

3

Consommation et mésusages chez les usagers de drogues

Afin de les différencier de la population générale, on entend ici par usagers de drogues, l'ensemble des personnes consommant (au-delà de l'expérimentation) des substances psychotropes illicites, à l'exception des usagers non problématiques de cannabis.

Les usagers de drogues sont également consommateurs de médicaments psychotropes. Cette consommation peut s'effectuer dans différents contextes. Elle peut s'inscrire dans une prise en charge thérapeutique et être conforme à une prescription, ou bien non conforme à cette prescription et on qualifiera cette consommation de mésusage. De même, la consommation peut s'effectuer en dehors de toute prescription et on la qualifiera également de mésusage. La voie d'obtention des médicaments est un autre aspect de la question. Si le médicament est obtenu en dehors d'une prescription, on parlera de détournement et de médicament détourné.

Les prévalences de consommation déclarée de médicaments psychotropes chez les usagers de drogues sont plus importantes que dans l'ensemble de la population française. Elles sont associées à des niveaux élevés de mésusage (OFDT, 2005 ; Cadet-Taïrou et coll., 2008 ; Afssaps et CEIP, 2010a). Ces observations sont corroborées par les délivrances de médicaments psychotropes aux personnes recevant un traitement de substitution aux opiacés, évaluées sur les bases de données de l'Assurance maladie (Afssaps et CEIP, 2010a, b et c ; 2004 ; Bello et coll., 2004 ; Cadet-Taïrou et Cholley, 2004 ; Opeps, 2006 ; Canarelli, 2011). En outre, un lien statistique entre mésusage (usage « hors cadre médical²⁷ ») de médicaments psychotropes et consommation – souvent polyconsommation – de substances illicites a été mis en évidence dans plusieurs études au plan international, en population générale, chez les adolescents ou chez les personnes en difficulté avec l'alcool (Kurz et coll., 2005 ; Boyd et coll., 2006 ; McCabe et coll., 2006 ; Lankenau et coll., 2007 ; Matzger et Weisner, 2007 ; Steinmiller et Geenwald, 2007 ; Hernandez et Nelson, 2010 ; Fleary et coll., 2011). Ainsi Boyd et collaborateurs rapportent que dans une population d'adolescents et de jeunes adultes, les

27. Traduction de « *non medical use* » dont on peut trouver une définition dans Nattala et coll. (2011) : « usage d'une autre manière que celle prescrite ou sans prescription ».

usagers de médicaments opiacés²⁸ hors prescription présentaient une probabilité huit fois plus élevée que les autres d'être également consommateurs de drogues illicites (Boyd et coll., 2006).

En France, les principaux médicaments psychotropes, hors médicaments de substitution aux opiacés²⁹ (MSO), susceptibles d'être utilisés en dehors d'une prescription sont d'une part des sédatifs, benzodiazépines et apparentés et d'autre part les médicaments opiacés (essentiellement les sulfates de morphine et, dans une moindre mesure, les dérivés codéinés). Parmi les benzodiazépines, le flunitrazépam (Rohypnol[®]) dont la prescription est actuellement très restreinte et, de façon moindre, le clonazépam (Rivotril[®]) se distinguent par l'attrait particulier que leurs propriétés pharmacologiques leur confèrent vis-à-vis des usagers de drogues (Reynaud-Maurupt et Reynaud, 2003 ; Bello et coll., 2005). D'autres molécules sont utilisées dans des groupes plus restreints d'usagers ; c'est le cas du méthylphénidate (Ritaline[®]), du trihexyphénylidyle (Artane[®]) (Bello et coll., 2002 ; Mete et coll., 2008) et, plus rarement, d'antipsychotiques tels que la cyamémazine (Tercian[®]). Les antidépresseurs ne font pas (ou exceptionnellement) l'objet de mésusage en France (Afsaps et CEIP, 2010a). En revanche, un usage récréatif d'inhibiteurs de recapture de la sérotonine, d'antidépresseurs tricycliques ou d'inhibiteurs des monoamine oxydases (IMAO), est décrit en Australie, chez de jeunes consommateurs de substances *ecstasy-like*³⁰ (Copeland et coll., 2006) ainsi que chez des usagers de drogues injecteurs (Darke et Ross, 2000). Enfin, les barbituriques, dont la prescription est devenue marginale en France, ont pratiquement disparu du champ des médicaments consommés. Chacune de ces classes de médicaments possède ses spécificités quant à ses fonctions d'usage, ses modes d'approvisionnement et les problématiques rencontrées dans cette population. La kétamine (Kétalar[®]), anesthésique dont l'usage connaît actuellement une diffusion parmi de jeunes usagers en recherche d'expériences plus ou moins extrêmes, occupe une place en marge des substances précédentes, dans la mesure où elle n'est jamais obtenue par prescription³¹ (Roddier, 2004 ; Afsaps et CEIP, 2010a ; Cadet-Taïrou et coll., 2010a).

28. De type Oxycodon

29. Les médicaments psychotropes non-MSO et les MSO ont été séparés car les MSO en tant que médicaments visant spécifiquement le traitement de la dépendance aux opiacés (et donc des usagers de drogues) diffèrent des autres psychotropes sur plusieurs plans : leurs conditions de prescription, la forte valeur symbolique qui s'attache aux MSO, à l'opposé de substances comme les benzodiazépines par exemple, mais également parce que, controversés lors de leur autorisation en France, ils ont fait l'objet de davantage d'études.

30. Ces antidépresseurs sont pris par les usagers dans le but de « protéger le cerveau des effets neurotoxiques de l'ecstasy », pour prolonger l'effet de l'ecstasy ou pour trouver le sommeil.

31. La majorité de la kétamine consommée en France est importée sous forme liquide ou directement sous forme de poudre en provenance d'Asie ou d'Europe de l'Est. Aucun élément ne permet actuellement de dire si elle est synthétisée par des laboratoires pharmaceutiques.

Consommation et mésusage : éléments préalables

Il faut d'emblée souligner les difficultés que pose l'exploration du champ de la consommation et du mésusage des médicaments psychotropes, en particulier quand ils sont pris par voie orale, chez les usagers de substances illégales et/ou de grandes quantités d'alcool. Le caractère problématique de ces dernières consommations apparaît souvent de manière plus évidente que celui des médicaments psychotropes et focalise l'attention (Matzger et Weisner, 2007). À l'exception de quelques substances aux propriétés particulières (flunitrazépan : Rohypnol[®] ; clonazépan : Rivotril[®]) ou des opiacés (morphine), les médicaments psychotropes génèrent très peu de discours qualitatifs, tant de la part des usagers, que des prescripteurs ou des intervenants du champ (Cadet-Taïrou et coll., 2010a ; Fournier et Escots, 2010 ; Suderie, 2011). La responsabilité collective qui prévaut à leur consommation (usager, prescripteur, pharmacien), le statut légal de ces substances médicamenteuses – dont les plus courantes, les benzodiazépines, largement répandues dans la population générale – ainsi que leur fonction thérapeutique contribuent à banaliser et à légitimer leur prescription et leur consommation, dans une population souffrant fréquemment de symptômes psychiatriques et parfois dans l'incapacité de différencier la recherche d'une « défonce » de celle d'un soulagement (Cadet-Taïrou et coll., 2010a ; Suderie, 2011). La consommation des médicaments non substitutifs par les usagers de drogues se caractérise par une continuité entre usage et mésusage chez un même individu dont la santé psychique et la « carrière » d'usager de drogues – puis éventuellement la « carrière » de patient – connaîtront de nombreuses oscillations. En outre, le mésusage comporte de nombreuses dimensions possibles, associées ou non, présentes de manière transitoire ou durable, et pouvant fréquemment co-exister avec une intentionnalité thérapeutique. De ce fait, il apparaît à l'heure actuelle difficile de mesurer et de rendre compte des mésusages de manière synthétique, d'autant que les dimensions mesurées dans les enquêtes ne sont pas toujours clairement définies ou les enquêtes ne mesurent qu'une dimension, assimilée alors au mésusage (Barrett et coll., 2008).

Dimensions du mésusage

Le mésusage des médicaments psychotropes par les usagers de drogues, y compris celui des médicaments substitutifs aux opiacés, recouvre différentes dimensions (Costes et coll., 2004 ; Escots et Fahet, 2004 ; Cadet-Taïrou et coll., 2008). On peut considérer tout d'abord le mode d'obtention du médicament.

Le détournement est perçu sous deux angles :

- le mode d'acquisition du médicament : en marge du cadre classique de prescription, le recours partiel ou systématique au marché parallèle est l'un des modes d'accès aux médicaments les plus utilisés. Ce marché est lui-même alimenté par la revente de médicaments issus de la prescription, plus rarement

par le vol (Afssaps et CEIP, 2010b). Les quantités reçues peuvent être également majorées en multipliant les prescripteurs (polyprescriptions) dans le but d'obtenir plusieurs ordonnances couvrant la même période thérapeutique (Pradel et coll., 2003). Enfin, le vol d'ordonnances ou le vol directement de médicaments peuvent être parfois utilisés. L'acquisition des médicaments par Internet apparaît peu répandue parmi les usagers de drogues visibles dans les dispositifs de réduction des risques (Cadet-Taïrou et coll., 2010a) ;

- la destination du médicament après délivrance en pharmacie : le médicament peut être consommé par l'usager à qui il a été prescrit ; il peut aussi être revendu en partie ou en totalité, ou encore échangé.

Le mésusage peut concerner :

- l'intentionnalité de l'usage : l'usage peut être à visée non thérapeutique (recherche de « défonce », gestion du manque du médicament lui-même ou d'une autre substance, modulation des effets d'autres produits, ou source de revenus quand le médicament est revendu). Par ailleurs, des usages à visée thérapeutique (pour soulager l'angoisse, diminuer ses prises de produits...) peuvent être mis en œuvre sans l'encadrement d'un professionnel de soins ;

- la manière dont le médicament est consommé : le mésusage peut se situer dans l'absorption de doses supérieures à celles prescrites ou au contraire dans la prise de doses inférieures (économie du produit en vue de l'échange ou de la revente ou encore de la prise d'une dose ultérieure plus forte pour obtenir un effet majoré). Il peut également concerner une modification du rythme des prises ou encore l'association volontaire avec d'autres psychotropes (en particulier l'alcool en grande quantité) ;

- la voie d'administration : le médicament, s'il n'est pas ingéré par voie orale, peut être injecté, sniffé ou fumé.

Enfin, la présence de substances médicamenteuses (pas nécessairement psychotropes) comme produit de coupage est un phénomène habituel qui peut apporter une dangerosité supplémentaire, en particulier lorsque le produit est injecté. L'ajout d'alprazolam à la poudre d'héroïne est régulièrement à l'origine de surdoses en France depuis deux ou trois ans³² (Lahaie, 2011).

Fonctions d'usage et molécules

Les objectifs recherchés dépendent des phases du parcours d'un consommateur, du groupe d'usagers³³ auquel on peut le rattacher, des contextes de consommation qui peuvent se succéder chez un usager au cours d'une même période et, bien sûr, des familles de substances. Les usagers expérimentés savent alors moduler les doses et les associations pour obtenir les effets désirés.

32. L'ajout de diazépam (Valium®) a également été retrouvé.

33. Usagers socialement insérés fréquentant le milieu du *clubbing*, jeunes en errance, héroïnomanes des années 1980 vieillissant sous traitement de substitution...

