

L'usage de sulfate de morphine par les usagers de drogues en France

Tendances récentes 2012-2013

Agnès Cadet-Taïrou, Michel Gandilhon

Coordinateurs des sites TREND : Aurélie Lazès-Charmetant, Jean-Michel Delile (Bordeaux), Nathalie Lancial, Sébastien Lose (Lille), Etienne Zurbach (Marseille), Lionel Diény, Yvon Schléret (Metz), Grégory Pfau (Paris), Guillaume Pavic (Rennes), Guillaume Sudérie (Toulouse)

NOTE 2014-10 (10 JUILLET 2014) DU DISPOSITIF TREND (TENDANCES RÉCENTES ET NOUVELLES DROGUES) DE L'OFDT (OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES) À DESTINATION DE L'ANSM (AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ).

Le sulfate de morphine est le principe actif d'une classe de médicaments opiacés indiqués dans le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres analgésiques. Bien que ne disposant pas d'AMM (autorisation de mise sur le marché) dans le traitement de la dépendance aux opiacés, les sulfates de morphine sont parfois prescrits dans cette indication, que ce soit dans le cadre de la « circulaire Girard »¹ du 27 juin 1996 ou en dehors de ce cadre. Ces médicaments peuvent en outre faire l'objet d'usages non substitutifs de la part des usagers de drogues et de détournement vers le marché noir.

La principale spécialité détournée est le Skenan®LP, forme à libération prolongée qui existe en plusieurs dosages et se présente sous forme de gélules remplies de microbilles. Le Moscontin®LP également à libération prolongée, commercialisé en comprimés par un laboratoire différent et l'Actiskenan®, forme à libération rapide sont peu présents sur le marché parallèle et ne semblent pas particulièrement recherchés. Les spécialités contenant du sulfate de morphine sont classées sur la liste de stupéfiants.

Synthèse	2-3
Les observations du réseau des sites TREND en 2012 et 2013	4
1. Marché	4
2. Usages	8
3. Usagers	10
4. Modes d'usage	12
5. Risques évoqués	13
Conclusion	15
Bibliographie	16
Annexes	17

1. Emanant de la Direction générale de la santé, elle autorise l'utilisation du sulfate de morphine après accord du médecin conseil de la CPAM, en cas d'échec de médicaments ayant reçu une AMM comme traitement de substitution ou en cas de contre indication à ces médicaments.

SYNTHÈSE

L'usage du sulfate de morphine hors du cadre thérapeutique prévu n'est pas un phénomène nouveau. Cependant, au cours de la décennie 2000, il apparaissait relativement maîtrisé, localisé géographiquement et fluctuant au cours du temps. Depuis 2011 environ, on observe un accroissement de la demande qui est loin d'être homogène mais s'étend géographiquement. Cette hausse de la demande s'accompagne de plus en plus fréquemment de fortes pressions, en particulier auprès des médecins généralistes, qui ne sont pas toujours en capacité de résister.

Deux phénomènes principaux expliquent ce phénomène :

■ D'une part la « pénurie » d'héroïne en Europe depuis 2011, qui s'est traduite en France, par une baisse sensible des puretés² en particulier du rapport pureté/prix de l'héroïne. Les usagers d'opiacés opérant des choix sur le marché en fonction de facteurs tels que la qualité, l'accessibilité et le prix des substances, cette situation a entraîné un report vers ce médicament jugé proche de l'héroïne. Cet aspect est évidemment davantage à mettre en relation avec la fonction « défonce » de l'usage qu'avec sa fonction « traitement ». Il explique une partie de la géographie des consommations. Cependant la pureté de l'héroïne pourrait avoir déjà amorcé une remontée dès 2013.

■ La hausse semble également liée à la recherche d'une « autre » substitution, en particulier parmi ceux des patients qui ne sont satisfaits ni par la méthadone, ni par la buprénorphine haut dosage (BHD). Le sulfate de morphine est en effet à la fois considéré comme « injectable »³ (contrairement à la méthadone) et à l'origine d'un « flash »⁴ ou au moins d'un effet perçu (contrairement à la BHD), deux éléments auxquels beaucoup d'usagers de drogues illicites en traitement ne peuvent renoncer.

Enfin, l'hypothèse d'un accès difficile à la méthadone dans certaines régions rurales, devrait être explorée, à la vue des disparités géographiques de consommation chez les usagers des CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues).

Deux grands types d'usagers sont particulièrement concernés.

■ Des usagers actifs, plutôt jeunes (20-30 ans), mais dont certains ont vieilli, familiers de la sphère festive, en grande difficulté sociale et adoptant des pratiques de polysusage et d'injection qui s'atténuent peu avec l'âge. Ils rencontrent le sulfate de morphine bien plus tôt que leurs aînés. Les plus jeunes d'entre eux recherchent particulièrement le Skenan[®], les plus âgés le consomment par défaut d'héroïne.

■ Des usagers plus âgés, suivis en traitement de substitution, souvent par méthadone, mais en difficulté avec leur traitement, car toujours injecteurs.

En outre, là où le produit est très accessible, et en fonction de l'offre générale d'opiacés, voire de drogues en général, émergent des usagers opportunistes. Ces derniers ne sont pas spécifiquement attachés au Skenan[®].

Le marché est souvent alimenté par un nombre restreint de médecins qui prescrivent beaucoup, identifiés par des usagers parfois très éloignés géographiquement. Les cas de trafics délibérés de la part des médecins, même s'ils sont médiatisés, semblent rares. D'autres professionnels encore apparaissent fragilisés par les pressions répétées et parfois violentes qui s'exercent sur eux. Le problème de l'insuffisance de l'offre de soins se pose également à travers des cas de praticiens susceptibles de se trouver dépassés par l'afflux de patients après avoir prescrit une fois. Des cas existent aussi de médecins conduits à prendre en charge seuls une (trop) grande partie des usagers de drogues d'un secteur du fait de la réticence de leurs collègues à le faire.

Ainsi, quelles que soient les vicissitudes du marché de l'héroïne, il semble que ce soit plus généralement la prise en charge des dépendances qui se trouve interrogée à travers ces consommations de sulfates de morphine.

2. La pureté moyenne de l'héroïne a été divisée par 2 entre 2010 et 2012 [7].

3. La méthadone n'est pas considérée comme injectable par la plupart des usagers. La BHD l'est, en dépit des dégâts locaux et généraux qu'elle occasionne, mais n'est pas jugée satisfaisante pour un certain nombre d'usagers.

4. Un effet donnant l'impression d'un « pic » de sensation : une « montée » rapide, un pic puis une « descente » plus progressive.

LE DISPOSITIF TREND : MÉTHODOLOGIE

Le dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'OFDT s'attache depuis 1999 à détecter les phénomènes émergents et les tendances récentes dans le champ des drogues illicites, qu'il s'agisse des produits, de l'offre, des modes d'usage ou des profils de consommateurs. Pour remplir sa mission d'observation, le dispositif TREND s'appuie en premier lieu sur un réseau de sept coordinations locales (Bordeaux, Marseille, Lille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse) dotées d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information.

