



Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Les résultats de notre étude nous conduisent à penser qu'une meilleure sélection des sujets chez lesquels la buprénorphine haut dosage est indiquée en substitution pourrait être une mesure adaptée à la lutte contre son mésusage. Les sujets susceptibles de bénéficier au mieux d'un traitement substitutif par buprénorphine haut dosage nous semblent être ceux qui sont les mieux insérés, qui ont un emploi ou qui sont susceptibles d'en trouver un rapidement, et ceux dont on peut présager qu'ils ne poursuivront pas l'usage de substances toxiques.

ISBN : 2-11-092875-1

Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage

OFDT - Décembre 2001

Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage

Analyse des déviations de son utilisation

Gwenaëlle VIDAL-TRECAN
et Alain BOISSONNAS,
avec la collaboration de :
Isabelle VARESCON
Norbert NABET
Carine COUZIGOU
Thierry BLANCHON

**Usagers de drogues
injectables
et buprénorphine
haut dosage:
analyse des déviations
de son utilisation**

**Gwenaëlle VIDAL-TRECAN
Norbert NABET
Carine COUZIGOU
Thierry BLANCHON
Alain BOISSONNAS
Isabelle VARESCON**

Décembre 2001

CENTRES PARTICIPANTS

Réseau Repsud : 2, place de la Gare du Sud, 06000 Nice
 Coordinateur : Docteur Alain Mucchielli

Espace MG : 3, place du Cygne, 67000 Strasbourg

Centre Émergence : 58-60, rue de Tolbiac, 75013 Paris
 Responsable : Madame Anne Copel, psychologue

Service médical de la prison de la Santé : 42, rue de la Santé, 75014 Paris
 Responsable : Docteur Katia Illel

Centre Cassini : 8 bis, rue Cassini, 75014 Paris
 Responsable : Docteur Isabelle Ferrand

Sleep'in : 61, rue Pajol, 75018 Paris
 Responsable : Docteur Jean-Pierre Solal

Service de médecine interne - Hôpital Cochin : 27, rue du faubourg Saint-Jacques,
 75014 Paris
 Responsable : Professeur Alain Boissonnas

Dispensaire Moreau de Tours : 1, rue Cabanis, 75014 Paris
 Responsable : Docteur Xavier Laqueille

INTRODUCTION**5****MÉTHODE****7**

MÉTHODE D'ENQUÊTE

7

Type d'enquête

7

Enquêteurs

7

POPULATION

8

ANALYSE

8

Variables d'analyse

8

Analyse descriptive

11

Analyse ciblée sur les personnes en cours de traitement substitutif

12

RÉSULTATS**13**

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

13

*Caractéristiques sociodémographiques et culturelles
des usagers de drogues étudiés*

13

*Caractéristiques toxicomaniaques de la population
avant la première injection de BHD*

13

La BHD

16

Caractéristiques toxicomaniaques à la première injection de BHD

17

MARQUEURS DE RISQUE D'INJECTION INTRAVEINEUSE CHEZ LES SUJETS

EN COURS DE TRAITEMENT SUBSTITUTIF

26

Profils sociodémographiques

27

Injection et consommation d'autres substances

28

Analyse multivariée

29

COMPARAISON POUR LA POPULATION S'INJECTANT DE LA BHD DES SOUS-GROUPES AYANT CONSULTÉ ET N'AYANT PAS CONSULTÉ POUR L'OBTENTION D'UN TRAITEMENT SUBSTITUTIF DANS LE DERNIER MOIS	30
<i>Caractéristiques sociodémographiques</i>	31
<i>Caractéristiques sérologiques</i>	32
<i>Caractéristiques toxicomaniaques</i>	33
<i>Information sur le produit et moyen d'obtention</i>	34
<i>Première injection, mode d'injection et complications liées à l'injection de BHD</i>	36
DISCUSSION	41
CONCLUSION	47
RÉFÉRENCES	49
ANNEXE	53

INTRODUCTION

L'apport des médicaments de substitution, notamment de la méthadone, dans la prise en charge des usagers de drogues n'est plus à démontrer. En évitant la recherche incessante de produits, ils favorisent la réinsertion sociale et professionnelle des usagers et réduisent les comportements à risques d'injection. Plusieurs essais cliniques randomisés ont comparé l'efficacité de la buprénorphine à celle de la méthadone dans les traitements de maintenance.

La buprénorphine haut dosage (BHD) a été mise sur le marché en France en juillet 1995 comme médicament de substitution en cas de dépendance sévère aux opiacés. Trois dosages de BHD (0,4 mg, 2 mg et 8 mg sous la dénomination de Subutex®) ont été commercialisés à partir de 1996 en officine de ville, permettant, sous des conditions précises, à chaque médecin, dont les généralistes, de prescrire ce traitement. Cependant, son utilisation par les médecins généralistes reste encore limitée. Chaque prescription ne peut réglementairement excéder 28 jours. Les doses journalières recommandées sont 8 à 10 mg avec un maximum de 16 mg. Le sulfate de morphine a été strictement interdit en juin 1996, faisant de la BHD le seul traitement possible en médecine de ville.

Sa sécurité d'emploi, liée, en partie, à ses propriétés pharmacologiques d'agoniste partiel de longue durée d'action et sa forme galénique devant interdire la possibilité d'injection intraveineuse ont contribué à rendre la BHD accessible aux médecins généralistes réunis dans le cadre de réseaux.

La France est le seul pays d'Europe où ce médicament est actuellement utilisé à grande échelle. En moins d'un an, 25 000 usagers de drogues ont été traités par la BHD. Aujourd'hui, ce chiffre est estimé à plus de 60 000.

Malgré l'ampleur de cette prescription, aucune évaluation des informations dont bénéficient les usagers de drogues avant d'utiliser ce médicament, ni sur la nature, ni sur l'importance des dérives observées de plus en plus fréquemment dans la prescription ou l'utilisation, n'est à ce jour disponible. Il n'existe pas non plus d'information concernant la fréquence des complications somatiques résultant d'un détournement de son usage, c'est-à-dire l'injection intraveineuse du produit. On sait cependant que la prise associée de benzodiazépines ou d'alcool serait en cause

dans la plupart des cas de surdose observés. Des complications locales de l'injection de ce produit ont aussi été signalées. Une enquête téléphonique « un jour donné » effectuée dans le réseau REPSUD 06 auprès de 18 médecins généralistes (sur les 75 du réseau), représentant environ 156 usagers de drogues, a recensé 16 % d'injecteurs de BHD. Parmi les sujets sous protocole BHD dans le cadre du programme OPPIDUM, soit 566 sujets, 15 % ont utilisé la voie intraveineuse et 2 % la voie nasale, ceci plus fréquemment chez ceux suivis par un médecin généraliste (voie intraveineuse : 24 % vs 10 % ; voie nasale 5 % vs 1 %). Dans l'enquête faisant le bilan du traitement des 25 000 usagers de drogues par la BHD, il a été souligné le caractère « vraisemblablement très limité » des reventes au marché noir, mais l'inquiétude des pharmaciens devant certaines dérives a été soulignée : achat simultané de seringues et de BHD. Il est probable que la BHD, au moment où elle est achetée en pharmacie, est considérée, même par l'utilisateur, comme un médicament, lequel redeviendrait « produit » une fois en sa possession. Injectée, la BHD illustre le dilemme de l'utilisateur : vouloir s'en sortir, passer à la substitution, mais rester dans la spirale de la marginalité, de la capitulation et du fétichisme semble être derrière l'usage répétitif de l'aiguille. Les médecins, les pharmaciens et les intervenants en toxicomanie sont de plus en plus nombreux à assister, impuissants fautes d'analyses, à cette dérive d'utilisation du médicament.

Les objectifs principaux de cette étude sont :

- connaître la prévalence de l'injection de BHD dans une population d'utilisateurs d'opiacés vus dans le cadre d'une prise en charge médicale ou sociale ;
- décrire la population utilisant ce produit en injection et ses comportements ;
- appréhender les déterminants psychosociaux et démographiques entourant l'injection de BHD, notamment dans le cas où la BHD a été prescrite à l'utilisateur.

Les objectifs secondaires sont :

- l'évaluation du niveau de connaissances des utilisateurs de drogues sur la BHD : son mode d'administration, ses contre-indications, les associations déconseillées ;
- l'apport aux médecins, aux pharmaciens et aux associations d'auto-support d'informations précises sur la fréquence et la nature des dérives d'utilisation de la BHD ;
- permettre une mise en garde adaptée aux modes et aux conditions d'utilisation de la BHD par les utilisateurs de drogues n'ayant pas encore injecté le médicament.

MÉTHODE

MÉTHODE D'ENQUÊTE

Type d'enquête

Cette enquête épidémiologique a été réalisée à l'aide d'un questionnaire à réponses fermées (annexe) du mois de juillet 1998 au mois de juin 1999. Ce questionnaire comprend 69 items posés en face-à-face. Après une pré-enquête auprès de dix utilisateurs de drogues dans chaque centre participant, destinée à tester l'acceptabilité des questions et à détecter d'éventuels problèmes de compréhension, la durée du questionnaire a été estimée à vingt minutes par utilisateur. L'anonymat du recueil des informations a été garanti et le consentement éclairé écrit des patients a été obtenu.

Les thèmes abordés dans le questionnaire concernent : la situation démographique et sociale de l'utilisateur au moment de l'enquête, le parcours toxicomaniaque avant la première injection de BHD, les conditions de la première prise de BHD avant la première injection, les raisons, les conditions et l'environnement socio-démographique entourant la première injection de BHD, les prises de risque d'infection et les sensations ressenties lors de la première injection de BHD, les complications somatiques éventuellement survenues après l'injection et les informations reçues par l'utilisateur sur la BHD.

Enquêteurs

Les enquêteurs sont des médecins généralistes de ville, des médecins psychiatres, des pharmaciens, des psychologues, des éducateurs et des infirmières travaillant dans les cabinets de consultation et les centres participant à l'enquête, mais *a priori* non impliqués dans le suivi thérapeutique des sujets. Les enquêteurs ont été préalablement formés et indemnisés sur la base de 150 F par questionnaire exploitable.

POPULATION

La population étudiée est constituée d'usagers de drogues interrogés dans un contexte de suivi médical et/ou psychosocial et ayant pris de la BHD au moins une fois. Les usagers de drogues ont été recrutés dans des centres d'accueil ambulatoires de la région parisienne, à la prison de la Santé, dans les consultations de médecine générale des médecins participant à l'enquête et à la consultation de sevrage de l'hôpital Cochin.

A été considéré comme usager de drogues : toute personne consommant des produits licites détournés de leur usage ou des produits illicites entraînant une dépendance perturbant la vie sociale.

Ont été inclus : tous les usagers de drogues âgés de plus de 18 ans ayant pris par le passé ou prenant actuellement de la BHD dans un contexte de suivi médical ou psychosocial.

N'ont pas été inclus : les usagers de drogues incapables de répondre aux questions et/ou présentant des troubles psychiatriques graves.

ANALYSE

Variables d'analyse

La situation sociodémographique de l'usager au moment de l'enquête

L'âge au moment de l'enquête a été traité comme une variable continue. L'âge moyen et sa variance ont donc été examinés.

Le statut marital est décrit par une variable dichotomique : vit seul (célibataire, divorcé, veuf) ou non.

La situation professionnelle : ont été distingués les usagers ayant un emploi ou le statut d'étudiant et ceux n'exerçant aucune activité, qui regroupe des sujets ayant déjà ou n'ayant jamais travaillé et cherchant ou non un emploi. Ceci afin d'analyser le rôle de l'existence ou non d'une activité socialement reconnue.

Les revenus : les items ont été regroupés en deux classes selon que le sujet percevait un salaire ou non (les revenus étaient alors d'une autre origine : allocation, aide des parents ou autre).

Le lieu d'habitation a fait l'objet de deux typologies basées sur deux idées différentes. La première valorise la notion d'indépendance et répartit les sujets selon

qu'ils sont autonomes ou qu'ils vivent chez quelqu'un d'autre. La deuxième typologie met en valeur la notion de logement précaire en répartissant les sujets selon qu'ils logent dans un endroit « stable » (chez eux ou chez leurs parents) ou ailleurs, souvent de façon plus précaire.

Le plus haut diplôme obtenu est décrit selon quatre items : aucun diplôme, le brevet ou le certificat d'étude, un CAP ou un BEP, le BAC ou un diplôme de niveau supérieur.

Les statuts VIH et VHC (positifs ou négatifs) sont rapportés par les sujets et non vérifiés par un test immunologique.

Le parcours toxicomaniaque

L'âge de la première prise d'opiacé et l'âge de la première injection ont été traités comme des variables continues. Les âges moyens et leur variance ont donc été examinés.

Pour connaître le contexte d'utilisation de produits en injection ou non, l'existence de l'injection d'un autre produit que la BHD et la consommation de substances dans le mois précédant l'entretien ont été demandées. Le profil de consommation de produits toxicomanogènes ainsi défini permet d'appréhender les antécédents de pratique toxicomaniaque et notamment l'état de cette pratique au moment de la première injection de BHD.

Pour le premier produit injecté, les items ont été traités comme des variables indépendantes. Chacun des produits est considéré comme une variable dichotomique et codée en produit consommé ou non.

L'étude des lieux de l'enquête a permis de créer deux variables : l'une comportant trois classes selon que le questionnaire était mené par un enquêteur appartenant à un réseau de soins (cadre d'exercice libéral) ou que les questions étaient posées dans un centre de lutte contre les toxicomanies ou dans un autre cadre (prison ou *sleep'in*) ; l'autre comportant trois classes selon l'origine géographique des lieux d'enquêtes : Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Alsace.

Les conditions de la première prise de BHD avant la première injection

L'âge de la première prise de BHD a également été traité comme une variable continue.

La première personne non-usager de drogues à avoir parlé de BHD : les items ont été regroupés en trois options : un médecin, une association ou un pharmacien et la famille.

