2 : fiche de renseignements des centres d'enquête OPPIPUM d'octobre 2010.

Annexe n°3 : poster des 6^{ème} ateliers de la pharmacodépendance et addictovigilance de Biarritz, les 25 et 26 octobre 2010.

Annexe n°1

CAARUD "L'Acôthé" PREMIER CONTACT

Vous connaissez LE CAARUD "L'Acôthé" depuis : ### ☐ 08 ☐ 07 ☐ 06 ☐ 05 ☐ 04 ☐ 03 ☐ 02 ☐
 si avant 2002, dire quelle année _____

Comment avez-vous connu LE CAARUD "L'Acôthé" : _____

Sexe : H ☐ F ☐ **Age :** _____ **PRENOM :** _____

couverture sociale : ☐ sécurité sociale seule ☐ CMU ☐ ALD ☐ rien
 ☐ Sécu. + couverture complémentaire ☐ Sans AME ☐ Avec AME

LOGEMENT - situation actuelle

Domiciliation : ☐ CCAS ☐ MAJ ☐ "PERSO" ☐ FAMILLE ☐ RIEN

UDVI
SNIF
FUMEUR CANABIS
FUMEUR AUTRES
GOBEUR
CRACKEUR
autres
Rien

Durable 1 ☐ indépendant 2 ☐ Chez de: proches 3 ☐ Durable en institution	Provisoire 4 ☐ chez des proches 5 ☐ Provisoire en institution 6 ☐ SDF 7 ☐ Squatt	Entourage : vit 1 ☐ Seul(e) 2 ☐ Avec ses parents 3 ☐ enfant 4 ☐ a charge 5 ☐ Avec conjoint 6 ☐ avec conjoint + enfants 7 ☐ Avec des amis Autres _____
--	---	---

ORIGINE DES RESSOURCES

1 ☐ Revenus emplois (et/ou retraites/pensions inv.)
2 ☐ ASSEDIC
3 ☐ AAH
4 ☐ Alloc. Parent Isolé
5 ☐ Ressources provenant d'un tiers
6 ☐ RMI
7 ☐ Rien

SITUATION PROFESSIONNELLE

1 ☐ C.D.I.
2 ☐ C.D.D.
3 ☐ Etudiant, élève, stagiaire
4 ☐ Chômage
5 ☐ Autre _____

ETUDES : Niveau

1 ☐ Pas terminé le primaire
2 ☐ Primaire
3 ☐ Brevet des collèges
4 ☐ BEP, CAP
5 ☐ BAC
6 ☐ BAC +2
7 ☐ au delà BAC + 2

si conso. d'alcool quotidienne **si conso. de tabac au quotidien** **si conso. de cannabis quotidienne**
Nbre de verres/jour _____ Nbre de cigarettes/jour _____ Nombre de joint _____
nombre de douille _____

PRODUITS CONSOMMES DANS LES 3 DERNIERS MOIS

MODE

Codification mode de consommation :

1	Injecté	4	Sniffé
2	Fumé/inhalé	5	Autres
3	Mangé/bu	6	Basé

FREQUENCE

1	1/Mois	4	Chaque jour
2	1/Semaine au moins	5	Autre
3	2 à 6/Semaine		

Opiacés

	AGE conso.	FREQUENCE
Héroïne		
Subutex		
Méthadone		
Skénan/Moscontin		
Opium/Rachacha		
Codéine/Néocodion		

Hallucinogènes

	MODE	AGE conso.	FREQUENCE
LSD			
Champignons hall.			
Kétamine			
GHB (Gamma OH)			
Datura			
Salvia divinorum			
DMT:ayahuasca			

Stimulants

	MODE	AGE conso.	FREQUENCE
Cocaïne			
Crack/Free base			
Amphétamines			
Ecstasy(MDMA et Dérivés)			
Méthamphétamine			
(Ice/Yaba/Crystal meth etc...)			
Poppers			
Cannabis			
Colles/solvants			
Alcool			

Médicaments (hors opiacés)