Schématiquement, les prises s'insèrent dans quatre cadres fonctionnels principaux (Reynaud-Maurupt et Reynaud, 2003 ; Bello et coll., 2004 ; Cadet-Taïrou et coll., 2010a ; Rigg et Ibanez, 2010 ; Nattala et coll., 2011) :

- le soin, qu'il s'agisse du traitement (voire de l'automédication) de l'addiction (surtout benzodiazépines et opiacés), des troubles psychiatriques (benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs...) notamment de l'anxiété, de l'insomnie ou de la lutte contre des symptômes douloureux (morphine) (Rigg et Ibanez, 2010 ; Nattala et coll., 2011). Ainsi en 2006, 40 % des 291 usagers de benzodiazépines au cours du mois précédent, interrogés en structure de réduction des risques dans le cadre de l'étude multicentrique *Prelud*, déclaraient avoir pris des benzodiazépines dans un but uniquement thérapeutique. Ils ne sont que 18 % d'usagers avec ce but pour les sulfates de morphine (N=159) (Cadet-Taïrou et coll., 2008). Dans la sphère festive, les benzodiazépines peuvent aussi être utilisées, hors du contexte de la fête, pour « compenser » les différents troubles psychiques que peuvent engendrer la fatigue liée au rythme festif et, le cas échéant, la prise de stimulants (Fournier et Escots, 2010) ;
- la « défonce » comme expérience : il peut s'agir d'une simple recherche de modification de l'état de conscience, le plus souvent en associant les substances médicamenteuses à des produits licites ou illicites (potentialisation des effets de l'alcool, des opiacés ou encore du cannabis par les benzodiazépines, stimulation par le méthylphénidate (Ritaline[®]), hallucinations liées à la prise de fortes doses de trihexyphénylidyle (Artane[®]) ou à son association avec l'alcool...). Cette « défonce » peut prendre un caractère récréatif ou même s'intégrer à une démarche d'expérimentation s'agissant, par exemple, de la kétamine. La prise de cette dernière se traduit, en effet, par un état d'ébriété particulier³⁴, marqué par une manière particulière de se mouvoir, par gestes saccadés³⁵, lorsqu'elle est prise à faibles doses. Elle se traduit par des effets hallucinatoires de type psychodysléptique ou des effets beaucoup plus radicaux de dissociation³⁶, lorsqu'elle est prise à fortes doses, au regard de la tolérance de l'utilisateur (Reynaud-Maurupt et Akoka, 2004 ; Dwyer, 2007 ; Cadet-Taïrou et coll., 2010a ; Rigg et Ibanez, 2010) ;
- la « défonce » comme adaptation au mode de vie : la prise de médicaments psychotropes peut également constituer un mode de mise en retrait par rapport à une réalité jugée trop dure (fuite) ou encore de gestion de l'ennui et de la solitude (perte de la notion du temps), en particulier chez des populations extrêmement précaires, très désinsérées et souvent sans domicile fixe (recourant en particulier au flunitrazépam (Rohypnol[®]) et/ou au clonazépam

34. Impression de « marcher dans du coton ou avec des bottes de sept lieues »

35. Fréquemment appelée « *egyptian dancing* »

36. La dissociation constitue l'un des volets d'un syndrome psychotique et traduit une rupture de l'unité psychique. Ainsi, à partir d'une certaine dose, qui va dépendre de l'utilisateur, la prise de kétamine peut se traduire par des expériences de décorporation (sentiment d'être en dehors de son propre corps), ou encore d'immobilité ayant l'apparence d'un coma, mais sans perte de conscience.

(Rivotril®)). Lorsque ces deux substances sont prises à fortes doses, c'est au contraire une levée d'inhibition qui est recherchée et un sentiment d'invulnérabilité (dit « effet Rambo »). Ceci permet d'affronter l'univers de la rue, d'être capable d'agir comme le sujet ne pourrait le faire normalement (mendier, voler, se prostituer...). Cet état peut être également recherché au travers de la consommation de trihexyphénidyle (Artane®) à faibles doses, mais également avec toutes les benzodiazépines (Reynaud-Maurupt et Reynaud, 2003 ; Bello et coll., 2004) ou de la BHD (Escots et Fahet, 2004) ;

- la gestion des effets secondaires induits par d'autres produits : les benzodiazépines et les opiacés sont utilisés, notamment en contexte festif, pour adoucir la symptomatologie parfois très pénible qui accompagne la chute d'effets des stimulants (Copeland et coll., 2006 ; Cadet-Taïrou et coll., 2010a). Ils peuvent également être pris massivement pour soulager des états de manque (notamment lors d'un manque d'argent pour acheter d'autres substances) ou pour accompagner un (auto)sevrage (Cadet-Taïrou et coll., 2010a ; Rigg et Ibanez, 2010).

En outre, la survenue d'une dépendance au médicament lui-même peut évidemment constituer la source de l'abus. Enfin, les médicaments peuvent constituer une source de revenus lorsqu'ils sont détournés vers le marché parallèle.

Un travail quantitatif mené en Floride auprès de trois groupes d'usagers de drogues (« usagers actifs³⁷ de rue », usagers en traitement de maintenance à la méthadone et usagers en centres de soins résidentiels) a identifié deux motivations d'usage supplémentaires et mineures : « la gestion de la pression sociale³⁸ » et « l'amélioration des fonctions sexuelles³⁹ » (Rigg et Ibanez, 2010). Ce travail propose en outre une hiérarchisation de ces motifs d'usage. Il apparaît que les motivations prédominantes pour les usagers de rue et les usagers en centres résidentiels sont, dans l'ordre, « se défoncer » (respectivement 74,6 % et 79,6 %), dormir (respectivement 71,2 % et 70,8 %) et enfin « modérer l'usage des autres drogues » pour les usagers de drogues de rue (65,1 %) et lutter contre l'anxiété et le stress pour les usagers en centres résidentiels (66,4 %). Les patients suivis par un centre « Méthadone » évoquent en premier lieu l'anxiété et le stress (81,0 %), puis « la défonce » (74,8 %) et enfin « les douleurs » (66,4 %).

37. Le terme « actif » signifie que l'usager continue à prendre des psychotropes illicites ou à détourner des médicaments psychotropes de leurs objectifs thérapeutiques, par opposition aux patients abstinents (sous traitement de substitution ou autre traitement psychotrope non détourné, ou sevrés).

38. Item proposé dans l'approche quantitative mais non présent dans l'enquête qualitative

39. Motif issu de l'analyse de l'item « autre » dans l'approche quantitative, non retrouvé dans l'approche qualitative.

Sources d'information

Différentes institutions, chacune avec sa propre démarche, apportent des données dans le champ de l'usage de médicaments psychotropes chez les usagers de drogues. L'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) et le réseau des CEIP (Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance) qui ont la charge de la surveillance et du contrôle des substances psychotropes, utilisent des indicateurs qui informent sur les substances et peu sur les usagers. À l'inverse, l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) se focalise en premier lieu sur les comportements de divers groupes d'usagers et sur la place prise par les différentes substances dans l'éventail des consommations. D'un côté, une plus grande précision sur la dénomination des médicaments consommés tend vraisemblablement à accroître l'exhaustivité des déclarations de leur consommation et permet de les différencier plus finement dans un objectif de surveillance. De l'autre, l'étude de substances médicamenteuses telles que les benzodiazépines, largement consommées, passent au second plan, par rapport à des usages de drogues illicites qui apparaissent comme plus problématiques par leurs conséquences visibles⁴⁰ (Catalano et coll., 2010). Les deux types d'approches sont donc complémentaires.

Cependant, l'absence d'un vocabulaire qui fasse consensus en France, voire au plan international, limite les comparaisons entre études, et donc les comparaisons entre groupes d'usagers, seules capables d'apporter une compréhension fine des phénomènes réels. Des tentatives ont été faites pour proposer une formalisation en France (OFDT, 2005 ; Cadet-Taïrou et coll., 2008 ; Micaléff-Roll et Lapeyre-Mestre, 2009) ou ailleurs (Barrett et coll., 2008 ; Hernandez et Nelson, 2010) sans qu'aucune approche ne soit communément adoptée aujourd'hui.

Les sources de données quantitatives vont donc varier, non seulement selon que l'on s'intéresse au produit ou à l'usager (potentiel d'abus d'une substance ou comportement d'un usager), selon le comportement que l'on cherche à mesurer et qui n'est pas toujours clairement défini (usage, mésusage, abus, dépendance, détournement...) (Palle et Vaissade, 2007), selon les indicateurs choisis pour la mesure (injection, achat sur le marché parallèle, doses moyennes supérieures à un certain seuil...), selon la source d'information (déclaration de l'usager, déclaration d'un tiers, analyse biologique, données de remboursements...) mais également selon les substances concernées et la précision de leur identification (par exemple, benzodiazépines, anxiolytiques ou une spécialité particulière) (Barrett et coll., 2008).

40. On peut faire référence à l'injection, peu utilisée pour les benzodiazépines au contraire des opiacés licites ou illicites, au rôle prépondérant des drogues illicites, notamment de l'héroïne dans les surdoses (Afssaps et CEIP, 2010d), au fait que les drogues illicites sont en règle générale plus chères que les médicaments (Cadet-Taïrou et coll., 2010a) et donc plus fragilisantes sur le plan social...

La population couverte par une étude est également un point à prendre en compte dans l'interprétation des résultats. En effet, la population des usagers de drogues est loin d'être homogène. Les caractéristiques moyennes des usagers de drogues seront différentes si l'enquête est menée parmi les usagers en contact avec le système de soins spécialisé fréquenté plutôt par des usagers de drogues insérés ou dans une démarche d'insertion à travers un processus thérapeutique, ou si on interroge des personnes en contact avec le dispositif de réduction des risques⁴¹, parmi lesquelles beaucoup se situent dans une phase « très active » de leur parcours d'usagers de drogues, une part importante connaissant des conditions de vie extrêmement précaires⁴². Les études menées à partir des médecins généralistes offrent également un accès à une population probablement encore différente. Il est donc indispensable d'examiner les données de ces différentes sources de recrutement dans leur complémentarité.

Le cadre et le mode du recueil vont également faire varier le niveau de déclarations des consommations et des mésusages et, par là, les prévalences mesurées. Les usagers déclarent moins volontiers certains comportements (injection du traitement, vente d'une partie du traitement, poursuite des consommations...) dans un cadre de soins, surtout s'ils sont directement interrogés par un médecin plutôt que dans un cadre de réduction des risques (Caarud par exemple), ou mieux, hors de tout cadre institutionnel (usagers rencontrés dans la rue ou en squat par l'intermédiaire des équipes mobiles des Caarud par exemple). De même, les études menées par des enquêteurs, s'ils sont bien formés, devraient améliorer les déclarations de mésusage ; cependant, elles sont coûteuses et rares. L'interrogation systématique de l'utilisateur sur sa consommation pendant une période déterminée, plutôt que la déclaration spontanée d'un certain nombre de substances, permet également de limiter les non-déclarations d'usage et de mésusage.

Au final, en s'appuyant sur des logiques différentes (même si elles sont complémentaires), des indicateurs différents, des modes de recueil différents, appliqués à des populations différentes, le système d'information français sur l'usage et les mésusages des médicaments psychotropes chez les usagers de drogues produit des données qui peinent à décrire de manière précise ces phénomènes.

Ce dispositif d'information quantitative est complété par des données qualitatives qui visent surtout les substances posant des problèmes particuliers (flunitrazépam, kétamine, BHD, par exemple) (Bello et coll., 2002 ; Cadet-Taïrou

41. On parle ici des Caarud : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.

42. Ces populations connaissent évidemment des intersections. Par exemple, 44 % des usagers interrogés dans les Caarud en 2008 ont été reçus au moins une fois au cours des 12 mois précédents dans un ou plusieurs Csapa ; parmi eux, environ la moitié s'y est rendue régulièrement (Cadet-Taïrou et Coquelin, 2010). En revanche, on estime que les usagers des Caarud ne constituent environ que la moitié de la file active des Csapa (estimation OFDT, non publiée).

et coll., 2010a ; Costes, 2010). Elles sont principalement issues du dispositif Trend⁴³ de l'OFDT ou d'études particulières menées dans le cadre du réseau support de ce dispositif (Reynaud-Maurupt et Reynaud, 2003 ; Reynaud-Maurupt et Akoka, 2004). Par ailleurs, le dispositif de veille constitué par le réseau national des CEIP recueille des notifications de cas d'abus ou de dépendance dont certaines peuvent concerner des usagers de drogues illicites (Micallef-Roll et coll., 2009).

Prévalences d'usage et évolutions

Différentes enquêtes (ENa-Caarud, Prelud, Oppidum) (tableau 3.I) ont permis d'estimer les prévalences d'usage.