De la même manière, l'endroit où la BHD a été évoquée pour la première fois a été regroupé en trois catégories : dans un cabinet de médecine libérale, dans une association, dans un hôpital, dans une pharmacie ou dans un autre lieu.

Pour l'analyse :

A été considéré comme substitué un usager de drogues prenant dans le dernier mois de la BHD et dont le premier contact avec la BHD a été le fait d'une prescription.

La population générale des usagers de BHD interrogés a été divisée en deux sous-populations selon que les sujets s'étaient ou non au moins une fois injectés de la BHD. Les variables correspondant à ces deux catégories de population sont appelées injecteurs et non-injecteurs.

L'environnement de la première injection de BHD

L'origine de l'idée de la première injection de BHD est classée en trois possibilités : un usager de BHD en injection, le sujet lui-même ou une autre personne, qu'elle consomme ou non des drogues.

Le lieu de la première injection de BHD a été classé en deux items : endroit « incitant » à l'injection intraveineuse et endroit « n'incitant pas » à l'injection. Faire l'injection chez soi, chez ses parents ou dans un hôtel a été assimilé à faire l'injection dans un lieu n'incitant pas à l'injection de drogues ; en revanche, faire l'injection chez des amis, chez un vendeur de BHD, dans un foyer pour toxicomanes, dans une cage d'escalier, dans une cave, dans les toilettes publiques, dans le métro, dans la rue, dans un squatte ou en prison a été considéré comme incitant à l'injection de BHD.

Concernant le nombre de personnes présentes lors de la première injection de BHD, nous avons regroupé les réponses en une variable dichotomique. Elle prévoit le cas où le sujet est seul et celui où il est accompagné par un nombre quelconque de personnes.

Le premier mode de consommation du BHD est codé en trois modes : sublingual, avalé et injecté.

Les sensations ressenties lors de la première injection sont analysées selon deux modes. Premièrement, la nature de la sensation elle-même (agréable, désagréable, aucune ou autre) est catégorisée et deuxièmement cette sensation est comparée à celle éprouvée lors de l'injection du produit habituellement utilisé (plus agréable, moins agréable, différente ou identique).

Les prises de risque lors de la première injection

Le matériel utilisé lors de cette injection est qualifié selon trois critères : matériel de préparation partagé, matériel d'injection neuf ou matériel emprunté.

Les autres produits injectés lors de la première injection de BHD : chacun des items de cette variable a été traité comme une variable autonome dichotomique, réponse : oui ou non.

Pour le produit le plus injecté en dehors du BHD, des regroupements ont été effectués pour arriver à trois classes de produits : l'héroïne, le crack et la cocaïne, et les autres produits dont les amphétamines.

Les complications somatiques éventuellement survenues après l'injection

Pour les produits pris avant ou en même temps que l'injection de BHD ayant entraîné une perte de connaissance : là encore, tous les items ont été traités comme des variables dichotomiques autonomes.

Pour les informations reçues par l'usager sur la BHD : les questions concernant le mode d'administration, l'association aux benzodiazépines, à l'alcool, à la méthadone ou à un autre opiacé, et la possibilité d'apparition d'un syndrome de manque ont été traitées comme des variables dichotomiques et retranscrites sous la forme d'un tableau ne mettant en évidence que les sujets exprimant une réponse positive.

Analyse descriptive

L'analyse descriptive a été réalisée à l'aide des techniques traditionnelles. Les fréquences, les moyennes, les écarts types et les extrêmes ont été calculés pour chacune des variables. Dans cette partie de l'analyse, la population est considérée dans son ensemble, sans distinction en fonction de différents comportements, notamment le fait de s'être ou non injecté la BHD. L'évolution des taux de séropositivité a été comparée à l'aide du test de Mc Nemar (comparaisons sur séries appariées).

Les caractéristiques intrinsèques de la population font que tout au long de l'enquête, nous avons été confrontés à un nombre plus ou moins important de non-réponses. Afin de pouvoir exploiter les résultats obtenus d'après l'étude des seuls répondants, et lorsque le nombre de non-réponses était important, les populations répondante et non-répondante ont été comparées sur leurs principales caractéris-

tiques sociodémographiques et toxicomaniaques, sans mettre en évidence de différences statistiquement significatives. De cette façon, les proportions calculées sur les sujets répondeurs ont pu être utilisées dans cette analyse.

Analyse ciblée sur les personnes en cours de traitement substitutif

Dans un deuxième temps, des marqueurs de risque d'injection de BHD ont été recherchés sur un groupe de population défini comme actuellement en cours de traitement substitutif (N = 404 sujets). Au sein de cette population, certaines caractéristiques des sujets s'étant injectés la BHD, dits « injecteurs » ont été comparées à celles des « non-injecteurs » de BHD. Cette étude a été basée sur des analyses uni et multivariées. L'analyse multivariée s'est déroulée de manière classique. Les variables à inclure dans le modèle de régression logistique ont été sélectionnées par l'analyse des différences entre les deux populations (tests du χ^2), le seuil de signification retenu est de 25 %. Ces variables et les facteurs de confusion possibles ont été inclus dans le modèle de régression logistique pas à pas descendant pour la mise en évidence des variables indépendamment associées à l'injection de BHD. Les associations ont été exprimées par odds ratios (OR) et leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %). L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS sous Windows (version 9.0).

RÉSULTATS

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Cette enquête est basée sur l'étude d'une population de 779 usagers de drogues, parmi lesquels 9 ont émis le souhait de ne pas parler de l'injection de BHD. Les usagers ont été recrutés dans trois régions françaises : Ile-de-France (n = 284), Provence-Alpes-Côte d'Azur (n = 202) et Alsace (n = 248). Au sein de ces régions, 58 % (n = 450) des sujets ont été recrutés dans des réseaux de soins libéraux, 25 % (n = 170) dans des centres de lutte contre la toxicomanie et 10 % (n = 81) en prison ou dans un *sleep'in*.

Caractéristiques sociodémographiques et culturelles des usagers de drogues étudiés

Cette population (Tableau 1 page 14) est surtout masculine (77 % d'hommes). Les sujets vivent le plus souvent seuls dans un environnement qui, pour la plupart d'entre eux (73 %), ne semble pas précaire.

Les moyens économiques de cette population sont limités. Dans une très large majorité leur niveau scolaire reste bas, et les sujets exerçant une activité salariée demeurent largement minoritaires, leur subsistance étant principalement assurée par des aides familiales ou sociales.

Caractéristiques toxicomaniaques de la population avant la première injection de BHD

Le parcours toxicomaniaque des usagers de BHD débute en moyenne à l'âge de 19,5 ans (SD = 4,5) et la première utilisation des produits par voie intraveineuse, qui, dans 72 % des cas, est de l'héroïne, se fait en général un an plus tard puisque la moyenne d'âge de la première injection est de 20,7 ans (SD = 4,6).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

	Fréquences n	Pourcentages %
Sexe		
masculin	601	77,2
féminin	178	22,8
Vit en couple		
non	526	67,5
oui	253	32,5
Habitat « stable »		
oui	571	73,3
non	208	26,7
Plus haut diplôme obtenu		
aucun	160	20,5
brevet ou certificat	126	16,2
CAP ou BEP	326	41,8
BAC et plus	150	19,3
autres	17	2,2
Activité		
emploi ou études	337	43,3
aucune	440	56,5
Revenus		
perçoit un salaire	317	40,7
perçoit une autre source de revenus	462	59,3
Est déjà allé en prison		
oui	359	46,1
non	416	53,4

Au sein de la population des usagers de BHD, la prévalence des infections par le VIH et le VHC augmente entre la première prise de BHD et le moment de l'enquête, passant respectivement de 10,8 % à 11,4 % pour le VIH et de 37,9 % à 48,5 % pour le VHC.

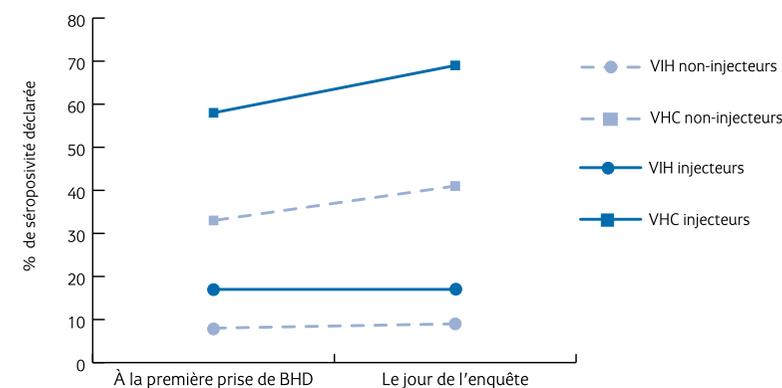
En considérant maintenant les deux sous-populations des « injecteurs » et des « non-injecteurs » de BHD (Tableau 2 ; Figure 1), on note chez les injecteurs des prévalences significativement supérieures à celles observées chez les non-injec-

teurs. En effet, le taux de séropositivité au VIH chez les injecteurs est deux fois supérieur à celui des non-injecteurs ($p < 0,001$). En ce qui concerne le VHC, plus de 50 % d'augmentation entre ces deux groupes chez les injecteurs ($p < 0,001$) ont été observés, avec un taux séropositivité au VHC qui s'élève jusqu'à 67 % chez les sujets qui font un usage intraveineux de la BHD ($p < 0,001$). Si les prévalences sont nettement supérieures chez les injecteurs, il n'y a pas de progression statistiquement significative de ces taux entre la première prise de BHD et le moment de l'enquête pour le VIH. En revanche, pour le VHC, la prévalence varie significativement entre ces deux moments (test de Mc Nemar : $p < 0,001$).

Cependant, si la population des injecteurs est significativement plus souvent séropositive pour le VHC et pour le VIH, son taux de séroconversion entre la première prise de BHD et la date de l'enquête n'est pas statistiquement différent de celui des non-injecteurs.

Tableau 2 : Séroprévalence rapportée de l'infection par le VIH et le VHC chez les injecteurs et les non-injecteurs de BHD

	VHC	VHC	VIH	VIH
À la 1 ^{re} prise de BHD	58,6	34,7	16,5	6,6
Le jour de l'enquête	66,8	38,0	16,5	7,4

Figure 1 : Comparaison des séroprévalences déclarées pour le VIH et le VHC chez les injecteurs et les non-injecteurs de BHD

Durant le mois précédant l'enquête, 26 % des sujets ont consommé des drogues par voie intraveineuse. Le tableau 3 indique les produits consommés.

Près de 20 % de cette population ont consommé de la cocaïne ou de l'héroïne, signe d'une toxicomanie active au moment de l'enquête.

Tableau 3: Produits consommés pendant le mois précédant l'enquête

Variables	Fréquences n	Pourcentages %
BHD	640	82,2
Alcool	307	39,4
Benzodiazépine	208	26,7
Cocaïne	151	19,4
Héroïne	144	18,5
Méthadone	88	11,3
Crack	66	8,5
Sulfate de morphine (Skenan®)	49	6,3
Codéine	42	5,4
Amphétamine	33	4,2
Barbiturique	32	4,1
Buprénorphine (Temgésic®)	18	2,3
Sulfate de morphine (Moscontin®)	15	1,9
Acide lysergique (LSD)	12	1,5
Autres	32	4,1

La BHD

Dans le mois précédant l'enquête, 85 % de la population ont consulté un médecin pour un traitement de substitution.

L'information

Il n'en reste pas moins que l'information (Tableau 4) concernant l'existence de la BHD est le plus souvent dispensée par des personnes non qualifiées et se situant en dehors d'un cadre de prise en charge sociosanitaire.

Tableau 4: Origine de l'information de l'usager sur la BHD

Variables	Fréquences n	Pourcentages %
Informateur		
usager de drogues	458	60,5
non-usager de drogues et autres	299	39,5
médecin	200	67,8
pharmacie, association	46	15,6
famille, amis	24	8,1
autres	25	8,5
Lieu d'information		
cabinet de médecin libéral	115	14,8
autres	513	65,9

La consommation

La première consommation de BHD survient en moyenne dix ans après la première prise d'opiacé, à l'âge de 29,5 ans (DS = 6,0).

Dans 61 % des cas, cette première prise (Tableau 5 page 18), a été demandée par l'usager de drogues injectables et prescrite par un médecin lors de la première utilisation dans les deux tiers des cas. Elle n'a été réalisée dans un environnement sanitaire (présence d'un professionnel de santé : médecin, pharmacien ou infirmier) que dans un cas sur cinq.

Au cours de leur période de consommation de BHD, 27 % des usagers ont obtenu simultanément des prescriptions de plusieurs médecins.

Caractéristiques toxicomaniaques à la première injection de BHD

L'injection intraveineuse de BHD

Les résultats concernant l'injection intraveineuse de BHD sont obtenus à partir de l'étude de la sous-population des sujets déclarant s'être déjà injectés au moins une fois de la BHD, soit 392 personnes.

Tableau 5 : Description de la première prise de BHD

Variables	Fréquences n	Pourcentages %
Raison		
une proposition	299	39,0
une demande personnelle	468	61,0
Moyen d'obtention		
prescription d'un médecin généraliste	357	45,9
prescription d'un médecin d'hôpital, d'une association ou de prison	131	16,8
autres sans prescription	290	37,3
Mode de consommation		
sublingual	541	69,6
avalé	27	3,5
injecté	150	19,3
autres	59	7,6
Présence d'un médecin, d'un pharmacien, d'un infirmier		
oui	147	21,0

La prévalence de l'injection est donc de 50,3 % parmi la population des usagers de BHD.

Sur ces 392 patients, seuls 384 ont accepté d'en parler.

En dehors de la BHD, le produit le plus consommé par cet échantillon de population est le cannabis (72 % des cas). Viennent ensuite les benzodiazépines (31 %), la cocaïne (27 %), l'héroïne (19 %) et le crack (12,5 %). Le reste étant représenté par les amphétamines et les autres drogues.

