

**« Fuitage pharmaceutique »,
usages détournés et reconfigurations
d'un médicament de substitution
aux opiacés**

Anne M. Lovell,

directrice de recherche

CESAMES (Centre de Recherche Psychotropes,
Santé Mentale, Société)

INSERM U611 – CNRS UMR 8136 –
Université Paris Descartes

Sandrine Aubisson

Correspondance :

A.M. Lovell,

CESAMES

45 rue des Saints-Pères

75270 Paris Cedex 06

France

Courriel : anne.lovell@univ-paris5.fr

Résumé

Par l'intermédiaire du « fuitage pharmaceutique » (*pharmaceutical leakage*) de la sphère médicale jusqu'aux mondes de la drogue, l'aspect ambivalent des molécules contribue aux multiples usages des médicaments. Cet article examine l'usage détourné du Subutex® (buprénorphine haut dosage – BHD) – le traitement de substitution (TSO) aux opiacés le plus utilisé en France – auprès d'usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI) à Marseille. Partant du constat qu'il faut examiner les facteurs individuels et contextuels pour comprendre les phénomènes de trafic de drogue et de pratiques à risque, cette recherche propose deux hypothèses de travail : (1) que les usages détournés de la BHD s'intègrent aux mondes préexistants de la drogue ; (2) que les caractéristiques du contexte géographique sont impliquées dans la reconfiguration des usages. Les données collectées par questionnaire auprès de 62 UDI, utilisateurs d'automates de récupération/distribution de seringues à Marseille et population peu connue par les dispositifs de traitement spécialisés de la toxicomanie, ont été soumises à une analyse de composantes multiples (ACM), dans un but exploratoire. Deux effets paradoxaux en résultent. La BHD en usage détourné s'intègre dans une configuration de consommation intensive caractéristique des pratiques à risque impliquant l'opiacée, drogue que la BHD est paradoxalement censée remplacer. Ces usages sont par ailleurs associés, dans une aire urbaine ayant sa propre histoire et économie, à la stabilisation de certains UDI, non pas par une réintégration sociale correspondant aux objectifs des politiques publiques françaises sur les TSO, mais par une intégration marginale, voire la suspension ou « le délaissement » d'une population d'usagers âgés. Ces phénomènes contrastent avec les caractéristiques d'utilisateurs des automates qui consomment d'autres types de drogue. Le fuitage pharmaceutique fournit alors un outil heuristique qui interroge le regard proprement médical, tout en montrant son intérêt général pour l'étude des médicaments.

Mots-clés : fuitage pharmaceutique, traitement de substitution aux opiacés (TSO), buprénorphine haut dosage, usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI), mondes de la drogue, contexte

Pharmaceutical leakage, diverted uses and the reconfiguration of a pharmaceutical for opiate substitution

Abstract

Through the mechanism of pharmaceutical leakage from the medical sphere to drug markets, the ambivalent nature of molecules contributes to the multiple uses of medicines. This article examines diverted uses of Subutex® (high dose buprenorphine – HBD) – currently the most frequently used substitution treatment for opiate dependency in France – by injection drug users (IDUs) in Marseille. Following findings about the necessity of taking into account individual and contextual factors to understand drug trafficking and risky drug consumption, this study began with the working hypotheses that (1) diverted uses of HBD are integrated into pre-existing drug worlds; (2) geographic characteristics are implicated in the reconfiguration of these uses. Data collected through questionnaires on 62 UDI clients of automats for syringe exchange-recuperation in Marseille, a group little known to drug treatment programs, were explored in a series of multiple components analyses, resulting in two paradoxical effects. Diverted HBD appears to be integrated in a configuration of intensive drug use with risky practices characteristic of the very opiate (heroin) it is meant to replace. In a poor, de-industrialized area of Marseille, such uses are associated with the stabilisation of some IDUs, not through social reintegration in accordance with French health drug policy, but through marginal integration, by holding in abeyance a population of older users. Pharmaceutical leakage thus furnishes a heuristic tool for looking beyond the medical gaze and should be useful for better understanding medicines in general.

Keywords: *pharmaceutical leakage, opiate dependance treatment, high dose buprenorphine, injection drug users (UDI), drug worlds, context*

“Fugas farmacéuticas”, usos desviados y reconfiguraciones de un medicamento de sustitución de los opiáceos

Resumen

A través de las “fugas farmacéuticas” (pharmaceutical leakage) que se producen del ámbito médico al mundo de la droga, la naturaleza ambivalente de las moléculas facilita el uso múltiple de los medicamentos. Este artículo examina el uso desviado del Subutex® (buprenorfina a dosis altas, BDA), el tratamiento de sustitución de los opiáceos más utilizado en Francia en la actualidad entre los usuarios de droga por vía intravenosa (UDI) en Marsella. Partiendo de la constatación de la necesidad de examinar los factores individuales y contextuales para comprender el fenómeno del tráfico de drogas y de las prácticas a riesgo, esta investigación propone las dos hipótesis de trabajo siguientes: 1) los usos desviados de la BDA se integran en los mundos preexistentes de la droga y 2) las características del contexto geográfico están relacionadas con la reconfiguración de dichos usos. Los datos, reunidos a través de un cuestionario entre 62 UDI que eran usuarios de máquinas automáticas de recuperación/distribución de jeringas en Marsella, población poco conocida de los mecanismos de tratamiento especializado de la toxicomanía, fueron estudiados en un análisis de componentes múltiples con un objetivo exploratorio. Se obtuvieron como resultado dos efectos paradójicos. La BDA de uso desviado se integra en una configuración de uso intensivo característica de las prácticas a riesgo que se utilizan con el opiáceo que, supuestamente y de manera paradójica, la BDA debe reemplazar. En una región urbana que tiene su propia historia y economía, estos usos están relacionados, por otra parte, con la estabilización de ciertos UDI, no a través de una integración social coherente con los objetivos de las políticas públicas francesas sobre tratamientos de sustitución, sino por una integración marginal, que incluso deja

en suspenso o “abandona” a una población de usuarios de edad. Estos fenómenos contrastan con las características de los usuarios de las máquinas automáticas, que consumen otros tipos de drogas. La fuga farmacéutica proporciona entonces una herramienta heurística que permite trascender el punto de vista propiamente médico, mostrando al mismo tiempo un interés general por el estudio de los medicamentos.

Palabras clave: *fuga farmacéutica, tratamiento de sustitución de opiáceos, buprenorfina a dosis altas (BDA), usuarios de droga por vía intravenosa (UDI), mundos de la droga, contexto*

Remerciements

À l'époque où l'enquête sur laquelle porte cet article a été menée, l'auteur principal, Anne M. Lovell, était membre de l'UMR 379 – INSERM (aujourd'hui UMR 912 – INSERM – Sciences Economiques et Sociales, Systèmes de Santé, Sociétés) et le deuxième auteur, Sandrine Aubisson, était chargée d'études à l'Observatoire Régional de la Santé Provence – Alpes – Côtes d'Azur (ORS-PACA).

Cette enquête a été réalisée avec le soutien de l'association « Ensemble contre le Sida (ECS) – Sidaction » (convention d'aide à la recherche du 04/02/03 – 13^e appel d'offres scientifique) et le soutien de la Ville de Marseille (Direction Santé Environnement).

Le protocole d'enquête a été expertisé par le CCPRB Marseille 2, référence 0346.

Un remerciement particulier à Clara Lecadet pour sa relecture et sa patience, à Isabelle Feroni pour une première lecture critique, à Samuel Bordreuil pour sa contribution à la traduction de certains termes, et à Eric Schneider de l'association « Accès » pour ses conseils pendant la phase de terrain.

*«Il n'y a pas un remède « en soi », en dehors
d'un contexte particulier, pas davantage des poisons
universels ou des agents ubiquitaires du mal»*

Dagognet, 1964, *La raison et les remèdes.*

Introduction

Qu'une même molécule puisse être considérée à la fois comme un médicament, comme un produit pharmaceutique et comme une drogue illicite (Dagognet, Dormik et coll., 1999) ne devrait pas étonner. Cette polysémie et ces usages multiples ressortent de la matérialité même du *pharmakon* : substance malléable, qui peut agir comme un poison ou un remède, selon son dosage, son administration, et les rapports matériels et symboliques dans lesquels elle s'inscrit (Dagognet, 1964). L'ambivalence du *pharmakon*, déjà signalée par Platon, constitue la base de pratiques médicales anciennes, mais aussi des logiques fondatrices de l'industrie pharmaceutique moderne (Berridge, 1999 ; Cartwright, 2001). Elle est, en outre, à l'origine d'un phénomène social contemporain largement commenté : la confusion entre médicament et drogue (Ehrenberg, 1998a).

Les usages des médicaments ne sont pas uniquement déterminés par les propriétés physico-chimiques de la substance. Ils renvoient en effet à des objectifs multiples : la recherche de sensations extrêmes et extraordinaires, l'augmentation du plaisir et du bien-être, l'amélioration des performances, la sociabilité, l'insomnie, le soulagement des symptômes, pour n'en mentionner que quelques-uns. Ces objectifs peuvent difficilement être dissociés d'un certain nombre de mutations sociales : l'importance prise par la flexibilité et la performance dans le monde du travail et dans la société (Ehrenberg, 1998b), les nouvelles formes de maîtrise de soi par la modulation chimique des sentiments et des comportements (Ong et Collier,

2004), l'augmentation du temps de loisir (Parker, Alridge et coll., 1998) et la chronicisation de la précarité (Bouhnik, 2007 ; Lovell, 2002).

Deux conditions doivent être réunies, mais pas systématiquement, pour qu'un médicament puisse être utilisé comme une drogue : le médicament passe de la sphère médicale à d'autres domaines de la vie quotidienne, et le médicament fait l'objet d'un usage détourné par rapport aux indications pharmacologiques officielles, définies par la procédure d'autorisation de mise sur le marché (AMM) et inscrites dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) inclus dans la notice du médicament. La première de ces conditions relève d'un mécanisme social par lequel le médicament est transféré d'un contexte à un autre, la deuxième condition consiste dans des pratiques et des rapports qui peuvent le transformer, dans ce nouveau contexte, de médicament en drogue. Le mécanisme que nous appellerons « fuitage pharmaceutique » (*pharmaceutical leakage*) est presque absent des recherches sociologiques et anthropologiques sur les mondes de la drogue, et encore trop peu analysé. L'étude des usages détournés se cantonne quant à elle trop souvent au seul point de vue médical, lequel privilégie la surveillance du mésusage. Ce dernier peut être défini en termes négatifs comme étant contraire aux fins et aux conditions de l'usage du médicament reconnues officiellement, par rapport à la compréhension des logiques d'actions et des configurations sociales sous-jacentes. D'ailleurs, le lien entre le fuitage pharmaceutique et l'usage détourné est davantage suggéré qu'il n'est réellement examiné.

Nous allons dans cet article examiner les phénomènes du fuitage et de l'usage détourné par rapport à un médicament particulier, la buprénorphine haut dosage (BHD). La BHD, autorisée en France en 1995 pour le traitement de la dépendance, a été commercialisée en 1996 sous le nom de Subutex®. Remboursée par l'assurance maladie, prescrite essentiellement par des médecins généralistes, elle est rapidement devenue le

principal traitement français contre la dépendance aux opiacés et elle est aujourd'hui utilisée de sept à huit fois plus souvent que la méthadone¹.

Dans quel type de milieu social ce «médicament voyageur» arrive-t-il et s'implante-t-il? Ce médicament vient-il seulement s'ajouter à la panoplie d'autres drogues et médicaments, pour ainsi élargir la palette des polyconsommations? Ou, au contraire, se substitue-t-il aux consommations antérieures? Et, dans ce deuxième cas, l'usage de substitution vient-il s'ancrer dans des pratiques préexistantes, constitutives d'un monde de la drogue, sans trop les changer, ou, au contraire, contribue-t-il à la formation de nouvelles pratiques et de nouveaux modes de vie? Autant de questions que nous avons tenté de traiter, à partir des données recueillies en 2004 et 2005 à Marseille (France), lors de l'évaluation d'un dispositif de réduction des risques sanitaires et des dommages liés à l'injection de drogues.

Dans la première partie de cet article, nous présenterons la notion de fuitage pharmaceutique, sous un angle général puis par rapport aux médicaments «anti-addictifs» comme les traitements de substitution aux opiacés (TSO). Nous passerons ensuite en revue les travaux sur les consommations de la BHD, en formulant quelques observations sur les limites de ces travaux et en faisant appel à une littérature connexe, qui déplace la perspective théorique des facteurs individuels à des facteurs contextuels des usages détournés.