Tableau 3.I : Différentes études chez les usagers de drogues

| | |
|---|---|
| Étude ENa-Caarud 2008 (OFDT) | Recueil exhaustif une semaine donnée. Chaque usager est interrogé par un intervenant du Caarud (N=3 132) |
| Prelud 2006 (OFDT) | Étude multisite se déroulant dans certains Caarud répartis sur 9 villes françaises. Usagers interrogés par des intervenants ou des enquêteurs expérimentés par rapport à leurs usages de drogues (N=1 017) |
| Oppidum 2009 (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse) (Afssaps et réseau des CEIP) | Enquête pharmaco-épidémiologique nationale transversale menée annuellement pendant une période d'une semaine dans des structures (hospitalières ou ambulatoires) prenant en charge des patients présentant un abus, une pharmacodépendance de substances psychoactives ou encore recevant un MSO (en 2009, N=4 774) |

Parmi les usagers actifs rencontrés dans les Caarud en 2008 (étude ENa-Caarud), 28 % déclarent avoir consommé des benzodiazépines au cours du mois précédent, quotidiennement pour plus de la moitié d'entre eux (57 %) (Cadet-Taïrou et coll., 2010b) (tableau 3.II). L'étude Prelud, avec une méthodologie différente, retrouvait des niveaux de consommation plus élevés en 2003 (48 %) et en 2006 (30 %) (Cadet-Taïrou et coll., 2008) de même que l'étude InVS-ANRS Coquelicot qui s'est déroulée en 2004 (40 %) (Jaufret-Roustide et coll., 2006). Dans l'enquête Oppidum effectuée dans la population d'usagers de drogues suivis médicalement, la prévalence d'usage des benzodiazépines au cours des 7 derniers jours est égale à 20,6 % dans les structures de soins spécialisées (Afssaps et CEIP, 2010a) et à 27,7 % parmi ceux qui sont suivis en médecine générale en 2009. Ces données apparaissent

43. Dispositif de veille sur les tendances et les phénomènes émergents dans le champ des drogues. Il s'appuie sur un réseau de sept sites qui recueillent, analysent et synthétisent sur un rythme annuel des informations principalement qualitatives, recueillies par des outils communs et notamment l'observation ethnographique.

relativement proches⁴⁴ des prévalences moyennes de benzodiazépines retrouvées par une étude menée dans des centres de soins de six villes européennes (Athènes, Stockholm, Essen, Londres, Pasua, Zurich) : 27 % de consommation régulière ou modérée (au moins 5 jours dans un mois) (Reissner et coll., 2011).

Tableau 3.II : Prévalences d'usage au cours du dernier mois des substances les plus consommées par les usagers des Caarud, 2008 (source : ENa-Caarud 2008, OFDT)

| | Usagers récents (mois précédent) (%) | Part des usagers quotidiens parmi les usagers récents (%) |
|---------------------------------------|---|--|
| Cannabis | 71,6 | 53,5 |
| Alcool | 62,7 | 48,7 |
| BHD | 40,3 | 74,2 |
| Héroïne | 29,3 | 20,0 |
| Méthadone | 26,3 | 68,7 |
| Sulfates de morphine | 14,8 | 38,6 |
| Cocaïne poudre/free base | 36,3 | 9,5 |
| Crack | 16,6 | 25,1 |
| Amphétamine | 14,1 | 3,4 |
| Ecstasy | 10,6 | 0,6 |
| Benzodiazépines | 27,9 | 56,9 |
| Plantes et champignons hallucinogènes | 8,6 | 3,9 |
| LSD | 10,8 | 3,3 |
| Kétamine | 7,4 | 4,7 |

Parmi les différentes benzodiazépines, le niveau de consommation du flunitrazépam (Rohypnol[®]) n'a cessé de décroître en France depuis les mesures de limitation de sa prescription prises par l'Afssaps en 2001 (figure 3.1). Seuls 8 % des usagers des Caarud en avaient consommé récemment (prévalence au cours du mois écoulé) en 2006 (*versus* 21 % en 2001) et environ 0,8 % des patients vus en centres de soins spécialisés en 2008 (prévalence au cours de la semaine écoulée) (*versus* 8 % en 2001) (Afssaps et CEIP, 2002 ; Bello et coll., 2003 ; Reynaud-Maurupt et Reynaud, 2003 ; Afssaps et CEIP, 2010a ; Cadet-Taïrou et coll., 2010b). Cette molécule reste essentiellement utilisée par des usagers dans la région PACA et dans la capitale. Parallèlement, la consommation de clonazépam (Rivotril[®]) a légèrement augmenté (Afssaps et CEIP, 2010a ; Frauger et coll., 2011a), remplaçant partiellement le Rohypnol[®] du fait de fonctions d'usage proches (Bello et coll., 2005). Actuellement,

44. Bien qu'elles ne soient pas tout à fait comparables et qu'elles cachent en fait des disparités selon les villes.

l'usage de benzodiazépines se répartit de manière plus homogène sur un ensemble de molécules, le diazépam (Valium[®]) et l'oxazépam (Séresta[®]) connaissant une croissance régulière de leur prescription chez les usagers de drogues (figure 3.1).

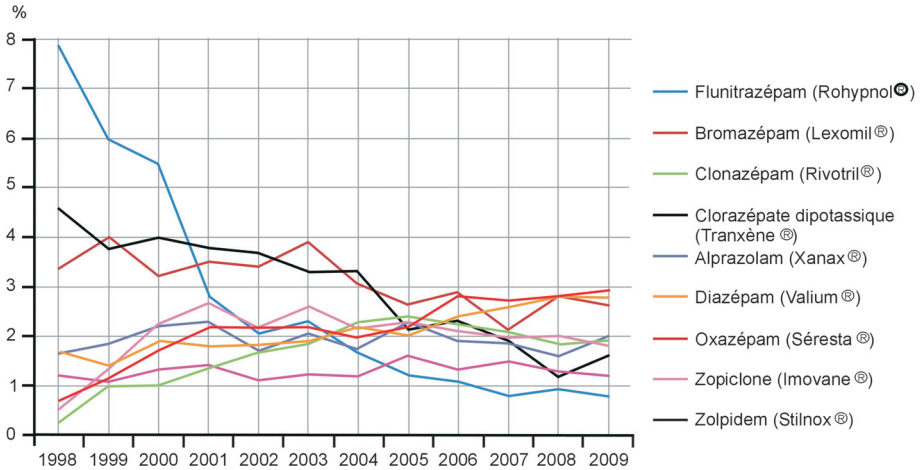


Figure 3.1 : Évolution de la part des différentes benzodiazépines dans la consommation médicamenteuse (7 derniers jours) des patients fréquentant les Csa, 1998 à 2009 (Source : Oppidum, CEIP/Afssaps)

Csa : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Dans le champ des opiacés hors MSO « officiels », les sulfates de morphine restent les plus consommés : 14,8 % des usagers vus dans les Caarud une semaine donnée en 2008, déclarent en avoir pris récemment (Cadet-Taïrou et coll., 2010b) (tableau 3.II). Là encore, il existe un tropisme géographique : Paris « bénéficie » d'un marché parallèle « suffisamment fourni » où peuvent éventuellement s'approvisionner des usagers de province (Cadet-Taïrou et coll., 2010a ; Canarelli et Coquelin, 2010). Est également concerné le pourtour méditerranéen, de Montpellier à Nice et pour une moindre mesure l'agglomération de Rennes, de même que certains départements plus centraux où, à défaut d'être nombreux, les usagers de morphine représentent entre 40 % et 50 % des usagers de drogues fréquentant les Caarud (ENa-Caarud). L'utilisation par les usagers de drogues des autres morphiniques majeurs tels que l'oxycodone (OxyContin[®]) n'a pas fait l'objet de données publiées en France. Les médicaments codéinés accessibles sans ordonnance ont vu leur consommation chuter chez les usagers de drogues avec la diffusion des traitements de substitution à partir de la seconde moitié des années 1990. À titre d'exemple, en 1992, le Néocodion[®] représentait 8 % des substances consommées par les usagers de drogues rencontrés dans le système de soins spécialisé et 0,4 % en 2002 (Armand et coll., 2004). En 2010, 5,4 % des usagers des

Caarud signalaient l'usage récent⁴⁵ d'un dérivé codéiné (Cadet-Tairou et coll., à paraître)⁴⁶.

Le trihexyphénidyle ou Artane[®] est peu consommé en France métropolitaine : 2,8 % des usagers interrogés en 2006 dans l'étude Prelud en avaient consommé récemment. Sa consommation, essentiellement en région marseillaise et, dans une moindre mesure, parisienne, est le fait d'usagers extrêmement désocialisés, souvent porteurs de comorbidités psychiatriques (Bello et coll., 2002 ; Frauger et coll., 2003 ; Mete et coll., 2008 ; Cadet-Tairou et coll., 2010b). En revanche, son (més)usage constitue une préoccupation importante à l'Île de La Réunion où il est consommé par des hommes jeunes, souvent polyconsommateurs, et serait le médicament le plus détourné (Mete et coll., 2008)⁴⁷.

Les usages de stimulants, autres que la cocaïne, sont restés longtemps cantonnés au milieu festif techno, suffisamment approvisionné en MDMA (ecstasy) et en amphétamines illicites pour ne pas faire appel à des circuits d'approvisionnement médicamenteux. Au cours de la décennie 2000, sont apparus des groupes d'usagers, qui, transitant de la scène festive techno au monde d'usagers de drogues plus traditionnels (rencontrés en centres urbains, Caarud, Csapu) y ont partiellement diffusé l'usage de stimulants amphétaminiques (Suderie et coll., 2010). Si ceux-ci restent essentiellement des stimulants non médicamenteux, le méthylphénidate (Ritaline[®] le plus souvent), repéré dès 2004 par le dispositif Trend, a connu une rapide diffusion de son usage au cours des trois ou quatre dernières années parmi les usagers de drogues de la région Provence-Côte d'Azur (essentiellement Bouches du Rhône et Alpes Maritimes). L'usage régulier semble être l'apanage des groupes les plus précarisés, mais une grande majorité des usagers des Caarud locaux déclarent l'avoir testé (Cadet-Tairou et coll., 2010a). Ainsi, lors de la dernière étude ENa-Caarud, menée dans les Caarud fin 2010, sur les 30 citations spontanées concernant un usage de méthylphénidate⁴⁸ au cours du mois précédent, 15 étaient issues des Alpes Maritimes (sur 89 répondants dans ce département) et 13 des Bouches du Rhône (sur 80 répondants). Si en 2009, seulement trois usages de méthylphénidate étaient déclarés au cours de l'enquête Oppidum dans le dispositif de soins spécialisé, tous issus du département des Bouches du Rhône, cette donnée est annoncée en augmentation pour 2010 (Afssaps et CEIP, 2010a). Par ailleurs, un travail sur les bases de remboursement de

45. Dans le mois

46. Les données ENa-Caarud 2010 étant en cours d'analyse au moment de la rédaction de ce chapitre, elles sont uniquement utilisées pour pallier aux manques des données 2008.

47. Il ne semble pas exister de données quantitatives récentes publiées, mais des descriptions qualitatives et des « signes » tels que les saisies signalées par les douanes, des signalements spontanés (18 usagers de drogues sur 66 répondants à la Réunion dans l'étude ENa-Caarud 2010 ont signalé l'Artane[®] spontanément parmi leurs usages illicites ou détournés du dernier mois).

48. Ce médicament est absent de la liste de substances sur la consommation desquelles les usagers des Caarud sont systématiquement interrogés.

l'Assurance maladie des régions PACA et Corse entre 2005 et 2008 a permis de repérer 40 personnes (sur 3 574 ayant eu un remboursement de méthylphénidate) ayant clairement une activité de détournement⁴⁹ de ce médicament : beaucoup plus âgés en moyenne que les autres patients (35,4 ans *versus* 11,3 ans), ces personnes reçoivent presque toutes d'autres traitements psychotropes (benzodiazépines : 92,5 % ; antidépresseurs : 57,5 % ; antipsychotiques : 50,0 % ; traitement de substitution aux opiacés : 70,0 %). Elles reçoivent leur traitement sur une période de trois mois, de 12 médecins généralistes différents en moyenne, bénéficient de 41,9 dispensations en 9 mois *versus* 6,4 pour les jeunes usagers ; les doses quotidiennes moyennes reçues sont 10 fois supérieures à celles reçues par les « patients standards » (Frauger et coll., 2011b). Un usage récréatif marginal et occasionnel de cette molécule a aussi été repéré à Paris parmi des jeunes socialement insérés ; il semble que son entrée dans l'éventail des « drogues » utilisées par les polyusagers reste, à ce jour, concentrée en région PACA, mais la diffusion de son utilisation, hors indication officielle, comme réponse à l'addiction à la cocaïne, est susceptible d'entraîner une extension géographique de son usage détourné parmi les utilisateurs de drogues.

Les consommations déclarées de neuroleptiques au cours de la semaine précédente concernent 7,0 % des personnes rencontrées dans le système de soins spécialisé (Csapa) en 2009 et 7,3 % de celles incluses par les médecins généralistes dans l'enquête Opema 2009 (Observation des pharmacodépendances en médecine ambulatoire). Les plus prescrits sont la cyamémazine (Tercian[®]) qui devance d'assez loin l'olanzapine (Zyprexa[®]) dans ces deux cadres de soins.

À l'inverse, les antidépresseurs sont légèrement plus prescrits aux personnes en difficulté avec les substances psychotropes vues en médecine générale que dans les Csapa (respectivement 10,2 % et 7,2 %) (Afssaps et CEIP, 2010c). Les spécialités les plus prescrites aux usagers de drogues sont l'escitalopram (Séroplex[®]) et la venlafaxine (Effexor[®]) en milieu psychiatrique et la paroxétine (Déroxat[®]), la mitrazapine (Remeron[®]) et la venlafaxine en médecine générale.