Les deux tiers de ces usagers de BHD s'injectent le produit dans le mois qui suit sa découverte à l'occasion d'un traitement de substitution ou d'une autre circonstance, et, parmi eux, les deux tiers se l'injectent d'emblée (Tableau 6 page 20), ce qui témoigne de la forte attirance des usagers pour ce mode de consommation.

La semaine précédant la première injection intraveineuse

Au-delà des conditions de consommation, celles d'obtention du produit la semaine précédant l'injection ne sont pas totalement conformes à ce qui est prévu

par l'AMM. En effet, 16 % des sujets détiennent des prescriptions multiples, et dans 44 % des cas, la dose prise la semaine précédente est inférieure à 8 mg. Sachant qu'ils ne sont que 4 % à consommer moins que ce qui est prescrit. Il apparaît clairement, si l'on considère qu'une dose de BHD « normale » va de 8 à 16 mg, qu'une grande majorité des prescriptions est quantitativement insuffisante, ce qui pourrait être un argument pour justifier l'injection du produit, les usagers n'étant pas assez soulagés par la substitution initialement prescrite.

Circonstances et déroulement de la première injection intraveineuse de BHD

Si l'envie de l'injection ne vient pas du simple fait de vouloir faire comme les autres (Tableau 7 page 21), l'idée de l'usage intraveineux de la BHD est le plus souvent donnée par un autre usager de BHD.

Le rituel de l'injection et la recherche des sensations qui y sont attachées sont les motivations principales qui poussent les usagers de BHD à s'injecter le produit. La pression des autres usagers et le phénomène d'entraînement ne semblent jouer qu'un rôle modéré. Ces constatations semblent être confirmées par le fait que la première injection de BHD est, dans la majorité des cas, réalisée dans un endroit n'incitant pas à l'injection intraveineuse et dans presque 50 % des cas, seul.

Comme dans la population des usagers de drogues traditionnels, la polyconsommation est fréquente au moment de l'injection (Tableau 7 bis page 22). L'alcool et les médicaments anxiolytiques sont les produits les plus utilisés : benzodiazépines en tête. Parmi les usagers de benzodiazépines (40 % des polytoxicomanes), 26 % en consomment plusieurs en même temps. Une petite proportion des polytoxicomanes associe de l'héroïne à l'injection de BHD (7,8 %).

L'étude de la consommation d'héroïne au sein de la population des 640 usagers de BHD au cours du mois précédant l'enquête ne met pas en évidence de différence de comportement entre les injecteurs et les non-injecteurs de BHD. Parmi les injecteurs de BHD, il existe autant de consommateurs d'héroïne que chez les non-injecteurs (19,3 % vs 16,3 % ; NS).

Lorsque l'injection n'a pas lieu d'emblée, la recherche d'une corrélation entre la dose de BHD consommée la semaine précédant l'injection et la dose injectée lors de cette même première injection de BHD (Tableau 8 page 22) chez les 169 sujets ayant répondu aux deux questions ne met en évidence aucune relation statistiquement significative ($p = 0,182$, test de signification bilatérale).

La dose consommée quotidiennement durant la semaine précédente serait supérieure à la dose injectée.

Tableau 6: Comportement lors de la semaine précédant l'injection de BHD*

Variables	Fréquences n	Pourcentages %
Délai entre la première prise et la première injection		
aucun	149	39,6
< 1 mois	872	3,1
de 1 à 3 mois	55	14,6
de 3 à 6 mois	24	6,4
> 6 mois	62	16,4
Quantité de BHD consommée la semaine précédente		
0,4 à 2 mg	251	0,1
2 à 6 mg	66	26,6
6 à 8 mg	77	31,0
8 à 16 mg	62	25,0
>16 mg	18	7,3
Prescription médicale de la BHD la semaine précédente	232	66,5
Prescriptions multiples la semaine précédente	31	16,3
Durée prévue de la dernière prescription		
moins d'1 semaine	9	5,3
1 semaine	61	35,7
2 semaines	57	33,3
3 semaines	7	4,1
4 semaines et plus	37	21,6
Quantité consommée la semaine précédente † comparée à la quantité prescrite		
conforme à la prescription	107	68,2
supérieure	43	27,4
inférieure	7	4,5
Présence d'un médecin, d'un pharmacien, d'une infirmière lors de la prise de BHD	41	13,0

* Information obtenue auprès de 384 sujets (ayant fait l'objet d'une prescription médicale de BHD) ; † émanant de plusieurs médecins.

Tableau 7: Circonstances et déroulement de la première injection de BHD

Variables	Fréquences n	Pourcentages %
Principales raisons*		
connaître l'effet de l'injection intraveineuse	277	72,9
besoin du geste	264	71,0
recherche de sensations différentes	188	50,4
angoisse	152	40,6
dépression	141	38,2
dépenser moins d'argent	106	28,6
pression de l'entourage	58	15,2
faire comme les autres	49	12,9
ne sait pas	2	0,5
Lieu de l'injection		
endroit n'incitant pas à l'injection intraveineuse	225	60,6
endroit incitant à l'injection intraveineuse	59	15,7
autres	91	23,7
En groupe lors de la première injection de BHD	202	53,7
Personne incitatrice		
usager de BHD IV	215	56,9
lui-même ou personne en particulier	132	34,9
autres	31	8,2
Dose injectée		
< 0,4 mg	10	2,7
0,4 à 2 mg	63	17,2
2 à 6mg	124	33,8
6 à 8 mg	107	29,2
8 à 16 mg	50	13,6
> 16 mg	13	3,5
Consommation d'autres produits †	153	42,6

* Plusieurs réponses possibles (le total des réponses fait plus de 100 %) ; † faire l'injection chez soi, chez ses parents ou dans un hôtel a été assimilé à la faire dans un lieu n'incitant pas à l'injection de drogue. En revanche, faire l'injection chez des amis, chez un vendeur de BHD, dans un foyer pour toxicomanes, une cage d'escalier, une cave, dans les toilettes publiques, le métro, la rue, un squatte ou en prison a été considéré comme étant des lieux incitant à l'injection de BHD ; ‡ produits d'usage licites ou illicites injectables ou non.

Tableau 7 bis: Circonstances et déroulement de la première injection de BHD

Variables	Fréquences n	Pourcentages %
Produits associés*		
Alcool	63	41,2
Flunitrazépam (Rohypnol®)	49	32,0
Cocaïne	19	12,4
Bromazépam (Lexomil®)	14	9,2
Héroïne	12	7,8
Crack	11	7,2
Chlorazépate dipotassique (Tranxène®)	9	5,9
Diazépam (Valium®)	6	3,9
Sulfate de morphine (Moscontin®)	4	2,6
Alprazolam (Xanax®)	3	2,0
Chlorhydrate de buprénorphine (Temgésic®)	3	2,0
Sulfate de morphine (Skenan®)	3	2,0
Autres	16	10,5

* Plusieurs réponses possibles (le total des réponses fait plus de 100 %).

Tableau 8: Relation entre la dose consommée la semaine précédant l'injection et la dose injectée

Dose injectée	Dose consommée la semaine précédant l'injection de BHD				
	0,4 à 2 mg	2 à 6 mg	6 à 8 mg	8 à 16 mg	> 16 mg
Lors de la première injection de BHD					
0,4 à 2 mg	15	19	8	3	0
2 à 6 mg	1	39	25	17	4
6 à 8 mg	1	7	31	18	4
8 à 16 mg	0	1	8	17	6
> 16 mg	1	0	1	3	4

La préparation de la première injection intraveineuse de BHD

Plus d'un sujet sur sept a partagé son matériel de préparation lors de cette première injection de BHD (Tableau 9).

Tableau 9: Première injection de BHD

Variables	Fréquences n	Pourcentages %
Produit utilisé*		
chauffé	144	37,5
dissout	276	75,2
écrasé	66	18,7
écrasé et filtré	254	69,0
Matériel de préparation		
partagé	53	14,2
Matériel d'injection *		
neuf	355	92,4
emprunté	22	16,2

* Plusieurs réponses sont possibles.

Conséquences de la première injection intraveineuse de BHD**Sensations**

Connaître l'effet procuré et rechercher des sensations différentes sont les principales raisons invoquées pour l'usage intraveineux de BHD. La première injection est, certes, dans 61,6 % des cas, moins agréable que l'injection du produit habituel, mais elle n'est décrite comme désagréable que dans 16 % des cas, ce qui peut laisser présager de la poursuite de la consommation du produit par voie intraveineuse. En effet, une récurrence de l'injection est survenue dans 85,1 % des cas dans la semaine qui a suivi la première consommation par voie intraveineuse.

Tableau 10: Sensations ressenties lors de la première injection de BHD

Variables	Fréquences n	Pourcentages %
Sensation		
agréable	165	44,1
désagréable	59	15,8
aucune	122	32,6
autre	28	7,5
Comparaison à l'injection du produit habituel		
plus agréable	8	2,6
moins agréable	191	61,6
différente	99	31,9
identique	12	3,9

Consommation à la suite de l'injection de la BHD

Une fois essayée, la pratique de l'injection intraveineuse de BHD semble devenir courante et se pérenniser pour 85 % des injecteurs, sans qu'il y ait de période « réfractaire », puisque 82 % des récurrences surviennent dans la semaine suivant la première injection (Tableau 11).

Tableau 11: Évolution des modes de consommation de la BHD après la première injection du produit

Variables	Fréquences n	Pourcentages %
Récidive de l'injection intraveineuse		
oui	324	85,1
Délais entre les deux injections		
< 1 jour	131	41,6
1 à 6 jours	127	40,3
7 à 30 jours	35	11,1
> 30 jours	22	7,0
Usage de la BHD depuis la première injection intraveineuse		
seulement en IV	62	16,4
seulement en sublingual	75	19,8
en injection intraveineuse et en sublingual	230	60,8

Complications médicales

L'injection de BHD est un comportement à risques élevé, puisque 163 sujets qui l'ont effectué ont été victimes de complications médicales (43,0 %), entraînant pour 73 d'entre eux (44,8 %) une hospitalisation.

Perte de connaissance

Parmi les 13 sujets déclarant avoir déjà eu des pertes de connaissance, 8 disent en avoir été victimes dès la première injection de BHD (Tableau 12). Il est à noter que dans les deux tiers des cas, la dose injectée était supérieure à celle prescrite et 10 fois sur 11 accompagnée d'autres toxiques dont l'usage est contre-indiqué.

Tableau 12: Caractéristiques de la consommation de drogues lors de la dernière perte de connaissance (n = 13)

Variables	Nombre
Provenance de la BHD	
pharmacie avec prescription	7
copain	2
revendeur au marché noir	1
Dose injectée comparée à la dose prescrite	
supérieure	4
inférieure	2
identique	1
Consommation d'autres produits	
oui	10
Produits	
Alcool	3
Diazépam (Valium®)	2
Cocaïne	2
Bromazépam (Lexomil®)	1
Héroïne	0
Crack	1
Alprazolam (Xanax®)	0
Sulfate de morphine (Skenan®)	0
Autres	2

Information délivrée

Le niveau général de connaissance du produit et de son utilisation (Tableau 13) par les sujets qui ont pratiqué l'injection de BHD est relativement bon. Il ne semble pas pouvoir expliquer le mésusage de ce produit par les toxicomanes. Le détournement du mode de consommation serait donc fait sciemment, en connaissance des risques encourus.

Tableau 13: Niveau de connaissance concernant l'usage de la BHD

Variables	Nombre n	Fréquences %
Savez vous que la BHD :		
ne doit pas être avalée	309	81,5
ne doit pas être associée aux benzodiazépines	231	62,3
ne doit pas être associée à l'alcool	242	64,7
entraîne un syndrome de manque si elle est arrêtée	352	93,4
ne doit pas être associée à la méthadone	253	67,6
ne doit pas être consommée dans les 4 heures		
qui suivent la prise d'un autre opiacé	256	68,8
ne doit pas être injectée	356	93,7
ne doit pas être sniffée	306	82,5

MARQUEURS DE RISQUE D'INJECTION INTRAVEINEUSE CHEZ LES SUJETS EN COURS DE TRAITEMENT SUBSTITUTIF

Parmi les sujets recrutés, nous avons sélectionné ceux qui étaient en cours de traitement substitutif. Ces 404 sujets répondent à deux critères : la première prise de BHD a été le résultat d'une prescription médicale et ils ont pris ce produit dans le mois qui a précédé l'interrogatoire.

Profils sociodémographiques

Parmi les variables sociodémographiques étudiées (Tableau 14), les variables économiques sont différentes chez les injecteurs et chez les non-injecteurs. Les sujets sans emploi et ne percevant pas de salaire sont plus souvent injecteurs de BHD. Habiter un logement stable, qui peut traduire une situation économique favorable, est plus souvent le fait des non-injecteurs. Un contact précoce avec les opiacés semble également être un facteur de risque d'injection de BHD. Les sujets injecteurs sont plus souvent séropositifs au VIH et au VHC à la première prescription de BHD que les sujets non-injecteurs (Tableau 15).

A contrario : l'âge ($p = 0,13$) et le niveau de diplôme obtenu ($p = 0,89$), le sexe, le statut marital ou le fait d'être déjà allé en prison ne préjugent en rien d'une utilisation intraveineuse de la BHD.

Tableau 14: Facteurs de risque de l'injection de BHD chez les sujets sous traitement substitutif (n = 404)

	Injecteurs n (%)	Non-injecteurs n (%)	p
Âge de 1 ^{re} prise d'opiacés, moyenne (DS)	19,5 (5,1 %)	20,5 (4,6 %)	0,045
Sexe masculin	149 (79 %)	157 (73 %)	NS
Vie en couple	58 (31 %)	79 (37 %)	NS
Emploi	80 (43 %)	123 (57 %)	0,005
Salaire	77 (41 %)	119 (55 %)	0,005
Logement « stable* »	145 (77 %)	184 (85 %)	0,038
Séjour en prison	89 (47 %)	85 (40 %)	NS

* Chez eux ou chez leurs parents.