Les deux espaces d'observation privilégiés du dispositif TREND sont l'espace urbain et l'espace festif électro. L'espace urbain recouvre essentiellement les structures de soins (CSAPA, Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et de réduction des risques (CAARUD), les squats et les lieux ouverts (rue, zones de deal, abords des gares). Une part des personnes rencontrées dans ce cadre sont des usagers dont les conditions de vie sont fortement marquées par la précarité. L'espace festif désigne les lieux où se déroulent des événements organisés autour du courant musical électro. Il englobe l'espace dit « alternatif » (free parties, teknivals, zones alternatives des festivals, etc.) mais aussi commercial ou conventionnel (clubs, discothèques voire soirées privées) et tend maintenant à couvrir l'espace festif généraliste, suivant par là le mouvement de diffusion-dilution du mouvement électro dans une population plus générale.

Les outils de recueil utilisés sont essentiellement qualitatifs : observations ethnographiques menées en continu dans les espaces festif et urbain ; questionnaires qualitatifs destinés aux structures ou associations en contact avec les usagers de drogues (CAARUD) ; groupes focaux (« sanitaires », « répressifs »), qui visent à dresser des diagnostics rapides de la situation avec des professionnels du champ.

Avertissement

Le dispositif TREND rend compte majoritairement des usages de sulfate de morphine non conformes aux dispositions réglementaires actuelles ou aux standards thérapeutiques. Même si les sites observent aussi des patients recevant le sulfate de morphine dans le cadre d'une prise en charge d'une dépendance opiacée (prescription hors AMM), les usagers de ces traitements sont souvent visibles dans le dispositif, soit parce qu'ils l'injectent, soit parce qu'ils en vendent une partie, soit parce qu'ils l'obtiennent sur le marché noir ou par pression sur les prescripteurs, ou encore parce qu'ils consomment d'autres substances

L'usage du sulfate de morphine constitue, depuis que le dispositif TREND existe, un phénomène fluctuant dans le temps et localisé géographiquement, paraissant essentiellement lié à la présence locale ou non de médecins prescripteurs. Dans l'ensemble, les sites TREND ont toujours fait état de réticences importantes des médecins à prescrire du sulfate de morphine aux usagers de drogues. Au cours des années 2000, s'agissant des sites du réseau, le Skenan[®] est essentiellement disponible à Rennes et surtout à Paris avant que le recadrage des prescripteurs par l'Assurance maladie en Bretagne (2006) et le démantèlement d'un réseau (médecins/pharmaciens) de trafic de Subutex[®] qui distribuait aussi du Skenan[®] à Paris (2007), ne réduise sérieusement la disponibilité de ce dernier. En 2008 et 2009, alors que le marché parisien reprend, sans atteindre son ampleur précédente, une hausse de la disponibilité est signalée à Metz tandis que l'usage détourné de sulfate de morphine demeure non visible ou tout à fait marginal sur les autres sites [1]. Ainsi, la disponibilité du Skenan[®] connaît des fluctuations locales sans qu'aucune tendance claire ne se dessine au niveau national.

Depuis 2011-2012 [2-3], cette relative stabilité au plan national fait place à un accroissement de la demande, observé de manière plus ou moins marquée sur tous les sites TREND, à l'exception de celui de Lille et dans le Nord-Pas-de-Calais en général, où l'usage détourné existe mais reste marginal ou très localisé. Ce phénomène a été observé en Lorraine, à Nancy jusqu'en 2012 et à Metz jusqu'en 2013. Au cours de cette année, il s'est surtout renforcé dans le sud-ouest de la France, à Bordeaux (de même que dans le département des Landes) et à Toulouse ainsi que, dans une moindre mesure à Paris, mobilisant, sur ces trois sites, les autorités locales.

LES OBSERVATIONS DU RÉSEAU DES SITES TREND EN 2012 ET 2013

MARCHÉ

La forme la plus recherchée par les usagers est la gélule de Skenan® LP, à 100 mg ou 200 mg selon les sites. Les dosages inférieurs (30 mg, 60 mg) se négocient parfois, faute de mieux, tout comme le Moscontin®LP⁵ ou l'Actiskenan®⁶.

L'accessibilité par prescription, de même que la disponibilité et l'accessibilité sur le marché parallèle apparaissent très hétérogènes selon les sites et les régions (Tableau 1).

Une forte pression de la demande sur plusieurs sites

À l'exception du site lillois où les usagers d'opiacés semblent très peu familiers de l'utilisation du sulfate de morphine⁷, plusieurs sites TREND ont observé depuis 2012, un accroissement marqué de la demande de ce produit qui s'est encore amplifiée en 2013. Parmi eux, ce phénomène semble atteindre son maximum à Bordeaux et à Metz mais est également visible à Marseille et s'implante à Toulouse. Cette hausse s'est traduite par des recherches d'informations auprès des CAARUD, par de fréquentes demandes de prescriptions dans les CSAPA et auprès des médecins libéraux et par des pressions très importantes et parfois violentes à l'encontre de ces derniers (Bordeaux, Toulouse, Metz, Marseille). Parallèlement, le Skenan® occupe davantage de place dans les discours d'usagers alors que les observateurs repèrent de nouveaux consommateurs du produit.

Une des particularités de la demande se situe dans le fait que les usagers n'hésitent pas à se déplacer pour se faire prescrire le Skenan® dans une région où celui-ci paraît plus accessible. Ainsi, à Marseille, certains usagers précaires de passage organisent leur nomadisme entre les villes de la côte (Nice, Montpellier...) en fonction des possibilités de prescription de Skenan® tandis que d'autres iraient jusqu'en Espagne pour s'en procurer. À Rennes, les usagers ne pouvant obtenir des prescriptions localement, se rendent dans d'autres villes de Bretagne ou de régions proches (Normandie en particulier), soit encore à Paris. Certains iraient jusqu'à migrer. Dans le même temps, Metz signale des usagers venant de Marseille à la recherche de prescriptions alors que les CAARUD de Bordeaux repèrent des usagers arrivant d'autres régions pour des raisons identiques. Dans le Nord-Pas-de-Calais, les usagers de Skenan® repérés, à la recherche de réseaux d'approvisionnement, sont rarement des consommateurs locaux, ces derniers connaissant peu le produit.

Ainsi, les zones géographiques considérées comme zones « d'accessibilité » vont subir une pression non seulement de la part des usagers locaux pour leur propre consommation, mais également de ceux venus d'autres régions qui soit vont rechercher directement des prescriptions, soit renforcer le marché parallèle, suscitant, chez d'autres consommateurs, des comportements de revendeurs.

La prescription, déterminant de l'accessibilité

En 2013, le Skenan® est considéré comme très facilement accessible par prescription à Bordeaux et l'était à Metz jusqu'en cours d'année ; il est réputé plus difficile de s'en faire prescrire à Rennes et à Toulouse du fait de choix de stratégies thérapeutiques qui laissent peu de place au sulfate de morphine dans le traitement de la dépendance aux opiacés, tandis que l'accès serait également limité à Marseille.