	MODE	AGE conso.	FREQUENCE
Rivotril			
Rohipnol			
Valium			
Xanax/Tranxene/Téresta			
Artane			

CAARUD "L'Acôthé"

PREMIER CONTACT

1 G HEROINE		SUBUTEX	0,4	2	8	SKENAN	10	30	60	100	300
1 G COCAINE											

CRACK/FREE BASE UNE DOSE		METHA	10	20	30	40	50	60	70	80	90
-----------------------------	--	-------	----	----	----	----	----	----	----	----	----

SHIT	BARETTE	SAVONNETTE	KILO
------	---------	------------	------

si injection et/ou sniff au moins une fois dans ta vie:

Age de la première injection: Age du premier sniff:

Si partage au cours des 3 derniers mois (même une seule fois) bcp de NR

seringues ☐ oui
☐ Non
☐ Ne sait pas

matériel ☐ de l'eau de préparation
☐ de l'eau de rinçage
☐ des cuillères
☐ des cotons/filtres
☐ du produit

Nombre shoots/jour
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 plus

Problèmes dus à l'injection :

☐ Abscès cutanés
☐ "Poussière"
☐ Difficultés à s'injecter
☐ Bleus/hématomes

☐ Veine bouchée, thrombose, phlébite
☐ Gonflement des mains et avant bras
☐ Gonflement des pieds et des jambes
☐ autres

Combien de fois réutilises tu ta propre seringue 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 plus

Si partage au cours des 3 derniers mois (même une seule fois)

paille ☐ oui
☐ Non
☐ Ne sait pas

matériel ☐ de la paille
☐ du produit

Nombre sniffs/jour
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 plus

Problèmes dus au sniff :

☐ Crouttes
☐ Perforation

☐ Irritation
☐ Infection
☐ Saignement

Avez-vous un tatouage ? ☐ Oui ☐ NonAvez-vous un piercing ? ☐ Oui ☐ Nonsi oui, fait par un tatoueur ? ☐ Oui ☐ Nonsi oui, fait par un perceur ? ☐ Oui ☐ Non

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACES EN COURS (prescription médicale uniquement)

☐ Méthadone
☐ Subutex, Buprénorphine ARROW
☐ générique subutex
☐ Skenan
☐ Autre

Prescrit par : ☐ Médecin CSST
☐ médecin de ville
☐ CHU

Le traitement vous est-il remboursé ?

☐ Oui ☐ Non

Achetez-vous de la méthadone dans la rue ?

☐ Non ☐ Occasionnellement ☐ systématiquement

Achetez-vous du subutex dans la rue ?

☐ Non ☐ Occasionnellement ☐ systématiquement

Achetez-vous du skenan dans la rue ?

☐ Non ☐ Occasionnellement ☐ systématiquement

Délai entre la première prise de substitution et première prescription (en année)

subutex 1 2 3 4 6 7 8 9 10 plus

metha 1 2 3 4 6 7 8 9 10 plus

skenan 1 2 3 4 6 7 8 9 10 plus

TEST DE DEPISTAGE VIH / VHC

si dépistage lieu RDR CDAG LABO Hospitalisation prison

VIH ☐ Pas de test
☐ Résultat positif
☐ Résultat négatif
☐ Résultat inconnu

date du dernier test
mois année

VHC ☐ Pas de test
☐ Résultat positif
☐ Résultat négatif
☐ Résultat inconnu

date du dernier test
mois année

Traitement prescrit ☐ Oui ☐ NonTraitement prescrit ☐ Oui ☐ NonVaccination VHB ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pasAvez-vous été hospitalisé(e) dans un service de psychiatrie durant votre vie ? ☐ Oui ☐ NonPour un sevrage ☐ Oui ☐ NonRisquez-vous d'avoir des soucis avec la justice dans l'année ? ☐ Oui ☐ NonIncarcération dans l'année ? ☐ Oui ☐ Non

Connaissez vous

MAJ ☐ Oui ☐ Non
les restos ☐ Oui ☐ Non
Brin de causette ☐ Oui ☐ Non
Aides ☐ Oui ☐ Non
La fraternité ☐ Oui ☐ Non
Pierre Landais ☐ Oui ☐ Non
Autres : _____