Tableau 15: Statuts VIH et VHC à la première prescription de BHD

	Injecteurs n (%)	Non-injecteurs n (%)	p
VIH +	27 (14 %)	17 (8 %)	0,035
VHC +	95 (51 %)	76 (35 %)	0,007

Injection et consommation d'autres substances

Les injecteurs de BHD se sont plus souvent injectés ($n = 66$; 35 %) un autre produit que les non-injecteurs ($n = 16$; 7 %) dans le mois précédant l'enquête ($p < 0,001$).

Quant aux rares usagers de sulfate de morphine et de méthadone, ils seraient plus fréquemment injecteurs de BHD que non-injecteurs (Tableau 16).

Parmi les autres produits non opiacés utilisés (Tableau 17), le cannabis, la cocaïne et le crack sont plus souvent consommés dans le mois précédant l'enquête par les injecteurs que par les non-injecteurs. Curieusement, une consommation d'alcool et de benzodiazépine n'est pas différente chez les injecteurs et les non-injecteurs.

Tableau 16: Consommation d'opiacés chez les sujets injecteurs et non-injecteurs de BHD

	Injecteurs n (%)	Non-injecteurs n (%)	p
Consommation d'autres opiacés			
Héroïne	28 (15 %)	27 (13 %)	NS
Codéine	7 (4 %)	9 (4 %)	NS
Sulfate de morphine	7 (4 %)	1 (1 %)	0,019
Méthadone	10 (5 %)	3 (1 %)	0,025

Tableau 17: Consommation d'autres toxiques chez les sujets injecteurs et non-injecteurs de BHD

	Injecteurs n (%)	Non-injecteurs n (%)	p
Consommation d'autres substances			
Cannabis	124 (66 %)	87 (40 %)	< 0,001
Cocaïne	40 (21 %)	13 (6 %)	< 0,001
Crack	18 (10 %)	7 (3 %)	0,008
Amphétamines	7 (4 %)	6 (3 %)	NS
Benzodiazépines	45 (24 %)	49 (23 %)	NS
Alcool	74 (40 %)	68 (32 %)	NS

L'âge de la première prise d'opiacé et la raison invoquée pour la première prise de BHD ne sont pas significativement différentes chez les injecteurs et les non-injecteurs. En revanche, une relation statistique a été mise en évidence entre l'âge de la première prise de BHD et l'injection de ce produit ($p = 0,04$).

Une relation statistiquement significative existe également entre l'endroit où la personne a, pour la première fois, entendu parler de la BHD et le fait de s'injecter la substance (Tableau 18). Les sujets ayant eu connaissance de la BHD pour la première fois dans un environnement sociosanitaire (cabinet de médecine libérale, association, hôpital ou pharmacie) s'injectent plus ce produit que ceux qui en ont entendu parler pour la première fois chez eux, chez des amis, dans la rue ou ailleurs ($p = 0,009$).

Enfin, pour ce qui est de la première prise de BHD, il est indifférent, face à l'injection ou à la non-injection du produit, que la BHD ait été prescrite au sein d'un cabinet de médecine libérale ou bien dans un hôpital ou une association. De même, il n'y a pas de différence entre les sujets recrutés dans les centres de lutte contre la toxicomanie, les réseaux de médecine libérale ou dans d'autres lieux tels les *sleep'in* et la prison. La région, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur ou Alsace n'intervient pas non plus. De la même manière, la présence d'un médecin, d'un pharmacien ou d'une infirmière au moment de la première prise ne modifie en rien la proportion de sujets injecteurs ou non.

Tableau 18: Influence de l'endroit où la BHD a été pour la première fois évoquée sur le mode d'administration de la BHD.

	Injecteurs n (%)	Non-injecteurs n (%)	p
Environnement sociosanitaire	99 (24,5 %)	87 (21,5 %)	0,009

Analyse multivariée

Le modèle de régression pas à pas descendant utilisé (Tableau 19) fait apparaître que s'injecter un autre produit que la BHD est, indépendamment d'autres facteurs, lié de manière très importante à l'usage intraveineux de la BHD. Autre élément significativement et positivement lié à l'injection de BHD : la désinsertion sociale, essentiellement mise en évidence par l'absence d'emploi.

La consommation d'héroïne est liée d'une manière négative à l'injection de BHD. Cette dernière étant un substitut d'héroïne, il est possible que les sujets qui poursuivent une toxicomanie à l'héroïne aient moins recours à la BHD en injection que les autres.

L'absence d'introduction dans le modèle de l'injection d'un autre produit dont la liaison extrêmement forte avec l'injection de BHD peut masquer l'association à d'autres variables mais donne les informations suivantes : la consommation de cocaïne apparaît très fortement liée à l'injection de BHD (OR : 3,66 ; IC95 % : 1,75-7,64) ; une séropositivité VHC à la première prise de BHD (OR : 1,69 ; IC95 % : 1,08-2,66) et l'absence d'emploi (OR : 1,63 ; IC95 % : 1,04-2,56) apparaissent aussi liées à l'injection de BHD.

Tableau 19: Facteurs de risque d'injection de BHD chez les sujets en traitement substitutif par la BHD*

	Injecteurs	
	OR*	IC 95%
Consommation d'héroïne	0,23	0,1 - 0,7
Absence d'emploi	1,72	1,1 - 2,8
Injection hors BHD	16,5	6,1 - 44,2

* Les variables introduites dans le modèle ont été, outre celles retenues comme indépendamment associées à l'injection : l'âge à la première prise d'opiacé, le sexe, la vie en couple, le type de revenus, l'existence d'un emploi, les conditions de logement, les statuts VIH et VHC à la première prise de BHD, la prise de méthadone, de sulfate de morphine, de cocaïne, de crack, d'alcool dans le dernier mois.

COMPARAISON POUR LA POPULATION S'INJECTANT DE LA BHD DES SOUS-GROUPES AYANT CONSULTÉ ET N'AYANT PAS CONSULTÉ POUR L'OBTENTION D'UN TRAITEMENT SUBSTITUTIF DANS LE DERNIER MOIS

Les sujets qui ont consulté dans le dernier mois pour traitement substitutif n'ont pas moins fait usage de BHD par voie intraveineuse que ceux qui n'ont pas consulté dans le dernier mois pour traitement substitutif (49,5 % vs 50,5 %).

Parmi les 391 sujets s'étant injectés de la BHD au moins une fois, 328 (84 %) avaient consulté dans le dernier mois pour un traitement de substitution, la plupart

par BHD (Tableau 20). Certains sujets (n = 20) disant avoir consulté dans le mois précédent pour traitement de substitution ne déclarent pas la consommation durant cette période de méthadone ou de BHD, mais d'autres produits comme différentes formes de sulfate de morphine, de la codéine ou encore des benzodiazépines. Ils n'ont toutefois pas été exclus de l'analyse. De plus, 384 sujets seulement ont accepté de poursuivre l'interrogatoire sur les circonstances et les modalités de l'injection.

Tableau 20: Produits de substitution utilisés dans le dernier mois par les populations ayant et n'ayant pas consulté pour l'obtention d'un traitement substitutif dans le dernier mois

	Consultation					
	oui		non		total	
	n	%	n	%	n	%
BHD sans méthadone	250	76,2	43	68	293	75
BHD et méthadone	11	3,4	3	5	14	4
Méthadone sans BHD	47	14,3	1	2	48	12
Autres*	20	6,1	16	25	36	9
Total	328	100	63	100	391	100

* Population ayant ou non consommé un ou plusieurs des produits suivants : benzodiazépines, Moscontin®, Skenan®, codéine.

Caractéristiques sociodémographiques

Les deux populations sont majoritairement masculines avec un âge moyen de 31 ans (DS = 5,81).

La population n'ayant pas consulté pour une prescription d'un traitement substitutif le dernier mois est globalement moins « insérée », et en situation plus « précaire » (Tableau 21 page 32) : son niveau d'études est moins élevé, les sujets ont moins souvent un salaire et habitent plus rarement chez eux ou chez leurs parents. Le chômage semble aussi plus fréquent, mais la différence n'est pas significative (p = 0,096).

Tableau 21: Caractéristiques sociodémographiques des populations ayant et n'ayant pas consulté dans le dernier mois pour un traitement substitutif

	Consultation				p
	oui n	%	non n	%	
Sexe masculin	263	80	49	78	NS
Statut familial					
vit seul	231	70	49	78	
ne vit pas seul	97	30	14	22	NS
Diplôme le plus élevé obtenu ¹					
CAP, BEP, BAC et +	206	63	29	48	
aucun, brevet, certificat d'étude	120	37	32	52	0,02
Profession ²					
emploi ou étudiant	126	38	17	27	
sans emploi	201	62	45	73	NS
Revenus					
salaire	121	37	14	22	
autres sources de revenus	207	63	49	78	<0,03
Habitat					
chez lui ou ses parents	230	70	30	48	
autres	98	30	33	52	0,001
prison	168	51	36	27	NS

1 Quatre sujets n'ont pas répondu sur leur diplôme.

2 Deux sujets n'ont pas indiqué s'ils étaient employés ou non.

Caractéristiques sérologiques

Les sujets n'ayant pas consulté pour prescription d'un traitement substitutif sont plus souvent VIH-positifs ou ne connaissent pas leur sérologie au VIH à la première prise ou plus fréquemment lors de l'enquête. Il n'y a pas de différences dans la connaissance du statut VHC ou sur la nature de ce statut rapporté à la première prise de BHD et lors de l'enquête (Tableau 22).

Tableau 22: Comparaison des statuts VIH et VHC à la première prise et lors de l'enquête des populations ayant et n'ayant pas consulté dans le dernier mois pour un traitement substitutif

	Consultation				p
	oui n	%	non n	%	
<i>À la première prise</i>					
Statut VIH ¹					
positif	45	14	15	24	
négatif	269	82	41	66	
inconnu	13	4	6	10	0,01
Statut VHC ²					
positif	159	49	28	45	
négatif	119	36	19	31	
inconnu	50	15	15	24	NS
<i>Lors de l'enquête</i>					
Statut VIH ³					
positif	47	14	15	24	
négatif	266	82	41	65	
inconnu	14	4	7	11	0,01
Statut VHC ⁴					
positif	205	62	35	57	
négatif	95	29	17	27	
inconnu	28	9	10	16	NS

1 Deux sujets n'ont pas répondu sur leur statut VIH à la première prise.

2 Un sujet n'a pas répondu sur son statut VHC lors de la première prise.

3 Un sujet n'a pas répondu sur son statut VIH lors de l'enquête.

4 Un sujet n'a pas répondu sur son statut VHC lors de l'enquête.

Caractéristiques toxicomaniaques

L'âge moyen de la première prise d'opiacé (18,9 ans, DS = 4,31), l'âge moyen de la première prise de BHD (29,05 ans, DS = 5,85) et l'âge moyen de la première injection de BHD (20,42 ans, DS = 4,72) ne diffèrent pas entre les deux populations.

Le premier produit injecté est l'héroïne (85 % des cas) dans les deux populations.

La BHD a été plus souvent injectée dès la première prise pour la population n'ayant pas consulté pour l'obtention d'une substitution dans le dernier mois (Tableau 23).

Tableau 23: Comparaison' du mode de première consommation de BHD des populations ayant et n'ayant pas consulté dans le dernier mois pour l'obtention d'un traitement substitutif

	Consultation				p
	oui		non		
	n	%	n	%	
Consommation					
sublinguale	197	60	23	36	
injectée	116	36	34	54	
autres	14	4	6	10	0,002

1 Une personne n'a pas répondu sur le mode de première consommation de BHD.

Les sujets sans traitement de substitution consomment significativement plus de produits (Tableau 24) : il s'agit surtout des benzodiazépines et du crack (Tableau 25). Ils prennent également plus fréquemment de l'héroïne et des amphétamines, mais la différence n'est pas significative (respectivement $p = 0,09$ et $p = 0,08$). La consommation des autres produits ne diffère pas (cocaïne, sulfate de morphine, codéine, Temgésic®, LSD, cannabis, alcool, barbituriques).

Information sur le produit et moyen d'obtention

Il n'y a pas de différence significative dans les deux populations étudiées en ce qui concerne le mode d'information sur la BHD : c'est un usager de drogues qui en a parlé le plus souvent pour la première fois et le lieu d'information n'est pas, la plupart du temps, un lieu de prise en charge médico-sociale.

Tableau 24: Comparaison de la consommation de produits d'usage illicite* (autre que la BHD) des populations ayant et n'ayant pas consulté dans le dernier mois pour l'obtention d'un traitement substitutif

	Consultation				p
	oui		non		
	n	%	n	%	
Aucun produit	37	11	4	6	
Un seul produit	95	29	11	18	
Au moins 2 produits	196	60	48	76	<0,05

* Excluant l'alcool.

Tableau 25: Produits d'usage licite ou illicite de consommation significativement différente pour les sujets ayant et n'ayant pas consulté dans le dernier mois pour un traitement substitutif

	Consultation				p
	oui		non		
	n	%	n	%	
Benzodiazépines	92	28	27	42	< 0,02
Crack	31	9	17	27	<0,0001

En revanche, les sujets n'ayant pas consulté dans le dernier mois pour prescription d'une substitution ont surtout obtenu la BHD sans prescription pour leur premier usage. Cependant, lorsque la BHD a été prescrite, il s'agit dans 16 cas, soit 26 %, d'une prescription faite par un médecin généraliste et dans 6 cas, soit 11%, d'une prescription établie par un médecin exerçant en milieu associatif ou carcéral.