Nous examinerons dans une deuxième partie le fuitage et les usages détournés de la BHD dans le contexte des mondes de la drogue à Marseille. Cette expression plurielle de «mondes de la drogue», s'inscrit dans la double perspective de l'interactionnisme symbolique (Becker et McCall, 1990; Strauss, 1992) et des recherches menées en France sur les politiques

¹ Pour un bref historique de la BHD en France, voir Lovell (2006).

et les usages de la drogue (Duprez et Kokoreff, 2000). Pour l'interactionnisme symbolique, les mondes sociaux sont des regroupements de divers acteurs ayant des activités en commun et des préoccupations similaires, ces ensembles étant structurés par des réseaux de communication. Ces mondes s'avèrent plus diffus et amorphes, avec des frontières plus perméables, que les espaces structurés des champs qui, dans la sociologie bourdieusienne, se transforment selon des lois invariantes (Bourdieu, 1980). Dans la sociologie française, la notion de « mondes de la drogue » permet de différencier la question des drogues dans l'espace public comme « problème social » (Duprez et Kokoreff, 2000) et en santé publique comme « problème sécuritaire » (Feroni et Lovell, 2007), de la question des drogues appréhendée du point de vue des logiques, des significations et des relations qui s'établissent, individuellement et collectivement, pour les consommateurs de drogues. Notre questionnaire porte sur ces usages détournés de la BHD dans des mondes de la drogue qui émergent, bien qu'imparfaitement, à travers la construction de notre enquête. Selon notre hypothèse, la BHD n'arrive pas dans un espace vierge, mais dans des mondes déjà à l'œuvre, avec leurs propres relations à la consommation de la drogue. C'est la reconfiguration de la BHD dans ces mondes, grâce au fuitage pharmaceutique et aux usages détournés dont elle fait l'objet, dans un contexte particulier, que nous allons explorer.

Fuitage pharmaceutique et usages détournés de la BHD

Le fuitage pharmaceutique : l'émergence d'une notion

La notion de fuitage pharmaceutique, si elle est encore peu élaborée, est cependant déjà, sans être nommée, reconnue par les pouvoirs publics (Laure et Binsinger, 2003). Dans le domaine des traitements de substitution aux opiacés (TSO), cette notion

est devenue un enjeu dans les luttes pour la classification de ces médicaments (comme stupéfiants par exemple), en France et même au niveau international (Lovell et Feroni, 2006 ; Feroni et Lovell, 2007). Pourtant, la notion de fuitage n'apparaît presque pas dans la sociologie des mondes de la drogue.

Le terme de fuitage pharmaceutique traduit par un néologisme ce que les anglophones appellent le *pharmaceutical leakage*. La racine *leak* désigne la fuite, et elle se décline aussi bien de manière substantive – une fuite – que verbale – fuir –, mais comme on le dit d'un liquide qui sort de son contenant et non de quelqu'un qui fuit un ennemi. Toutefois, le terme *leakage* renvoie aussi bien à l'action de fuir, à faire fuir, qu'au fait d'une fuite en cours. Il n'existe pas de mot français pour désigner la participation active à une fuite. Cependant, cette absence a donné lieu à un néologisme qui vient du monde de la presse judiciaire et politique : « fuiter » ou « faire fuiter » une information confidentielle. Nous emploierons ce néologisme en raison du noyau sémantique qu'il met en mot : une fuite qui n'existe pas sans un agent pour la produire. Nous parlerons de *fuitage pharmaceutique*, pour désigner le transfert du médicament du cadre médical d'utilisation vers un autre espace social.

Le fuitage du produit pharmaceutique admet trois significations. Au sens littéral, le coulage concerne des gaz, des liquides ou d'autres produits à visée thérapeutique, qui traversent des barrières du type blister, respirateur, ou autre mode de conditionnement. Ce phénomène peut aussi bien se produire pendant le développement et la mise à l'épreuve (*testing*) du médicament qu'après sa commercialisation. Il est considéré par l'industrie pharmaceutique et par les instances de régulation du médicament comme une menace pour la sécurité du médicament.

Le deuxième sens désigne le fuitage de la propriété intellectuelle sur les produits pharmaceutiques : des informations sur la composition ou le conditionnement d'un médicament

particulier, par exemple. Cette forme de coulage est un aspect de la concurrence économique au sein de l'industrie pharmaceutique.

Le troisième sens du terme fuite concerne la plupart du temps les médicaments commercialisés. Le phénomène peut se manifester de deux façons. Les médicaments peuvent « couler » des lieux de la médecine (les officines, les cabinets) vers la sphère économique, où ils sont l'objet d'un trafic illicite². Ils peuvent aussi passer des mains des patients auxquels ils ont été prescrits à d'autres mains, comme des membres de la famille, des amis ou des inconnus.

C'est ce troisième sens de la notion de fuite pharmaceutique qui nous intéresse ici. Le fuite concerne souvent les benzodiazépines, les hypnotiques, les amphétamines, les dérivés de la morphine et d'autres médicaments. Par exemple, l'existence de flux de ce type de médicaments, allant de la sphère médicale vers les milieux de la fête, a été constatée en France. La sociologue Sophie Le Garrec a observé comment les adolescents français volent des médicaments dans l'armoire à pharmacie familiale pour les intégrer ensuite dans l'éventail des produits qu'ils consomment chez eux et dans les soirées (Le Garrec, 2002). La présence de médicaments provenant de fuites a été observée dans les milieux de jeunes usagers de drogues en Amérique du Nord (Friedman, 2006). Enfin, la présence de médicaments parmi les produits consommés par des usagers de drogues dans cinq villes françaises suggère un fuite important : au cours du mois précédant l'entretien, les produits les plus fréquemment injectés (par 64% des usagers)

² Il peut s'avérer que les médicaments « coulent » vers les marchés illicites ou vers des individus directement de leur lieu de production, avant la mise sur le marché. Le fuite peut être facilité par des réseaux de médecins, de pharmaciens et/ou de trafiquants, ou par l'usage de la force lors des vols de pharmacies, par exemple.

sont des médicaments, les sulfates de morphine (64 %) (Jauffret-Roustide, Couturier et coll., 2006)³.

Le fuitage pharmaceutique ne se limite pas aux médicaments qui peuvent être utilisés comme des drogues. Dans certains pays à faibles revenus, les fuitages alimentent les marchés noirs : ce sont des sources parallèles de médicaments qui sont vendus entre autres à des fins sanitaires (Whyte, Geest et coll., 2003). Dans les pays riches, grâce à Internet et au tourisme médical, le fuitage permet le transfert de médicaments moins chers vers des pays comme les États-Unis, où l'absence de couverture médicale universelle et la marchandisation presque totale du système de santé contribuent à une très forte hausse des prix des médicaments nécessaires au traitement de beaucoup de maladies. Parallèlement, le fuitage des médicaments psychotropes et des TSO contribue à brouiller les frontières entre les drogues et les médicaments.

La particularité des médicaments de substitution aux opiacés (TSO)

Le fuitage pharmaceutique des médicaments de substitution aux opiacés (TSO) vers les marchés de drogues illicites a déjà été décrit dans les années 1970 par l'anthropologue américain Michael Agar. Il avait observé la circulation de la méthadone dans le trafic de drogues près des cliniques dispensant des traitements avec ce médicament TSO (Agar, 1973). Cependant, à notre connaissance, la notion de fuitage a rarement été appliquée aux TSO ailleurs.

Aujourd'hui, le fuitage de la BHD est devenu un sujet de préoccupation des politiques publiques (Lovell et Feroni,

³ Les données sur la BHD ne sont pas présentées par les auteurs, malgré l'usage détourné qui est fait de ce médicament en France.

2006), en France et au niveau international. Plusieurs recherches montrent que le fuitage de la buprénorphine s'inscrit dans des contextes multiples et qu'il est associé à différents types d'usages. Le fuitage de la buprénorphine en Inde (Kumar, Mudaliar et coll., 1998), ou, par le passé, en Écosse (Forsyth, Farquhar et coll., 1993) et en Espagne (San, Torrens et coll., 1993), où ce médicament est limité à un usage analgésique post-opératoire, semble sortir le médicament des cliniques pour le mener dans la rue. La buprénorphine arrive aussi par des flux illicites transnationaux : en Île Maurice et certains pays de l'ex-Union Soviétique, elle provient de la France (OICS, 2007) ; au Népal, elle provient de l'Inde (Dixon 1999) ; et, plus récemment, en Géorgie, 33 % des patients soignés dans les cliniques de sevrage souffrent d'un usage à problème de BHD venant du Royaume-Uni (Parfitt, 2006). Enfin, le fuitage existe au sein des pays où ce médicament est largement utilisé, dans la forme haut dosage, pour le traitement de la dépendance à l'héroïne : en France et, plus récemment, à Singapour (Chua et Lee, 2006).

Ces différences dans la provenance des fuitages suggèrent que des facteurs externes aux usagers de drogues pourraient expliquer le phénomène. Certains auteurs évoquent la rupture du trafic d'héroïne par les guerres (Kumar, Mudaliar et coll., 1998), le déficit de formation d'une partie des médecins (Chua et Lee, 2006), ou encore le prix intéressant de la buprénorphine par rapport aux autres drogues disponibles (Parfitt, 2006). Pourtant, aucune de ces études n'apporte un éclairage sur les intermédiaires et les pratiques qui permettent le transit du médicament d'une sphère à l'autre.

Le fuitage permet de faire du TSO un usage détourné, qui s'explique, d'un point de vue médical, par les similarités entre un opiacé comme l'héroïne et un TSO, et ce, en raison de la

proximité de leur composition chimique⁴. Les TSO permettent le contrôle partiel de l'appétence de drogue (*craving*) en remplaçant, dans le sevrage ou dans la thérapie de plus longue durée, une molécule réputée nuisible par une molécule considérée comme thérapeutique, bien qu'elle ressemble fortement à la première. Ainsi, la consommation des médicaments TSO peut mener à une dépendance analogue – mais admise comme légitime par une partie des médecins – en substituant à un opiacé illicite (l'héroïne), un opiacé synthétique et légalement prescrit (la buprénorphine, la méthadone). Auriacombe et Fateas opposent les «traitements de substitution vrais» aux «traitements de maintien de l'abstinence». Selon eux, les «traitements de substitution vrais» consisteraient simplement à remplacer une substance par une autre, selon un objectif de réduction des risques. Ce type de traitement a des effets autorenforçants parce qu'il apporte le même plaisir que le produit qu'il cherche à remplacer. Il ne s'agit donc pas d'un traitement destiné à modifier les comportements de dépendance à proprement parler. On parle de substitution vraie, quand le produit de substitution est injecté et allié à la prise de psychotropes. Les «traitements de maintien de l'abstinence», en revanche, soignent la dépendance. Dans ce cas, la BHD est prise par voie sublinguale et les effets renforçant du plaisir procuré par le médicament sont absents (Auriacombe et Fateas, 2003). Cette analyse médicale et psychologique de l'impact des traitements de substitution n'éclaire cependant en rien les usages sociaux du médicament.

Les politiques publiques semblent pourtant n'avoir retenu que la similarité des effets produits par les médicaments de substitution et par l'opiacé-drogue pour développer des moyens chimiques susceptibles de supprimer l'euphorie que produit l'injection du médicament ou de contrôler la voie d'administration. Ainsi, la BHD est commercialisée dans certains pays

⁴ Selon des études en neurosciences, les stimuli environnementaux peuvent aussi avoir des effets similaires en l'absence de drogue.

sous forme de suboxone, qui contient de la naloxone hydrochloride dihydrate pouvant induire après l'injection un syndrome de manque, alors que les techniques actuelles permettraient d'administrer ces médicaments de substitution par un composé en forme de plaquette cylindrique, placée sous la peau, et à diffusion lente (Lovell, 2006).

L'usage détourné de la BHD

Ni le fuitage ni les propriétés pharmacologiques de la BHD ne suffisent à expliquer les usages détournés de ce médicament. Les motifs sous-jacents à l'usage de la BHD en dehors de la sphère médicale sont la recherche immédiate d'une «petite euphorie» (Lovell, 2001), du plaisir (Auriacombe et Fatseas, 2003) ou encore la gestion du manque (Guichard, Lert et coll., 2006). À long terme, cet usage peut même s'inscrire dans un projet de réintégration au monde du travail, à la vie familiale, mais aussi d'«intégration marginale» grâce à l'acquisition des allocations, des revenus minimums d'insertion (RMI), ou d'autres revenus et aides liés à un statut de non actif (même temporaire), et traduire le désir de modifier un mode de vie centrée sur la consommation des drogues (Lovell, 2001 ; Guichard, Lert et coll., 2006).