Les données issues des rapports de sites permettent de différencier très schématiquement plusieurs cadres de prescription. Si les éléments apportés par le dispositif n'autorisent en aucune façon à quantifier ces situations, il

5. Le Moscontin®LP serait plus difficile à préparer en vue d'une injection que le Skenan®LP.

6. L'Actiskenan®, du fait de son action rapide mais brève n'est pas indiqué dans le traitement des douleurs chroniques en dehors de la phase d'instauration de ce dernier ou en tant que traitement substitutif aux opiacés. Il est donc très peu prescrit aux usagers de drogues. Par ailleurs, les usagers qui injectent le Skenan® déconditionnent et préparent celui-ci (voir « Modes d'usage »), afin d'en extraire le sulfate de morphine s'affranchissant ainsi d'une libération retardée. Enfin l'Actiskenan® est présenté en doses n'excédant pas 30 mg alors que les doses unitaires des formes à libération prolongée s'étendent jusqu'à 200 mg.

7. « Et il y a un nouveau truc que j'ai entendu, et j'en ai vu à Lille, il y a une semaine de ça, j'étais en cure en plus, c'est le Skenan® ! A ce qu'il paraît, c'est de la morphine, en cachet mais ils la shootent ! Et à Paris, ça fait des ravages. » citation d'un usager lillois [4].

apparaît que le marché est habituellement alimenté par un nombre restreint de médecins qui prescrivent beaucoup. Le « cadre thérapeutique » est très probablement, et de loin, le plus fréquent. Les médecins « débordés » seraient quelques-uns par site et les médecins délibérément trafiquants exceptionnels.

- Le cadre thérapeutique

Certains médecins prescrivent dans le cadre d'un suivi thérapeutique de la dépendance, respectant les termes de la circulaire Girard ou non. Le site breton précise que celle-ci semble de moins en moins reconnue de la part de l'Assurance maladie et qu'il devient de plus en plus difficile pour les prescripteurs d'obtenir son accord, même dans ce cadre. Il peut s'agir pour les prescripteurs, de coupler traitement de substitution et traitement de la douleur, du choix d'utiliser le sulfate de morphine comme substitution opiacée ou encore d'accompagner le passage d'un usager du Skenan® injecté à la méthadone⁸. À l'inverse de nombreux médecins sont très réticents à prescrire du sulfate de morphine, par peur du détournement ultérieur, par volonté de ne pas délivrer un médicament fréquemment injecté, parce que le cadre réglementaire n'est pas clair⁹ ou parce que l'Assurance maladie assure une veille très stricte. Il faut noter que, comme l'illustre par exemple, la mise en cause de médecins et de pharmaciens dans le Pas-de-Calais depuis 2011, le cadre de prescription n'est pas toujours facile à qualifier et ce qui apparaît « thérapeutique » à un prescripteur ou un pharmacien peut être considéré comme prescription abusive par les CPAM ou les ordres professionnels.

- Le cadre thérapeutique « débordé »

Certains médecins se retrouvent débordés par la demande et glissent hors du cadre thérapeutique. Deux facteurs majeurs sous-tendent ces dérapages.

■ Une pénurie locale de médecins assurant le suivi les usagers de drogues : certains médecins acceptent de prendre en charge les usagers de drogues, dans des zones où aucun prescripteur ne les reçoit, certains patients stabilisés avec la méthadone ne trouvant plus de prescripteurs. Dans ces conditions, le médecin qui accepte d'en prescrire connaît un afflux d'usagers de drogues et peut vite être dépassé (Rennes, Toulouse par exemple).

■ Les demandes de prescription seraient parfois très agressives. Des prescriptions obtenues sous la pression des usagers sont en effet rapportées à Bordeaux, à Metz, à Marseille et dans une moindre mesure à Toulouse. Certains médecins prescrivent par peur et la nouvelle peut rapidement se propager, de même que toute fragilité d'un médecin, y compris pour des raisons personnelles, peut être exploitée. Le site lorrain rapporte, par exemple, le cas d'un médecin proche de Nancy qui aurait déménagé pour échapper aux pressions des usagers recherchant de la BHD et du Skenan® et celui d'un confrère qui se serait défendu à l'aide de tir de balles en caoutchouc, alors qu'un autre aurait dû embaucher un vigile. À Marseille, un usager muni de plusieurs cartes vitales aurait contraint un médecin à lui faire plusieurs prescriptions d'un seul coup.

- Le trafic délibéré impliquant des prescripteurs

Enfin, certains rares prescripteurs pourraient être impliqués plus nettement dans un trafic lucratif, comme ce fut le cas à Paris en 2008. À Metz, trois médecins, mis en examen fin 2013, sont suspectés d'avoir prescrit abusivement du Subutex® et du Skenan® dans le cadre d'un trafic de cartes vitales et de pratiquer des consultations fictives.

Les prescriptions sont régulées par l'Assurance maladie qui peut, le cas échéant, agir vers les usagers, les médecins et les pharmaciens⁸.

À Rennes, les prescriptions, même sous protocole, apparaissent assez contrôlées avec des convocations de l'usager par l'Assurance maladie en cas de doses jugées trop importantes et des refus de délivrances en pharmacie si l'usager n'y répond pas. À Bordeaux, la CPAM adopte également des stratégies de contrôle auprès des patients, en arrêtant notamment les remboursements.

Les consommateurs s'adaptent diversement à ces actions, soit en reprenant de l'héroïne, soit en cherchant des MSO (médicaments de substitution) auprès des médecins de ville ou en réintégrant un protocole. Le site de Rennes évoque l'anticipation par certains usagers, d'un éventuel durcissement des conditions d'obtention du Skenan® en réduisant volontairement les doses et en compensant avec d'autres opiacés (tramadol par exemple).

8. Qui va nécessiter pendant un temps la prescription de doses dégressives de sulfate de morphine pendant que les doses de méthadone augmentent.

9. La prescription du sulfate de morphine comme substitution reste « réglementée » par une simple circulaire datant de 18 ans.

Le marché parallèle

- Trafic

Lorsqu'il est limité, le trafic est, en général, le fait d'usagers se livrant à de petites transactions. Certains d'entre eux peuvent être traités dans le cadre d'un protocole ce qui leur permet de revendre une partie de leur consommation, soit parce qu'ils ont réussi à obtenir une prescription supérieure à leur besoins, soit parce qu'ils diminuent leur consommation. Ces pratiques apparaissent plus rares dans les zones où les prescriptions sont peu nombreuses et très contrôlées. À Bordeaux existent également de petits revendeurs qui vont alimenter un groupe ou une zone, telle qu'un squat. À l'inverse certains patients sous protocole resteraient très discrets sur ce point pour éviter les pressions des personnes à la recherche du produit.

Une part des usagers pratiquent également le nomadisme médical et alimentent le marché noir en consultant plusieurs médecins, y compris là encore, certains usagers sous protocole (Rennes). Comme pour la BHD, ce nomadisme peut s'étendre à des prescriptions au-delà du département ou de la région, soit pour éviter d'être repéré, soit lorsque l'accès apparaît « saturé » ou que la relation de confiance avec le prescripteur est rompue.