Le niveau de connaissance concernant l'usage de la BHD (le fait que la BHD ne doit pas être avalée, ni associée aux benzodiazépines, à la méthadone, à un autre opiacé 4 heures après sa consommation, le syndrome de manque à l'arrêt, la contre-indication de l'injection et du « sniff ») est le même dans les deux populations, sauf pour la nécessité de l'abstention d'absorption d'alcool. En effet, la popu-

lation n'ayant pas consulté pour prescription d'une substitution est moins informée que celle ayant consulté un médecin dans le dernier mois des risques de son association à la BHD (Tableau 26).

Tableau 26: Comparaison des moyens d'obtention de la BHD la première fois et du niveau de connaissance du produit des populations ayant et n'ayant pas consulté dans le dernier mois pour une prescription d'un traitement substitutif

	Consultation				p
	oui n	%	non n	%	
Obtention par prescription médicale ¹	209	64	22	35	<0,0001
Connaissance du risque d'association à l'alcool ²	211	67	50	30	0,01

1 Une personne n'a pas répondu sur le premier mode d'obtention de BHD.

2 Vingt et un sujets n'ont pas répondu sur leur connaissance du risque d'association de la BHD à l'alcool.

Première injection, mode d'injection et complications liées à l'injection de BHD

Raisons et délais

Parmi les principales raisons de la première injection de BHD (désir de connaître l'effet de l'injection, besoin du geste, recherche de sensations différentes, angoisse, dépression, volonté de faire comme les autres), l'argent est la seule cause significativement différente incitant à l'injection dans la population n'ayant pas consulté pour prescription d'une substitution ; cette population ne s'injecte cependant pas plus fréquemment de la BHD dès la première prise (Tableau 27).

Tableau 27: Comparaisons de facteurs ayant conduit à l'injection de BHD et du délai entre la première prise et la première injection de BHD des populations ayant et n'ayant pas consulté dans le dernier mois pour une prescription l'obtention d'un traitement substitutif

	Consultation				p
	oui n	%	non n	%	
Raison de l'injection Argent ¹	81	26	25	47	0,004
Personne ayant donné l'idée de l'injection ²					
Usager de BHD IV	178	57	37	60	
Personne en particulier	112	35	20	32	
Autres	26	8	5	8	NS
Délai entre 1 ^{re} prise et 1 ^{re} injection ³					
< 1 mois	75	24	12	20	
> 1 mois	122	39	18	29	
Aucun délai*	118	37	31	51	NS

*Injection d'emblée.

1 Vingt et une personnes n'ont pas répondu sur la raison de l'injection liée à l'argent.

2 Treize personnes n'ont pas répondu sur la personne ayant donné l'idée de l'injection.

Modalités de la première injection

La dose lors de la première injection de BHD n'est pas significativement plus élevée ni le lieu plus précaire. Cependant, l'injection se fait plus souvent en groupe dans la population n'ayant pas consulté de médecin pour obtention d'un traitement substitutif dans le dernier mois. Tout comme la polyintoxication, plus importante, d'autres produits sont plus fréquemment associés à la BHD lors de la première injection (Tableau 28).

Dans les deux populations, le matériel d'injection utilisé lors de la première injection est, dans 92,5 % des cas, un matériel neuf destiné à un usage unique, dans 7,5 % des cas l'origine du matériel est inconnu. Cependant, dans les populations

Tableau 28 : Comparaison des modalités de la première injection de BHD des populations ayant et n'ayant pas consulté dans le dernier mois pour une prescription d'un traitement substitutif

	Consultation				p
	oui n	%	non n	%	
Dose ¹					
< dose usuelle	255	84	48	79	
dose usuelle	38	12	12	20	
> dose usuelle	12	4	1	1	NS
Lieu ^{2*}					
endroit n'incitant pas au « shoot »	195	62	30	49	
endroit incitant au « shoot »	47	15	11	18	
autres, précaire	71	23	20	33	NS
Nombre de personnes présentes ³					
seul	154	49	20	32	
non seul	159	51	42	68	
Autres produits injectés ⁴	121	40	32	57	0,02
Sensation ⁵					
agréable	138	44	26	43	
désagréable	44	14	15	25	
aucune	105	33	17	28	
autres	26	8	2	3	NS
Sensation par rapport au produit habituel ⁶					
plus douloureux	82	39	12	49	
moins douloureux	14	7	6	16	
identique	112	54	13	35	0,04

* Faire l'injection chez soi, chez ses parents ou dans un hôtel a été assimilé à faire l'injection dans un lieu n'incitant pas à l'injection. En revanche, faire l'injection chez des amis, chez le vendeur de BHD, dans un foyer pour toxicomanes, une cage d'escalier, une cave, dans les toilettes publiques, le métro, la rue, un squatte ou en prison a été considéré comme incitant à l'injection de BHD.

¹ Vingt-sept personnes n'ont pas répondu pour le lieu de première injection de BHD.

² Trente-quatre personnes n'ont pas répondu pour la dose de première injection de BHD.

³ Seize personnes n'ont pas répondu sur le nombre de personnes présentes lors de la première injection.

⁴ Autres produits injectés lors de la première injection de BHD : benzodiazépines, morphiniques, alcool, crack, LSD, autres.

⁵ Dix-huit personnes n'ont pas répondu à la question concernant les sensations ressenties lors de l'injection de BHD.

⁶ Cent quarante-six personnes n'ont pas répondu ou ne se souviennent pas de la sensation ressentie lors de la première injection de BHD par rapport au produit habituel injecté.

ayant et n'ayant pas consulté pour l'obtention d'un traitement substitutif, le matériel de préparation est souvent partagé et le matériel d'injection emprunté (respectivement, 15 % et 10 % des cas). En cas d'emprunt, il est aussi souvent désinfecté (83 % des cas) dans les deux populations.

La sensation lors de la première injection est plus désagréable pour la population n'ayant pas consulté que pour celle ayant consulté, mais cette différence n'est pas significative. Par contre, la première injection est, comparé au produit habituellement injecté, plus douloureuse chez la population n'ayant pas consulté que chez celle ayant consulté le dernier mois pour une prescription d'un traitement substitutif (Tableau 28).

Utilisation ultérieure de la BHD

Les usagers sans traitement substitutif réutilisent la BHD en intraveineux plus fréquemment après la première injection. Les modes de préparation de la BHD diffèrent, mais pas de façon significative ($p = 0,074$) : la population ayant consulté utilise plus souvent la procédure « écrasée et filtrée, dissoute et chauffée » alors que pour la population n'ayant pas consulté pour un traitement substitutif, c'est la procédure « écrasée et filtrée, dissoute mais non chauffée » (Tableau 29 page 40) qui est la plus habituelle.

Complications liées à l'injection de BHD

Les complications liées à la première injection ou aux injections ultérieures de BHD ne sont pas plus fréquentes dans la population n'ayant pas consulté que dans celle ayant consulté pour l'obtention d'un traitement substitutif dans le dernier mois. Les pertes de connaissance dans la population n'ayant pas consulté comparées à celles de l'autre population (celle ayant consulté), ne sont pas plus souvent liées à l'injection d'une forte dose de BHD ni à son association à d'autres produits.

Tableau 29: Comparaisons des modalités du « shoot » des populations avec et sans traitement substitutif prescrit dans le dernier mois

	Consultation				p
	oui n	%	non n	%	
Utilisation de buprénorphine depuis la 1 ^{re} injection ¹					
en IV	43	14	19	32	
en sublingual	61	20	14	24	
en IV et sublingual	203	66	26	44	0,001
Mode de préparation ²					
écrasée et filtrée, dissoute, chauffée	82	28	7	14	
écrasée et filtrée, dissoute, non chauffée	104	35	21	41	
écrasée et filtrée, non dissoute, non chauffée	35	12	4	8	
autres*	73	25	19	37	0,07

BHD non filtrée, chauffée ou non, dissoute ou non, chauffée, écrasée et filtrée chauffée non dissoute.

1 Vingt-cinq personnes n'ont pas répondu sur l'utilisation ultérieure de BHD.

2 Quarante-six personnes n'ont pas répondu sur le mode de préparation.

DISCUSSION

L'étude descriptive des pratiques d'usagers de BHD nous a permis de mettre en évidence un certain nombre de faits saillants et d'informations nouvelles. Les études rapportant un mésusage de BHD dans un contexte de prescription médicale sont relativement peu nombreuses puisque la France est le premier pays où les autorités ont permis : sa mise sur le marché dans l'indication de traitement substitutif des pharmacodépendances aux opiacés, son remboursement par l'assurance maladie de la Sécurité sociale et sa prescription en médecine ambulatoire par tout médecin. Il apparaît une forte prévalence de l'injection de BHD chez les usagers : la pratique de l'injection, au moins une fois, a concerné un usager sur deux et est devenue une pratique courante pour la majorité de ces sujets. L'étude des facteurs de risque de l'usage intraveineux de la BHD, dans la population usagère de cette substance après prescription médicale, suggère un lien entre cette pratique et la poursuite d'une consommation intraveineuse de drogues ainsi qu'avec des conditions de vie précaire. Parmi les raisons qui ont poussé à l'utilisation de BHD par voie veineuse, on relève principalement la recherche de sensations différentes et le besoin d'injection. Concernant l'origine de l'information sur la BHD, elle provient rarement des acteurs de santé et plus d'autres usagers de drogues. Dans une large majorité des cas, la prescription de BHD était quantitativement insuffisante. Enfin, l'injection a très souvent causé des complications médicales et conduit à une hospitalisation. De plus, 3,5 % des sujets ont relaté une perte de connaissance. Nous avons aussi cherché à approcher les différences entre les utilisateurs de BHD par voie intraveineuse dans le cadre d'un programme de substitution ou hors programme.

Avant tout autre développement, les limites de notre étude doivent être discutées. Celle-ci repose sur les déclarations des sujets. On ne peut donc écarter le risque de réponses dites « socialement désirables » qui n'a pas été spécifiquement recherché pour ne pas allonger un questionnaire déjà long. L'existence d'un biais de mémorisation est aussi difficile à écarter. Cependant, la BHD n'est commercialisée en France que depuis 1996 et les sujets ont été interrogés en 1998 ou 1999. La première injection d'un produit nous semble un fait marquant susceptible

d'être mémorisé ; nous avons déjà recueilli, dans une précédente étude, des informations sur la première injection de drogues, pratiquée en moyenne dix ans après les faits, et obtenus des résultats cohérents avec les rares études publiées sur ce sujet. De plus, la population sélectionnée a une représentativité limitée par son choix et par celui du lieu où le questionnaire a été passé. Des usagers de drogues vus dans un contexte de suivi médical et/ou psychosocial (pour la plupart réseaux de soins ou centres de lutte contre la toxicomanie), ayant pris de la BHD au moins une fois, ont été inclus, qu'ils aient été au moment de l'enquête intégrés dans un protocole de traitement substitutif ou non. La population décrite dans notre étude a, de ce fait, des caractéristiques sociodémographiques intermédiaires à celles des usagers de BHD sous protocole et hors protocole du programme OPPIDUM, décrite par Thirion *et al.* Quant aux injecteurs de BHD en programme de substitution et hors programme de notre population, leurs caractéristiques sociodémographiques sont voisines de celles décrites dans l'étude d'Obadia *et al.* Par ailleurs, la sélection des sous-groupes, dont le comportement a été plus particulièrement analysé, a dû reposer sur des critères non contemporains de la première injection de BHD. Pour l'étude des facteurs de risque des sujets sous prescription médicale de BHD, les sujets sélectionnés ont répondu que leur première utilisation de BHD a fait suite à une prescription médicale ; pour la comparaison des sujets injecteurs en programme de substitution ou non, les sujets ont été séparés en fonction de leur réponse à l'existence d'un traitement substitutif, quel qu'il soit, dans le dernier mois. Enfin, l'existence d'une injection au moins une fois de BHD a été étudiée sans précision sur la période de cette première injection présumant que, dans la majorité des cas, le sujet ne l'aurait pas mémorisé précisément.

La fréquence élevée de l'utilisation au moins une fois de BHD par voie veineuse trouvée dans notre étude ne semble pas être l'une des résultantes du choix de la population étudiée, puisque la prévalence d'injection est la même dans les deux sous-groupes que constituent les sujets déclarant avoir consulté ou non pour un traitement de substitution dans le mois précédant l'enquête. Cette prévalence était nettement supérieure à celles trouvées dans quatre réseaux de soins français : 16 à 24 % des sujets en phase d'induction, 2 à 12 % des sujets à la fin de l'étude et dans le programme OPPIDUM, 15 % chez les sujets sous protocole BHD et 28 % chez les sujets hors protocole BHD. Elle approche celle de 55 % trouvée par Soletti *et al.* et de 58 % par Obadia *et al.* Dans cette dernière étude, cette utilisation est encore plus fréquente chez les sujets sous substitution par BHD (70,5 %), ce que nous n'avons pas retrouvé. Des méthodologies différentes sont l'explication la plus vraisemblable aux différences de prévalence. Nous avons questionné sur l'existence d'un usage de BHD par voie veineuse au moins une fois alors que la méthode uti-

lisée dans le programme OPPIDUM étudiait une prévalence durant le mois précédant l'enquête. L'étude d'Obadia *et al.* rapportait une prévalence dans les six mois précédant l'enquête et explorait une population composée en grande partie d'usagers de rue ou approchés dans la rue. L'injection était alors très souvent précoce, puisque la première injection était effectuée dès la première prise de BHD par plus d'un tiers des injecteurs.

La décision d'injecter le produit ne semble pas, comme on aurait pu le penser, le fait d'un effet d'entraînement, mais plutôt l'expression d'une volonté personnelle basée sur la recherche de sensations différentes. Cependant, une fois satisfaite, cette curiosité, qui aboutit la plupart du temps à une sensation moins agréable qu'avec le produit habituel, se transforme en une pratique courante. En effet, les taux de récurrence de l'injection sont massifs. La première survient dans des délais particulièrement brefs après la prescription et donne naissance, dans la majorité des cas, à un usage commun de la BHD par voie intraveineuse.