Épidémiologie du mésusage et du détournement chez les usagers de drogues

Il apparaît que la part des usagers de drogues qui utilisent un médicament psychotrope de manière non-conforme à la prescription ou hors prescription n'est pas nécessairement proportionnelle au potentiel d'abus et de dépendance du médicament.

49. Il est peu probable que ces doses soient entièrement consommées par ces usagers ; une part d'entre elles alimente vraisemblablement le marché parallèle.

L'importance des phénomènes de mésusage et de détournement dépend également d'autres facteurs. Il s'agit en premier lieu de l'accessibilité aux substances (souvent fonction du contrôle exercé sur la prescription) mais également de facteurs culturels locaux, en particulier liés à l'historique du marché des drogues, ou des différentes populations d'usagers de drogues. Ainsi, la région PACA, par exemple, connaît depuis longtemps une plus forte consommation de médicaments détournés que les autres régions (Cadet-Tairou et Cholley, 2004 ; Canarelli et Coquelin, 2010 ; Hoareau et Zurbach, 2010). La consommation de sulfates de morphine majoritairement détournés chez les usagers de drogues, répond également à une distribution géographique très hétérogène et à des variations temporelles erratiques parfois liées à la participation au trafic de médecins prescripteurs (Bello et coll., 2003 ; Cadet-Tairou et coll., 2010a).

Potentiel d'abus, de mésusage et de détournement des principaux médicaments pris par les usagers de drogues

Pour connaître et suivre le potentiel d'abus et de dépendance des différentes substances médicamenteuses, outre l'ensemble des études précliniques et cliniques de phases I à III, l'Afssaps et le réseau des CEIP ont développé un ensemble d'études et, pour chacune d'elles, une série d'indicateurs (Micallef-Roll et coll., 2009). Parmi ces outils, l'étude Oppidum, menée auprès des sujets traités en Csapa, et l'étude Opema, conduite parmi les personnes vues par les médecins généralistes, permettent d'estimer, parmi les patients qui déclarent consommer un médicament, les parts de mésusage (relativement aux indicateurs choisis) ou les usagers en difficulté avec le traitement.

On constate que le potentiel d'abus, de mésusage ou de dépendance varie selon les molécules au sein d'une même famille thérapeutique (tableau 3.III). Ainsi, parmi les benzodiazépines, le flunitrazépam (Rohypnol[®]) et le clonazépam (Rivotril[®]) sont celles qui ont le plus grand potentiel d'abus, de mésusage et de dépendance chez les usagers de drogues consultant en centres spécialisés (Afssaps et CEIP, 2010a). Ce résultat est cohérent avec les fonctions particulières attribuées par les usagers de drogues à ces deux spécialités (Reynaud-Maurupt et Reynaud, 2003 ; Cadet-Tairou et coll., 2010b). L'alprazolam (Xanax[®]), en dépit de plusieurs signaux le concernant (occasionnellement utilisé comme produit de coupe de l'héroïne – mélange ayant à plusieurs reprises occasionné des surdoses – ou en injection volontaire par des usagers en accompagnement de l'héroïne), présente un potentiel de mésusage comparable à celui du bromazépam ou du diazépam, et bien en deçà de celui du flunitrazépam ou du clonazépam. Son usage est particulièrement répandu parmi les usagers de drogues aux États-Unis (Kurz et coll., 2005 ; Lankenau et coll., 2007) sans qu'un caractère propre à cette molécule ait été mis en évidence (Hernandez et Nelson, 2010), sa large prescription apparaissant comme l'hypothèse la plus plausible pour expliquer sa place parmi les substances médicamenteuses consommées par les usagers de drogues.

Tableau 3.III : Indicateurs de mésusage et de détournement des principaux médicaments psychotropes consommés au cours de la semaine précédente par les usagers de drogues fréquentant les Csapa en 2009 (Source : Oppidum 2009, CEIP, Afssaps)

| Nom de la molécule | Spécialité chef de file du produit | Nombre d'usagers concernés | Prévalence d'usage sur les 7 derniers jours (%) | Dose moyenne reçue >2 x dose max de l'AMM (%) | Souffrance à l'arrêt (%) | Abus/dépendance (%) | Obtention illégale (%) | Prise concomitante d'alcool (%) | Consommation par voie intraveineuse signalée (%) |
|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|---|---|--------------------------|---------------------|------------------------|---------------------------------|--|
| Opiacés | | | | | | | | | |
| Morphine | Skénan®, Moscontin® | 63 | 1,3 | NA | 57 | 75 | 64 | 28 | |
| Benzodiazépines et apparentés | | | | | | | | | |
| Oxazépam | Séresta® | 178 | 3,7 | 5 | 49 | 61 | 17 | 41 | 0,0 |
| Diazépam | Valium® | 171 | 3,6 | 3 | 46 | 50 | 21 | 35 | 1,2 |
| Bromazépam | Lexomil® | 163 | 3,4 | 2 | 43 | 61 | 22 | 28 | 0,0 |
| Alprazolam | Xanax® | 120 | 2,5 | 1 | 44 | 51 | 19 | 25 | 0,0 |
| Clonazépam | Rivotril® | 116 | 2,4 | 8 | 53 | 77 | 34 | 41 | 2,6 |
| Zopiclone | Imovane® | 111 | 2,3 | 6 | 28 | 23 | 5 | 12 | 0,9 |
| Clorazépate dipotassique | Tranxène® | 96 | 2,0 | 4 | 39 | 43 | 17 | 22 | 1,1 |
| Zolpidem | Stilnox® | 75 | 1,6 | 12 | 37 | 45 | 8 | 15 | 1,4 |
| Flunitrazépam | Rohypnol® | 47 | 1,0 | 30 | 41 | 74 | 48 | 43 | 0,0 |
| Anxiolytiques | | | | | | | | | |
| Hydroxyzine | Atarax® | 86 | 1,8 | 0 | 8 | 13 | 0 | 8 | |
| Méprobamate en association | Equanil® | 45 | 0,9 | 5 | 29 | 37 | 4 (n=2) | 21 | |
| Neuroleptiques | | | | | | | | | |
| Cyamémazine | Tercian® | 135 | 2,8 | 0 | 22 | 18 | 7 | 13 | 0,0 |
| Antidépresseurs | | | | | | | | | |
| Olanzapine | Zyprexa® | 79 | 1,7 | 0 | 21 | 11 | 0 | 17 | 0,0 |
| Escitalopram | Seroplax® | 65 | 1,4 | 0 | 15 | 5 | 2 (n=1) | 13 | 0,0 |
| Venlafaxine | Effexor® | 61 | 1,3 | 0 | 32 | 22 | 0 | 16 | 0,0 |
| Paroxétine | Deroxat® | 46 | 1,0 | 0 | 16 | 4 | 0 | 13 | 0,0 |

Position du médicament par indicateur

 1^{er} et 2^e rangs

dernier rang

Parmi les autres benzodiazépines, aucune ne se distingue particulièrement, tant concernant les indicateurs de mésusage que dans les discours des usagers recueillis dans le cadre du dispositif Trend. L'hypothèse la plus couramment émise est qu'elles sont relativement équivalentes au regard des usagers et que l'usage de telle molécule plutôt que de telle autre est plutôt lié aux habitudes locales des prescripteurs. Une autre hypothèse est que la question n'a pas été véritablement approfondie dans le cadre d'études qualitatives.

Les sulfates de morphine tendent également à faire l'objet de mésusages, comme en témoignent aussi les données qualitatives recueillies par le dispositif Trend. Ces données confirment par ailleurs le faible potentiel de mésusage des antidépresseurs et des neuroleptiques.

Prévalences des mésusages et du détournement

Le dispositif d'information actuel en France, comme ailleurs, n'offre pas de mesure quantitative globale du mésusage des médicaments psychotropes chez les usagers de drogues. Les prévalences du mésusage sont explorées partiellement, dimension par dimension, à travers des batteries d'indicateurs qui diffèrent selon les objectifs propres à chaque étude.

Intentionnalité de l'usage

En 2003 et 2006, l'étude Prelud avait interrogé les sujets fréquentant les Caarud sur l'effet recherché à travers la consommation des substances médicamenteuses lors du mois précédent : effet « thérapeutique » (se soigner ou diminuer ses consommations), objectif « toxicomaniaque » (« défonce », gestion du manque ou de l'usage d'un autre produit) ou usage mixte lorsque les deux objectifs sont mêlés au cours de la même période (tableau 3.IV).

Les observations confirmaient les données qualitatives disponibles, à savoir que les benzodiazépines (en dépit du rôle particulier joué par le flunitrazépam), tout comme la codéine, étaient autant utilisées, du point de vue de l'utilisateur, dans un objectif thérapeutique que comme une « drogue ». À l'inverse, les sulfates de morphine ou le trihexyphénidyle (Artane®) sont essentiellement utilisés comme des drogues.

La question de l'intentionnalité de l'usage n'est jamais posée sous cette forme au sujet de la kétamine, toujours consommée dans le cadre d'un détournement (hors du contexte de l'anesthésie). La prévalence d'usage à finalité de « défonce » est alors égale à la prévalence d'usage.

Tableau 3.IV : Parts de mésusage des benzodiazépines, de la morphine, de la codéine et du trihexyphénidyle (Artane®) parmi les usagers des Caarud (France métropolitaine 2006, 2008)

| | Intentionnalité de l'usage ^a | | | Mode d'acquisition ^a | | | Voie d'absorption ^b | | | |
|---------------------|---|-----------|------------------------|---------------------------------|-----------|----------------------|--------------------------------|---------------|----------|-----------|
| | Thérapeutique (%) | Mixte (%) | « Toxicomaniaque » (%) | Prescription (%) | Mixte (%) | Marché parallèle (%) | Orale (%) | Injection (%) | Snif (%) | Fumée (%) |
| Benzodiazépines | 45 | 15 | 40 | 52 | 15 | 32 | 93,5 | 7,3 | 2,1 | 1,3 |
| Dont Rohypnol | 27 | 19 | 54 | 62 | 16 | 22 | 94 | 6,2 | 2,5 | 1,9 |
| Morphine (sulfates) | 18 | 24 | 58 | 22 | 11 | 67 | 9,6 | 87,3 | 8,0 | 0,5 |
| Codéine | 43 | 11 | 46 | 32 | 11 | - | 93 | 6 | 2,0 | 0,8 |
| Artane® (métropole) | 2/27 | 3/27 | 22/27 | 8/29 | 3/29 | 18/29 | 27/29 | 2/29 | 0 | 0 |

^a Données Prelud 2006 (Benzodiazépines : n=303 ; Rohypnol® : n=81 ; morphine : n=159 ; codéine : n=46 ; Artane® : n=29) ; ^b Données ENa-Caarud 2008 (Benzodiazépines : n=840 ; Morphine : n=463) sauf codéine (données ENa-Caarud 2010 ; n=135) et Artane® (Prelud 2006)

De même, si l'on ne dispose pas encore de données quantitatives pour le méthylphénidate (Ritaline®), les quelques données qualitatives disponibles permettent de supposer que son usage est quasi-exclusivement « toxicomaniaque » (Cadet-Taïrou et coll., 2010a). Aux États-Unis, le méthylphénidate est notamment « mésusé » par de jeunes *travellers* par ailleurs injecteurs de kétamine (Lankenau et coll., 2007).

Modes d'acquisition

Les médicaments sont largement reçus par prescription comme le montrent les enquêtes réalisées auprès des usagers. Les spécialités les plus mésusées et dont la prescription est la plus contrôlée affichent les taux d'obtention illégale partielle ou totale plus élevés que les autres : 64 % pour la morphine, 48 % pour le flunitrazépam (Rohypnol®) et 34 % pour le clonazépam (Rivotril®) en 2009 parmi les usagers des Csapa (tableau 3.III) (Afssaps et CEIP, 2010a). Ces taux peuvent être plus élevés chez les usagers actifs des Caarud : 78 % d'obtention illégale totale ou partielle de la morphine en 2006, par exemple (tableau 3.IV). Certaines spécialités telles que le méthylphénidate dont l'obtention est très encadrée⁵⁰, seraient notamment obtenues par prescription contrainte, par des usagers rendus très agressifs par le manque, ou par trafic d'ordonnances (Cadet-Taïrou et coll., 2010a ; Gandilhon et coll., 2010).

En miroir, les bases de délivrance des médicaments de l'Assurance Maladie permettent de repérer des pratiques de polyprescriptions (ou chevauchement d'ordonnances). Une étude menée en 2001 sur une zone incluant la région

50. Prescription initiale hospitalière annuelle, réservée aux spécialistes en neurologie, psychiatrie, pédiatrie ou des centres de sommeil. Prescription sur ordonnance sécurisée et délivrance limitée à 28 jours.