Un autre corpus met volontiers en avant les facteurs prédictifs du mésusage. L'utilisation de ce terme reflète un point de vue médical et sécuritaire (Feroni et Lovell, 2007), ce qui n'est pas étonnant, car la plupart de ces enquêtes ont été menées auprès de patients sondés dans des dispositifs ou des centres de soins (centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), médecine générale, mais aussi en prison). Ces études font ressortir quatre types de facteurs prédictifs du mésusage.

Premièrement, des *facteurs sociaux et démographiques*, bien qu'il ne s'agisse pas toujours des mêmes variables : l'absence d'emploi augmente les chances que l'individu s'injecte de la

buprénorphine (Vidal-Trecan et Boissonnas 2001), ainsi que le fait d'être sans domicile fixe, fortement associé aux injections à haut risque (Blanchon, Boissonnas et coll., 2003). Le *réseau social* et les *facteurs psychologiques* représentent un deuxième et troisième facteur important : avoir des personnes proches qui s'injectent et la recherche de sédation «incitent d'autant plus à l'injection dans des moments de déprime et de mal-être» (Courty, 2003). Quatrièmement, la *consommation* d'autres drogues et de médicaments augmente les risques qu'un individu s'injecte de la buprénorphine. Ces consommations incluent l'injection d'autres produits que la buprénorphine, excluant toutefois l'héroïne (Vidal-Trecan et Boissonnas, 2001). La difficulté à abandonner l'injection est aussi identifiée comme un facteur prédictif de l'injection de buprénorphine (Courty, 2003).

Ce n'est qu'indirectement que nous pouvons, à partir de ces résultats, formuler des hypothèses concernant l'usage détourné de la BHD, et encore ne sont-ils pas généralisables en tant que tels aux mondes de la drogue (même si les patients étudiés se situent en fait à la croisée de plusieurs mondes). Ils sont, en outre, axés sur les facteurs de risque individuels. Or, la notion de « mondes » sous-tend l'idée que certaines caractéristiques interindividuelles et contextuelles influencent les actions des individus. C'est par quelques considérations sur ces interactions que nous souhaitons conclure cette première partie.

De l'approche individuelle aux représentations des mondes de la drogue

Même quand les facteurs individuels nous donnent des indications sur la position sociale et sur le réseau personnel, ils ne permettent pas pour autant de dresser un constat sociologique sur les rapports entre l'usage détourné des TSO et les mondes de la drogue. Ils occultent également le contexte dans lequel la BHD fait l'objet d'un usage détourné et les relations entre le contexte et les usages.

Pourtant, il a été établi que les particularités du contexte (les interactions et les caractéristiques du quartier, ou *neighbourhood*) et de l'environnement (par exemple, l'insalubrité, la densité de l'habitat) sont liées aux pratiques d'usage des drogues, aux prises de risque et aux taux d'infection. L'épidémiologie nord-américaine a montré que l'usage des drogues illicites existe dans tous les types de quartier, mais les trajectoires des usagers, les risques encourus par la prise des drogues et les ressources pouvant contribuer à réduire les dommages causés par les modes de consommation, varient géographiquement. Ainsi, la visibilité de la consommation des drogues, susceptible d'enclencher un processus de stigmatisation de l'utilisateur (phénomène qui, à son tour, peut décourager la fréquentation de certains dispositifs et services de soins), est inégalement répartie selon les villes et les quartiers (Saxe, Kadushin et coll., 2001 ; Fuller, Borrell et coll., 2005 ; Tempalski, 2007). De même, les politiques de prévention et de réduction de risques (Tempalski, 2007 ; Feroni et Lovell, 1996), ainsi que la disponibilité et la nature de l'offre de soins en toxicomanie (Feroni, Paraponaris et coll., 2004), varient selon les villes et selon les quartiers. La possibilité de se procurer des seringues stériles ou de choisir son lieu d'injection n'est pas la même dans des quartiers favorisés ou défavorisés socialement (Buchanan, Shaw et coll., 2003), et elle est tributaire également de certains aspects de l'organisation sociale, comme la structure familiale (Page et Salazar, 1999). Par conséquent, les pratiques d'injection diffèrent, l'injection étant plus fréquente dans les quartiers les moins aisés, même quand les caractéristiques démographiques et économiques sont contrôlées (Galea, Ahearn et coll., 2003). On a aussi constaté que les individus ont tendance à répondre au stress et au découragement générés par un environnement appauvri par une augmentation d'abus de drogues et de prise de risques (Sinha, 2001 ; Latkin, Williams et coll., 2005) – un résultat que nous pouvons étendre, par hypothèse analogique, aux usages sociaux des médicaments. Enfin, le contexte, c'est aussi un ensemble d'interactions sociales, qui

peuvent être représentées par la localisation des individus au sein de réseaux sociométriques. Or, certaines caractéristiques de ces réseaux sont associées aux prises de risque et à l'usage non médical de la BHD (Lovell, 2002).

Pour éclaircir la relation entre le contexte et l'usage détourné de la BHD, nous avons cherché à distinguer différents types d'usages à l'intérieur d'un territoire. Dans cet espace, la BHD génère-t-elle des pratiques nouvelles, contrastant avec les pratiques antérieures de consommation de la drogue? Ou s'inscrit-elle dans un monde de la drogue relativement inchangé? Nous tenterons de répondre à cette question en essayant de faire émerger des contextes de fuite et d'usage détourné de la BHD, et en les comparant à des contextes déjà connus d'autres mondes de la drogue.

Les reconfigurations après fuite de la BHD dans les mondes de la drogue à Marseille

Depuis quelques années, le déplacement et l'éparpillement du trafic et des lieux de consommation du centre-ville vers les quartiers excentrés de Marseille et vers le tissu villageois ont accru l'importance du lieu d'habitation dans certains mondes de la drogue. Notre recherche, dans son esprit et sa méthode, a d'abord consisté dans l'observation et la description d'un terrain, puis dans la formulation d'hypothèses permettant d'envisager le rapport entre l'espace social, l'espace géographique et l'usage détourné d'un médicament pour l'addiction.

Selon notre première hypothèse de travail, le fuite de la BHD vers ces lieux – mais en dehors des sphères médicales – s'accompagne d'une intégration des usages détournés de ce médicament au monde de la drogue. Nous supposons que ces usages détournés sont configurés avec des caractéristiques proches de celles que nous avons déjà identifiées auprès des usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI) à Marseille, comme

l'appartenance à un réseau d'autres UDI (Lovell, 2002) et les pratiques d'injection à risque. Selon une deuxième hypothèse, les caractéristiques du contexte géographique des usagers – leur lieu d'habitation, notamment – devraient jouer un rôle dans la reconfiguration des usages.

Le contexte de l'étude : les automates et les distribox de seringues

Comment un médicament de substitution aux opiacés, une fois sorti du cadre médical, s'inscrit-il dans un autre contexte ? Pour examiner cette question, nous avons construit un échantillon d'usagers de drogues en dehors de la sphère médicale, c'est-à-dire des centres spécialisés pour le traitement de la toxicomanie (CSTT), des cabinets de médecine générale et d'autres structures orientées vers la prise en charge médicale ou psychiatrique des addictions. Si la fréquentation de ces structures n'empêche pas qu'une partie des patients contribue à faire fuiter les médicaments ou à en faire un usage autre que médical, leur proportion représente probablement une minorité par rapport à l'ensemble de la file active. Construire un échantillon à partir de ces structures correspondrait moins à nos objectifs que le fait de le construire dans un contexte non médical d'usage de la BHD. Il fallait néanmoins s'assurer que le contexte extérieur à la sphère médicale permettait d'accéder à une proportion non négligeable d'individus qui consomment la BHD (et pas uniquement d'autres drogues).

À Marseille, nous avons pu examiner la BHD sous l'angle de ces deux critères, comme objet de fuite et d'usage détourné, sur un panel d'usagers assez significatif pour permettre des comparaisons internes (entre consommateurs et non-consommateurs et BDH) par le biais d'une étude des utilisateurs du réseau des automates d'échange-récupération des seringues (« automates ») et des distributeurs de seringues rattachés à des pharmacies

(«distribox») (Obadia, Feroni et coll., 1999 ; Moatti, Vlahov et coll., 2001) (Encadré 1). Ces dispositifs sont aux marges du système de soins. Il est très probable que, parmi leurs utilisateurs, l'on trouve des consommateurs de BHD en dehors du cadre médical, car une enquête antérieure sur les automates marseillais avait constaté, pour la première fois dans la littérature scientifique, un détournement de l'usage de la BHD en France (Obadia, Perrin et coll., 2001). La continuation des fuitages de la BHD étant encore signalée quelques années plus tard par l'Assurance Maladie (Feroni et Lovell, 2007), nous avons supposé que ce phénomène concernait toujours les utilisateurs d'automates et de distribox. Dans la mesure où ces utilisateurs pratiquaient l'injection de drogues – supposition raisonnable, puisque ces machines distribuent des kits à injection –, il était très vraisemblable que la BHD fasse l'objet d'un usage détourné parmi eux, au moins sous forme d'injection, et qu'elle ne soit pas seulement l'objet d'un trafic.

Encadré 1 : Deux dispositifs de distribution de seringues

Il existe à Marseille une politique municipale unique en France faisant en sorte que des automates d'échange-récupération de seringues et des distributeurs de seringues sont rattachés à des pharmacies dans tous les arrondissements de la ville. Cette politique vise à atteindre les usagers de drogue par voie intraveineuse les moins intégrés socialement, afin de réduire les dommages causés par certaines pratiques d'injection et d'échanges sexuels (Lovell et Feroni, 1998) et, plus récemment, de diminuer les risques de transmission du virus de l'hépatite C. Les kits délivrés dans ces automates contiennent deux seringues, deux compresses à l'alcool, une dose d'eau distillée stérile pour les préparations injectables, un préservatif, des consignes d'utilisation, des messages de prévention et des informations pratiques concernant les services de prévention et d'information

sur les drogues et les maladies. Les pharmacies distribuent un kit similaire, agréé en France pour la vente en pharmacie, et des seringues individuelles, souvent fournies par les programmes de réduction des risques.

Les systèmes de distribution – les automates et les distribox – se distinguent des organisations et des services à bas seuil, comme les programmes d'échange de seringues (PES) ou les « boutiques » (lieux d'accueil), parce qu'ils fournissent des kits de seringues dans un anonymat total, sans la médiation d'un intervenant en toxicomanie. L'automate, qui ressemble à un distributeur de tickets de parking, est une machine assez discrète et se retrouve sur ou près d'un trottoir. Le distribox est un petit distributeur approvisionné en kits de seringues, appliqué au mur extérieur d'une pharmacie, près de l'entrée, comme le sont les distributeurs de préservatifs. D'ailleurs, la présence du distribox témoigne, semble-t-il, d'une certaine tolérance de la part de la pharmacie vis-à-vis des toxicomanes. Les pharmacies à distribox fournissent aussi des seringues et/ou des kits gratuits aux individus qui en font la demande à l'intérieur de l'établissement et se démarquent d'autres pharmacies, qui, en dépit de la législation autorisant la vente sans ordonnance de seringues en France, ne vendent pas de kits de seringues agréés pour l'injection des drogues (les Stéribox®) ou préfèrent ne pas servir une clientèle d'usagers de drogues. De plus, les pratiques des médecins généralistes qui prescrivent la BHD sont influencées par leur perception des attitudes des pharmaciens envers des clients sous TSO (Feroni, Aubisson et coll., 2005). Les automates et les distribox touchent, entre autres, les personnes les plus difficiles d'accès pour les intervenants en toxicomanie et les moins connues des chercheurs. Ces deux machines se situent, physiquement

et conceptuellement, aux marges du système de soins, et leurs utilisateurs constituent une population particulièrement «cachée» (Heckathorn, 1997) parmi les populations cachées que représentent les usagers de drogues dures.

La méthode

L'étude Automates/2004, dont l'objectif était d'identifier des pratiques d'injection à risque pour la transmission du virus de l'hépatite C, à un moment où les taux de prévalence élevés de ce virus posaient un important problème de santé publique (OICS 2007 ; Neaigus, Gyarmathy et coll., 2006), nous a permis d'approfondir ces questions. Cette étude repose principalement sur une approche quantitative, que nous avons pu augmenter d'un volet qualitatif. Notre approche repose, en outre, sur l'emploi de méthodes combinées : un questionnaire structuré et fermé, des observations de terrain et des entretiens semi-ouverts avec des informateurs (pharmaciens et intervenants en toxicomanie).