Cette étude montre que les usagers de BHD, même s'ils ont utilisé ce produit en injection, étaient, pour la plupart d'entre eux, bien informés sur les principes d'utilisation de cette substance, et que malgré cela un mésusage existait. Médecins, infirmières ou associations étaient trop rarement sollicités, que ce soit pour l'usage ou pour des informations connexes. La conséquence attendue, mais non démontrée dans une étude des prescriptions, de cette absence d'encadrement à la fois médical et psychosocial était un nomadisme médical. Dans notre étude, 16 % des sujets ont consulté plusieurs médecins dans la semaine précédant l'injection. Mais, au-delà de l'encadrement, il est possible que la prescription elle-même soit à mettre en cause. Bien que des études récentes aient souligné l'intérêt des médecins généralistes et des pharmaciens dans la prescription et la délivrance de BHD, nos résultats confirment ceux d'études sur les prescriptions de BHD, qui ont montré que globalement les conditions de prescription recommandées n'étaient pas toujours bien suivies. En effet, seuls 25 % de l'ensemble des sujets qui se sont injectés de la BHD consommaient la semaine précédant l'injection une dose quotidienne voisine de BHD de la dose recommandée (8 à 16 mg) et 68 % prenaient une dose inférieure à 8 mg alors que seuls 4,5 % des sujets disaient avoir consommé une dose inférieure à la dose prescrite. Dans 27,5 % des cas, la dose consommée était supérieure à celle prescrite. Dans la majorité des cas, la prescription excédait une semaine, mais elle ne dépassait pas quatre semaines. Il n'est toutefois pas possible dans cette étude rétrospective de véritablement mettre en cause une insuffisance de prescription dans la pratique d'injection, en effet, la question sur les modalités de la prescription dans la semaine précédant l'injection n'a logiquement été posée qu'aux sujets qui s'étaient injectés la BHD.

Parmi les facteurs de risque d'injection dans une population où la BHD a été prescrite au moins lors de sa première utilisation, des marqueurs de précarité (absence d'emploi) et de polytoxicomanie (injection d'une autre substance que la BHD) ont été trouvés. De plus, la consommation de cocaïne dans le mois précédant l'enquête augmentait le risque de s'être injecté de la BHD ; en revanche, l'utilisation d'héroïne n'était pas un facteur de risque. Ceci confirme, en partie, les résultats de l'étude d'Obadia *et al.* qui montrent qu'une majorité des sujets s'étant injectés de la BHD est polytoxicomane et, en particulier, s'injecte aussi de l'héroïne et de la cocaïne. Nos résultats peuvent également être rapprochés de la fréquence plus élevée d'injection de cocaïne, de BHD ou de méthadone chez les sujets VIH-positifs en traitement substitutif par méthadone ou BHD et de l'augmentation de l'utilisation de cocaïne au cours de substitution par de la méthadone. D'autres études seront nécessaires pour savoir si la substitution, en elle-même, favorise l'utilisation d'autres drogues et, en particulier, de drogues injectées, ou bien si cette conduite polytoxicomaniaque n'est que la poursuite de comportements préexistants à la substitution. La première hypothèse est suggérée par Farrell *et al.* Pour ces auteurs, la stabilisation d'un type de consommation entraînerait l'apparition d'une utilisation, à risques, d'autres drogues.

Le détournement d'usage de buprénorphine par les usagers de drogues ou son utilisation dans le but d'un autosevrage sont connus de longue date. Notre étude ne permet pas de connaître précisément les circuits d'obtention de BHD en dehors de la prescription médicale. À notre connaissance, aucune étude ne le permet. Toutefois, pour 37 % des sujets, la première prise de BHD s'est faite à partir d'un produit obtenu sans prescription. De plus, la substance utilisée pour la première injection a été obtenue dans 65 % des cas sans prescription médicale chez les sujets hors programme de substitution au moment de l'enquête et dans 36 % des cas chez les sujets sous substitution. Parmi les 16 % de notre population hors programme de substitution, 51 % ont utilisé la BHD en injection dès la première utilisation contre 37 % chez le groupe sous substitution. L'absence de différence significative tient vraisemblablement à un problème de puissance de l'étude. Comme dans l'étude d'Obadia *et al.*, la population hors programme de substitution était plus souvent dans une situation plus précaire que celle sous substitution (bas niveau d'étude, revenus non salariaux, habitat instable), les sujets étaient plus souvent séropositifs pour le VIH ou de statut VIH inconnu et plus souvent polytoxicomanes (en particulier aux benzodiazépines et au crack). La consommation de benzodiazépines associée trouvée aussi par Thirion *et al.*, dont Seyer *et al.* a montré qu'elles pouvaient être prescrites, accroît les risques de complications et de décès. Seules les raisons économiques étaient les motifs invoqués plus fréquemment dans

cette population pour l'utilisation de BHD par voie intraveineuse. Bien que la première injection de BHD ait été considérée comme plus douloureuse, cette population poursuivait cette consommation plus fréquemment. Probablement du fait d'une prise en charge médicale moins importante, le niveau de connaissance concernant les risques de son utilisation par voie intraveineuse était moins élevé. Malgré cela, les complications médicales liées à l'injection de BHD n'étaient pas plus fréquentes.

Enfin, les injecteurs rapportent plus souvent que les autres une séropositivité au VIH et au VHC. Or, l'injection de BHD s'est accompagnée d'un comportement à risque infectieux dans une proportion non négligeable de cas : partage du matériel de préparation (14 %) ou emprunt du matériel d'injection (16 %), mais sans la différence en fonction de l'appartenance à un programme de substitution trouvée par Obadia *et al.*

CONCLUSION

Notre étude apporte des éléments nouveaux sur l'injection de BHD par les usagers de drogues, qu'ils soient ou non sous substitution, dans le contexte français d'une mise à disposition du produit dans les pharmacies, sous réserve d'une prescription médicale encadrée. Elle montre une prévalence élevée d'une première injection de BHD qui, dans la majorité des cas, va se poursuivre. Bien que notre étude permette de relever deux types de provenance du produit utilisé, détournement d'une prescription médicale ou autre, elle ne permet pas de préciser les circuits des substances utilisées, question qui devra faire l'objet d'autres études.

Les risques de l'injection de BHD sont liés d'une part à l'injection elle-même et de son risque de contamination virale, et d'autre part à la BHD souvent utilisée en association à d'autres produits comme les benzodiazépines et du risque de surdose. Les résultats de notre étude confirment l'existence de ces prises de risque chez une proportion non négligeable de sujets injecteurs.

Ceci pose le problème de la prévention d'un tel détournement d'usage.

Or, les usagers de BHD, même s'ils ont utilisé ce produit en injection, sont, dans une très large majorité, bien informés sur les principes d'utilisation de cette substance, et malgré cela les mésusages persistent. Cela laisse penser que la simple information sur les risques et les modes d'usage n'est probablement pas la plus pertinente pour lutter contre l'injection de la BHD.

La décision d'injecter le produit n'est pas, comme on aurait pu le penser, la conséquence d'un effet d'entraînement, mais semble l'expression d'une volonté personnelle basée sur la recherche de sensations différentes et le besoin d'injection. Notre étude n'avait pas pour but d'étudier la problématique de l'injection que des études ethnographiques sont mieux à même d'appréhender.

L'implication des médecins et des pharmaciens dans l'existence du produit, son obtention à la première prescription et sa prise, apparaît faible. De même, la prescription elle-même pourrait être incriminée, puisque, dans une large majorité des cas, elle était quantitativement insuffisante dans la semaine qui a précédé l'injection. Cependant, une relation de causalité entre l'injection et l'insuffisance de prescription ne peut être plus fortement suggérée que par la comparaison des moda-

lités de prescription chez les sujets injecteurs ou non-injecteurs dans une étude cas témoin. Une amélioration de la formation des médecins prescripteurs pourrait être proposée ou encore un encadrement plus important de la prescription qui pourrait être réservée aux seuls médecins appartenant à un réseau de soins.

Les résultats de notre étude nous conduisent à penser qu'une meilleure sélection des sujets chez lesquels la BHD est indiquée en substitution pourrait être une mesure adaptée à la lutte contre son mésusage. Les sujets susceptibles de bénéficier au mieux d'un traitement substitutif par BHD nous semblent être ceux qui sont les mieux insérés, qui ont un emploi ou qui sont susceptibles d'en trouver un rapidement, et ceux dont on peut présager qu'ils ne poursuivront pas l'usage de substances toxiques, en particulier celui de la cocaïne. Toutefois, alors que certains suggèrent que la population traitée par BHD est la plus « lourdement atteinte » et qu'un traitement par BHD est seul susceptible de leur être bénéfique, il serait utile de vérifier ces hypothèses et d'examiner par modélisation après inclusion des risques inhérents à l'utilisation par voie veineuse de BHD les bénéfices d'une telle substitution dans différentes conditions d'encadrement de la prescription.

Remerciements

Nous remercions vivement l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies qui a financé la réalisation de cette étude ainsi que Madame Anne Copel, les docteurs Gagnon, Isabelle Ferrand, Katia Illel, Xavier Laqueille, Alain Mucchielli, Jean-Pierre Solal, et les enquêteurs ayant collaboré à cette enquête, ainsi que Madame Maria Geay-Nunes, pour sa contribution et toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette enquête.

RÉFÉRENCES

1. BAKER (A.), KOCHAN (N.), DIXON (J.), WODAK (A.), HEATHER (N.), « HIV risk-taking behaviour among injecting drug users currently, previously and never enrolled in methadone treatment », *Addiction*, 1995 ; 90(4):545-554.
2. BALL (J.-C.), LANGE (W.-R), MYERS (C.-P.), FRIEDMAN (S.-R.), « Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment », *J. Health Soc. Behav.*, 1988; 29(3):214-226.
3. FARRELL (M.), WARD (J.), MATTICK (R.), HALL (W.), STIMSON (G.-V.), des JD *et al.*, « Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review » [see comments]. *BMJ*, 1994; 309(6960):997-1001.
4. LOO (H.), LAQUEILLE (X.), REMI (P.), BAYLE (F.), OLIE (J.-P.), « Treatment of heroin addicts by substitution with methadone. Importance, limits and experience in France », *Bull. Acad. Natl. Med.*, 1993; 177(8):1315-1325.
5. JOHNSON (R.-E.), JAFFE (J.-H.), FUDALA (P.-J.), « A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence » [see comments], *JAMA* 1992; 267(20):2750-2755.
6. SCHOTTENFELD (R.-S), PAKES (J.-R), OLIVETO (A.), ZIEDONIS (D.), KOSTEN (T.-R.), « Buprenorphine vs methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse » [see comments], *Arch. Gen. Psychiatry*, 1997; 54(8):713-720.
7. KOSTEN (T.-R), SCHOTTENFELD (R.), ZIEDONIS (D.), FALCIONI (J.), « Buprenorphine vs methadone maintenance for opioid dependence » [see comments], *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1993; 181(6):358-364.
8. LING (W.), WESSON (D.-R.), CHARUVA STRA (C.), KLETT (C.-J.), « A controlled trial comparing buprenorphine and methadone maintenance in opioid dependence », *Arch. Gen. Psychiatry*, 1996; 53(5):401-407.
9. STRAIN (E.-C.), STITZER (M.-L.), LIEBSON (I.-A.), BIGELOW (G.-E.), « Comparison of buprenorphine and methadone in the treatment of opioid dependence ». *Am. J. Psychiatry*, 1994; 151(7):1025-1030.