PACA et la Corse, parmi un groupe de sujets ayant eu une délivrance de trihexyphénidyle (Artane[®]), permet à l'époque de repérer des usagers du produit considérés comme « déviants » à l'aide d'une analyse factorielle (2,1 % des 3 028 sujets). L'étude montre, à l'instar de celles menées ultérieurement sur les traitements de substitution, que le nombre moyen de délivrances à ces individus en 9 mois est plus élevé que celui des autres usagers (23,0 *versus* 7,7), de même que le nombre moyen de médecins prescripteurs (4,9 *versus* 1,5), celui de pharmaciens (5,0 *versus* 1,3) ainsi que la dose quotidienne moyenne (28 mg *versus* 7 mg) (Frauger et coll., 2003). Il faut noter que ces données n'informent pas sur l'usage qui est fait par la suite du médicament. L'assuré social peut en effet consommer les doses reçues (abus) ou les vendre (trafic) ou les deux. Le même travail a été mené sur le clonazépam avec des résultats similaires (Frauger et coll., 2006).

La kétamine, qui connaît actuellement une croissance de son usage (7,4 % des usagers des Caarud en ont consommé récemment en 2008), occupe une position à part. Elle est toujours détournée et obtenue hors prescription. Elle serait en grande majorité importée (Cadet-Tairou, 2010a).

Voie d'absorption

Les benzodiazépines, la codéine et le trihexyphénidyle (Artane[®]) sont le plus souvent consommés par voie orale (tableau 3.IV). Des pratiques d'injection sont néanmoins décrites (notamment le diazépam en ampoule ou Valium[®], et plus récemment l'alprazolam ou Xanax[®]), habituellement par voie intraveineuse mais parfois intra-musculaire (Mete et coll., 2008 ; Afssaps et CEIP, 2010a ; Cadet-Tairou et coll., 2010a).

À l'inverse, les sulfates de morphine sont le plus souvent injectés (tableau 3.IV), au prix de problèmes sanitaires similaires à ceux engendrés par la buprénorphine (abcès, thromboses) (Cadet-Tairou et coll., 2010a). L'injection de la morphine est pratiquée y compris par ceux qui disent la prendre dans un objectif thérapeutique (79 %).

Recours aux soins et caractère problématique de l'usage

On constate en premier lieu que les médicaments psychotropes, hors MSO, ne constituent presque jamais les premiers produits ayant entraîné une dépendance parmi les usagers de drogues (Afssaps et CEIP, 2010a).

Par ailleurs, parmi les demandes de traitement auprès des centres spécialisés dans l'addiction (Csapa), peu sont motivées par un usage principal de médicaments (hors MSO) : 2,4 % pour les benzodiazépines et apparentés en 2008, 2,6 % pour les opiacés non MSO et 0,1 % pour les barbituriques selon les données du système d'information Recap (tableau 3.V) de l'OFDT (Bastianic et Palle, 2010).

Tableau 3.V : Enquêtes Recap et Opema

| | |
|--|--|
| Recap (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) (OFDT) | Système d'information théoriquement exhaustif : chaque année, une fiche Recap est remplie pour chaque patient consultant en Csapa. En pratique, on sépare pour l'analyse les populations vues dans le cadre d'un usage de drogues, celles vues dans le cadre d'un usage d'alcool isolé et celles vues dans le cadre d'une consultation « jeunes usagers de cannabis ». |
| Opema (Observation des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire) (Afsaps et le réseau des CEIP) | Enquête pharmacoépidémiologique nationale transversale conduite annuellement auprès d'un réseau de médecins généralistes. Elle a pour objectif principal de recueillir des informations sur les caractéristiques sociodémographiques, les consommations de produits et l'état de santé des patients suivis en médecine de ville, qu'ils soient sous traitement de substitution de la dépendance aux opiacés ou usagers de substances illicites ou de médicaments détournés de leur usage thérapeutique. En 2009, 628 patients ont ainsi été inclus dans cette étude. |

Le recueil de données Recap, dont les modalités de mise en œuvre répondent aux spécifications de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) produit, en même temps que des prévalences d'usage des substances illicites, des prévalences de mésusage de médicaments. L'intérêt est limité par l'absence d'interrogation systématique des usagers sur les produits consommés et par l'absence de définition commune du terme « mésusage ». Ces prévalences restent faibles : 7,2 % pour les benzodiazépines et 0,9 % pour les autres hypnotiques et tranquillisants, 4,1 % pour les opiacés non substitutifs, 0,9 % pour les antidépresseurs et 0,3 % pour les barbituriques. À titre de comparaison, l'héroïne y est consommée par 46,2 % des patients, la BHD y est déclarée mésusée pour 10,2 % d'entre eux et la méthadone pour 3,9 % (Bastianic et Palle, 2010).

En revanche, l'enquête Opema 2009 (tableau 3.V) qui accède à des personnes en difficulté avec leurs usages de médicaments psychotropes par le biais des médecins généralistes, constate que pour 15 % des enquêtés le premier produit à l'origine d'une dépendance est un médicament : une benzodiazépine dans 8 % des cas, un opiacé non substitutif dans 3 % des cas, la buprénorphine haut dosage dans 2 % des cas et un médicament codéiné dans 1 % des cas (Afsaps et CEIP, 2010c). Il est possible que ces usagers ayant acquis une première et peut-être unique dépendance par les médicaments ne soient pas tous à proprement parler des « usagers de drogues » illicites (hors usages cannabis non problématiques)⁵¹.

Dans l'enquête ENa-Caarud, il est demandé à chaque usager d'identifier, parmi les produits consommés au cours des 30 derniers jours, celui qu'il estime lui poser « le plus de problèmes ». Concernant l'ensemble des usagers des Caarud interrogés, le poids des médicaments non substitutifs reste modéré

51. Les données permettent de dire qu'environ 85 % des enquêtés le sont de façon certaine.

avec 9,3 % des usagers concernés en 2008 (6,1 % citent les sulfates de morphine, 3,0 % citent des benzodiazépines et 0,3 % un autre médicament psychotrope) (Cadet-Taïrou et coll., 2010b). Pour l'ensemble des consommateurs récents d'une substance, la morphine est la substance dont la consommation est la plus problématique pour 41,2 % de ses usagers, alors que cet indicateur ne dépasse pas 10 % s'agissant des benzodiazépines. À des fins de comparaison, le pourcentage atteint 53,6 % concernant la BHD mais seulement 13,1 % concernant la méthadone (Cadet-Taïrou et coll., 2010b).

En 2010, le méthylphénidate (Ritaline[®]), qui n'était pas identifié sur le questionnaire de l'enquête ENa-Caarud, a été cité spontanément comme produit le plus problématique par plus de la moitié des usagers l'ayant mentionné parmi les produits consommés au cours du mois précédent (Cadet-Taïrou et coll., 2010b ; Frauger et coll., 2011).

Intensité du mésusage

Les différentes dimensions identifiées du mésusage ne sont pas toutes présentes chez un même usager de drogues et peuvent s'articuler entre elles de différentes manières. Ces dimensions tendent cependant à se concentrer chez certains usagers, ceux qui acquièrent le médicament sur le marché parallèle étant significativement plus nombreux à injecter ce dernier ou à le prendre dans un objectif « toxicomane ». Par exemple, en 2006, les données Prelud montrent que 75,9 % des usagers des Caarud qui prennent le sulfate de morphine « pour arrêter l'héroïne ou pour se soigner » l'injectent, alors qu'ils sont 90,8 % lorsqu'ils le prennent au moins partiellement « pour se défoncer » (Cadet-Taïrou et coll., 2008). De même, quand les benzodiazépines sont prises « pour se défoncer », elles sont acquises sur le marché parallèle totalement ou partiellement par 66,7 % des usagers. Quand l'objectif est uniquement thérapeutique, ils ne sont plus que 16,1 % à s'en procurer de cette manière.

Usagers de l'espace festif⁵²

En France, d'après une enquête menée en milieu festif en 2004 ou 2005, les personnes (N=1 496) qui fréquentaient l'espace festif « techno » affirmaient consommer peu de médicaments psychotropes : 2,3 % du sous-groupe « alternatif »⁵³ (N=476, âge moyen 23,1 ans), le plus consommateur, signalaient avoir pris des benzodiazépines dans un cadre récréatif au cours du mois (14,6 % dans la vie) (Reynaud-Maurupt et coll., 2007). La morphine ou la codéine avaient été très rarement expérimentées. Cette situation pourrait

52. Il faut noter que les contours de ce que l'OFDT nomme « espace festif » ont considérablement évolué pendant la décennie 2000, dans le sens d'une extension associée à une dilution de son contenu contre-culturel. Concentré à la fin des années 1990 autour de fêtes alternatives (*free parties*, *rave* puis *teknival*), l'espace festif techno tend aujourd'hui à se superposer à l'espace festif généraliste (club, bars musicaux, festivals...) (Suderie et coll., 2010).

53. Usagers rencontrés dans les *free* et *rave parties*, les plus proches de la culture « techno » originelle.

avoir évolué depuis⁵⁴. Elle apparaît tout à fait opposée à celle qui prévalait à la même époque (2005) en Floride chez des usagers d'ecstasy recrutés dans des nightclubs et au sein de campus collégiens. Ces jeunes usagers de drogues (au nombre de 143, avec un âge moyen de 23 ans), festifs et héritiers de la culture techno, auraient commencé à ajouter les médicaments détournés à la palette de leurs consommations vers la fin des années 1990, parallèlement à la croissance de ces usages dans la population générale (Kurz et coll., 2005). En effet, 82,5 % d'entre eux avaient déjà détourné un médicament psychotrope à des fins récréatives, qu'il s'agisse d'un sédatif pour les trois quarts d'entre eux, d'un opioïde pour la moitié et d'un stimulant pour un quart d'entre eux. Ils étaient 57,3 % à déclarer au moins un épisode d'usage récréatif d'alprazolam (Xanax[®]) au cours de l'année précédente (diazépam, 30,1 %). La prise d'un morphinique dans le même contexte concernait entre 9 % (pour la morphine) et 35,7 % (oxycodone autre que l'OxyContin[®]) selon les spécialités. Les écarts entre les deux études pré-citées sont plus faibles concernant la kétamine (qui provient rarement en France des circuits pharmaceutiques). En effet, 32,1 % de l'ensemble des personnes interrogées dans le milieu alternatif français l'avaient déjà expérimentée (Reynaud-Maurupt et coll., 2007) et 6,5 % des usagers en avaient pris au cours du dernier mois (*versus* 39,9 % d'expérimentateurs parmi les jeunes usagers d'ecstasy de Floride) (Kurz et coll., 2005).

Déterminants de l'usage et du mésusage, caractéristiques des usagers, facteurs de vulnérabilité

La littérature internationale, notamment nord-américaine, s'intéresse à l'usage dit « non médical » des médicaments psychotropes (obtenus normalement sur prescription - *prescription drug*). Rarement définie dans les articles qui s'y réfèrent, cette notion que l'on peut probablement interpréter comme un « usage en dehors d'une prescription directe à la personne pour le présent épisode », englobe visiblement automédication, mésusage et dépendance. Les études retrouvent, dans des proportions variables selon la population observée, des usagers qui pratiquent l'automédication (ceci en lien avec l'existence de pathologies douloureuses) et des usagers que l'on pourrait d'emblée qualifier d'usagers de drogues, récréatifs ou dépendants (Boyd et coll., 2006 ; Mete et coll., 2008 ; McCabe et coll., 2009 ; Wu et coll., 2010). D'autres études, essentiellement chez de jeunes usagers de stimulants ou d'hallucinogènes, interrogent directement l'usage récréatif (Kurz et coll., 2005 ; Copeland et coll., 2006).

54. Une étude multisites, dite « quanti-festif 2 », menée auprès des usagers de l'espace festif, est en cours en 2011 et 2012. Les premiers résultats devraient être disponibles au deuxième semestre 2012.

En France, les « mésuseurs » sont peu décrits au plan quantitatif. Les usagers de substances particulières ont été décrits qualitativement par des travaux ethnographiques qui mettent le plus souvent en avant d'une part des consommateurs caractérisés par un polyusage parfois qualifié de « lourd » (Reynaud-Maurupt et Reynaud, 2003) avec, notamment, de fortes consommations d'alcool chez des sujets jeunes et non insérés socialement, et d'autre part des usagers marqués par une symptomatologie psychiatrique (schizophrénie, angoisse...) (Mete et coll., 2008).