La construction de l'échantillon

Pour établir l'échantillon, nous avons, dans une phase préliminaire, utilisé deux types de données. Nous avons d'abord analysé les relevés, fournis par le Département de Santé Publique de la Ville de Marseille, de six mois d'activités d'automates et de distribox. Ces relevés indiquent le nombre de kits pris chaque mois dans chacun des sept automates de Marseille (un huitième automate, presque toujours en panne, n'a pas été pris en considération). Nous avons ensuite réalisé un rapide sondage téléphonique auprès de 127 pharmacies situées dans les secteurs de la ville connus pour leur activité importante en termes de trafic de drogue : nous leur avons demandé s'ils vendaient des boîtes Stéribox® (le kit agréé en France pour la vente en

pharmacie) et si oui, combien, s'ils avaient un distribox ou une machine analogue, et s'ils avaient une politique particulière à l'égard des UDI.

Nous avons circonscrit notre terrain d'investigation à Marseille, aux deux automates de distribution/récupération de seringues ayant un volume important de distribution et aux deux pharmacies ayant soit une politique de distribution gratuite de kits d'injection, soit un volume relatif élevé (plus de 1 par jour) de ventes⁵.

L'enquête s'est déroulée sur une période de quatre mois en 2004 et 2005. Nous avons proposé la passation d'un questionnaire à toutes les personnes majeures, ayant un minimum de connaissance du français⁶ que nous avons vues en train de retirer du matériel pour un usage personnel (que ce soit pour elles-mêmes ou pour quelqu'un d'autre)⁷ : ce questionnaire a fait l'objet d'un face-à-face dans des lieux garantissant la confidentialité (café, banc, salle vide mise à notre disposition en face de la pharmacie, etc.), à différents moments de la journée et en alternant jours ouvrables et jours fériés.

⁵ Pendant la période de la recherche, le Stéribox® était vendu entre 1 € et 1,80 €. Des UDI ont cité le prix de 5 €, mais nous n'avons pas retrouvé ce prix lors de notre sondage auprès des 127 pharmacies.

⁶ Cette recherche n'inclut pas de personnes mineures, ce qui aurait nécessité une procédure de confidentialité différente. Nous n'avons pas non plus retenu les UDI ne parlant pas français, car nous n'avions pas de budget pour embaucher des interprètes. (Les UDI concernés auraient probablement été originaires d'Europe de l'Est.) Ceci dit, nous n'avons rencontré aucun individu lors de la présente enquête qui était mineur, et aucun qui ne parlait pas français. Donc les deux premiers critères d'inclusion n'ont de fait exclu aucun utilisateur d'automate ou de distribox. Pour une étude menée auprès des usagers de drogue transnationaux, voir Lovell (2007). Dans cette enquête, nous avons eu recours à des interprètes pour nos entretiens avec des non-francophones.

⁷ Un groupe n'a pas été approché par nos enquêteurs. Il s'agit de jeunes garçons que nous avons observés en train de vider les automates en forçant les machines à sortir plusieurs kits à la fois. Parce que ces adolescents ouvraient les kits et en jetaient le contenu par terre, nous n'avons pas considéré qu'ils pouvaient avoir l'intention de faire usage du matériel. Ces observations expliquent peut-être le décalage entre les relevés des activités des automates et le nombre relativement faible d'utilisateurs que nous avons repérés (entre trois et six par jour).

Les outils quantitatifs

Le questionnaire, d'environ une heure, portait sur l'accessibilité au matériel d'injection, les caractéristiques sociodémographiques, le lieu d'habitation, les produits injectés, les autres produits consommés, la fréquence et la description du contexte des injections, les statuts sérologiques, les pratiques sexuelles à risque, la description du réseau social, les connaissances relatives aux modes de transmission du virus d'hépatite C (VHC), et les pratiques sanitaires à risque.

La plupart de ces questions sont utilisées couramment dans les recherches sur les pratiques des UDI. Nous avons cependant utilisé trois séries de questions et/ou échelles particulières sur les pratiques d'injection à risque, les difficultés dans l'injection, et les indicateurs géographiques.

Le choix d'un outil pour appréhender les pratiques à risque sanitaires visait à réduire le décalage constaté entre la fréquence relativement faible de pratiques à risque déclarées par les usagers et la haute prévalence du VHC (voir Encadré 2). Afin de mieux appréhender la gamme des situations et des pratiques à risque, nous avons utilisé deux «sous-questionnaires» : l'un porte sur les habitudes, l'autre sur les situations d'exceptions.

Encadré 2 : Un outil pour répondre au décalage entre la fréquence faible de pratiques à risque déclarées et la haute prévalence du VHC

Certaines pratiques peuvent être définies comme risquées par les intervenants et par les études de santé publique, mais pas nécessairement par les usagers, notamment quand ils sont convaincus d'avoir pris toutes leurs précautions (OEDT, 2003). Quelques caractéristiques individuelles des trajectoires personnelles influencent les pratiques à risque (Rhodes, 2002 ; Davis, Rhodes et coll., 2004 ; Rhodes, Davis et coll., 2004), de même que les éléments du contexte « distal », tels que les réseaux

sociaux, le capital économique et social, la disponibilité du matériel (Lovell, 2002 ; Galea, Ahearn et coll., 2003), ou encore la volonté de la personne interrogée de passer sous silence des comportements qu'elle pense être jugés néfastes par l'enquêteur et les institutions qu'il représente. Le décalage dans l'évaluation des risques pourrait s'expliquer par la nature même des questions couramment posées dans les enquêtes, et en particulier par l'accent mis sur des termes ambigus comme le « partage » (Rhodes, 2002 ; Roy, Nonn et coll., 2003). Par ailleurs, les questions sur les pratiques d'injection en occultent généralement le contexte, ce qui réduit la fiabilité (manque de cohérence, variabilité de l'interprétation des réponses selon la personne interrogée) et la validité des résultats (ambiguïté sur ce que l'on nomme « partage » dans de telles enquêtes). L'ignorance du contexte des pratiques d'injection s'explique par le fait que l'injection est considérée comme habituelle ou « normative » selon les règles mêmes des usagers de drogue. Les situations habituelles sont admises et banalisées dans les enquêtes à travers des phrases vagues du type « au cours des quatre dernières semaines, avez-vous ». Or, les recherches ethnographiques soulignent que les prises de risque sanitaires peuvent intervenir inhabituellement, dans des situations exceptionnelles, comme un état de manque, une circonstance imprévue qui met l'utilisateur en contact avec des drogues, ou un contexte festif. Les prises de risque sanitaires correspondent aussi à des situations où la marge de manœuvre du sujet est réduite et les possibilités de choix limitées : les seringues « propres » ne sont pas immédiatement accessibles, une ambiance particulière et la pression des autres l'emportent sur les habitudes. Citons, par exemple, les conduites machistes qui incitent à consommer sans précaution dans les situations festives, comme les a décrit P. Bourgois (1998),

mais aussi l'intimité conjugale ou entre amants, où la précaution dans l'injection est interprétée comme un signe de défiance ou de déloyauté vis-à-vis du partenaire (Kane, 1998). Dans tous ces cas, les conduites qui augmentent les risques sanitaires (transmission du VIH, VHC, infections) ou les dommages (abcès, détérioration des veines, etc.), peuvent être ceux qui amènent l'usager à transgresser les normes qu'il suit habituellement, voire verbalise. Il s'agit dès lors pour l'enquêteur de ne pas limiter les questions concernant les catégories de prises de risque aux situations habituelles.

Le premier questionnaire, qui s'intitule le IRQ (Injection Risk Questionnaire) (Stimson, 1998), a été traduit de l'anglais au français et rétro-traduit ; il s'agit d'un outil standardisé portant sur l'emprunt et le prêt du matériel d'injection. Il permet des comparaisons avec les résultats d'autres études dans lesquelles ce questionnaire a été utilisé. Le terme « partagé » y est explicitement défini par le fait que l'usager utilise du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre, ou que quelqu'un d'autre utilise du matériel que l'usager lui-même a déjà utilisé, sans forcément que les deux personnes (ou plus) soient présentes au moment de l'utilisation. Ainsi, s'injecter à deux en se passant une seringue ou utiliser seul une seringue trouvée dans une cachette constituent deux exemples de partage. Le matériel d'injection inclut les seringues, les aiguilles, les filtres, les cuillères, l'eau de rinçage, le récipient.

Le deuxième outil, intitulé « Situations exceptionnelles », a été fabriqué par nous, pour pallier les lacunes décrites ci-dessus des outils standardisés habituels. Les situations d'exception ont été définies à partir des résultats d'une recherche antérieure citée précédemment, mais aussi grâce aux séances de travail avec des UDI et des intervenants de proximité en toxicomanie. Nous avons ainsi construit huit scénarios. Comme le montre le tableau 1, les principales caractéristiques de ces situations

d'exception sont l'absence de matériel d'injection, la présence d'une grande quantité de matériel entraînant de la confusion chez leur propriétaire (Rhodes, 2002) et la difficulté ponctuelle d'accès au produit. Les scénarios sont présentés un par un aux participants à l'enquête, ils sont suivis par deux questions relatives à chaque situation :

- 1) l'exposition à une telle situation au cours, (a) des quatre dernières semaines, (b) des six derniers mois ;
- 2) la mise en œuvre effective d'une pratique à risque.

La cohérence interne de cet outil, mesurée par le coefficient de fiabilité «Kuder-Richardson Formula 20» est excellente (0,94). La comparaison entre le IRQ et l'outil «Situations exceptionnelles» est présentée ailleurs (Aubisson, Carrieri et coll., 2006).

Tableau 1 : Exposition et pratique à risque en situation d'exception

1. Lors d'une soirée, des personnes ont acheté du produit en commun. L'une d'entre elles prépare le produit et vous le propose prêt à être injecté.
2. Lors d'une fête, vous trouvez un plan mais vous n'avez pas votre matériel. Pour vous injecter des drogues ou des produits, vous devez utiliser du matériel qui a déjà servi à quelqu'un d'autre.
3. Vous voulez vous injecter du produit mais votre aiguille s'est cassée ou s'est bouchée et vous n'en avez pas d'autres sous la main. Pour vous injecter des drogues ou des produits vous devez utiliser du matériel qui a déjà servi à quelqu'un d'autre.

- | |
|--|
| 4. Vous voulez vous injecter du produit mais vous ne trouvez pas de seringues neuves (automate en panne, pharmacie fermée...). Pour vous injecter des drogues ou des produits vous devez utiliser une seringue qui a déjà servi à quelqu'un d'autre. |
| 5. Vous êtes à plusieurs. À un certain moment, pour vous injecter des drogues ou des produits vous devez utiliser une seringue mais vous n'êtes plus tout à fait sûr que c'est la vôtre. |
| 6. Vous êtes en manque mais vous n'avez aucun moyen pour vous payer du produit (argent, prostitution, prêt...). Pour vous injecter des drogues ou des produits, vous devez prendre ce qui reste dans la seringue de quelqu'un d'autre. |
| 7. Vous partagez votre lieu de vie avec une ou plusieurs personnes et vous avez une ou plusieurs caches pour votre matériel. Un jour, pour une injection vous vous trompez de cache et donc de matériel |

La deuxième série de questions concerne les difficultés liées à l'injection de drogues et à la consommation de longue durée. Une question porte notamment sur les parties du corps utilisées pour l'injection. Dans leurs réponses, les personnes interrogées évoquent le bras ou l'avant-bras (les parties habituelles), mais aussi les parties où se trouvent les veines abîmées, leurs difficultés à trouver une veine, ou d'autres problèmes liés à l'injection. Ils utilisent alors le cou, les parties génitales, la zone située entre les doigts de pied, les jambes, les fesses et l'aîne, pour s'injecter.

Une deuxième question envisage la réutilisation par l'utilisateur de son propre matériel. Dans une troisième question, on demande

à la personne si, dans les six derniers mois, elle a eu des « poussières » (*cotton fever* en anglais, ou « fièvre de coton »). Cette condition fébrile dont les origines ne sont pas bien connues est associée avec la réutilisation des filtres, ou avec l'utilisation du « coton » comme source possible d'infection (Ferguson, Feeney et coll., 1993 ; Gordon et Lowy, 2005). Les « poussières » sont souvent comparées par les usagers aux symptômes de sevrage ; elles se traduisent par une sensation de malaise (Richard, Senon et coll., 1999), que l'usager essaie de soulager par des actes d'automédication souvent dangereux (se réinjecter avec la même seringue, s'injecter de l'eau chaude, etc.).