Comme cela a été évoqué précédemment, certains usagers ou même de petits trafiquants¹⁰ (Bordeaux, Marseille) ont recours au trafic de carte vitale et à la menace.

Enfin, à Bordeaux, se serait construite une filière tenue par des ressortissants d'États d'Europe de l'Est et caucasiens organisant un trafic à destination de leurs pays d'origine¹¹. Ce trafic concentrerait en fait la partie la plus importante des quantités détournées.

Selon l'enquête OPPIDUM 2012 (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse) de l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) et du réseau des CEIP (Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance), menée principalement dans des centres de soins pour usagers de drogues, 76 % des personnes ayant déclaré prendre du sulfate de morphine signalent l'avoir obtenue de manière illégale [5].

- Disponibilité

Le Skenan[®] est uniquement disponible dans l'espace urbain (voir encadré TREND), sauf à Marseille où en 2013 il peut être trouvé en espace festif alternatif.

S'agissant du Skenan[®], la forme la plus fréquente de marché noir consiste en des pratiques d'échanges et de dépannage entre pairs. Les marchés de ce type limitent l'accessibilité du Skenan[®] à des personnes qui se connaissent préalablement. En 2013, c'est encore le seul marché observé à Bordeaux où l'accessibilité au Skenan[®] passe surtout par des prescriptions devenues faciles à obtenir. À Rennes où au contraire, les prescriptions sont très limitées, la logique de dépannage est la seule qui prévaut car les usagers en traitement conservent en général leurs prescriptions.

Alors que seuls les sites parisiens et marseillais disposaient déjà au cours de la décennie précédente de vrais marchés de rue du Skenan[®], l'année 2013 en a vu également apparaître à Toulouse¹² (2013).

Cependant, le marché parisien¹³ de Skenan[®], centré autour de la gare du Nord, après une hausse de l'activité en 2011 et pendant la majeure partie de 2012, a connu à la fin de cette même année des périodes de pénurie avec parfois des semaines sans Skenan[®], ce qui n'était pas arrivé depuis 2008, amenant les usagers à avoir recours à

10. Pas forcément usagers.

11. Sources : Assurance maladie, intervenants en prison.

12. Il est possible que le site de Metz ait également connu un marché de rue entre 2010 et 2013. Il n'est pas visible en 2013.

13. Le marché du Skenan[®] à Paris s'insère dans celui des médicaments qui couvre essentiellement le XVIII^e arrondissement et la zone de la gare du Nord. Cependant, la vente de Skenan[®] se concentre sur la gare du Nord, le marché noir du XVIII^e arrondissement étant plus particulièrement occupé par la BHD.

du troc de Moscontin®, qui n'apparaissait plus sur le marché parisien. La baisse de disponibilité s'est renforcée en 2013 avec l'instauration d'une zone de sécurité prioritaire dans le XVIII^e arrondissement, ayant entraîné des violences et des tensions entre forces de l'ordre et usagers ou revendeurs.

Enfin, dans le Nord-Pas-de-Calais (site de Lille), s'il n'existe quasiment aucun marché à Lille, une ville du Pas-de-Calais a néanmoins connu un marché de petite revente avant qu'e les prescriptions ne soient interrompues par des mises en examens suite à une action de la CPAM.

Tableau 1- Prix courants en euros et accessibilité du Skenan®, 2013

Sites	Skenan® LP gélule	Prix courants	Evolution du prix 2012-2013	Mode d'accès	Disponibilité sur le marché parallèle
Bordeaux	200 mg	3-5 €	↘	- Prescription +++ - Petits réseaux d'approvisionnement	croissante
Lille				- Prescriptions - - Pas de marché perceptible	quasi nulle
Marseille	100 ou 200 mg	10 €	→	- Prescription + - Marché de rue - Réseaux d'usagers - ventes ponctuelles en espace festif alternatif	constante mais insuffisante par rapport à la demande
Metz	200 mg	10-15 €	↗	- Prescription ++ stoppée - Logique d'échange et de dépannage	en baisse à Metz (fin 2013), Nancy (2013) mais croissante dans les Vosges
Paris	100 mg	5-7 €	→	- Prescription + - Marché de rue	en baisse
Rennes	100 mg	7-10 €	→	- Prescription +/- - Marché de rue très circonscrit - Réseaux fermés d'usagers	constante
Toulouse	200 mg	15 €	→	- Prescription - - Réseaux d'usagers - En 2013 émergence d'un marché de rue	croissante

Source : TREND/OFDT

- Prix

Les prix sont très variables selon les sites (Tableau 1). Le prix le plus bas pour 100 mg se situe actuellement à Bordeaux (3-5 € la gélule de 200 mg)¹⁴ et le plus élevé, à Toulouse (15 € pour la même quantité), illustrant ainsi l'existence de marchés locaux.

Quel que soit le site, comme sur l'ensemble du marché de rue des médicaments, les prix varient selon le moment de la journée et les jours de la semaine (jusqu'à deux fois plus chers le week-end, en soirée...). Les ventes à la boîte permettent de diminuer le prix de la gélule par exemple à Metz, on peut obtenir une boîte de 14 gélules de Skenan® LP 200 mg pour 40 à 80 € et pour 70 € environ à Bordeaux.

Ainsi à Metz, où la disponibilité a chuté brutalement courant 2013, la gélule est passée de 5 à 10 € en 2012 à 10 à 15 € en 2013 alors que Bordeaux a connu une évolution inverse : 15 € en moyenne en 2010, 5 € en 2012, moins de 5 € en 2013. A Paris, les tensions du marché se sont surtout traduites par l'accroissement des fluctuations du prix, amenant, par exemple, celui de la gélule de 100 mg jusqu'à 15 € le week-end (prix inhabituel pour Paris).

Enfin, quand la transaction a lieu hors du marché ouvert, elle peut prendre la forme du troc (par exemple à Metz, une gélule de Skenan® contre 3 comprimés d'ecstasy).

14. La plaquette de 14 gélules de Skenan® LP 100 mg coûte, en 2013, 26,2 € (soit 1,2 € la gélule) et celle de Skenan® LP 200 mg, 46,93 € (soit 3,5 € la gélule). Elle ne coûte évidemment rien lorsqu'elle est remboursée. Le comprimé de Subutex® coûte entre 2,5 et 5 € en moyenne selon les sites (2012-2013) mais il peut être moins cher acheté en quantité plus importante. L'héroïne se négocie autour de 40 € le gramme (2 à 10 injections selon la tolérance de l'usager et la pureté attendue).

Tableau 2 - Prévalence d'usage du sulfate de morphine par les usagers des CAARUD au cours du dernier mois, selon des regroupements de régions, 2012

Inter-régions ¹⁷	Part des usagers de sulfate de morphine au cours du dernier mois	Part des usagers de sulfate de morphine parmi les usagers d'opiacés*
Nord-ouest	3,3 %	4,8 %
Est	12,2 %	13,7 %
Ile-de-France	17,7 %	28,8 %
Ouest	29,5 %	33,7 %
Centre	27,8 %	30,5 %
Rhône-Alpes	28,1 %	32,6 %
Sud-ouest	21,5 %	28,6 %
PACA et Corse	19,7 %	25,9 %
DOM	1,5 %	11,0 %
France entière	17,2 %	23,7 %

* La part des usagers d'opiacés qui ont consommé récemment du sulfate de morphine permet plus précisément d'estimer l'extension des usages de Skenan® parmi son « public » potentiel.