Déterminants contextuels de l'usage : accessibilité des substances et facteurs culturels

À l'instar de l'usage des médicaments psychotropes en population générale ou même de la consommation des drogues illicites, qui connaissent des variations géographiques que la structure des populations (âge, sexe, déterminants sociaux) n'explique pas toujours, l'usage et le mésusage des médicaments psychotropes chez les usagers de drogues répondent en partie à des déterminants écologiques probablement multifactoriels. Par exemple, les données qualitatives et quantitatives disponibles sur le territoire français ont toujours montré la singularité de la région PACA, en particulier la zone marseillaise, où les médicaments psychotropes sont davantage consommés et détournés qu'ailleurs par les usagers de drogues. À titre d'exemple, la prévalence d'usage récent des benzodiazépines concerne 44,4 % des usagers de drogues des Caa-rud en région PACA *versus* 27,9 % pour la France entière (Cadet-Tairou et Cholley, 2004). Le département réunionnais connaît également une situation spécifique avec de forts détournements de trihexyphénidyle (Artane[®]) et de clonazépam (Rivotril[®]) notamment (Roddiier, 2004 ; Mete et coll., 2008), en lien avec la proximité de Madagascar d'où sont importées illégalement ces spécialités. Au plan international, l'étude menée dans les centres de soins spécialisés de 6 villes européennes (Reissner et coll., 2011) établit que les prévalences d'usages réguliers ou modérés de benzodiazépines (au moins 5 jours dans le mois) connaissent une disparité importante et s'étagent d'environ 5 % à Pasua à plus de 40 % à Athènes.

La mise en perspective des variations de fréquences d'usage avec l'évolution des marchés illicites locaux montrent un lien entre l'usage et la disponibilité et l'accessibilité des produits, elles-mêmes reliées au nombre de médecins prescrivant les substances concernées et aux contrôles de l'Assurance maladie, comme cela peut être observé pour les sulfates de morphine ou le méthylphénidate (Cadet-Tairou et coll., 2010a). La disponibilité et l'accessibilité apparaissent ainsi des éléments essentiels de l'usage au plan collectif comme elle l'est au plan individuel (Steinmiller et Geenwald, 2007).

Des facteurs historiques et culturels peuvent également expliquer les disparités géographiques d'usage. Par exemple, la présence plus marquée du méthylphénidate en région PACA peut être mise en perspective avec les liens étroits

entre cette zone et les pays du Maghreb où il est davantage détourné qu'en France (Meté et coll., 2008).

Déterminants individuels de l'usage

L'usage de benzodiazépines parmi la population d'usagers actifs de drogues en France a pu être étudié à travers l'enquête ENa-Caarud 2008. Il apparaît très fortement lié à la polyconsommation (Cadet-Taïrou et coll., à paraître). En effet, la probabilité d'être usager de benzodiazépines est près de 5 fois plus élevée quand le nombre de produits consommés (alcool et cannabis compris) en un mois est supérieur à 5 (ORa=4,8)⁵⁵. De manière générale, les prévalences d'usage s'avèrent plus élevées en présence de ce critère pour l'ensemble des produits (à l'exception du crack), et principalement pour les opiacés. La consommation de benzodiazépines est significativement liée au fait de recevoir un traitement de substitution prescrit (ORa=2). Elle est par ailleurs 2,8 fois plus élevée chez les sujets qui ont connu une hospitalisation dans l'année pour un problème psychiatrique⁵⁶ (autre qu'un sevrage). La prévalence d'usage augmente avec l'âge (ORa=1,8 pour les plus de 34 ans par rapport au moins de 25 ans). Le lien de l'usage (mésusage ou non) avec la précarité est plus complexe. Du fait d'une forte hétérogénéité entre certains sous-groupes d'usagers, c'est le fait d'appartenir au groupe, majoritaire, des usagers des Caarud connaissant un niveau de précarité intermédiaire⁵⁷ qui est spécifiquement lié à l'usage de benzodiazépines (ORa=1,5).

Les consommateurs de benzodiazépines se différencient également par un degré d'abus ou d'addiction qui semble plus « sévère » que celui des autres usagers : ils affichent une pratique d'injection dans la vie (80,7 % *versus* 37,6 %) et au cours du mois (53,4 % *versus* 37,2 %) très supérieure⁵⁸, notamment concernant la cocaïne (68,4 % *versus* 45,9 %⁵⁹), et une prévalence de survenue déclarée d'une surdose non mortelle qui atteint 14 % chez les usagers de benzodiazépines (*versus* 5 % chez les non-usagers). La part des hospitalisations déclarées au cours de l'année est également plus élevée (49,3 % *versus* 32,8 %) chez les consommateurs récents de benzodiazépines que chez les autres usagers des Caarud. Dans l'ensemble, les usagers de benzodiazépines sont plus nombreux à fréquenter les centres de soins spécialisés,

55. ORa=odds ratio ajusté obtenu par la mise en œuvre d'une régression logistique multinomiale incluant les variables « classe d'âge », « sexe », « classe de précarité », « hospitalisation pour problème psychiatrique dans l'année », « traitement de substitution en cours », « nombre de substances consommées supérieur à 5 en incluant alcool et cannabis ».

56. L'hospitalisation déclarée dans l'année pour un problème psychiatrique autre qu'un sevrage est utilisée comme approximation faute de mieux, de l'existence d'une pathologie psychiatrique.

57. C'est-à-dire sans lien avec le monde de l'emploi, les ressources provenant aux trois-quarts de prestations sociales et le dernier quart de ressources non officielles (vol, prostitution, *deal...*) ou se disant sans ressource, tous couverts par l'Assurance maladie, avec ou sans CMU.

58. Alors même que l'injection récente (au cours du mois passé) diminue plutôt avec l'âge.

59. Par rapport aux usagers de ce produit.

donnée cohérente avec la fréquence des traitements de substitution et/ou la « sévérité » de la situation.

Une analyse plus approfondie⁶⁰ de ces données fait apparaître des sous-groupes d'usagers de benzodiazépines relativement différents : de « vieux substitués peu précaires » (40 % des usagers), des « usagers très précaires en majorité masculins » (32 % des usagers de drogues) et enfin des « jeunes fortement polyusagers » (27,6 %) (tableau 3.VI) (ENa-Caarud 2008, non publié).

Les « anciens héroïnomanes sous substitution » d'âge moyen égal à 38 ans appartiennent à la génération des héroïnomanes des années 1980. Ils se caractérisent par leur moindre niveau de précarité par rapport aux non-usagers de benzodiazépines, mais surtout par rapport aux autres groupes d'usagers de benzodiazépines, et par le fait qu'une très forte proportion d'entre eux est en traitement de substitution (81,6 %). Ces usagers semblent se conformer davantage que les autres groupes aux normes thérapeutiques des MSO (seuls 14 % d'entre eux disent consommer les médicaments de substitution hors du cadre d'un traitement médicalement suivi). Comme leurs prises de MSO, leurs prises de benzodiazépines sont le plus souvent quotidiennes, évoquant davantage le suivi d'un traitement plus qu'une consommation de type « défonce » dans laquelle les produits sont pris selon les opportunités et donc beaucoup plus irrégulièrement. Ces indicateurs pourraient suggérer un moindre détournement des benzodiazépines.

Les « usagers très précaires en majorité masculins » sont très légèrement plus jeunes, se différencient surtout des précédents par leur degré de précarité : un sur cinq est fortement précaire, 36 % ont été incarcérés au cours de l'année passée, un sur six se déclare sans papiers valides. Ils consomment peu de produits différents, injectent moins mais partagent davantage leur matériel. Ils fréquentent peu les systèmes de soins mais un quart d'entre eux vit d'une allocation adulte handicapé. Surtout, un usager de MSO (méthadone ou BHD) sur trois consomme ces substances hors traitement, ce qui suggère un degré d'usage non-conforme des médicaments psychotropes supérieur à celui du groupe précédent. Ce groupe, qui adopte une consommation « de pauvres » (les médicaments restent les substances les moins chères), rassemble des profils déjà décrits comme « usagers précaires à forte morbidité psychiatrique » chez qui on peut trouver les usagers de trihexyphénidyle (Artane[®]) ou de flunitrazépam (Rohypnol[®]) par exemple, et probablement un certain nombre de « nouveaux migrants » (Cadet-Taïrou et coll., 2010a).

Enfin, les « jeunes polyusagers », dont plus de la moitié a moins de 25 ans, sont caractérisés par le nombre important de substances consommées au cours du mois précédent (plus de 5 pour 67,3 % d'entre eux), notamment des produits de la sphère festive (kétamine : 26,6 % par exemple). Ces « jeunes »

qui consomment des benzodiazépines sont 70 % à avoir utilisé l'injection récemment. Les indicateurs suggérant des usages non-conformes de médicaments sont multiples : consommation de morphine (ici presque toujours mésusée), injection de BHD (75 % des consommateurs), et fréquence élevée de l'usage des MSO hors traitement. Ce groupe apparaît très proche des groupes de jeunes usagers de kétamine ou d'ecstasy, fort mésuseurs de médicaments psychotropes observés aux États-Unis ou en Australie (Dwyer, 2007 ; Lankenau et coll., 2007). Si tous ne sont pas désocialisés, ils incluent clairement le groupe des jeunes en errance.

Les facteurs retrouvés dans la littérature comme statistiquement liés à l'usage non-conforme des médicaments psychotropes chez les usagers de drogues vont venir en appui à l'hypothèse que les trois groupes présentés dessinent, de manière succincte, trois modes d'usage différents des médicaments psychotropes. Le premier tend davantage vers le soin, les deux autres, visant davantage les fonctionnalités de type « drogues » de ces médicaments. On note que pour tous, la part des hospitalisations de l'année liées à un problème psychiatrique est proche d'un tiers et significativement supérieure à celle des non-usagers. Il faut cependant noter que d'éventuels usagers purement récréatifs, non problématiques, qui pourraient par exemple être rencontrés dans un cadre festif sont absents de cette classification réalisée à partir des usagers de drogues qui fréquentent les structures de réduction des risques.

Tableau 3.VI : Caractéristiques des trois groupes d'usagers de benzodiazépines par rapport aux non-usagers dans la population des Caarud, 2008 (Source : ENa-Caarud, 2008, OFDT/DGS)

| Part des usagers présentant les caractéristiques suivantes (en %) | Usagers de benzodiazépines | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| | Non-usagers de benzodiazépines (%) N=2 142 | Substitués de longue date (%) N=349 | Usagers très précaires (%) N=282 | Jeunes polyusagers (%) N=241 |
| Part des femmes | 20,5 | 22,5 | 14,5 | 39,5 |
| Part des moins de 25 ans | 19,6 | 0,9 | 2,8 | 52,7 |
| Part des 35 ans et plus | 47 | 74,5 | 67,3 | 0,8 |
| Nombre produits consommés >3 | 37,3 | 72,2 | 37,7 | 95,4 |
| Nombre de produits >5 | 12,8 | 29,9 | 27,5 | 60,0 |
| Précarité faible | 23,2 | 32,1 | 1,4 | 14,5 |
| Précarité intermédiaire | 63,9 | 67,6 | 78,4 | 78,0 |
| Précarité forte | 12,8 | 0,3 | 20,2 | 7,5 |
| SDF ou en squat | 28,3 | 20,9 | 37,7 | 34,9 |
| Aucune ressource légale | 25,6 | 5,9 | 28,5 | 38,1 |
| Sans papiers valides | 9,9 | 4,9 | 14,9 | 7,9 |

| Part des usagers présentant les caractéristiques suivantes (en %) | Usagers de benzodiazépines | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| | Non-usagers de benzodiazépines (%) N=2 142 | Substitués de longue date (%) N=349 | Usagers très précaires (%) N=282 | Jeunes polyusagers (%) N=241 |
| Incarcération (année) | 16,5 | 11,9 | 36,0 | 9,3 |
| Consommations (mois) | | | | |
| Cocaïne | 34,0 | 39,8 | 38,7 | 53,5 |
| Amphétamine | 12,9 | 13,8 | 14,2 | 30,3 |
| Kétamine | 6,3 | 4,4 | 6,4 | 26,6 |
| Héroïne | 28,0 | 29,5 | 29,1 | 56,4 |
| Méthadone | 19,7 | 30,4 | 20,6 | 63,9 |
| Dont hors suivi médical | 11,7 | 14,1 | 33,0 | 32,4 |
| BHD | 37,3 | 58,7 | 52,5 | 45,6 |
| Dont hors suivi médical | 20,4 | 14,7 | 28,4 | 28,9 |
| Dont injectée | 56,7 | 51,9 | 48,9 | 73,3 |
| Morphine | 12,0 | 19,5 | 19,1 | 34,9 |
| Prise quotidienne de benzodiazépines | - | 65,5 | 47,8 | 54,3 |
| Injection (mois) | 37,2 | 49,6 | 44,0 | 70,1 |
| Partage du petit matériel | 20,8 | 9,4 | 41,9 | 36,3 |
| Surdose (année) | 5,0 | 21,3 | 4,3 | 14,6 |
| Hospitalisation (année) | 32,8 | 61,9 | 27,8 | 56,7 |
| Dont problèmes psychiatriques | 21,3 | 31,5 | 29,9 | 28,7 |
| Reçus en Csapa (année) | 38,8 | 75,3 | 34,0 | 60,4 |

Les valeurs des variables permettant le mieux de caractériser chaque groupe par rapport aux autres sont surlignées : en gris foncé lorsque la valeur est plutôt supérieure à la moyenne des trois groupes, en gris clair lorsqu'elle est basse.