Enfin, la troisième série de questions concerne le contexte géographique : le lieu d'habitation et le quartier dans lequel la personne a été approchée pour les besoins de l'enquête. Rappelons que cette étude a été menée à un moment de repli des mondes de la drogue sur les quartiers d'habitation. S'agissant du lieu d'habitation, nous n'avons demandé aucune adresse précise, conformément aux critères de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), mais, à la place, nous avons obtenu le nom des rues entre lesquelles se trouve l'habitation. Cela nous a permis d'identifier les IRIS (« îlots regroupés pour l'information statistique »), unités de mesure développées par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), assez fines pour permettre des recoupements entre le type d'habitat et les caractéristiques sociales des habitants. Pour le lieu d'habitation, nous avons utilisé une mesure proxy, c'est-à-dire un indicateur indirect : le quartier d'installation de l'automate ou du distribox. Les entretiens qualitatifs (voir p. 329) nous ont également aidés à mieux percevoir et circonscrire le quartier d'habitation. Et les échanges avec des interlocuteurs privilégiés comme les pharmaciens, nous ont permis de saisir l'unité géographique dans laquelle s'inscrivent le dispositif distribox ou automate et le

lieu de vie de l'UDI. Ce choix d'un indicateur très approximatif nous semblait intéressant à titre exploratoire.

Les données qualitatives

Pour mieux appréhender la question des fuitages et les caractéristiques du contexte d'approvisionnement des kits, les enquêteurs ont observé les interactions autour des lieux d'approvisionnement en seringues avant et après la passation des questionnaires. Nous avons réalisé un entretien semi structuré d'environ une heure avec les pharmaciens propriétaires des deux pharmacies à distribox. Au cours de cet entretien, plusieurs sujets ont été abordés :

- le fonctionnement du distribox et la distribution gratuite des seringues ;
- le positionnement des pharmaciens par rapport aux politiques de réduction de risque, à la toxicomanie et aux politiques de santé publique ;
- la manière dont ils perçoivent les personnes qui viennent chercher des kits ou des seringues gratuites et qui amènent leur ordonnance de BHD ;
- les changements survenus depuis une dizaine d'années dans ces populations et dans les rapports qu'elles entretiennent avec les habitants du quartier.

Nous avons posé des questions similaires, mais de façon informelle, aux intervenants en toxicomanie qui s'occupaient des terrains autour des pharmacies. Chaque donnée qualitative a été enregistrée manuellement ou par magnétophone et retranscrite.

L'analyse des données

Toutes les données quantitatives ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS. Nous avons d'abord créé des fréquences et des tableaux croisés descriptifs, et, de là, des indicateurs sommaires forgés à partir d'un certain nombre de variables.

Le fuitage de BHD a été appréhendé indirectement par le questionnaire et directement dans les questions posées aux pharmaciens et aux intervenants de terrain. Les trois indicateurs quantitatifs de fuitage dans les questionnaires sont :

1. l'obtention de la buprénorphine autrement qu'avec une ordonnance ;
2. la consommation occasionnelle de BHD ;
3. l'injection de BHD.

Ces deux dernières pratiques impliquent logiquement la présence de BHD en dehors de la sphère médicale.

Les modèles de consommation de BHD ont été élaborés à partir de trois variables combinatoires concernant la consommation de la buprénorphine (toutes les variables sont résumées dans l'encadré 3) : (1) *la consommation intensive (IVBUPQUOT)* et à risque ; (2) *la consommation par voie intraveineuse intermittente (IBUPMENS)* ; (3) *la consommation non injectée (CONSOBUP)*. Ces trois variables correspondent à des pratiques de détournement de la BHD.

Pour la cocaïne, les fréquences n'ont pas révélé de consommation intensive. Nous avons donc créé deux séries de variables : (1) **COC+** et **COC-** selon que la cocaïne a été injectée dans la semaine écoulée ou pas ; **COCSN+** et **COCSN-**, selon que la cocaïne a été *sniffée* dans le mois écoulé.

Afin d'examiner les différents contextes d'usage détourné de la BHD quand ce produit sort du cadre médical, nous avons

fait la synthèse des données concernant les pratiques d'injection à risque, qu'elles soient habituelles ou exceptionnelles. La variable **RISQ+** mesure les prises de risque et la variable **SITA+** l'exposition au risque lors des quatre dernières semaines.

Enfin, à part les utilisateurs du distribox de la première pharmacie, les personnes interrogées n'ont pas répondu aux questions sur leur lieu d'habitation (IRIS). Nous avons donc utilisé un indicateur du questionnaire qui les rattache au lieu où nous les avons approchés : **PHARM1**, **PHARM2**, **AUTOMATE1**, **AUTOMATE2**.

Encadré 3 : Les principales variables

IVBUPQUOT la <i>consommation intensive</i> et à risque : l'injection de la buprénorphine ET l'injection quotidienne ET l'exclusion de la consommation de tout autre produit sauf l'alcool et le cannabis
IBUPMENS la <i>consommation par voie intraveineuse intermittente</i> : l'injection de la buprénorphine au moins une fois lors des quatre dernières semaines, indépendamment de la consommation d'autres produits
CONSOBUP la <i>consommation non injectée au moins une fois</i> lors des quatre dernières semaines
NOBUP l'absence de consommation de BHD lors des quatre dernières semaines
COC+ injection de cocaïne dans la semaine (OUI)

COC- injection de cocaïne dans la semaine (NON)
COCSN+ consommation de cocaïne par <i>sniff</i> dans le mois écoulé (OUI)
COCSN- consommation de cocaïne par <i>sniff</i> dans le mois écoulé (NON)
RISQ la prise d'au moins un risque selon le IRQ ou d'au moins un risque selon le questionnaire <i>Situations exceptionnelles</i>
SITA+ l'exposition à une situation exceptionnelle à risque lors des quatre dernières semaines, selon le questionnaire <i>Situations exceptionnelles</i>

Pour traiter la question de l'inscription de la BHD dans le monde des drogues, nous avons privilégié une méthode statistique exploratoire, au lieu d'une méthode hypothético-déductive mettant à l'épreuve des hypothèses précises avec des tests de signification statistique. Notre objectif était de « découvrir » des espaces susceptibles de représenter de façon simple des mondes distincts. Une méthode statistique adaptée à cette démarche est l'analyse des composantes multiples (ACM). Utilisée dans un but exploratoire, l'intérêt de cette méthode est de laisser les structures émerger à partir des données (Greenacre et Blasius, 1994), au lieu d'imposer une structure aux données. Elle nous permet aussi de visualiser par un graphique des relations complexes.

Nous avons rentré dans l'analyse des composantes les variables sociodémographiques d'âge, de sexe, d'emploi, de sources

de revenus et de couverture médicale ; les variables combinées concernant la consommation ; les variables créées pour décrire les pratiques à risque, les difficultés dans l'injection, et les «poussières» ; un indicateur du réseau social (présence d'amis de l'UDI) ; et, enfin, les indicateurs du contexte.

Les données qualitatives ont été analysées manuellement afin de dégager des thèmes récurrents. Après ces deux séries d'analyse, nous avons procédé à une triangulation des résultats quantitatifs et qualitatifs pour mieux comprendre et interpréter ces premiers résultats.

Les résultats

Les utilisateurs de dispositifs en marge du système de soins

Au total, 84 individus admissibles ont été contactés ; 62 ont accepté de répondre au questionnaire, soit un taux de participation de 74%. La plupart des refus émanaient de personnes déclarant ne pas avoir le temps de répondre au questionnaire. Ceux qui ont répondu sont essentiellement des hommes (54/62) et ont commencé à s'injecter depuis longtemps, pour la plupart au moins depuis dix ans. Malgré une moyenne d'âge plutôt élevée, 37 ans, la majorité des usagers ayant participé à cette enquête vit seule (43/62) et une minorité avec des enfants (13/62). La plupart (54/62) habitent dans un logement privé. La principale source de revenus et le niveau de couverture sociale suggèrent un niveau d'insertion relativement bon : la moitié de ces usagers tire ses revenus du travail (31/62) et un seul usager déclare n'avoir aucune couverture sociale. Pour une grande majorité (46/62), on déclare n'être en contact ni avec un CSST ni avec une association travaillant au bas seuil. La majorité suit par

ailleurs un traitement de substitution aux opiacés (TSO), soit la BHD (37/62), soit la méthadone (7/62).

En ce qui concerne le fuitage de la BHD, 12 des 44 consommateurs de BHD (27%) ne se font pas prescrire ce médicament. La BHD est consommée hors prescription et occasionnellement (une fois par mois ou moins souvent) par presque la moitié des usagers (29/62 individus), et elle est injectée quotidiennement chez un quart des usagers (15/62).

Les espaces sociaux du fuitage et des usages détournés du médicament TSO

Les différents types de consommation montrent que ce sont la BHD et la cocaïne qui sont utilisées principalement. Les consommateurs de BHD sont à peu près également repartis selon les trois modalités de consommation exposées précédemment : *la consommation intensive* (15 individus), *l'injection intermittente* (15 individus), *la consommation non injectée* (14 individus). Presque un tiers de l'échantillon (19/62 individus) déclare ne jamais consommer de BHD⁸. Plus de la moitié des usagers (32/62) s'injecte de la cocaïne une fois par mois au moins, et un quart (17/62) *sniffe* de la cocaïne au moins une fois par semaine.

En ce qui concerne les variables indicatives des pratiques à risque, 24/62 usagers ont été exposés, lors des quatre dernières semaines, à une situation exceptionnelle (SITA+) et 9/62 ont pris un risque (partage du matériel) (RISQ+). Ils ont pour la plupart (38/62) réutilisé leur propre matériel et presque un tiers (19/62) a éprouvé des «poussières» lors des quatre dernières semaines. À propos des difficultés d'injection, 16/62 disent s'injecter ailleurs que dans le bras ou l'avant-bras (INJCORP),

⁸ Il est possible que les sept usagers qui déclarent se faire prescrire de la BHD, mais ne la consommant pas, la vendent ou l'offrent à d'autres. Malheureusement, nous n'avons pas posé la question.

en principe sous la taille ou dans le cou. La plupart des usagers (26/42) passent beaucoup de temps avec quelqu'un qui s'injecte des drogues (AMINJ+).

La répartition géographique est très inégale. La moitié (29/62) de l'échantillon a été approchée au même endroit, à proximité d'une des deux pharmacies que nous indiquons par **PHARM**, alors que l'autre moitié a été abordée dans les trois autres lieux de l'enquête.

Nous avons soumis l'âge et le sexe, de même que les variables caractéristiques des différents types de consommation de drogues, des pratiques à risque, des difficultés dans l'injection, du réseau social et les indicateurs géographiques, à une analyse des composantes multiples (ACM). Les variables âge et sexe n'ont statistiquement joué aucun rôle dans la définition des facteurs, ce qui nous a conduits à les retirer de l'ACM.

Les résultats de l'ACM sont présentés dans les figures 1 et 2. Les deux premiers axes de l'ACM restituent respectivement 23,2% et 16,3% de l'information. L'axe 1 est principalement déterminé par l'injection quotidienne de BHD et l'axe 2 est principalement déterminé par la consommation de cocaïne : d'un côté, les usagers qui s'injectent ou *sniffent* la cocaïne, de l'autre, ceux qui n'en consomment pas. Il est à noter que le nombre de participants à l'enquête était trop faible pour tester l'analyse sur des parties aléatoires de l'échantillon. Cependant, les résultats de l'ACM sont restés stables, malgré l'ajout et le retrait de variables superflues dans les deux axes.

À la vue des résultats, l'espace des pratiques est d'abord déterminé par l'axe « injection à risque de BHD » et ensuite par l'axe « consommation de cocaïne ». Ce plan factoriel permet de mettre en évidence trois espaces distincts de pratiques, séparés, pour en faciliter la lecture, par des traits sur le graphique.