Maison Bleue ☐ Oui ☐ Non
Ancre ☐ Oui ☐ Non
Claire Fontaine ☐ Oui ☐ Non
CHRS ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous été en contact avec le CSST l'année dernière
objet de la demande

☐ Oui ☐ Non
☐ hébergement
☐ justice
☐ psy
☐ social

☐ metha
☐ sub
☐ skenan

vous avez vu

☐ service social
☐ servise psy
☐ service medical

a ce jour etes vous toujours suivi au CSST

☐ Oui ☐ Non

si non pourquoi

et cette année?
objet de la demande

☐ Oui ☐ Non
☐ hébergement
☐ justice
☐ psy
☐ social

☐ metha
☐ sub
☐ skenan

vous avez vu

☐ service social
☐ servise psy
☐ service medical

a ce jour etes vous toujours suivi au CSST

☐ Oui ☐ Non

si non pourquoi

intervenant:
date:

Annexe n°2

[illegible]

Intérêt de l'étude des données des CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) dans l'évaluation du potentiel de dépendance des substances

Caroline Victorri-Vigneau^{*,**}, Marylène Guerlais^{*}, Marie Gérardin^{*}, Morgane Rousselet^{*,**}, Benoît Lochon^{*}, Pascale Jolliet^{*,**}

^{*} Service de Pharmacologie Clinique, CEIP-Addictovigilance, CHU de Nantes

^{**} Equipe d'accueil 4275 : Biostatistiques, Recherche Clinique et Mesures Subjectives en Santé

INTRODUCTION

Les CEIP utilisent très peu les données concernant des usagers fréquentant les structures de bas seuil; peu d'informations sont actuellement disponibles sur leurs consommations. Or les données issues de ces structures pourraient être un apport dans l'évaluation des médicaments et des substances.

Ce travail constitue une première approche de l'analyse des données issues d'une structure de bas seuil, le CAARUD de Nantes.

METHODE

Le CAARUD a élaboré un recueil de données sur tous les usagers ayant fréquenté le centre.

Des questionnaires directs et anonymes explorant plusieurs domaines (socio-démographiques, socio-professionnels, modalités de consommation, obtention et prix des substances, données sanitaires...) ont été remplis en face à face avec les usagers de drogues.

Ceux-ci sont classés en fonction du « pire risque » : Usagers de Drogue par Voie Intraveineuse (UDIV) (qui peuvent aussi utiliser d'autres modes d'administration), sniffeurs (qui peuvent également utiliser d'autres modes d'administration mais ne sont pas UDIV).

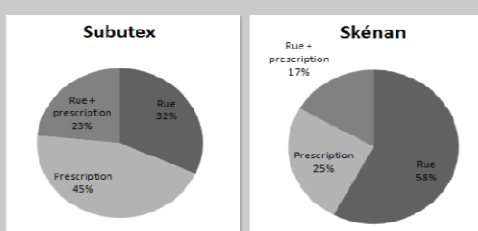
Nous avons réalisé une analyse descriptive rétrospective des données recueillies durant l'année 2009.

RESULTATS

Analyse descriptive et comparative des UDIV et des sniffeurs

Caractéristiques	UDIV N=186	Sniffeurs N=102	p
Femmes	25%	27%	NS
Usagers < 25 ans	28%	34.3%	NS
Logement provisoire	56%	66.6%	0.09
Au moins 3 prises/jour	64%	64.2%	NS
Première prise < 20 ans	62.1%	76.8%	0.01
Sérologie: VIH	2.5%	1.2%	NS
VHC	15.4%	2.5%	0.005
Tabac quotidien	96.8%	69.3%	0.0001
Alcool > 10 verres/jour	29%	39.6%	0.09
Cannabis > 10 joints/jour	19.9%	32.7	0.07
Cannabis > 10 douilles/j	10.2%	17.8%	0.09