Déterminants du mésusage

Les déterminants du mésusage de médicaments psychotropes chez les usagers de drogues apparaissent presque superposables aux déterminants de l'usage dans la mesure où une part non négligeable de l'usage est constituée de mésusage (benzodiazépines par exemple), quand il ne s'agit pas de la totalité de l'usage (méthylphénidate par exemple).

Cependant, l'usage va d'autant plus s'éloigner du mésusage que la personne usagère de drogues se rapproche du soin, sur un axe « soins/défonce ». À l'inverse, usage et mésusage tendront à se superposer lorsque l'usager de drogues est proche de l'extrémité « défonce » de cet axe et que son abus de substance apparaît plus sévère.

Parmi l'ensemble des usagers de drogues qui utilisent les médicaments psychotropes de manière non conforme ou hors cadre médical, plusieurs articles font état de cette polarité qui permet plus ou moins de différencier deux groupes de mésuseurs en fonction des motifs de l'usage : l'automédication qui concernerait davantage les femmes, les plus âgés, les usagers de drogues supportant une pathologie douloureuse, et le polyusage qui concernerait davantage les jeunes (Meté et coll., 2008 ; McCabe et coll., 2009). Par exemple, Meté et collaborateurs identifient deux groupes de mésuseurs de trihexyphénidyle (Artane[®]) sur l'Île de la Réunion : un premier groupe de patients schizophrènes qui le reçoivent pour diminuer les effets secondaires des neuroleptiques et découvrent alors ses effets euphorisants et psychostimulants, et un second groupe de sujets plus jeunes, polyusagers, qui le consomment notamment en association avec de l'alcool, des benzodiazépines ou du cannabis.

Âge

Alors que l'usage de médicaments psychotropes augmente habituellement avec l'âge, le mésusage est maximal chez les jeunes usagers de drogues et diminue avec l'âge, comme le polyusage. Chez les usagers des Caarud interrogés en 2006 dans le cadre de l'enquête Prelud, 69,2 % des moins de 25 ans prenaient des benzodiazépines « pour se défoncer » (au moins partiellement) alors qu'ils étaient « seulement » 49,5 % parmi les 34 ans et plus (Cadet-Taïrou et coll., 2008). Ce facteur a été montré par de multiples études dans des contextes différents (Peters et coll., 2007 ; Catalano et coll., 2010 ; Hernandez et Nelson, 2010 ; Rigg et Ibanez, 2010 ; Wu et coll., 2010). McCabe, par exemple, montre que cette situation liée à l'âge concerne l'usage non médical des opioïdes, des sédatifs, des tranquillisants et des stimulants. De même, la co-occurrence entre un usage problématique d'alcool et un usage non médical de médicaments apparaît plus fréquente chez les moins de 25 ans (McCabe et coll., 2006). Ceci apparaît cohérent avec le fait que, parmi les usagers des Caarud en 2006, ceux qui utilisaient les benzodiazépines uniquement « pour se défoncer » avaient davantage fréquenté le milieu festif que les autres au cours de leur vie, et représentaient donc la jeune génération des usagers précaires à rapprocher du groupe « jeunes polyusagers » identifié sur des données d'usage (Cadet-Taïrou et coll., 2010a). Rigg et Ibanez (2010) concluent également que, parmi les usagers de drogues en Floride qui utilisent les médicaments dans un cadre non médical, les plus jeunes sont plus enclins à les utiliser pour se « défoncer », alors que les plus âgés les rapportent davantage à l'automédication, en particulier la gestion de la douleur.

Genre

Alors que les femmes tendent à être plus consommatrices de médicaments psychotropes que les hommes, elles apparaissent moins souvent « mésuseurs », sans que la différence soit majeure (Copeland et coll., 2006 ; Matzger et Weisner, 2007). Ainsi, les usagers masculins de benzodiazépines des Caarud interrogés dans l'étude Prelud 2006 sont 41,3 % à les utiliser uniquement dans

un objectif « toxicomaniaque » *versus* 34,4 % des femmes, la différence n'atteignant pas la significativité statistique. Kurz et coll. (2005) font une observation semblable chez de jeunes usagers d'ecstasy mais ne retrouvent une différence significative que pour la morphine, l'oxycodone et l'alprazolam. Wu et coll. (2010) constatent qu'en cas d'utilisation non médicale d'opiacés, les hommes ont plus fréquemment un diagnostic d'abus de substances que les femmes (26,6 % *versus* 16,9 %), alors qu'aucune différence n'apparaît entre les sexes pour le diagnostic de dépendance.

Polyconsommation

Les usagers de drogues qui ont un usage non thérapeutique de médicaments sont davantage polyusagers (Darke, 1994 ; Boyd et coll., 2006 ; Steinmiller et Geenwald, 2007 ; Catalano et coll., 2010) et pratiquent un type d'usage que l'on pourrait qualifier de plus délétère. Par exemple, le nombre moyen de produits différents consommés dans un mois par les usagers de benzodiazépines (interrogés dans les Caarud en 2006) et qui disent prendre ces médicaments dans un objectif thérapeutique est égal à 4,7, alors qu'il atteint 5,8 pour ceux qui les prennent totalement ou partiellement dans un objectif de « défonce » (différence significative) (Cadet-Tairou et coll., à paraître). McCabe a également montré la co-occurrence fréquente entre usage hors cadre médical des médicaments psychotropes et usage problématique d'alcool (Kurz et coll., 2005 ; McCabe et coll., 2006).

Un lien statistique entre mésusage de médicaments psychotropes et pratique récente de l'injection (quel que soit le produit injecté) est aussi retrouvé à plusieurs reprises (Darke et Ross, 2000 ; Copeland et coll., 2006). Par exemple, Copeland et coll. (2006) rapportent que les usagers d'ecstasy qui l'associent avec des médicaments ont plus souvent déjà injecté un stimulant dans les 6 mois précédents (31 % *versus* 17 %, n=216) (Australie). L'étude Prelud de 2006 constate également un lien statistique entre un usage à visée « toxicomaniaque » totale ou partielle et la pratique de l'injection au cours des 30 jours précédents (58,9 % *versus* 50,5 % lorsque l'usage déclaré est uniquement à visée thérapeutique) (Cadet-Tairou, non publié). Darke et collaborateurs (2000) constatent de plus un lien avec la prise de risque lors de l'injection (Darke et Ross, 2000). Le mésusage de médicaments psychotropes apparaît également statistiquement lié avec davantage de délinquance dans au moins deux études (Darke et Ross, 2000 ; Matzger et Weisner, 2007).

Pathologies psychiatriques et rencontre avec les médicaments dans un cadre médical

Les personnes souffrant de pathologies psychiatriques sont particulièrement à risque de mésusage des médicaments psychotropes comme le montrent des données qualitatives françaises (consommateurs de trihexyphénidyle (Artane[®]), de sulfates de morphine) (Mete et coll., 2008 ; Cadet-Tairou et coll., 2010a), ainsi que des données quantitatives internationales (Darke et Ross, 2000).

Une des premières causes en est la rencontre préalable avec les médicaments psychotropes prescrits pour le traitement des troubles présentés et leur accessibilité facilitée (*National Center on Addiction and Substance Abuse*, 2005) ; mais également la prévalence plus importante des comorbidités addictives chez les patients souffrant de pathologies psychiatriques (Liraud, 2000). À la Réunion, parmi les deux groupes d'usagers de trihexyphénidyle (Artane[®]) détourné, l'un est constitué de patients schizophrènes qui reçoivent l'Artane[®] pour corriger les effets extra-pyramidaux liés à la prise de neuroleptiques. Environ un tiers d'entre eux cherche finalement à accroître les doses reçues pour bénéficier de ses effets euphorisants et stimulants (Mete et coll., 2008). L'hypothèse de l'automédication, plus ou moins consciente, des symptômes psychiatriques tels que l'anxiété, a également été posée de nombreuses fois (Matzger et Weisner, 2007). La rencontre préalable du médicament dans un cadre médical classique ne joue pas seulement un rôle dans le cas des pathologies psychiatriques mais également des pathologies douloureuses traitées par opiacés. Par exemple, Nattala et collaborateurs (2011) rapportent que, dans une population d'usagers déclarant une utilisation non médicale de sédatifs, le fait de recevoir des sédatifs ou des opiacés par prescription multiplie par 3 ou 4 (selon les modèles statistiques) le risque d'en consommer de grosses quantités.

Précarité

La précarité apparaît comme un facteur associé au mésusage des benzodiazépines. Parmi les usagers de benzodiazépines fréquentant les Caarud en 2006 et qui disent les utiliser pour « se défoncer » totalement ou partiellement, 46,9 % sont sans domicile fixe ou vivent en squat (ou camion...) *versus* 29,0 % pour ceux qui disent les utiliser uniquement dans un but thérapeutique. Ce taux atteint 53,4 % lorsque l'usage vise uniquement la « défonce » (Cadet-Taïrou et coll., à paraître). Par comparaison à ceux qui ont un usage thérapeutique de benzodiazépines, ces sujets sont moins nombreux à vivre de revenus en rapport avec le travail et plus nombreux à vivre du RMI (48,0 % *versus* 35,7 %) ou à ne disposer d'aucune ressource (2,7 % *versus* 13,0) (Cadet-Taïrou, à paraître). Une étude américaine retrouve par ailleurs une association statistique entre un faible niveau de revenus et un usage d'opiacés hors cadre médical (Wu et coll., 2010).

En conclusion, les principaux médicaments psychotropes hors MSO susceptibles d'être utilisés par les usagers de drogues, sont des sédatifs, les benzodiazépines et apparentés d'une part (prévalences d'usage au cours du mois entre 27 % et 40 % selon les études) et les opiacés d'autre part (essentiellement les sulfates de morphine et, dans une moindre mesure, les dérivés codéinés). D'autres médicaments sont utilisés dans des groupes plus restreints ; c'est le cas du méthylphénidate (Ritaline[®]), dont le mésusage pourrait se développer au cours des prochaines années, du trihexyphénidyle (Artane[®]), ou, plus rarement, d'antipsychotiques tels que la cyamémazine (Tercian[®]). Les antidépresseurs ne font pas l'objet de mésusage. La kétamine occupe une place en

marge des substances précédentes, dans la mesure où elle n'est jamais obtenue par prescription et toujours détournée.

La difficulté de caractérisation du mésusage dans ces populations tient, en premier lieu, à l'absence de frontière claire entre usage et mésusage. Celle-ci découle d'une part des nombreuses dimensions du mésusage (intentionnalité d'usage, voie d'absorption, dose et fréquence...) qui peuvent être seules ou associées, durables ou transitoires, et qui peuvent fréquemment coexister avec une intentionnalité thérapeutique chez un individu dont la santé psychique et la carrière à la fois d'usager de drogues et de patient connaîtront de nombreuses oscillations. L'absence d'indicateurs communs permettant en France de comparer différentes populations (celles vues en centre de soins, celles atteintes par les dispositifs de réduction des risques, celles recevant des délivrances de médicaments en ville...) n'autorisent pas de mesure quantitative globale du phénomène et de comparaisons entre les différentes populations enquêtées.

La part des usagers de drogues qui utilisent un médicament psychotrope de manière non-conforme n'est pas nécessairement proportionnelle au potentiel d'abus et de dépendance du médicament. L'importance des phénomènes de mésusage dépend également de facteurs contextuels. Il s'agit alors en premier lieu de l'accessibilité aux substances (souvent fonction du contrôle exercé sur la prescription) mais également de facteurs culturels locaux, en particulier liés à l'historique du marché des drogues, ou des différentes populations d'usagers de drogues.