Source : ENa-CAARUD 2012, OFDT

Facteurs favorisant l'usage

À l'instar des traitements de substitution, le Skenan® peut schématiquement, selon les usagers, avoir un rôle identique à celui d'une « drogue », une fonction auto-substitutive, ou s'intégrer dans un cadre thérapeutique comme traitement de substitution de la dépendance aux opiacés ou de la douleur. Plusieurs sites insistent également sur l'utilisation du Skenan® contre la douleur par les usagers en automédication.

L'intérêt pour le Skenan® se mesure ainsi en comparaison avec les autres opiacés. Quel que soit le cadre de sa consommation, il bénéficie d'une image très positive.

- Une image très positive comme drogue

Dans le cadre d'une fonction de type « drogue » le Skenan® est avant tout comparé à l'héroïne dont les effets se rapprochent, en dépit d'une cinétique un peu différente¹⁸.

Les usagers d'héroïne les plus anciens continuent à préférer cette dernière au sulfate de morphine et en prennent généralement pas défaut (voir infra).

En revanche, la génération suivante (25-30 ans) en a une vision particulièrement positive : « *Le Skenan®, c'est la drogue parfaite* » affirme un usager d'opiacés [6]. Son statut de médicament rassure les usagers : par rapport à l'héroïne, le sulfate de morphine a l'image d'une substance fiable, sans produits de coupe imprévisibles et même « hygiénique » (on sait comment il a été transporté). Son prix, en pharmacie ou au marché noir est évidemment compétitif. Une rumeur à Bordeaux, fait état de la transformation de sulfate de morphine en héroïne (« *si tu filtres 2 fois avec la toupie t'as de l'héroïne* ») [6].

Il est essentiellement consommé pour ses effets propres. Seul le site marseillais signale un usage de Skenan® en « descente de stimulants » en espace festif (scène punk-rock) et le site parisien, un usage en « descente de crack ».

En marge des effets psychoactifs, les manifestations cutanées associées à la prise de Skenan® (démangeaisons surtout, éruption cutanée, chaleur) constituent pour beaucoup d'usagers habitués au produit, des composantes indispensables de l'effet attendu.

17. Les regroupements sont explicités en annexe.

18. Selon les usagers, lorsqu'il est consommé par voie orale, le pic survient environ une heure après la prise et l'effet dure environ 12 heures. Lorsqu'il est injecté le pic surviendrait plus vite et plus violemment que celui de l'héroïne et les effets seraient plus courts (environ 3 heures).

- Un marché de l'héroïne peu attractif

Outre cette excellente image, le Skenan® bénéficie actuellement d'un intérêt conjoncturel du à la piètre « qualité » de l'héroïne (2011-2012), après le « retour » de la fin des années 2000. Celle-ci a connu, en effet, en 2011 et en 2012, une chute de pureté sans précédent ces dernières années (de 13 % d'héroïne à 8 %) rendant, particulièrement dans les régions de l'ouest et du sud ouest de la France, son rapport qualité/prix peu attractif pour les usagers [7]. « *La rabla est trop chère et de mauvaise qualité donc on choisit le sken* » [8]. Ces comparaisons sont rapportées sur les sites de Rennes, Bordeaux, Marseille et Paris. Elles ont encore largement cours en 2013 sur le terrain, alors que la pureté moyenne des saisies d'héroïne pour l'ensemble de l'année 2013 remonte à 13 %¹⁹.

Les écarts observés entre le ratio prix/pureté de l'héroïne à la frontière nord-est très inférieurs à ceux relevés à Rennes, Toulouse et Bordeaux viennent conforter cette hypothèse [7].

Le sulfate de morphine bénéficie en plus, dans certaines zones géographiques d'une meilleure disponibilité que l'héroïne (par exemple à Paris intra muros).

- Une image très positive comme traitement

Dans le cadre d'un traitement de substitution, il est comparé aux autres TSO. Certains le citent même dans la liste des TSO possibles.

Par rapport à la BHD dont les effets ressentis sont considérés comme peu attrayants ou nuls, le Skenan® présenterait un effet plus satisfaisant. Par ailleurs, les usagers évoquent des complications cutanées et veineuses moindres avec l'injection de Skenan® qu'avec celle de BHD.

Plus souvent comparé à la méthadone par les usagers, il présente, à leurs yeux, par rapport à cette dernière, l'avantage de pouvoir être injecté. En effet, même sous protocole de substitution, nombreux sont les usagers observés par le dispositif, qui ne souhaitent pas ou se sentent incapables de renoncer à l'injection où à la recherche d'un effet ressenti significatif au moment de la prise de produit.

Plusieurs sites signalent des passages « sauvages » d'un traitement par méthadone à la combinaison méthadone/sulfate de morphine, la première restant prise dans le cadre d'une substitution quotidienne, les deuxième, plus souvent injectés en « extra ». D'autres usagers abandonneraient leur traitement de substitution pour le Skenan® considérant qu'il leur sera plus facile de « décrocher ».

USAGERS

On observe deux profils principaux d'utilisateurs de Skenan® :

Des usagers traditionnels, tendant vers la substitution

Le profil le plus ancien et le plus connu des usagers de Skenan® est constitué d'usagers assez âgés (en général plus de 35-40 ans) avec un long parcours de dépendance aux opiacés et d'injection.

Certains usagers de drogues, socialement insérés reçoivent le Skenan® dans le cadre d'un protocole thérapeutique. Ils constituent une partie semble-t-il importante des usagers de Skenan® observés par le site de Rennes et, à Nancy, le seul profil encore observé après la baisse du niveau de prescription. La plupart d'entre eux ne sont pas visibles dans le dispositif TREND.

Les personnes vues dans le cadre de TREND sont le plus souvent des usagers de drogues encore actifs ou mal stabilisés dans leur traitement de substitution, même s'ils le reçoivent dans le cadre d'un protocole.

19. L'écart entre la pureté ressentie par les usagers et la pureté des saisies peut être lié au fait que les échantillons saisis ne contenant pas d'héroïne ou uniquement à l'état de trace, ne sont pas inclus dans les statistiques des saisies, alors qu'elles sont effectivement achetées et consommées par les usagers, comme le montre l'étude SINTES héroïne 2011 [7].

Sur l'ensemble des sites TREND, à l'exception de Rennes, les usagers visibles de Skenan® sont souvent des consommateurs marginalisés aux conditions de vie précaires, caractérisés par un profil d'usage centré sur les médicaments (Subutex®, benzodiazépines). Le site parisien signale, par exemple, un lien avec l'usage de crack et une superposition partielle des populations, alors que Marseille rapporte un lien avec l'usage de Ritaline®²⁰, ces deux consommations concernant localement des individus particulièrement précarisés vivant dans la rue ou en squat et souffrant fréquemment de pathologies psychiatriques. Le Skenan® joue, dans ce contexte, le même rôle que le Subutex®, mêlant les fonctions de substitution et de recherche de défonce à des degrés divers et fluctuants [1].