10. MOATTI (J.-P.), SOUVILLE (M.), ESCAFFRE (N.), OBADIA (Y.), « French general practitioners' attitudes toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine », *Addiction*, 1998; 93(10):1567-1575.
11. DE DUCLA (M.), GAGNON (A.), MUCCHIELLI (A.), ROBINET (S.), VELLAY (A.), « Follow-up of opioid addicts treated with high-dose buprenorphine in a health care network. National retrospective study. Experience of French general physicians », *Ann. Med. Interne*, 2000; 151 Suppl A :A27-A32.
12. REYNAUD (M.), PETIT (G.), POTARD (D.), COURTY (P.), « Misuse of buprenorphine-benzodiazepines combination : 6 deaths » (letter), *Presse Med.*, 1997; 26(28):1337-1338.
13. TRACQUI (A.), TOURNOUD (C.), FLESCH (F.), KOPFERSCHMITT (J.), KINTZ (P.), DEVEAUX (M.) *et al.*, « Acute poisoning during substitution therapy based on high-dosage buprenorphine. 29 clinical cases—20 fatal cases », *Presse Med.*, 1998; 27(12):557-561..
14. TRACQUI (A.), KINTZ (P.), LUDÉS (B.), « Buprenorphine-related deaths among drug addicts in France : a report on 20 fatalities », *J. Anal. Toxicol.*, 1998; 22(6):430-434.
15. DECOCQ (G.), FREMAUX (D.), SMAIL (A.), COMPAGNON (M.), ANDREJAK (M.), « Local complications after intravenous injection of dissolved tablets of buprenorphine (letter) », *Presse Med.*, 1997; 26(30):1433.
16. THIRION (X.), BARRAU (K.), MICALLEF (J.), HARAMBURU (F.), LOWENSTEIN (W.), SANMARCO (J.-L.), « Maintenance treatment for opioid dependence in care centers : the OPPIDUM program of the Evaluation and Information Centers for Drug Addiction », *Ann. Med. Interne*, (Paris) 2000; 151 Suppl A :A10-A17.
17. REYNAUD-MAURUPT (C.), CARRIERI (M.-P.), GASTAUD (J.-A.), PRADIER (C.), OBADIA (Y.), MOATTI (J.-P.), *Impact of drug maintenance treatment on injection practices among French HIV-infected IDUs*, The MANIF 2000 Study Group. *AIDS Care* 2000; 12(4):461-470.
18. OBADIA (Y.), PERRIN (V.), FERONI (I.), VLAHOV (D.), MOATTI (J.-P.), « Injecting misuse of buprenorphine among French drug users », *Addiction*, 2001; 96(2):267-272.
19. LATKIN (C.-A.), VLAHOV (D.), ANTHONY (J.-C.), « Socially desirable responding and self-reported HIV infection risk behaviors among intravenous drug users », *Addiction*, 1993; 88(4):517-526.
20. VARESCON (I.), VIDAL-TRECAN (G.), GAGNIERE (B.), CHRISTOFOROV (B.), BOISSONNAS (A.), « Risks incurred by the first intravenous drug injection », *Ann. Med. Interne* (Paris) 2000; 151 Suppl B :B5-B8.
21. SEYER (D.), DIF (C.), BALTHAZARD (G.), SCIORTINO (V.), « Maintenance treatment with high-dose buprenorphine : are the recommendations being followed? », *Thérapie*, 1998; 53(4):349-354.
22. JEANTAUD (I.), HARAMBURU (F.), BEGAUD (B.), « Substitution treatment for opiate dependence : survey of community pharmacies in Aquitaine », *Thérapie*, 1999; 54(2):251-255.
23. MILLET (P.), MONNIER (B.), AFFATON (M.-F.), CAMPOCASSO (J.), ARDITTI (J.), JOUGLARD (J.), « Study of narcotics and buprenorphine prescriptions in the Provence-Alpes-Côte d'Azur region », *Thérapie*, 1998; 53(2):107-112.
24. ROSEN (M.-I.), KOSTEN (T.-R.), « Buprenorphine : beyond methadone? », *Hosp. Community Psychiatry*, 1991; 42(4):347-349.
25. ARDITTI (J.), BOURDON (J.-H.), JEAN (P.), LANDI (H.), NASSET (D.), JOUGLARD (J. *et al.*), « Buprenorphine abuse in a series of 50 drug addicts hospitalized at a Drug Dependence Evaluation hospital in Marseille », *Thérapie*, 1992; 47(6):561-562.
26. LEWIS (J.-W.), «Buprenorphine», *Drug Alcohol Depend.*, 1985; 14(3-4):363-372.
27. SAN (L.), TORRENS (M.), CASTILLO (C.), PORTA (M.), de la TR, « Consumption of buprenorphine and other drugs among heroin addicts under ambulatory treatment : results from cross-sectional studies in 1988 and 1990 », *Addiction*, 1993; 88(10):1341-1349.

ANNEXE

QUESTIONNAIRE SUR LE SUBUTEX

Nom et prénom de l'enquêteur

- 1 Date de l'enquête :
- 2 LIEU DE L'ENQUÊTE
- | | |
|-----------------------------|----|
| Centre Cassini | 1 |
| Centre Chimène | 2 |
| Centre Émergence | 3 |
| Cochin | 4 |
| Dispensaire Moreau de Tours | 5 |
| Prison de la Santé | 6 |
| REPSUD (Dr Carpentier) | 7 |
| Réseau Martigues - AMPT | 8 |
| Réseau REPSUD 06 | 9 |
| Réseau Strasbourg | 10 |
| SLEEP-IN | 11 |
- 3 AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉ DU SUBUTEX ® ?
- | | |
|--------------------------------|---|
| Oui | 1 |
| Non | 2 |
| Ne sait pas/Ne se souvient pas | 3 |
| Non réponse | 4 |
- Si OUI, poursuite du questionnaire
Si NON, ne sait pas ou non-réponse : ARRÊT
- 4 Sexe : Masculin 1
Féminin 2
- 5 Âge : /___/___/
En année et ne pas arrondir à l'année supérieure

6	AUJOURD'HUI, D'UN POINT DE VUE LÉGAL, ÊTES-VOUS ?		10	QUEL EST LE DIPLÔME LE PLUS ÉLEVÉ QUE VOUS AVEZ OBTENU ?	
	Marié	1		Aucun diplôme	1
	Concubin	2		Certificat d'études primaires	2
	Célibataire	3		CAP (Certificat d'aptitude professionnelle)	3
	Séparé(e)/divorcé(e)	4		Brevet simple, BEPC, Brevet des collèges	4
	Veuf(ve)	5		BEP (Brevet d'enseignement professionnel)	5
	Non-réponse	6		BAC technique ou général	6
				BAC + 2 (DUT, BTS, DEUG)	7
7	AUJOURD'HUI QUELLE EST VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE ?			DES (Diplôme d'études supérieures)	8
	Exerce un emploi	1		Autres	9
	Étudiant	2		Ne sait pas/Ne se souvient pas	10
	A cessé de travailler et cherche un emploi	3		Non-réponse	11
	A cessé de travailler et ne cherche pas d'emploi	4	11	AVEZ-VOUS ÉTÉ EN PRISON ?	
	N'a jamais travaillé et cherche un emploi	5		Oui	1
	N'a jamais travaillé et ne cherche pas d'emploi	6		Non	2
	Autres	7		Ne sait pas/Ne se souvient pas	3
	Non-réponse	8		Non-réponse	4
8	AUJOURD'HUI QUELS SONT VOS REVENUS ?		12	QUEL EST VOTRE STATUT VIH AUJOURD'HUI ?	
	Salaire	1		Positif	1
	Allocations chômage: Assedic...	2		Négatif	2
	Allocations d'aide sociale: RMI, COTOREP...	3		Ne sait pas/Ne se souvient pas	3
	Parents (argent de poche)	4		Non-réponse	4
	«»»Se débrouille«»»	5	13	QUEL EST VOTRE STATUT VHC AUJOURD'HUI ?	
	Rien	6		Négatif	1
	Autre	7		Positif	2
	Non réponse	8		Ne sait pas/Ne se souvient pas	3
9	AUJOURD'HUI OU HABITEZ-VOUS ?			Non réponse	4
	Chez vous	1	14	DANS LE DERNIER MOIS, QUEL(S) PRODUIT(S) UTILISEZ-VOUS ?	
	Chez les parents (père, mère)	2		(Citer tous les produits, et entourer les produits utilisés)	
	Chez des parents et/ou amis	3		Cannabis	1
	Foyer/centre d'hébergement/hôtel	4		LSD	2
	Squatt/dans la rue	5		Héroïne	3
	Autre	6		Temgésic®	4
	Non-réponse	7			

	Subutex®		5
	Méthadone		6
	Skenan®		7
	Moscontin®		8
	Codéine		9
	Cocaïne		10
	Crack		11
	Amphétamines		12
	Benzodiazépines		13
	Barbituriques		14
	Alcool		15
	Autres		16
	Ne sait pas/Ne se souvient pas		17
	Non-réponse		18
15	DANS LE DERNIER MOIS AVEZ-VOUS SHOOTÉ AU MOINS UNE FOIS DES PRODUITS QUE JE VIENS DE VOUS CITER AUTRE QUE LE SUBUTEX®?	OUI	1
		NON	2
		Ne sait pas/	3
		ne se souvient pas	
		Non-réponse	4
16	DANS LE DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSULTÉ AU MOINS UNE FOIS POUR UN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION (méthadone, sulfate de morphine...)	OUI	1
		NON	2
		Ne sait pas/	3
		ne se souvient pas	
		Non-réponse	4
17	À QUEL ÂGE AVEZ-VOUS PRIS POUR LA 1 ^{ère} FOIS UN OPIACE ? (héroïne, codéine, Moscontin®, Skenan®, Temgésic®, Subutex®) (en année et ne pas arrondir à l'année supérieure)		
		/___/___/	
18	QUEL ETAIT LE 1 ^{er} PRODUIT SHOOTÉ ?		
	Héroïne		1
	Subutex®		2
	Temgésic®		3
	Skenan®		4
	Moscontin®		5
	Cocaïne		6

Crack	7
Amphétamines	8
Benzodiazépines	9
(Valium®, Tranxène®, Rohypnol® ...)	
Autres :	
Aucun	
Ne sait pas/Ne se souvient pas	
Non-réponse	

19	À QUEL ÂGE	/___/___/	
	(En année et ne pas arrondir à l'année supérieure)		
20	À QUEL ÂGE AVEZ-VOUS PRIS DU SUBUTEX® LA PREMIÈRE FOIS ? (En année et ne pas arrondir à l'année supérieure)	/___/___/	
21	LA 1 ^{ère} PRISE DE SUBUTEX® ÉTAIT-ELLE ?		
	Une demande personnelle		2
	Une proposition		1
	Ne sait pas/Ne se souvient pas		3
	Non-réponse		4
22	QUI VOUS EN A PARLÉ POUR LA PREMIÈRE FOIS ?		
	Usager de drogues		1
	Non-usager de drogues		2
	Autres :		3
	Ne sait pas/Ne se souvient pas		4
	Non-réponse		5
23	SI CE N'EST PAS UN USAGER DE DROGUES, DE QUI S'AGIT-IL ?		
	Famille		1
	Amis		2
	Médecin		3
	Pharmacien		4
	Personnel d'une association		5
	Personne en particulier		6
	Ne sait pas/Ne se souvient pas		7
	Non-réponse		8

24	OU AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DU SUBUTEX® LA PREMIÈRE FOIS ? (1 seule réponse)		
	Association/Centre d'hébergement	1	
	Cabinet d'un médecin libéral	2	
	Chez des amis	3	
	Chez vous	4	
	Hôpital	5	
	Pharmacie	6	
	Rue	7	
	Autres	8	
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	9	
	Non-réponse	10	
25	PAR QUEL MOYEN AVEZ-VOUS OBTENU LE SUBUTEX® POUR LA PREMIÈRE FOIS ? (Citer toutes les réponses et entourer celle retenue)		
	Prescription d'un médecin libéral	1	
	Prescription d'un médecin d'une association	2	
	Prescription d'un médecin hospitalier	3	
	Prescription d'un médecin en prison	4	
	En pharmacie sans prescription	5	
	Achat au marché noir	6	
	Donné par un copain	7	
	Autres, précisez :	8	
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	9	
	Non-réponse	10	
26	DE QUELLE FACON AVEZ-VOUS CONSOMMÉ LE SUBUTEX® LA PREMIÈRE FOIS ?		
	Sublingual	1	
	Avalé	2	
	Shooté	3	
	Autres	4	
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	5	
	Non-réponse	6	
27	LA PREMIÈRE PRISE DE SUBUTEX® S'EST-ELLE FAITE EN PRÉSENCE D'UN PHARMACIEN D'UN MÉDECIN, OU D'UNE INFIRMIÈRE ?		
	Oui	1	

	Non	2
	Hors sujet (marché noir, copain)	3
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	4
	Non-réponse	5
28	QUEL ÉTAIT VOTRE STATUT VIH LORS DE LA PREMIÈRE PRISE DE SUBUTEX® ?	
	Positif	1
	Négatif	2
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	3
	Non-réponse	4
29	QUEL ÉTAIT VOTRE STATUT VHC LORS DE LA PREMIÈRE PRISE DE SUBUTEX® ?	
	Positif	1
	Négatif	2
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	3
	Non-réponse	4
30	AVEZ-VOUS DÉJÀ SHOOTÉ DU SUBUTEX® ?	
	Oui	1
	Non	2
	Non-Réponse	3
	Si NON, arrêt du questionnaire	
31	SI OUI, ÊTES-VOUS D'ACCORD POUR PARLER DU SHOOT SUBUTEX® ?	
	Oui	1
	Non	2
	Si NON, arrêt du questionnaire	

32	QUEL ÉTAIT LE DÉLAI ENTRE LA PREMIÈRE PRISE DE SUBUTEX ET LE 1er SHOOT DE SUBUTEX® ?	
	Aucun (shoot immédiat)	1
	< à un mois	2
	De 1 à 3 mois	3
	de 3 à 6 mois	4
	Plus de 6 mois	5
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	6
	Non-réponse	7
33	QUELLE ÉTAIT LA QUANTITÉ DE SUBUTEX® CONSOMMÉE PAR JOUR DURANT LA SEMAINE PRÉCÉDANT LE PREMIER SHOOT ?	
	Non applicable (shoot d'emblée)	1
	0,4 mg à 2 mg	2
	> 2 mg à 6 mg	3
	> 6 mg à 8 mg	4
	> 8 mg à 16 mg	5
	> 16 mg	6
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	7
	Non-réponse	8
34	DURANT LA SEMAINE PRÉCÉDANT CE 1er SHOOT DE SUBUTEX®, LE SUBUTEX ÉTAIT-IL PRESCRIT PAR UN MÉDECIN ?	
	Oui	1
	Non	2
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	3
	Non-réponse	4
35	DURANT LA SEMAINE PRÉCÉDANT CE PREMIER SHOOT DE SUBUTEX, LE SUBUTEX ÉTAIT-IL PRIS EN PRÉSENCE D'UN PHARMACIEN, D'UN MÉDECIN OU D'UNE INFIRMIÈRE ?	
	Oui	1
	Non	2
	Hors sujet (marché noir, copain)	3
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	4
	Non-réponse	5

Nous allons parler de la prescription médicale précédant le 1er shoot de Subutex®.