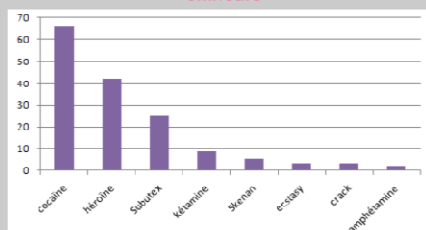
Mode d'obtention des médicaments retrouvés



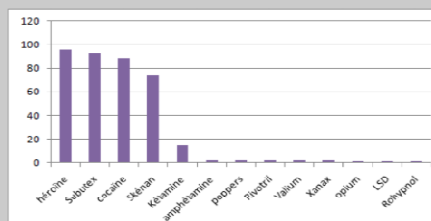
Prix des médicaments retrouvés

Le prix de vente dans la rue des médicaments est variable : prix de vente unitaire conforme au Vidal® pour le Subutex®, et 3 fois le prix Vidal® pour le Skénan®.

Produits et médicaments utilisés par voie nasale chez les sniffeurs



Produits et médicaments utilisés par voie IV chez les UDIV



DISCUSSION - CONCLUSION

Notre étude a permis de comparer deux populations différentes, les UDIV et les sniffeurs; ceux-ci semblent plus désocialisés, ce qui peut s'expliquer par une plus grande proportion de sujets jeunes. Il est intéressant de noter que les sniffeurs ont tendance à avoir des consommations abusives de plus de produits (alcool, cannabis). Les injecteurs, sont le plus souvent des sujets dépendants aux opiacés, produits qui entraînent une centration importante du sujet et une certaine « exclusivité » vers des produits injectables. Ceux-ci peuvent être diversifiés, et c'est chez les UDIV qu'on retrouve le plus de détournements d'usage de médicaments.

Ces données issues de structures de bas seuil sont très intéressantes pour l'évaluation des CEIP. Tout d'abord, les enquêtes épidémiologiques classiquement utilisées (OPPIDUM, OPEMA, ASOS) concernent des sujets dans une démarche de soin. En ce sens les données présentées ici sont complémentaires car elles émanent d'usagers. Cependant, il faudrait modifier le mode de recueil, délibérément orienté aujourd'hui sur la règle du « pire risque », pour disposer de plus de données sur les parcours individuels des usagers.

La notion de prix dans la rue des médicaments est aussi intéressante. Au cours du développement des médicaments, cette méthode de valeur donnée à une substance est utilisée pour évaluer le potentiel de dépendance. Dans la vraie vie, le prix d'un médicament dans la rue peut être le reflet de la valeur que lui donne l'utilisateur, mais aussi de la disponibilité de ce médicament dans une région. On note, à titre d'exemple, que dans notre étude, le Subutex®, plus facile à obtenir par prescription est vendu à un prix conforme au Vidal ce qui n'est pas le cas du Skénan®.

Nom - Prénoms : Lochon Benoit

Titre de la thèse : Apport des données issues des CAARUDs dans l'évaluation du potentiel d'abus et de dépendance des substances.

Résumé de la thèse :

Les CEIPs, à l'aide de différentes enquêtes pharmaco-épidémiologiques, évaluent le potentiel de dépendance des médicaments et des substances. A l'heure actuelle pourtant, les données émanant des CAARUDs (Centre d'Accueil et d'Accompagnement pour la prévention des Risques chez les Usagers de Drogues) ne sont pas utilisées pour cette évaluation. Est-ce que ces données pourraient être un apport dans l'évaluation du potentiel d'abus et de dépendance des médicaments et des substances ? Ce travail présente une première approche de l'étude de la base de données d'un CAARUD en 2009. Des données originales, tels que les moyens d'obtentions des médicaments ou substances, les modes de consommations, le prix des médicaments ou substances dans la rue ou encore les risques sanitaires dans des populations spécifiques ressortent de cette étude. Ces données devraient être utilisées systématiquement dans l'évaluation du potentiel d'abus et de dépendance des substances par les CEIPs.

MOTS CLES : CEIP, CAARUD, EVALUATION