Des jeunes en errance et des usagers nomades plus clairement dans l'usage de drogues

Apparus plus récemment, des usagers plus jeunes que le groupe précédent, errants ou nomades [9], constituent en quelque sorte « les nouveaux usagers du Skenan® » (début de la décennie 2010). Les jeunes en errance²¹ (dont certains commencent à vieillir) sont essentiellement mentionnés dans le sud-ouest de la France (Bordeaux, Toulouse) et à Paris, alors que les usagers nomades²² qui consomment du Skenan® le sont plus largement dans le sud notamment à Marseille et semblent se déplacer là où ils estiment que l'approvisionnement est possible. Ces usagers, souvent désignés comme « punks à chiens », se situent, pour la plupart d'entre eux, davantage du côté de la défonce que du traitement de substitution. Parmi eux, certains jeunes consommateurs seraient entrés dans un usage d'opiacés par le biais du Skenan®. Plusieurs sites mentionnent en particulier des jeunes femmes commençant un usage d'opiacés par le Skenan®.

Seul le site parisien observe également l'extension de l'usage de Skenan® aux groupes d'Europe de l'Est qui connaissent des conditions de vie extrêmement difficiles²³.

Des usagers opportunistes

Enfin, en marge des consommateurs traditionnels et des jeunes en errance, il existe des consommations opportunistes d'une population d'usagers, qui profite de l'accessibilité locale lorsque celle-ci s'accroît. C'est le cas, semble-t-il à Bordeaux en 2012 et 2013, où le passage à une population plus large est attesté par la diversification des modes d'usage, à Toulouse mais aussi en Lorraine où l'exemple de Nancy, montre que les profils d'usagers se recentrent sur celui du patient en traitement lorsque le médicament devient moins disponible.

LES USAGERS DE SULFATE DE MORPHINE DANS LES CAARUD, 2012

Les 497 usagers récents de sulfate de morphine ont été en particulier comparés aux usagers d'autres opiacés à l'exclusion du sulfate de morphine (N=1 595). Les usagers de sulfate de morphine sont dans l'ensemble légèrement plus jeunes que les autres consommateurs d'opiacés (34,3 ans contre 35,8 ans), du fait d'une proportion moindre des plus de 35 ans (47,5 % vs 53,9 %). Cependant, très peu ont ici moins de 25 ans²⁴ (11,9 %). La part des femmes est similaire (21,4 % vs 19,0 %). Leur niveau moyen de précarité n'est pas significativement différent de celui des usagers d'autres opiacés (32,8 % sont fortement précaires et 25,8 % d'entre eux sont sans ressources officielles).

La description de la population des usagers récents de sulfates de morphine fréquentant les CAARUD, qui mêle différents profils d'usagers permet néanmoins de repérer plusieurs caractéristiques des groupes observés par les sites TREND.

Les usagers récents de Skenan® apparaissent plus polyconsommateurs que les usagers récents d'autres opiacés (5,9 produits différents consommés dans le mois en moyenne contre 4,2) et surtout ce polyusage s'infléchit à peine avec l'âge, confirmant les difficultés plus importantes rencontrées par ces usagers dans leur parcours de dépendance que les autres usagers (6,2 substances pour les moins de 25 ans, 5,6 pour les 35 ans et plus) (Tableau 3 en annexe).

20. Ils peuvent être consommés conjointement en injection, Skenan® et Ritaline® ou de manière séquentielle dans la journée.

21. Filles et garçons (20-25 ans) pour lesquels la marginalité marquée par des situations de détresse sanitaire et sociale profonde constitue l'aboutissement d'un processus de désaffiliation.

22. Souvent plus âgés que les jeunes en errance, les nomades vivent davantage dans une socialisation alternative choisie et maîtrisent mieux leur parcours, ce qui leur permet des déambulations interrégionales voire internationales.

23. À Bordeaux cette population serait impliquée dans un trafic de Skenan® sans pour autant en consommer.

24. À nuancer par le fait que les jeunes usagers de drogues, en particulier les jeunes usagers de drogues ne fréquentent pas volontiers les CAARUD, à l'inverse des usagers précaires plus âgés.

Ils se caractérisent par une proportion plus importante d'usagers ayant un profil d'usage « festif » tel que défini dans les CAARUD²⁵ qui marque la présence des jeunes en errance et des usagers passés par la sphère festive : la moitié des moins de 35 ans mais aussi un tiers des 35 ans et plus (vs 23,4 % chez usagers d'autres opiacés).

Ils sont très fortement injecteurs, quel que soit l'âge (89,7 % au cours des 30 derniers jours vs 52,0 %) (Tableau 3 en annexe).

Ils reçoivent plus fréquemment des traitements de substitution par méthadone : 38 % des usagers récents de morphine disent recevoir un traitement par méthadone contre 27 % pour les usagers d'autres opiacés, le rapport est inverse pour la BHD (13,4 % vs 49,6 %) et seuls 22,2 % disent recevoir le Skenan® en traitement de substitution. Cette proportion concerne près d'un quart des 25 ans et plus alors que c'est le cas seulement d'un usager de moins de 24 ans sur 10, confirmant ainsi les différences de fonction du produit selon l'âge.

Le Skenan® n'est considéré comme le produit leur posant le plus de problème que par 7,3 % de l'ensemble des usagers des CAARUD (soit 5ème position après l'alcool, la BHD, l'héroïne et la cocaïne) mais il est le produit le plus problématique pour 36,2 % de ses propres usagers récents. Il occupe ici la 2ème place derrière la BHD et devant le crack.

MODES D'USAGE

Le sulfate de morphine est prescrit pour être consommé par voie orale. Des témoignages montrent qu'il est effectivement consommé ainsi par un certain nombre de patients. Chez les usagers qui fréquentent les CAARUD et les usagers précaires, la grande majorité des consommations se font par injection (habitude, maîtrise du geste, rentabilité). Des usages par sniff seraient également observés (primo-consommation, consommations ponctuelles)²⁶. Le site bordelais signale des usages par voie fumée, après basage, chez de jeunes usagers. Certains usagers ignoraient que la voie orale est possible, tant le produit serait associé à l'injection.

Dans les CAARUD, les usagers récents de sulfate de morphine en 2012, l'ont injecté pour 84,3 % d'entre eux, l'ont consommé par voie orale pour 15,9 %, en sniff pour 10,1 % enfin, très peu l'ont fumé (1,1 %)

Le sulfate de morphine constitue le premier produit injecté dans la vie pour 4,7 % des usagers des CAARUD ayant déjà utilisé cette pratique mais cette part augmente chez les plus jeunes : un injecteur de moins de 25 ans sur dix est concerné²⁷.