Chez les usagers de drogues, plusieurs études des facteurs de mésusage des médicaments psychotropes mettent en évidence deux grands types d'usages, même si, là encore, on ne peut dessiner de frontière : les usages à visée « thérapeutique », en automédication ou avec des modifications de doses, de fréquence ou en adaptation de traitement (addiction à l'injection...) et les usages à visée de « défonce ». C'est dans ce deuxième ensemble, que se concentre majoritairement le mésusage qui s'intensifie parallèlement au caractère problématique de l'usage de drogues (précarité, polyusage, injection...). L'usage non-conforme est aussi plus fréquent chez les jeunes hommes. Enfin, la présence d'une pathologie psychiatrique apparaît également comme un facteur favorisant les pratiques de mésusage des médicaments psychotropes, qu'ils soient pris dans un contexte thérapeutique ou non thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

AFSSAPS, CEIP. Oppidum 2001 (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse). Résultats de la 13^e édition. 2002

AFSSAPS, CEIP. Oppidum 2003 (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse). Résultats de la 15^e édition. 2004

AFSSAPS, CEIP. Opidium 2009 (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse). Résultats de la 21^e édition. 2010a

AFSSAPS, CEIP. Osiap (Ordonnances suspectes, indicateur d'abus possibles). Résultats de l'enquête 2009. 2010b

AFSSAPS, CEIP. Opema (Observation des pharmacodépendances en médecine ambulatoire). Résultats de l'enquête 1 - Novembre 2008. 2010c

AFSSAPS, CEIP. Drame (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances), Résultats de l'enquête 2009. 2010d

ARMAND C, THIRION X, SAILLARD C, LAPEYRE-MESTRE M, LAMBERT H. 10 ans de détournement d'usage du Néocodion entre 1992 et 2002. *Thérapie* 2004, **5** : 547-553

BARRETT SP, MEISNER JR, STEWART SH. What constitutes prescription drug misuse? Problem and pitfalls of current conceptualizations. *Current Drug Abuse Review* 2008, **1** : 255-262

BASTIANIC T, PALLE C. Tableaux statistiques RECAP 2008. 2010. OFDT

BELLO PY, TOUFIK A, GANDILHON M. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001. OFDT, Paris, 2002

BELLO PY, TOUFIK A, GANDILHON M, GIRAUDON I, BONNET N. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002. 4^e rapport national du dispositif TREND. OFDT, Paris, 2003

BELLO PY, TOUFIK A, GANDILHON M, GIRAUDON I, BONNET N. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. 5^e rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis, 2004

BELLO PY, TOUFIK A, GANDILHON M, EVRARD I. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. 6^eme rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis, 2005

BOYD CJ, MCCABE SE, TETER CJ. Medical and nonmedical use of prescription pain medication by youth in a Detroit-area public school district. *Drug and Alcohol Dependence* 2006, **81** : 37-75

CADET-TAÏROU A. Données PRELUD 2006. OFDT, non publié

CADET-TAÏROU A, CHOLLEY D. Approche régionale de la substitution aux opiacés 1999-2002 : pratiques et disparités à travers 13 sites français. OFDT, 2004

CADET-TAÏROU A, COQUELIN A. Profils, pratiques des usagers de drogues Ena-Caarud. OFDT, 2010

CADET-TAÏROU A, GANDILHON M, TOUFIK A, EVRARD I. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif Trend. OFDT, 2008

CADET-TAÏROU A, GANDILHON M, LAHAÏE E, CHALUMEAU M, COQUELIN A, TOUFIK A. Drogues et usages de drogues en France : État des lieux et tendances récentes 2007-2009 - Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. OFDT, 2010a, 281p

CADET-TAÏROU A, COQUELIN A, TOUFIK A. CAARUD, profils et pratiques des usagers en 2008. *Tendances* 2010b, **74** : 1-4

CADET-TAÏROU A, JOUANIN M, COQUELIN A. Données ENa-Caarud 2010 et analyses complémentaires 2008. OFDT, à paraître

CANARELLI T, COQUELIN A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Premiers résultats d'une analyse de données de remboursement concernant plus de 4 500 patients en 2006 et 2007. OFDT, Tendances 2009, n° 65 : 6 p

CANARELLI T, COQUELIN A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés : analyse de données de remboursement concernant un échantillon représentatif de patients en 2006 et en 2007. Saint-Denis, OFDT, 2010, 127 p

CATALANO RE, WHITE HR, FLEMMING CB, HAGGERTY KP. Is nonmedical prescription opiate use a unique form of illicit drug use? *Addictive Behaviors* 2010, **36** : 79-86

COPELAND J, DILLON P, GASCOIGNE M. Ecstasy and the concomitant use of pharmaceuticals. *Addictive Behaviors* 2006, **31** : 367-370

COSTES JM. Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis, 2010

COSTES JM, CADET-TAÏROU A, THIRION X, BELLO PY, PALLE C. Du point de vue de la santé publique, quels sont les résultats positifs que l'on peut attribuer aux traitements de substitution aux opiacés en termes de prise en charge médicale, psychologique et sociale des usagers et quels sont leurs effets défavorables ou non souhaités (mésusages...) ? *Alcoologie et Addictologie* 2004, **26** : 38S-54S

DARKE S. The use of benzodiazepine among injecting drug users. *Drug and Alcohol Review* 1994, **13** : 63-69

DARKE S, ROSS J. The use of antidepressants among injecting drug users in Sydney, Australia. *Addiction* 2000, **95** : 407-417

DWYER R. Privileging pleasure : tenazepam injection in a heroin market place. *International Journal of Drug Policy* 2007, **19** : 367-374

ESCOTS S, FAHET G. Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage. Investigation menée en France, en 2002-2003. Trend, OFDT, 2004 : 117 p

FLEARY SA, HEFFER RW, LISAKO E, MCKYER J. Dispositional, ecological and biological influences on adolescent tranquilizer, Ritalin and narcotic misuse. *Journal of Adolescence* 2011, **34** : 653-663. Epub 2010 Oct 23

FOURNIER S, ESCOTS S. Homosexualité masculine et usage de substances psychoactives en contextes festifs gais. Enquête ethnographique à Paris et Toulouse en 2007-2008. Trend, OFDT, 2010, 55 p

FRAUGER E, THIRION X, CHANUT C, NATALI F, DEBRUYNE D, et coll. Détournement d'usage du trihexyphénidyle (Artane, Parkitane) : tendances récentes. *Thérapie* 2003, **58** : 541-547

FRAUGER E, PRADEL V, NATALI F, THIRION X, REGGIO P, et coll. Détournement d'usage du clonazépam (Rivotril) : tendances récentes. *Pharmacovigilance* 2006, **61** : 49-65

FRAUGER E, PAULY V, PRADEL V, ROUBY F, ARDITTI J, et coll. Evidence of clonazepam abuse liability: results of the tools developed by the French Centers for Evaluation and Information on Pharmacodependence (CEIP) network. *Fundam Clin Pharmacol* 2011a, **25** : 633-641. doi: 10.1111/j.1472-8206.2010.00882.x. Epub 2010 Nov 16.

FRAUGER E, PAULY V, NATALI F, PRADEL V, REGGIO P, et coll. Patterns of methylphenidate use and assessment of its abuse and diversion in two french administrative areas

using a proxy of deviant behaviour determined from reimbursement database. *CNS Drugs* 2011b, **25** : 415-424

GANDILHON M, CADET-TAÏROU A, LAHAIE E, CHALUMEAU M. Drogues illicites, les observations du dispositif TREND en 2009. OFDT, Tendances 2010, n° 73 : 6 p

HERNANDEZ SH, NELSON IS. Prescription drug abuse: insight to the epidemic. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2010, **88** : 307-317

HOAREAU E, ZURBACK E. Tendances récentes sur le site de Marseille, rapport Trend 2009. OFDT/AMPTA, 2010

JAUFFRET-ROUSTIDE M, COUTURIER E, LE STRAT Y, BARIN F, EMMANUELLI J, et coll. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France – Étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2006, **244**-247

KURZ SP, INCIARDI JA, SURRATT HL, COTTLER LC. Prescription drug abuse among ecstasy users in Miami. *Journal of Addictive Diseases* 2005, **24** : 1-16

LAHAIE E. Héroïne, teneurs et adultérants : évolutions récentes. Note d'information SINTES du 25/05/2011. OFDT, 2011

LANKENAU SE, SANDERS B, JACKSON BLOOM J, HATHAZI DS, et coll. Prevalence and patterns of prescription drug misuse among young ketamine injectors. *Journal of Drug Issues* 2007, **37** : 717-736

LIRAUD F. Impact neuropsychologique de l'abus de substances psychoactives dans les troubles psychotiques de l'humeur. *L'Encéphale* 2002, **28** : 160-168

MATZGZER H, WEISNER C. Nonmedical use of prescription drugs among a longitudinal sample of dependent and problems drinkers. *Drug and Alcohol Dependence* 2007, **86** : 222-229

MCCABE SE, CRANFORD JA, BOYD CJ. The relationship between past-year drinking behaviors and nonmedical use of prescription drugs: Prevalence of co-occurrence in a national sample. *Drug and Alcohol Dependence* 2006, **84** : 281-288

MCCABE SE, BOYD CJ, TETER CJ. Subtypes on nonmedical prescription drug misuse. *Drug and Alcohol Dependence* 2009, **102** : 63-70

METE D, BODEREAU MA, WIND-NAY P, HURBIN E. L'usage détourné de trihexyphénidyle. *Alcoologie et Addictologie* 2008, **30** : 129-135

MICALLEF-ROLL J, LAPEYRE-MESTRE M, LES CEIP. Second meeting of the French CEIP (Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance). PART I : How to evaluate and prevent the abuse and dependance on hypnotic/anxiolytic drugs ? *Therapy* 2009, **64** : 355-364

NATIONAL CENTER ON ADDICTION AND SUBSTANCE ABUSE (CASA). Under the counter: The diversion and abuse of controlled prescription drugs in the U.S. July 2005, 226 p

NATTALA P, LEUNG KS, BEN ABDALLAH A, LB COTT. Heavy use versus less heavy use of sedatives among non-medical sedative users : characteristics and correlates. *Addictive Behaviors* 2011, **36** : 103-109. Epub 2010 Sep 25.

OFDT. Drogues et dépendances, données essentielles. Guides, *La Découverte*, Paris, 2005

OPEPS (OFFICE PARLEMENTAIRE D'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE SANTÉ). Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes, par Mme Maryvonne Briot, Députée. Office Parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Ed.). 2006, 500p

PALLE C, VAISSADE L. Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. *Tendances* 2007, **54** : 4

PETERS RJ, WILLIAMS M, ROSS M, ATKINSON MS, YACOUBIAN GS. Codeine cough syrup use among African-American crack cocaine users. *Journal of Psychoactive Drugs* 2007, **39** : 97-102

PRADEL V, THIRION X, RONFLE E, MASUT A, MICALLEF J, BÉGAUD B. Assesment of doctor-shopping for high dosage buprenorphine maintenance treatment in a french region : development of a new method for prescription database. *Pharmacology and Drug Safety* 2003, **13** : 473-481

REISSNER V, KOKKEVI A, SCHIFANO F, ROOM R, STORBJÖRK JS, et coll. Differences in drug consumption, comorbidity and health service use of opioid addict across six European urban region (TREAT-project). *European Psychiatry* 2011 Jan 28. [Epub ahead of print]

REYNAUD-MAURUPT C, REYNAUD J. Consommation de rohypnol® hors protocole médical depuis février 2001 - Zoom sur les conséquences de l'arrêt relatif à la restriction de mise sur le marché du flunitrazépam sur la vie quotidienne de ses consommateurs. OFDT, 2003

REYNAUD-MAURUPT C, AKOKA S. Usages détournés de la kétamine en France 2001-2003 : « ket-riding » ou les nouveaux voyages immobiles. OFDT, 2004

REYNAUD-MAURUPT C, CHAKER S, CLAVERIE O, MONZEL M, MOREAU C, et coll. Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif « musiques électroniques ». OFDT, 2007

RIGG KK, IBANEZ GE. Motivation for non-medical prescriptions drug use/a mixed methods analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2010, **39** : 236-247

RODDIER M. Phénomènes liés aux drogues en 2003, tendances récentes sur le site de La Réunion. OFDT/ORS La Réunion, 2004

STEINMILLER CL, GEENWALD M. Factors associated with nonmedical use of prescription opioids among heroine-abusing research volunteers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2007, **15** : 492-500

SUDERIE G. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2009. Tendances récentes sur le site de Toulouse. Trend, OFDT, 2011

SUDERIE G, MONZEL M, HOAREAU E. Évolution de la scène techno et des usages en son sein. In : Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. COSTES JM (ed). OFDT, Saint-Denis, 2010

WU LT, WOODY GE, YANG C, BLAZER DG. Subtypes of nonmedical opioid users: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Drug and Alcohol Dependence* 2010, **112** : 69-80