Figure 1 : Résultat de l'analyse factorielle des correspondances multiples : Axe 1 et 2 – les modalités d'usage des produits et les risques associés – n=62

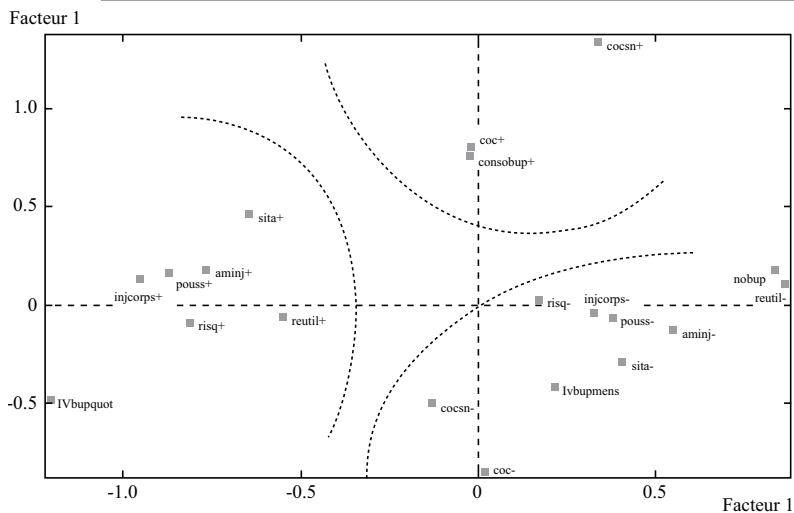
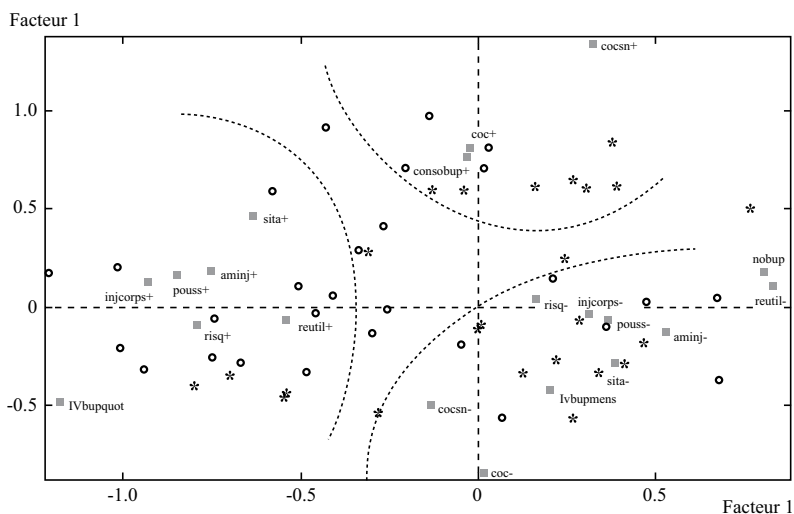


Figure 2 : Résultat de l'analyse factorielle des correspondances multiples : Axe 1 et 2 – les modalités d'usage des produits, les risques associés et les individus représentés selon leur lieu de recrutement – n=62



Le premier espace de pratiques, sur la partie gauche de la figure 1, correspond à l'injection exclusive et quotidienne de BHD, que nous avons appelée *consommation intensive* (IVBUPQUOT). Les prises de risque liées à l'injection sont notamment : le partage du matériel comme l'utilisation d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre (RISQ+); l'exposition à des situations à risque (SITA+); la réutilisation de son propre matériel (REUTIL+); les répercussions de l'injection comme les poussières (POUSS+); et/ou la nécessité de s'injecter ailleurs que dans les bras ou l'avant-bras (INJCORPS+). Tous ces éléments s'inscrivent dans une sociabilité marquée par la présence d'amis qui pratiquent également l'injection de drogues (AMINJ).

Le deuxième espace de pratiques correspond à l'usage de cocaïne par injection (en haut de la figure 1). Cet usage, qu'il se fasse par la voie intraveineuse et hebdomadairement (COC+), ou par *snif* et occasionnellement (COCSN+), reste proche de la consommation de BHD non injectée (CONSOBUP). Cet espace de pratiques est relativement indépendant des variables des pratiques à risque, des situations à risque et des difficultés associées à l'injection, ou d'appartenance à un réseau d'autres usagers pratiquant l'injection; autrement dit, à la différence de l'usage intensif de BHD, l'usage de cocaïne n'est pas associé à des pratiques particulières prises en compte par cette étude.

À droite sur la figure 1, le troisième espace de pratiques correspond à un usage par injection non quotidien de la BHD (IVBUPMENS) ou par l'absence de consommation de BHD. Il se caractérise par l'absence de prise de risque et de dommage liés à l'injection. Qui plus est, les usagers qui relèvent de cet espace n'ont pas dans leur réseau personnel d'amis qui pratiquent l'injection.

Une dernière opération nous a permis d'affiner la question du contexte, en superposant sur l'espace créé par les deux

axes, la variable indiquant le rattachement du participant à la Pharmacie n° 1 (PHARM1). Une valeur négative sur PHARM1 signale les utilisateurs d'automates aussi bien que les clients de l'autre pharmacie. La figure 2 présente les résultats. Les cercles représentent les individus ayant pris leurs seringues dans la première pharmacie (n=29), et les étoiles les individus qui se sont approvisionnés ailleurs (n=33), à un automate ou dans une autre pharmacie. Les usagers de la Pharmacie n° 1 se situent dans un espace proche de l'usage intensif de BHD (IVBUPQUOT) et des pratiques et caractéristiques qui, nous l'avons vu, y sont associées : l'exposition à des pratiques et des situations à risque, des problèmes liés à l'injection et la fréquentation d'amis pratiquant eux-mêmes l'injection. Ils s'éloignent des consommations de cocaïne et des consommations moins intensives de la BHD, représentées, respectivement, en haut et dans la partie droite du graphique.

L'espace géographique des usages détournés du médicament TSO

L'ACM suggère une relation entre le contexte et la consommation intensive de BHD. La pharmacie à distribox apparaît plus présente dans l'espace relationnel des consommateurs intensifs de BHD qu'ailleurs ; la variable PHARM1 représente les personnes qui ont été approchées près de cette pharmacie. Mais cet indicateur ne donne aucune information sur ce que représente le contexte. Pour nous faire une idée du contexte de PHARM1, nous avons d'abord vérifié le lieu d'habitation des personnes interrogées qui relèvent de PHARM1, et nous avons ensuite analysé le contenu de nos notes de terrain, résultant de l'entretien avec le pharmacien de ce quartier.

Si les réponses aux questions IRIS sur le lieu d'habitation ne sont pas toujours précises, nous avons pu vérifier que toutes les personnes interrogées représentées par la variable PHARM1 vivent dans le quartier desservi par cette pharmacie. Ce quartier

fait partie des «villages ouvriers» du nord de Marseille, ces derniers se sont appauvris en raison de la désindustrialisation, de l'arrivée des populations issues de l'immigration, n'ayant plus les moyens de vivre près du centre-ville, et du départ de ses habitants jeunes. Les usines situées près de la pharmacie sont aujourd'hui en grande partie fermées. Les friches et les immeubles abandonnés ont servi de *squats*, mais aussi à l'installation légale de populations marginales. La pharmacie se situe dans une rue de petits commerces, à proximité de petits immeubles, mais aussi de quelques grands immeubles type HLM, à plusieurs étages et ayant une densité importante. Le pharmacien décrit un quartier qui se paupérise, mais où les relations entre les habitants tiennent toujours une place importante.

D'après le pharmacien et les intervenants en toxicomanie qui travaillent près de la pharmacie, les usagers qui se procurent des seringues sont connus depuis longtemps dans le quartier. Et pourtant, en termes sociodémographiques, ils ne sont pas différents des utilisateurs des autres automates et distribox. Ils sont, pourrait-on dire, «marginale^{ment} intégrés», au sens où ils bénéficient d'un travail, d'une couverture médicale, d'un logement privé, et certains vivent en couple et avec leurs enfants. En fait, la pharmacie compte dans sa clientèle les familles de ces usagers, qui s'y rendent pour leurs problèmes de santé, au même titre que l'usager pour prendre ses seringues. Selon le pharmacien, il s'agit d'un groupe qui «s'est calmé» par rapport aux années de la «grande toxicomanie» et qui n'est plus stigmatisé par les habitants du quartier. Nous n'avons pas pu vérifier si ce point de vue est partagé par d'autres acteurs.

Ce point de vue contraste entièrement avec celui du pharmacien de l'autre pharmacie à distribox où nous avons rencontré des usagers. Située sur la dalle d'un grand ensemble de logements sociaux et privés, cette deuxième pharmacie approvisionne, selon son personnel, des usagers qui n'habitent pas nécessairement le quartier. Nous avons pu observer, devant

la pharmacie, des interactions entre usagers, suggérant que certains étaient en effet peu familiers avec le quartier : ils posent par exemple des questions sur la pharmacie à des usagers qu'ils ne connaissent pas. Ce quartier est bien connu des intervenants en toxicomanie, de la Brigade des stupéfiants de Marseille et des médias, mais aussi de nous-mêmes qui avons déjà observé ce terrain, pour ces trafics de drogues ; aussi n'est-il pas surprenant que des usagers extérieurs au quartier y viennent pour s'approvisionner en produits.

D'ailleurs, bien que cette pharmacie ait été l'une des premières à s'engager ouvertement dans une politique de réduction des dommages (en distribuant des seringues bien avant les autres), sa propriétaire dit ne pas connaître personnellement la plupart des usagers⁹, contrairement à la pharmacie évoquée précédemment. Ces deux propriétaires de pharmacie se considèrent néanmoins comme des militants de la réduction des dommages liés à l'injection des drogues.

Grâce à notre méthode, nous avons identifié le phénomène de fuitage de la BHD vers des sphères non médicales et repéré les usages détournés dont la BHD fait l'objet dans les mondes de la drogue. Rappelons que, selon notre hypothèse, la BHD en tant qu'objet détourné de son usage médical se conforme aux caractéristiques préexistantes du monde de la drogue. Il a été possible de confirmer cette première hypothèse en identifiant au sein de notre échantillon des individus qui font un usage détourné de la BHD, soit par injection, soit par une consommation occasionnelle.

En fait, l'espace dégagé par l'analyse des composantes multiples (ACM), concernant la consommation intensive de

⁹ Le décret Barzach du 13 mai 1987 autorise la vente libre des seringues en pharmacie, mais ce n'est que vers le milieu des années 1990 que les seringues ont été réellement disponibles. Le décret Barzach ne sera appliqué à Marseille qu'au terme d'une opération menée par des militants et des intervenants en toxicomanie auprès des pharmacies réticentes (Lovell et Feroni, 1998).

BHD, ne présente pas une configuration vraiment différente de celle de certains réseaux de consommateurs d'héroïne par injection à Marseille dans les années 1990 (Lovell, 2002). L'usage intensif de la BHD semble ainsi reproduire les problèmes posés par la consommation et la dépendance à l'héroïne – drogue à laquelle la BHD est censée se «substituer». En revanche, ces traits communs à l'usage intensif de BHD et à la consommation d'héroïne n'apparaissent ni dans les autres espaces de consommation représentés par l'ACM (comme celui où se trouve la consommation occasionnelle ou l'absence de toute consommation de BHD), ni dans les autres types de consommation, de cocaïne notamment. Les mêmes qui consommaient de l'héroïne avant l'introduction de la BHD en France font aujourd'hui une consommation intensive de BHD, en réutilisant leurs propres seringues et en empruntant les seringues des autres¹⁰. En fait, ils sont confrontés aux problèmes typiques de l'injection à long terme : ils sont obligés de trouver quelqu'un pour les aider à s'injecter dans le cou, ils s'injectent eux-mêmes dans des parties du corps généralement utilisées quand les veines du bras et de l'avant-bras sont abîmées, et ils font des syndromes fébriles («poussières») qui peuvent mener à des formes risquées d'automédication. Enfin, comme les consommateurs d'héroïne par injection, exposés aux plus forts taux de pratiques à risque pendant la période d'hégémonie de l'héroïne dans les mondes marseillais de la drogue (Lovell, 2002), ils fréquentent des consommateurs de BHD par injection dans leurs réseaux personnels.

La similarité entre les pratiques mises en évidence par l'ACM et les pratiques antérieures conforte l'idée selon laquelle la BHD a «coulé» à Marseille dans un milieu où elle remplace les drogues utilisées auparavant, en particulier l'héroïne, mais

¹⁰ Rappelons qu'avant l'introduction de la BHD en 1996, la France n'avait aucun traitement médical contre la dépendance aux opiacés, autrement qu'à titre expérimental et très restreint (Lovell, 2006).

sans pour autant changer les pratiques d'une grande partie des usagers. Pour les autres utilisateurs d'automates et de distribox qui s'injectent de la drogue, bénéficient du fuitage de la BHD et la détournent, ce médicament vient probablement s'ajouter à la panoplie des drogues et médicaments consommés, sans y prendre une place prédominante. Rappelons que le fait d'avoir une ordonnance n'interdit pas le recours à d'autres modes d'approvisionnement, pour compléter par exemple des ordonnances sous-dosées. Il est probable que, pour pouvoir s'injecter tous les jours, les usagers aient eu recours à plusieurs prescripteurs ou achètent des cachets supplémentaires au marché noir. Les pharmaciens et les intervenants de terrain que nous avons rencontrés partagent cette hypothèse.