36	LA DERNIÈRE PRESCRIPTION DE SUBUTEX PRÉCÉDANT LE PREMIER SHOOT DE SUBUTEX®, ÉTAIT-ELLE PRÉVUE POUR UNE DURÉE DE ?	
	Moins d'une semaine	1
	1 semaine	2
	2 semaines	3
	3 semaines	4
	4 semaines	5
	Plus de 4 semaines	6
	Autres	7
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	8
	Non-réponse	9
37	DURANT LA SEMAINE PRÉCÉDANT LE PREMIER SHOOT DE SUBUTEX®, LA QUANTITÉ CONSOMMÉE ÉTAIT-ELLE ?	
	Conforme à la prescription	1
	Supérieure	2
	Inférieure	3
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	4
	Non-Réponse	5
38	LA SEMAINE PRÉCÉDANT LE PREMIER SHOOT DE SUBUTEX®, AVEZ VOUS EU DES PRESCRIPTIONS DE SUBUTEX® DE PLUSIEURS MÉDECINS EN MEME TEMPS ?	
	Oui	1
	Non	2
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	3
	Non-réponse	4

À présent, nous allons parler du premier shoot de Subutex

39	QUELLES RAISONS VOUS ONT AMENÉ À SHOOTER LA PREMIÈRE FOIS LE SUBUTEX® ? (Tout lire et cercler les réponses retenues)	
	Connaître l'effet du subutex en shoot	
	Oui	1
	Non	2
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	3
	Non-réponse	4
	Recherche d'une sensation différente	
	Oui	5
	Non	6
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	7
	Non réponse	8
	Besoin du geste d'injection	
	Oui	9
	Non	10
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	11
	Non réponse	12
	Dépression : Sensation d'abandon affectif et/ou de perte, de tristesse, d'inutilité	
	Oui	13
	Non	14
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	15
	Non réponse	16
	Angoisse : tension interne, sensation de boule dans la gorge, peur, noeud à l'estomac	
	Oui	17
	Non	18
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	19
	Non réponse	20
	Dépenser moins d'argent	
	Oui	21
	Non	22
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	23
	Non réponse	24
	Volonté de faire comme les autres	
	Oui	25
	Non	26

	Ne sait pas/Ne se souvient pas	27
	Non-réponse	28
	Pression de l'entourage	
	Oui	29
	Non	30
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	31
	Non-réponse	32
	Autre	
	Oui	33
	Non	34
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	35
	Non-réponse	36
	Ne sait pas du tout	37

40	QUEL ÉTAIT LE LIEU DU PREMIER SHOOT DE SUBUTEX® ?	
	Chez vous	1
	Chez les parents (père, mère)	2
	Chez des parents	3
	Chez des amis	4
	Chez le vendeur de Subutex	5
	Centre d'hébergement pour toxicomanes	6
	Hôtel, foyer	7
	Cage d'escalier, cave	8
	Toilettes Publiques	9
	Squatt	10
	Rue - métro	11
	Prison	12
	Autre	13
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	14
	Non réponse	15
41	QUEL ÉTAIT LE NOMBRE DE PERSONNE PRÉSENT LORS DU PREMIER SHOOT DE SUBUTEX® ?	
	0 (seul)	1
	Un	2
	Deux à cinq	3
	> 5 personnes	4
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	5
	Non réponse	6

42 QUI VOUS A DONNÉ L'IDEE DE SHOOTER, LA PREMIÈRE FOIS LE SUBUTEX® ?

(Citer toutes les réponses et entourer celle retenue)

Un usager de Subutex® en sublingual	1
Un usager de Subutex® IV	2
Un usager d'une autre substitution IV	3
Un usager d'une autre substitution non IV	4
Un usager de drogue IV non substitué	5
Un usager de drogue non IV non substitué	6
Un non-usager de drogues	7
Vous-même	8
Personne en particulier	9
Ne sait pas/Ne se souvient pas	10
Non-réponse	11

43 COMMENT AVEZ-VOUS PREPARÉ LE PREMIER SHOOT DE SUBUTEX® ? (plusieurs réponses possibles)

Ecrasé (pilé) non filtré	
Oui	1
Non	2
Ne sait pas/Ne se souvient pas	3
Non-réponse	4
Ecrasé (pilé) et filtré	
Oui	5
Non	6
Ne sait pas/Ne se souvient pas	7
Non-réponse	8
Chauffé	
Oui	9
Non	10
Ne sait pas/Ne se souvient pas	11
Non-réponse	12
Dissout	
Oui	13
Non	14
Ne sait pas/Ne se souvient pas	15
Non-réponse	16
Autre	17

44 LE MATERIEL DE PRÉPARATION DU PREMIER SHOOT DE SUBUTEX® (Cuillère, coton, filtre...) A-T-IL ÉTÉ PARTAGÉ ?

OUI	1
NON	2
Ne sait pas/Ne se souvient pas	3
Non-réponse	4

45 LE MATÉRIEL D'INJECTION (SERINGUE,AIGUILLE) DU PREMIER SHOOT DE SUBUTEX® ÉTAIT-IL ?

Neuf (usage unique)	1
Emprunté	
OUI	2
NON	3
Ne sait pas/Ne se souvient pas	4
Non-réponse	5
Si emprunté : à qui ?	
Toxicomane IV	6
Toxicomane non IV	7
Non toxicomane	8
Ne sait pas/Ne se souvient pas	9
Non-réponse	10
Quelle était cette personne ?	
Partenaire sexuel régulier	11
Partenaire sexuel occasionnel	12
Ami	13
Relation	14
Parent	15
Autre	16
Ne sait pas/Ne se souvient pas	17
Non-réponse	18
Cette personne était-elle VIH +?	
Oui	19
Non	20
Ne sait pas/Ne se souvient pas	21
Non-réponse	22
Cette personne était-elle VHC +?	
Oui	23
Non	24
Ne sait pas/Ne se souvient pas	25

	Non-réponse	26		Xanax®	5
	Si emprunté: a-t-il été désinfecté ?			Rohypnol®	6
	OUI	27		Temgésic®	7
	NON	28		Skenan®	8
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	29		Moscontin®	9
	Non-réponse	30		Héroïne	10
	Si désinfecté, avec quoi			Cocaïne	11
	Eau	31		Crack	12
	Eau oxygénée	32		Cannabis	13
	Eau de javel	33		Autres	14
	Jus de citron	34		Non applicable	15
	Alcool pharmaceutique	35		Ne sait pas/Ne se souvient pas	16
	Autres	36		Non-réponse	17
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	37			
	Non-réponse	38	49	QUELLE A ÉTÉ LA SENSATION DU PREMIER SHOOT DE SUBUTEX® ?	
46	LA DOSE SHOOTÉE LORS DU PREMIER SHOOT DE SUBUTEX® ÉTAIT ?			Agréable	1
	< 0,4 mg	1		Désagréable	2
	0,4 mg à 2 mg	2		Aucune	3
	> 2 mg à 6 mg	3		Autre, précisez	4
	> 6 mg à 8 mg	4		Ne sait pas/Ne se souvient pas	5
	> 8 mg à 16 mg	5		Non réponse	6
	> 16 mg	6	50	EN DEHORS DU SUBUTEX® EN IV QUEL EST LE PRODUIT QUE VOUS AVEZ LE PLUS SOUVENT SHOOTÉ ?	
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	7		Héroïne	1
	Non-réponse	8		Cocaïne	2
47	LORS DU PREMIER SHOOT DE SUBUTEX® AVIEZ-VOUS PRIS D'AUTRES PRODUITS JUSTE AVANT OU EN MÊME TEMPS ?			Crack	3
	Oui	1		Amphétamines	4
	Non	2		Autres, précisez	5
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	3		Ne sait pas/Ne se souvient pas	6
	Non-réponse	4		Non réponse	7
48	SI OUI, LESQUELS (Citer tous les produits, et entourer ceux retenus)		51	PAR RAPPORT AU PRODUIT QUE VOUS AVEZ LE PLUS SOUVENT SHOOTÉ, LE PREMIER SHOOT DE SUBUTEX® VOUS-A-T-IL PARU ?	
	Alcool	1		Plus agréable	1
	Valium®	2		Moins agréable	2
	Tranxène®	3		Différente	3
	Lexomil®	4			

	Identique	4	56	LORS DU PREMIER SHOOT OU DEPUIS LE PREMIERSHOOT DU SUBUTEX® AVEZ-VOUS EU DES COMPLICATIONS MÉDICALES LIÉES À L'INJECTION DE SUBUTEX® (hors perte de connaissance) ?	
	Non applicable (aucune sensation)	5		Oui	1
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	6		Non	2
	Non-réponse	7		Ne sait pas/Ne se souvient pas	3
52	PAR RAPPORT AU PRODUIT QUE VOUS AVEZ LE PLUS SOUVENT SHOOTÉ, LE 1er SHOOT DE SUBUTEX® VOUS-A-T-IL PARU ?			Non-réponse	4
	Plus douloureux	1	57	SI OUI, A-T-ELLE OU ONT-ELLES JUSTIFIÉ(ES) UNE HOSPITALISATION ?	
	Moins douloureux	2		Oui	1
	Identique	3		Non	2
	Non applicable (aucune sensation)	4		Ne sait pas/Ne se souvient pas	3
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	5		Non-réponse	4
	Non-réponse	6	58	AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT AU MOINS UNE PERTE DE CONNAISSANCE EN SHOOTANT DU SUBUTEX® ?	
53	APRÈS LE PREMIERSHOOT DE SUBUTEX®, AVEZ-VOUS SHOOTÉ DU SUBUTEX® UNE DEUXIÈME FOIS ?			Oui	1
	Oui	1		Non	2
	Non	2		Ne sait pas/Ne se souvient pas	3
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	3		Non-réponse	4
	Non-réponse	4	59	SI OUI, AVEZ-VOUS FAIT UNE PERTE DE CONNAISSANCE LORS DU PREMIER SHOOT DE SUBUTEX®	
54	SI OUI, QUEL ÉTAIT LE DÉLAI ENTRE LE PREMIER ET LE SECOND SHOOT DE SUBUTEX® ?			OUI	2
	< à 1 jour	1		NON	3
	1 à 6 jours	2		Ne sait pas/Ne se souvient pas	4
	7 à 30 jours	3		Non-réponse	5
	> 30 jours	4			
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	5	60	EN SHOOTANT DU SUBUTEX® LORS DE LA DERNIÈRE PERTE DE CONNAISSANCE, D'OU PROVENAIT LE SUBUTEX® ?	
	Non-réponse	6		Pharmacien sans prescription	1
55	DEPUIS LE PREMIERSHOOT DE SUBUTEX®, AVEZ-VOUS UTILISÉ LE SUBUTEX® ?			Pharmacien avec prescription	2
	Seulement en intraveineux	1		Copain, Ami (gratuité)	3
	Seulement en sublingual	2		Revendeur au marché noir	4
	En shoot et en sublingual	3			
	Non applicable (jamais réutilisé)	4			
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	5			
	Non réponse	6			

Si NON, ou non réponse à la question 58, passer à la question 6

	Autre, précisez	5
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	6
	Non réponse	7
61	EN CAS DE PRESCRIPTION MEDICALE, LA DOSE DE SUBUTEX® SHOOTÉE, LORS DE CETTE DERNIER PERTE DE CONNAISSANCE, ÉTAIT-ELLE ?	
	Celle prescrite	1
	Supérieure	2
	Inférieure	3
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	4
	Non-réponse	5
62	AVIEZ-VOUS LORS DE CETTE DERNIERE PERTE DE CONNAISSANCE EN SHOOTANT DU SUBUTEX®, PRIS D'AUTRES PRODUITS AVANT OU EN MÊME TEMPS ?	
	Oui	1
	Non	2
	Non applicable	3
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	4
	Non réponse	5
63	SI OUI, LESQUELS ? (Citer toutes les réponses, et cercler celles retenues)	
	Alcool	1
	Valium®	2
	Tranxène®	3
	Lexomil®	4
	Xanax®	5
	Rohypnol®	6
	Temgésic®	7
	Skenan®	8
	Moscontin®	9
	Héroïne	10
	Cocaïne	11
	Crack	12
	Cannabis	13
	Autres	14
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	15
	Non-réponse	16

64	AVIEZ-VOUS FAIT DES OD AVANT LE PREMIER SHOOT DE SUBUTEX® ?	
	Oui	1
	Non	2
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	4
	Non-réponse	5
65	AVEZ-VOUS ÉTÉ INFORMÉ QUE LE SUBUTEX® ? (Lire toutes les réponses et entourer celles qui correspondent)	
	Ne doit pas être associé à l'alcool	
	Oui	1
	Non	2
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	3
	Non-réponse	4
	Ne doit pas être associé à la méthadone	
	Oui	5
	Non	6
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	7
	Non-réponse	8
	Ne doit pas être associé aux benzodiazépines	
	Oui	9
	Non	10
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	11
	Non-réponse	12
	Ne doit pas être consommé dans les 4 heures qui suivent la prise d'un autre opiacé (héroïne, sulfate de morphine, codéine)	
	Oui	13
	Non	14
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	15
	Non-réponse	16
	Ne doit pas être avalé	
	Oui	17
	Non	18
	Ne sait pas/Ne se souvient pas	19
	Non-réponse	20
	Ne doit pas être shooté	
	Oui	21
	Non	22

Ne sait pas/Ne se souvient pas	23
Non-réponse	24
Ne doit pas être sniffé	
Oui	25
Non	26
Ne sait pas/Ne se souvient pas	27
Non-réponse	28
Entraîne un syndrome de manque s'il est arrêté	
Oui	29
Non	30
Ne sait pas/Ne se souvient pas	31
Non réponse	32

66 DEPUIS QUE VOUS PRENEZ DU SUBUTEX®, AVEZ- VOUS EU DES PRESCRIPTIONS DES SUBUTEX® DE PLUSIEURS MÉDECINS EN MÊME TEMPS ?

Oui	1
Non	2
Ne sait pas/Ne se souvient pas	3
Non-réponse	4

67 SELON VOUS, FAUDRAIT-IL SE SEVRER UN JOUR ?
(plusieurs réponses possibles)

Du shoot	1
Du Subutex®	2
De la drogue en général	3
« Des cachetons »	4
Autres, précisez	5
Ne sait pas/Ne se souvient pas	6
Non-réponse	7

Cadre réservé au coordinateur

QUESTIONNAIRE EXPLOITABLE

OUI
NON

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue La Fayette
75010 Paris
Tél : 33 (0)1 53 20 16 16
Fax : 33 (0)1 53 20 16 00
courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

Les études publiées par l'OFDT sont consultables sur le site web :
<http://www.drogues.gouv.fr>