Dans l'enquête OPPIDUM 2011 (ANSM et CEIP) menée principalement dans des centres de soins pour usagers de drogues, 71 % des usagers de sulfates de morphine disent injecter ce produit [10].

Il semble que la multiplication des injections dans la journée en divisant les doses de produit soit une habitude répandue, décuplant alors les risques liés à l'injection. Le cas d'un usager injectant le Skenan® jusqu'à dix fois par jour, en plus de sa consommation par voie orale de méthadone est cité. A Bordeaux, certains usagers l'injecteraient même en trois prises espacées de 6 heures comme dans le cadre d'une prescription.

Peu d'usagers utilisent les filtres fournis par les structures, abandonnant le Sterifilt®, jugeant que la procédure est trop longue et que les effets périphériques attendus sont insuffisants (grattage par exemple) et ne maîtrisant pas l'utilisation technique des filtres toupie. Certains retournent au filtre à cigarette, d'autres ne filtrent pas.

Les modes de préparation d'une injection de Skenan® sont multiples. Les coordinations TREND de Metz [11] et de Paris [12] délivrent une description précise des différentes possibilités. Le rapport parisien de 2012 explique ainsi :

Plusieurs étapes plus ou moins complexes sont nécessaires avant de pouvoir obtenir une solution de sulfate de morphine. Chacune de ces étapes présente des risques différents, plus ou moins marqués selon les usagers.

Réduire en poudre ?

Certains écrasent les petites billes contenues dans les gélules de Skenan® pour former une poudre et faciliter ainsi la solubilisation. Pour écraser les billes, le consommateur place le contenu d'une (ou plusieurs) gélule(s) dans un morceau de papier, replie ce dernier et écrase le tout. D'autres versent directement les billes dans la « gamelle » (Stericup® ou autre) afin d'écraser les billes avec une des extrémités de la seringue¹.

25. C'est-à-dire qu'ils ont consommé au moins une fois au cours des 30 derniers jours une substance emblématique du milieu festif musique électronique : stimulants autres que la cocaïne ou hallucinogènes.

26. Mais les billes seraient difficiles à écraser pour obtenir de la poudre.

27. Cependant, ce phénomène ne concerne pas spécifiquement le sulfate de morphine, mais s'inscrit dans la tendance plus générale à la diversification des substances concernées par la première injection.

Diluer ?

Tous ou presque utilisent de l'eau pour Préparation Injectable (eau ppi) contenue dans le Steribox®. Certains diluent dans 1 ml, d'autres optent pour des volumes plus importants (2 ml voire 5 ml).

Chauffer ?

De nombreux usagers chauffent encore le Skenan® malgré les nombreux messages de RDR diffusés auprès de ces populations à ce sujet². Les usagers pourraient avoir emprunté cette habitude aux consommateurs d'héroïne brune et certains d'entre eux sont persuadés que l'étape de « chauffage » est nécessaire à l'obtention d'une solution induisant les effets de « défonce » et/ou de picotement recherchés lors d'une consommation de Skenan® par voie intraveineuse. Certains chauffent le mélange eau + Skenan® (écrasé ou pas) avant de mélanger. D'autres ne chauffent pas avant de mélanger.

Certains (surtout les Russophones) chauffent les billes de Skenan® non écrasées (avant même l'ajout de l'eau. Les usagers dénomment d'ailleurs « à la russe » cette technique de préparation.

Certains préchauffent l'eau avant d'y ajouter le Skenan® (écrasé ou non).

Lorsque le Skenan® est chauffé, le tampon alcoolisé est très souvent utilisé comme une torche, allumée à l'aide d'un briquet afin d'économiser ce dernier.

Filtrer ?

Une fois le mélange obtenu (chauffé ou non), l'étape de filtration a lieu.

Filtre coton contenu dans les kits stériles d'injection, filtre à cigarette, Sterifilt® et, dans une bien moindre mesure, le filtre toupie sont utilisés.

Chaque filtre possède des avantages et des inconvénients tant en termes de pouvoir de filtration, d'effet recherché que de risques encourus.

-Le filtre à cigarette (avec le filtre coton) est probablement l'outil le plus utilisé. Dans ce cas, le filtre est souvent arraché avec les dents, favorisant les contaminations salivoportées.

-Le filtre toupie n'est presque jamais utilisé par les usagers de Skenan® (retient trop de liquide, se bouche trop vite).

-Les solutions de Skenan® étant souvent pâteuses, les filtres qui colmatent vite (Sterifilt®, toupie) sont souvent critiqués par les usagers.

-La double filtration (filtre coton ou filtre à cigarette + Sterifilt®) permet d'éviter le colmatage tout en filtrant relativement finement la solution. Cependant, cette pratique est encore rarement observée du fait de sa complexité.

Quelle seringue ?

De nombreux consommateurs de Skenan® par voie intraveineuse utiliseraient une seringue de taille supérieure à celle contenue dans les kits stériles d'injection. Ces seringues sont appelées des « 2 cc » (voire « 5 cc ») par les usagers, en référence à leur contenance en centimètres cube (millilitres).

Les seringues à grand volume (supérieur à 1 ml) n'étant pas serties, les usagers choisissent alors le diamètre (gauge) de leur aiguille, en fonction de nombreux paramètres, notamment le site d'injection et le type de veine qu'ils souhaitent utiliser.

1. Pour rappel, le capuchon d'une seringue n'est pas stérile alors que l'extrémité du piston, protégé d'un bouchon, est stérile. De nombreux usagers le savent et prennent en compte cet élément afin de réduire les risques liées à leurs pratiques.

2. Chauffé, le Skenan® dilué dans de l'eau forme une sorte de pâte, le rendant encore plus impropre à la consommation par voie injectable.

Les doses citées sont variables. A Bordeaux les usagers consommeraient en moyenne autour de 600 mg par jour en plusieurs prises, mais des doses allant de 100 mg à 500 mg sont aussi fréquemment évoquées. Certains usagers évoquent 100 mg comme une grosse quantité pour une prise, surtout en injection.

RISQUES ÉVOQUÉS

Les risques particulièrement signalés sont les suivants :

■ La déstabilisation des prises en charge, observée à Metz et à Bordeaux. Elle est liée à l'abandon des traitements, principalement de la méthadone, pour passer au Skenan® ou à l'association des deux. Certains médecins suspendent les prescriptions sachant que leurs patients prennent aussi du Skenan®.

■ Les overdoses (OD) : les risques d'overdose apparaissent avérés. Ils sont favorisés par l'accroissement rapide des posologies journalières rapportées fréquemment, par l'utilisation concomitante de plusieurs opiacés et certaines erreurs de dosage, en partant du principe qu'une gélule représente un dosage. Plusieurs récits d'usagers, y compris consommateurs d'héroïne, évoquent la surprise et parfois la forte inquiétude ressentie devant la puis-

sance des effets lors de la première prise. À Bordeaux, notamment, des OD à répétition sont mentionnées par les services d'urgence qui voient augmenter le nombre de passages pour overdose en 2013.