Les deux graphiques (figure 1 et figure 2) révèlent un écart important entre la consommation intensive de BHD par injection quotidienne et la consommation occasionnelle (mensuelle), par injection ou autre de ce médicament. Cet écart suggère qu'il existe une rupture entre deux pratiques qui pourraient sembler « continues ». Il traduit ainsi une tendance contraire aux objectifs d'une politique de réduction des risques par les TSO.

D'abord, l'usage détourné de ce médicament se rapproche le plus des situations et des pratiques à risque associées avec l'injection de drogues, ce qui n'est pas le cas avec la cocaïne¹¹, la drogue « dure » la plus présente dans cette enquête. Par ailleurs, les données recueillies ne permettent pas d'expliquer cet écart par des différences de durée des tranches de vie pendant lesquelles les participants à l'enquête ont consommé de la drogue par injection.

En second lieu, les consommations intensives montrent que la prise d'un traitement de substitution ne signifie pas que la personne se coupe des mondes de la drogue, bien que l'attente

¹¹ Selon les intervenants de terrain et les associations d'usagers que nous avons rencontrés.

sur laquelle repose ce genre de traitement soit toujours de «s'en sortir». Nous ne prétendons cependant pas étendre les conclusions de cette recherche à toutes les personnes en traitement de substitution en France ni à l'ensemble des mondes de la drogue.

Troisièmement, le fait que la consommation de cocaïne, en particulier par voie intraveineuse, ne soit pas nécessairement associée aux pratiques et situations à risque contredit les conclusions sur l'état de la question (Lovell, 1998).

Notre deuxième hypothèse de travail suggérait un lien entre l'usage détourné de la BHD et certaines caractéristiques du contexte géographique. L'identification de ces caractéristiques «candidates» viendra peut-être confirmer cette hypothèse dans une enquête ultérieure, par exemple à multi-niveaux. Dans la présente étude, les analyses des données contextuelles ont été limitées par un manque de réponses aux questions portant sur les rues proches du lieu d'habitation de la part des utilisateurs ne relevant pas de la Pharmacie n° 1.

À l'origine de ce déficit d'informations se trouvent la durée de l'enquête ainsi que le mode de recueil des données qui ne nous ont pas permis de construire un rapport de confiance avec les personnes interrogées. Même si le questionnaire ne requiert aucune information qui permette d'identifier ou de nommer les personnes, les questions sur la zone d'habitation ont probablement été perçues comme intrusives et potentiellement dangereuses par rapport à leur engagement dans des pratiques illicites.

Même si un nombre relativement important (29) de personnes utilisent le distribox de la pharmacie indiquée par PHARM1, le rattachement des autres à plusieurs lieux d'approche et le manque d'informations précises sur leurs lieux d'habitation ont empêché une comparaison contextuelle. Nous

avons cependant exploré certains aspects du contexte lié à la Pharmacie n° 1, lieu d'une intense activité de détournement de la BHD. D'emblée, il est intéressant de remarquer que, contrairement à l'image du toxicomane nomade ou *drifter* (Lalander, 2003), pris dans la « galère » qui accompagne certaines pratiques de toxicomanie, ces usagers intensifs de la BHD injectée sont sédentarisés.

Vient ensuite la question de l'interprétation de la place de la pharmacie dans cette enquête. Est-elle tout simplement un *proxy* (indicateur indirect) des interactions sociales et des conditions matérielles associées au monde des consommateurs intensifs de BHD ? Constitue-t-elle un pôle d'attraction d'un type particulier d'usagers par sa politique de tolérance vis-à-vis des consommateurs de drogues par injection et par l'offre du matériel nécessaire à la réduction des risques ? Elle défend, comme nous l'avons vu, une politique de réduction des dommages et, d'après nos entretiens, conçoit et traite l'usager de drogues comme un simple citoyen et « client ». Néanmoins, pour être en mesure de traiter réellement la question, il aurait fallu pouvoir comparer les usages des clients des deux pharmacies appliquant à Marseille une politique similaire de santé publique. Les usagers de la Pharmacie n° 2 étaient trop peu nombreux (7/62) pour faire une comparaison sérieuse. D'ailleurs, selon les pharmaciens et les intervenants de terrain, les clients de la Pharmacie n°1 étaient « du quartier », à la différence des clients de la Pharmacie n° 2.

Dans cette étude, nous avons identifié par le biais de variables individuelles, ce que nous appelons des mondes de la drogue. Les recherches sur les mondes contemporains de la drogue sont très diverses. Notre enquête porte sur une population particulière et ne prétend pas établir de généralités. Elle décrit des individus qui, en moyenne, sont plutôt âgés et qui s'injectent des drogues depuis longtemps. Cette enquête ne comprend pas les jeunes consommateurs, les usagers mobiles

et les migrants récents, qui composent pourtant les mondes des drogues injectables à Marseille vers la même époque (Lovell, 2007). Les quelques femmes visées par cette enquête étaient trop peu nombreuses pour qu'on puisse examiner des différences de genre.

La construction de notre échantillon a contribué à modeler les caractéristiques des participants à l'enquête, laquelle se limite aux utilisateurs de dispositifs de bas seuil et donc les plus aux marges du système de soins. Malgré le nombre modeste de participants, nous avons pu montrer des différences entre les utilisateurs d'un médicament détourné de son usage médical et les usagers d'une drogue, la cocaïne.

Nos données souffrent néanmoins du fait qu'elles limitent les pratiques et les risques aux catégories définies par les chercheurs en santé publique. Même quand les outils ont été développés en collaboration avec les usagers de drogues (voir notre description de la construction de l'outil «Situations exceptionnelles»), l'objectivation, les modalités de passation du questionnaire et le contexte de l'enquête risquent toujours de déformer le point de vue de l'usager. Si nos outils ont révélé des différences entre les caractéristiques du détournement de la BHD et les caractéristiques positives ou négatives d'autres espaces de consommation, la signification des pratiques, des modes de consommation et des liens entre les usagers mériterait d'être approfondie par une approche qualitative. D'un point de vue épistémologique, ni les méthodes quantitatives ni les méthodes qualitatives ne peuvent prétendre obtenir la «vérité». Les approches anthropologiques permettent néanmoins de restituer les points de vue des usagers et d'étudier l'évolution historique, spatiale et socioculturelle des modes de vie et des mondes auxquels ils appartiennent. Une étude anthropologique sur le fuitage des produits de TSO et sur leurs usages détournés enrichirait certainement d'un nouveau point de vue les questions soulevées ici.

Dans l'avenir, pour mieux comprendre le rapport entre fuite pharmaceutique, usage détourné et contexte, une enquête multi-niveaux nous semblerait mieux adaptée. Toutefois, les analyses contextuelles, très utilisées ces dernières années en épidémiologie sociale (Macintyre et Ellaway, 1998 ; Roux, 2001 ; Goldberg, Melchior et coll., 2003), posent encore des problèmes d'inférence causale, de telle sorte que certains auteurs jugent impossible de montrer un « effet des paramètres de quartier » indépendant, le « quartier » résultant lui-même des interactions sociales de ses membres, y compris des sujets sur lesquels on cherche à comprendre l'effet du contexte (Oakes, 2004). En l'absence de méthodes et de modèles susceptibles d'isoler un effet indépendant du contexte, l'étude que nous avons menée pourrait être augmentée d'un volet anthropologique portant sur la relation entre l'offre des pharmacies, les conditions de vie du quartier, et les trajectoires de ceux qui appartiennent toujours au monde de la drogue. Une approche anthropologique complémentaire nous semble indispensable pour interpréter, du point de vue du contexte, les effets saisis au niveau quantitatif.

Conclusion

Le phénomène du fuite pharmaceutique est observé dans beaucoup de pays et de milieux sociaux. La buprénorphine haut dosage n'est pas un cas unique de médicament circulant entre la sphère médicale et divers lieux de vie, et les usages décrits ici ne reflètent ni les usages typiques de ce médicament ni son utilisation médicale. Il serait utile de vérifier s'il s'agit d'un cas spécifique en enquêtant sur le fuite d'autres médicaments pour l'addiction et de médicaments non TSO, mais dits « sensibles ».

Notre étude a révélé un double paradoxe. D'une part, le fuite de la BHD conduit à la reconfiguration de l'usage de ce médicament, selon un modèle de consommation intensive

caractéristique de l'usage de l'opiacée qu'il est censé remplacer. D'ailleurs, dans notre enquête, ce nouvel usage correspond davantage aux pratiques à risque, définies par les politiques de santé publique pour les dommages et la transmission des virus, qu'à l'usage de la cocaïne, associée à ces risques dans d'autres enquêtes.

D'autre part, la consommation intensive de BHD finit par stabiliser les usagers. Les objectifs de stabilisation, préconisés par l'AMM du Subutex® en France (Lovell, 2006) sont entre autres : la réintégration dans le monde du travail, l'accès à un domicile fixe, la couverture de droit commun en matière de santé, etc. Dans le cas de notre enquête, une stabilisation caractérise ceux qui font un usage détourné du médicament aussi bien que les autres UDI.

Du point de vue des politiques de santé publique, nos résultats soulèvent des questions actuellement examinées en France comme une plus grande surveillance des médicaments dits «sensibles»; la régulation de leur usage par des conventions entre patients, médecins généralistes et pharmaciens; l'amélioration des dispositifs de réduction des dommages; ou encore le remplacement éventuel du Subutex® par le suboxone. Ces questions ont été traitées ailleurs (Feroni et Lovell, 2007).

D'un point de vue sociologique et anthropologique, nos résultats montrent comment le suivi d'un médicament et de ses usages détournés peut déboucher sur l'analyse de processus sociaux plus larges. Grâce à nos observations sur le contexte dans lequel s'inscrit l'usage détourné de la BHD, nous pensons avoir renouvelé l'interprétation d'une place – parmi d'autres – que peut avoir ce médicament dans l'organisation sociale. Dans notre étude, les consommateurs intensifs de BHD semblent enfermés dans un monde qui tourne autour des pratiques et du mode de vie liés à l'injection de la BHD. Ce sont des marginaux dans leur quartier.

La combinaison chez ces personnes d'une marginalité des pratiques et d'une intégration marginale par rapport au quartier renvoie à l'idée d'une population laissée en jachère. Leur condition serait en quelque sorte typique de ce que l'anglais désigne par le terme *abeyance*. La sociologie historique anglophone caractérise ainsi le renoncement provisoire d'une institution à traiter des problèmes et des populations dont elle a la charge. Le retrait, au moins temporaire, que symbolise cette « mise en jachère » – le terme traduit à dessein la déshumanisation inhérente à ce processus – s'accomplit en général en déléguant cette charge, et en reléguant les populations concernées à des institutions ou à des modes de vie (« soupapes ») de nature à absorber ces excédentaires, qui ne trouvent pas de place dans l'économie de marché et/ou dans la vie sociale ordinaire. Ainsi, les sectes, les mouvements contre-culturels, les armées, les réseaux de foyers « temporaires » pour sans-abri, certains types d'écoles ou de formations, des formes d'errance institutionnalisée constituent autant d'exemples de mécanismes d'*abeyance* mis en œuvre pour absorber ou neutraliser les surnuméraires (Hopper et Baumohl, 1994 ; Baumann, 2004). Cette notion de mise en jachère ne pourra se justifier que par l'immersion dans ces contextes et par l'étude anthropologique des trajectoires, des interactions, des normes, des réseaux et de l'environnement propres à des populations comme celle que nous avons étudiée.

La sociologie et l'anthropologie du médicament sont des champs d'études relativement récents. L'observation du fuitage pharmaceutique pose la question de savoir jusqu'à quel point un médicament est défini par ses usages. Le fuitage apparaît dès lors comme un outil heuristique, qui interroge le regard et les définitions proprement médicales sur l'usage des médicaments. Nous espérons avoir montré par cette recherche que son étude objective peut contribuer non seulement à une meilleure application des politiques de santé publique, mais aussi à la réflexion sur les processus à l'œuvre dans nos sociétés.

Références

- Agar, M. (1973). «Going through the changes: methadone in New York». *Human Organization*. 36, p. 291-295.
- Aubisson, S., P. Carrieri et coll. (2006). «Quels nouveaux outils pour prévenir et évaluer les pratiques à risque chez les injecteurs de drogue face au VHC? Réflexions sur les salles d'injection et les outils de mesure des prises de risque». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 54 (1), p. 1S69-1S75.
- Auriacombe, M. et M. Fatseas. (2003). «Substitution therapy in drug addictions». *Revue du praticien*. 53 (12), p. 1327-1334.
- Baumann, Z. (2004). *Wasted Lives. Modernity and its Outcasts*. London : Polity Press.
- Becker, H. et M. M. McCall, Eds. (1990). *Symbolic Interaction and Cultural Studies*. Chicago : University of Chicago Press.
- Berridge, V. (1999). *Opium and the People. Opiate Use and Drug Control Policy in Nineteenth Century and Early Twentieth Century England*. London : Free Association Books.
- Blanchon, T., A. Boissonnas et coll. (2003). «Homelessness and high-dosage buprenorphine misuse». *Substance Use and Abuse*. 38, p. 429-442.
- Bouhnik, P. (2007). *Toxicos. Le goût et la peine*. Paris : La Découverte.
- Bourdieu, P. (1980). *Questions de Sociologie*. Paris : Minuit.
- Bourgois, P. (1998). «The Moral Economies of Homeless Heroin Addicts: Confronting Ethnography, HIV Risk and Everyday Violence in San Francisco Shooting Encampments». *Substance Use and Misuse*. 33 (11), p. 2323-2351.
- Buchanan, D., S. Shaw et coll. (2003). «Neighborhood differences in patterns of syringe access, use, and discard among injection drug users: implications for HIV outreach and prevention education». *Journal of Urban Health*. 80 (3), p. 438-454.
- Cartwright, D. T. (2001). *Forces of Habit. Drugs and the Making of the Modern Worlds*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

- Chua, S.-M. et T.-S. Lee. (2006). «Abuse of prescription buprenorphine, regulatory controls and role of the primary physician». *Annals of the Academy of Medicine Singapore*. 35, p. 392-495.
- Courty, P. (2003). «High dosage buprenorphine and injection practices. A study of 303 patients». *Annales de médecine interne*. 154 S (1), p. S35-45.
- Dagognet, F. (1964). *La raison et ses remèdes*. Paris : PUF.
- Dagognet, F., Z. Dormik et coll. (1999). *Les médecins doivent-ils prescrire des drogues ?* Paris : PUF.
- Davis, M., T. Rhodes et coll. (2004). «Preventing hepatitis C: “Common sense”, “the bug” and other perspectives from the risk narratives of people who inject drugs». *Social Science and Medicine*. 59, p. 1807-1818.
- Dixon, P. (1999). «Towards a public health response for preventing the spread of HIV among injecting drug users within Nepal and the development of a treatment, rehabilitation and prevention program in Pokhara». *International Journal of Drug Policy*. 10 (5), p. 375-383.
- Duprez, D. et M. Kokoreff. (2000). *Les mondes de la drogue*. Paris : Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (1998a). «Questions croisées». [In A. Ehrenberg : *Drogues et médicaments psychotropes. Le Trouble des frontières*] Paris : Esprit, p. 7-28.
- Ehrenberg, A. (1998b). *La fatigue d'être soi*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Ferguson, R., C. Feeney et coll. (1993). «Enterobacter agglomerans – associated cotton fever». *Archives of Internal Medicine*. 153 (20), p. 2381-2382.
- Feroni, I., S. Aubisson et coll. (2005). «Collaboration entre médecins et pharmaciens pour le suivi des patients sous buprénorphine haut dosage». *Presse Médicale*. 34, p. 1213-1219.

- Feroni, I. et A. Lovell. (2007). «Les dispositifs de régulation publique d'un médicament sensible : le cas du Subutex®, traitement de substitution aux opiacés». *Revue française des affaires sociales*. 3-4, p. 153-170.
- Feroni, I. et A. M. Lovell. (1996). «Prévention du VIH et toxicomanie à Marseille : Esquisse pour une santé publique locale». *Les Annales de la Recherche Urbaine*. 73, p. 22-32.
- Feroni, I., A. Paraponaris et coll. (2004). «Prescription de buprénorphine haut dosage par des médecins généralistes». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 52, p. 511-522.
- Forsyth, A. J. M., D. Farquhar et coll. (1993). «The dual uses of opioids and temasepam by drug injectors in Glasgow (Scotland)». *Drug and Alcohol Dependence*. 32, p. 277-280.
- Friedman, R. A. (2006). «Changing Face of Teenage Drug Abuse – The Trend toward Prescription Drugs». *The New England Journal of Medicine*. 354 (14), p. 1448-1450.
- Fuller, C. M., L. N. Borrell et coll. (2005). «Effects of Race, Neighborhood, and Social Network on Age at Initiation of Injection Drug Use». *American Journal of Public Health*. 95 (4), p. 689-695.
- Galea, S., J. Ahearn et coll. (2003). «Contextual determinants of drug use risk behavior: a theoretic framework». *Journal of Urban Health*. 80 (4), p. Supplement 50-58.
- Goldberg, M., M. Melchior et coll. (2003). «Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 51, p. 381-401.
- Gordon, R. J. et F. D. Lowy. (2005). «Bacterial Infections in Drug Users». *The New England Journal of Medicine*. 353 (18), p. 1945-1954.
- Greenacre, M. et J. Blasius, Eds. (1994). *Correspondance Analysis in the Social Sciences*. London : Academic Press.
- Guichard, A., F. Lert et coll. (2006). «Rapports des usagers au Subutex® : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec». *Sciences sociales et santé*. 24 (4), p. 5-43.

- Heckathorn, D. D. (1997). « Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations ». *Social Problems*. p. 175-199.
- Hopper, K. et J. Baumohl. (1994). « Held in Abeyance: Rethinking Homelessness and Advocacy ». *American Behavioral Scientist*. 27, p. 522-552.
- Jauffret-Roustide, M., E. Couturier et coll. (2006). « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 33, p. 244-247.
- Kane, S. (1998). *Aids Alibis: Sex, Drugs and Crimes in the Americas*. Philadelphia : Temple University Press.
- Kumar, M. S., S. Mudaliar et coll. (1998). « Community based outreach HIV intervention for street recruited drug users in Madras, India ». *Public Health Reports*. 113 (S 1), p. 58-66.
- Lalander, P. (2003). *Hooked on Heroin: Drugs and Drifters in a Globalized World*. New York : Berg Publishers.
- Latkin, C. A., C. Williams et coll. (2005). « Neighborhood social disorder as a determinant of drug injection behaviors: A structural equation modeling approach ». *Health Psychology*. 24, p. 96-100.
- Laure, P. et C. Binsinger. (2003). *Les médicaments détournés*. Paris : Masson.
- Le Garrec, S. (2002). *Ces ados qui « en prennent »*. *Sociologie des consommations toxiques adolescentes*. Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
- Lovell, A. M. (1998). « Les facteurs limitant l'efficacité des programmes d'échanges de seringues ». *Transcriptase*. 70, p. 17-20.
- Lovell, A. M. (2001). « Ordonner les risques : l'individu et le pharmaco-sociatif face à la réduction des dommages dans l'injection de drogues ». [In J.-P. Dozon et D. Fassin : Critique de la Santé Publique. *Une Approche Anthropologique*] Paris : Balland, p. 309-342.

- Lovell, A. M. (2002). «Risking risk: the influence of types of capital and social networks on the injection practices of drug users». *Social Science and Medicine*. 55 (5), p. 803-821.
- Lovell, A. M. (2006). «Addiction markets: the case of high-dose buprenorphine in France». [In A. Petryna, A. Lakoff et A. Kleinman : *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*] Chapel Hill : Duke University Press, p. 136-170.
- Lovell, A. M. (2007). «Russes», «travailleurs» and the «bled»: mobility and subjectivity in French buprenorphine's ecological experiment. Communication présentée lors de la 106^e rencontre annuelle de l'American Anthropological Association. Washington, D.C.
- Lovell, A. M. et I. Feroni. (1998). «Sida-toxicomanie. Un objet hybride de la nouvelle santé publique». [In D. Fassin : *Les Figures Urbaines de la Santé Publique*] Paris : La Découverte, p. 203-238.
- Lovell, A. M. et I. Feroni. (2006). *Medicalizing Drug Treatment in France: the Normalization of an Addiction Pharmaceutical*. Communication présentée lors du 1^{er} congrès international sur le médicament. Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales (GEIRSO). Montréal.
- Macintyre, S. et A. Ellaway. (1998). «Ecological approaches: Rediscovering the role of the physical and social environment». [In L. Berkman et I. Kawachi : *Social Epidemiology*] New York : Oxford University Press, p. 332-348.
- Moatti, J., D. Vlahov et coll. (2001). «Multiple access to sterile syringes for injection drug users: vending machines, needle exchange programs and legal pharmacy sales in Marseille, France». *European Addiction Research*. 7 (1), p. 40-45.
- Neaigus, A., V. A. Gyarmathy et coll. (2006). *Infection discordant injecting dyads, syringe sharing and HIV/HCV transmission probabilities among young drug injectors in New York City and Marseilles*. Communication présentée au International Sunbelt Social Network Conference, Redondo Beach, CA, le 16-20 février, 2005.

- Oakes, J. M. (2004). «The (mis)estimation of neighborhood effects: causal inference for a practicable social epidemiology». *Social Science and Medicine*. 28, p. 1929-1952.
- Obadia, Y., I. Feroni et coll. (1999). «Syringe vending machines for injection drug users: an experiment in Marseille, France». *American Journal of Public Health*. 89 (12), p. 1852-1854.
- Obadia, Y., V. Perrin et coll. (2001). «Injecting misuse of buprenorphine among French drug users». *Addiction*. 96 (2), p. 267-272.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). (2003). *Hépatite C : une épidémie silencieuse. Objectif drogues*. Lisbonne : Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie.
- Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS). (2007). *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2007*. Nations Unies.
- Ong, A. et S. Collier, Eds. (2004). *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics As Anthropological Problems*. London : Blackwell.
- Page, J. B. et J. M. Salazar. (1999). «Needle Use in Miami and Valencia: Observations of High and Low Availability». *Medical Anthropology Quarterly*. 13 (4), p. 413-435.
- Parfitt, T. (2006). «Designer drug takes its toll in Tblisi». *Lancet*. 368, p. 273-274.
- Parker, H. J., J. Alridge et coll. (1998). *Illegal Leisure: The Normalization of Adolescent Recreational Drug Use*. London : Routledge.
- Rhodes, T. (2002). «The "risk environment": a framework for understanding and reducing drug-related harm». *International Journal of Drug Policy*. 13, p. 85-94.
- Rhodes, T., M. Davis et coll. (2004). «Hepatitis C and its risk management among drug injectors in London: renewing harm reduction in the context of uncertainty». *Addiction*. 99, p. 621-633.

- Richard, D., J.-L. Senon et coll. (1999). *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Paris : Larousse.
- Roux, A. V. D. (2001). «Investigating neighborhood and area effects on health». *American Journal of Public Health*. 91, p. 1783-1789.
- Roy, E., E. Nonn et coll. (2003). «Le “partage” des matériels d’injection chez les jeunes usagers de drogues injectables à Montréal». *Drogues, santé et société*. 2 (1), p. 35-55.
- San, L., M. Torrens et coll. (1993). «Consumption of buprenorphine and other drugs among heroin addicts under ambulatory treatment: Results from cross-sectional studies in 1988 and 1990». *Addiction*. 88, p. 1341-1349.
- Saxe, L., C. Kadushin et coll. (2001). «The visibility of illicit drugs: implications for community-based drug control strategies». *American Journal of Public Health*. 91 (12), p. 1987-1994.
- Sinha, R. (2001). «How does stress increase risk of drug abuse and relapse?». *Psychopharmacology*. 158, p. 343-359.
- Stimson, G. V. (1998). «A short questionnaire (IRQ) to assess injection risk behavior». *Addiction*. 93 (3), p. 337-347.
- Strauss, A. (1992). «Une perspective en termes du monde social». [In I. Baszanger : *La trame de la négociation*] Paris : L’Harmattan, p. 269-282.
- Tempalski, B. (2007). «Placing the dynamics of syringe exchange programs in the United States». *Health and Place*. 13 (2), p. 417-431.
- Vidal-Trecan, G. et A. Boissonnas. (2001). *Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage. Analyse des déviations de son utilisation*. Paris : Observatoire français des drogues et de la toxicomanie. 75 p.
- Whyte, S. R., S. V. D. Geest et coll. (2003). *The Social Lives of Medicines*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.