■ La tolérance : les soignants de même que certains usagers insistent sur le besoin d'accroître rapidement les doses pour continuer à ressentir un « effet », ce qui amène les usagers à recherche des quantités de plus en plus importantes.

■ La dépendance : elle est peu anticipée par les usagers qui constatent pourtant une « accroche » rapide du Skenan® en particulier chez les injecteurs. Les CSAPA reçoivent alors, comme le rapporte de site de Metz, des demandes de traitement par méthadone pour y remédier.

■ Enfin, selon les usagers et les professionnels des CAARUD, les complications veineuses engendrées par l'injection seraient moindres que celles liées à l'injection de BHD, mais les pratiques et les conditions d'injections délétères des plus précaires (hygiène, réutilisation du matériel...) les exposent à des complications graves (abcès, septicémie...)

CONCLUSION

L'usage de sulfate de morphine chez les usagers de drogues, comme celui des autres médicaments psychotropes se décline selon plusieurs modalités.

La principale concerne son rôle de traitement de substitution dans la dépendance aux opiacés ; la place des sulfates de morphine, prescrits dans ce cadre hors AMM et tolérés à la marge en référence à une circulaire ancienne et parfois inconnue, n'a pas été réinterrogée officiellement et collectivement depuis la mise en œuvre du versant « substitution » de la politique de réduction des risques au milieu des années 1990 [13]. Cette absence de cadre récent est à l'origine d'une disparité importante de pratiques entre médecins.

Son usage en tant que drogue constitue un autre aspect de la question. L'accès thérapeutique d'une population à un opiacé s'accompagne quasi mécaniquement d'une part de diversion vers un usage qui ne l'est pas. Dans ce cadre, le médicament est comparé par l'utilisateur aux autres produits disponibles, en fonction du rapport entre ses « avantages » (« qualité » et prévisibilité des effets, « accessibilité »...) et son coût ou encore son degré de dangerosité. Ainsi, de 2011 à une partie au moins de l'année 2013, la pureté moyenne assez faible et même parfois nulle, de l'héroïne circulant en France a clairement favorisé ce type de détournement du sulfate de morphine.

La question du sulfate de morphine met, par ailleurs, en lumière les difficultés rencontrées par certains praticiens libéraux isolés pour assurer une prise en charge des usagers de drogues dans de bonnes conditions.

Enfin, même si la répartition géographique des usages de sulfate de morphine parmi les usagers des CAARUD suggère un lien avec le marché de l'héroïne, l'hypothèse d'une relation avec l'accessibilité au traitement par méthadone en zone rurale mériterait d'être explorée.

Remerciements pour leur relecture et leurs conseils : Julie-Émilie Adès, François Beck, Laélia Briand-Madrid et les coordinateurs des sites TREND.

BIBLIOGRAPHIE

1. CADET-TAIROU A., *et al.*, *Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 281 pages.
2. CADET-TAIROU A., *et al.*, « Marchés, substances, usagers : les tendances récentes (2011-2012). Observations au plan national du dispositif TREND en matière de psychotropes illicites ou détournés de leur usage », *Tendances*, n° 86, 2013, 8 pages.
3. CADET-TAIROU A., GANDILHON M., LAHAIE E., « Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011) », *Tendances*, n° 78, 2012, 6 pages.
4. LANCIAL N., LOSE S., et SPIRITEK, *Drogues sur le site de Lille - Etat des lieux et tendances récentes*, Lille, Cèdre Bleu ; Saint-Denis, OFDT, 2013.
5. ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) et RESEAU DES CEIP (Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance), *OPPIDUM (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse). Résultats de l'enquête 24*, Octobre 2012, Saint-Denis, ANSM, 2013, 9 pages.
6. DELILE J.-M. et LAZES-CHARMETANT A., *Usages de Drogues en Aquitaine, Evolutions et tendances récentes*, Bordeaux, CEID, 2014 (à paraître).
7. LAHAIE E. et CADET-TAIROU A., *Héroïne - composition, prix, connaissances des usagers*, Saint-Denis, OFDT, 2014, 55 pages.
8. PAVIC G. et GUILLAUME M., *Tendances récentes sur les usages de drogues à Rennes en 2012*, Rennes, AIRDDS, Saint-Denis, OFDT, 2014.
9. BELLO P.-Y., *et al.*, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 271 pages.
10. ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) et RESEAU DES CEIP (Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance), *OPPIDUM (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse). Résultats de l'enquête 23*, Octobre 2011, Saint-Denis, ANSM, 2012, 9 pages.
11. SCHLERET Y. et DIENY L., *Rapport 2013 du site TREND de Metz*, Metz, CMSEA, ORSAS Lorraine, Saint-Denis, OFDT, 2014 (à paraître).
12. PFAU G., *Tendances récentes sur les usages de drogues à Paris : état des lieux en 2011-2012*, Paris, Association Charonne, Saint-Denis, OFDT, 2014.
13. OFDT, *Substitution aux opiacés, synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France*, Paris, OFDT, 2003, 80 pages.

ANNEXES

Tableau 3 - Consommation et pratiques d'injection des usagers récents d'opiacés, selon qu'ils ont consommé du sulfate de morphine ou non

Substance consommées au cours des 30 derniers jours	Usagers récents de sulfate de morphine	Usagers récents d'opiacés mais pas de Sulfate de morphine
	%	%
Héroïne	41,2	42,7
BHD	22,7	59,9*
Méthadone	55,9	31,3*
Codéine	12,9	8,1*
Cocaïne et/ou crack	58,6	46,1*
Cocaïne basée	34,0	24,2*
MDMA	21,1	12,5*
Amphétamine	22,9	12,5*
Ritaline®	4,4	1,7*
Kétamine	18,1	8,1*
Benzodiazépines	46,3	33,7*
Injection	%	%
Injection au cours de la vie	94,3	74,7*
Injection au cours des 30 derniers jours	89,7	52,0*
Héroïne injectée (parmi les usagers d'héroïne)	69,4	52,3*
Morphine injectée	84,3	
Cocaïne injectée (parmi les usagers de cocaïne)	78,4	50,5*
Amphétamine injectée (parmi les usagers d'amphétamine)	55,8	26,1*

Source : ENa-CAARUD 2012, OFDT

* $p < 0,01$

Tableau 4 - Composition des Inter-régions utilisées dans le Tableau 2

Groupement	Effectifs	% Part du national	Régions incluses
Nord-ouest	398	13,7	Nord-Pas-de-Calais, Haute-Normandie, Basse-Normandie, Picardie
Ouest	238	8,2	Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes
Ile-de-France	691	23,8	Ile-de-France
Est	373	12,8	Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne, Franche-Comté
Centre	169	5,8	Centre, Bourgogne, Auvergne, Limousin
Rhône-Alpes	154	5,3	Rhône-Alpes
PACA et Corse	232	8	PACA et Corse
Sud-ouest	517	17,8	Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
DOM	133	4,6	Guyane, Guadeloupe, Réunion

Source : ENa-CAARUD 2012 / OFDT

Crédits photographiques

© U.P.images - Fotolia.com
 © Richard Villalon - Fotolia.com
 © madu 70 - Fotolia.com