

CONSOMMATION DE ROHYPNOL®

**hors protocole médical
depuis février 2001**

**Zoom sur les conséquences de l'arrêté relatif
à la restriction de mise sur le marché du flunitrazepam
sur la vie quotidienne de ses consommateurs**

**Catherine
REYNAUD-MAURUPT
Jérôme REYNAUD**

La consommation du Rohypnol[®] hors protocole médical depuis février 2001

**Zoom sur les conséquences de l'arrêté relatif
à la restriction de mise sur le marché du flunitrazepam
sur la vie quotidienne de ses consommateurs**

TREND – OFDT

Catherine REYNAUD-MAURUPT

Jérôme REYNAUD

L'équipe de travail

Promoteur de l'étude

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)

JM Costes

Dispositif TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues)

Pierre Yves Bello Abdalla Toufik

Equipe de recherche

Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale (GRVS)

Dispositif de recueil des données TREND -OFDT-

Responsable scientifique de l'étude (GRVS)

Jérôme Reynaud

Coordnatrice, chargée de recherche (GRVS),

Catherine Reynaud-Maurupt

Recueil des données (dispositif TREND)

Paris

Responsable : Monique Leroux

Enquêtrice : Malika Tagounit

Structure : RES

Bordeaux

Responsable : Jean-Michel Delille

Enquêtrice : Anne-Cécile Rahis

Structure : CEID

Structures : OREP- PROTOX – Médecins Du Monde Marseille

Rennes

Responsable : Marie-Pierre Briand

Enquêteur : Jacques Jutel

Structure : CIRDD

Toulouse

Responsable et enquêteur : Serge Escots

Enquêtrice : Aurore Tomas

Structure : Graphiti

Marseille/Nice

Responsable : Marie Jauffret-Roustide

Enquêteurs : Sandrine Musso, Stéphane Eisenlohr

Stéphane Akoka

Secrétariat

Natacha Piselli

Merci à tous les consommateurs de Rohypnol® qui ont accepté de livrer l'histoire de leur vie pour réaliser cette recherche, car les entretiens réunis dans ce travail ont souvent conduit à l'évocation de moments et de sentiments douloureux, passés ou actuels.

Sujet de l'étude et contexte du sujet	5
I - Les consommateurs de Rohypnol® au jour de l'entretien	9
<i>Les caractéristiques démographiques et sociales des personnes rencontrées</i>	<i>10</i>
<i>Le rythme des consommations de Rohypnol®</i>	<i>11</i>
Les abstinents de Rohypnol®	11
Les consommateurs occasionnels de Rohypnol®	12
Les consommateurs quotidiens de Rohypnol®	13
II - L'évolution des pratiques de consommation depuis février 2001	15
<i>La réduction de la consommation du Rohypnol®</i>	<i>15</i>
<i>Les stratégies de compensation et les significations associées</i>	<i>15</i>
III - L'évolution des sources d'obtention : un glissement net vers le marché clandestin	19
<i>Avant/après février 2001 : les stratégies d'approvisionnement se recentrent sur le marché noir</i>	<i>19</i>
<i>La persistance des multiprescriptions après février 2001</i>	<i>22</i>
<i>Les réseaux de vente clandestine à partir de février 2001</i>	<i>22</i>
Tableau récapitulatif des spécificités des consommateurs de Rohypnol® détourné de son usage médical actifs en février 2001	25
Conclusion et mise en perspective	27
Bibliographie	31
Annexes	33
<i>Annexe 1 : La méthode</i>	<i>35</i>
<i>Annexe 2 : La consommation du Rohypnol® au cours de la vie chez les personnes rencontrées.</i>	<i>39</i>
<i>Annexe 3 : Les caractéristiques individuelles (fiches signalétiques).</i>	<i>51</i>

Sujet de l'étude et contexte du sujet

L'arrêté de février 2001¹, relatif à la restriction de mise sur le marché du Rohypnol®, a modifié certaines conditions d'exercice de la vie quotidienne des personnes qui consomment ce produit hors protocole médical. Le flunitrazepam, plus connu comme « Rohypnol® », est une molécule d'action prolongée de la famille des benzodiazépines, dont l'indication est le traitement des insomnies sur de courtes durées. Ce médicament, qui est un hypnotique puissant, a souvent été détourné de son usage initial, pour être utilisé comme une « drogue », c'est à dire qu'il peut être consommé pour ses effets psychoactifs propres, au lieu de servir d'une façon conforme à son indication de traitement des insomnies sévères [1, 2, 3, 4, 5]. Ces abus ont effectivement conduit à modifier la délivrance médicale du Rohypnol® en 2001, en restreignant l'accès à ce produit à l'usage hospitalier et à la délivrance en pharmacie de ville à la vue d'ordonnances sécurisées pour une durée limitée (ordonnance de sept jours, renouvelable une seule fois). Ces conditions de délivrance plus drastiques ont pour conséquences des prescriptions moins nombreuses et une plus grande difficulté de falsification des ordonnances [6].

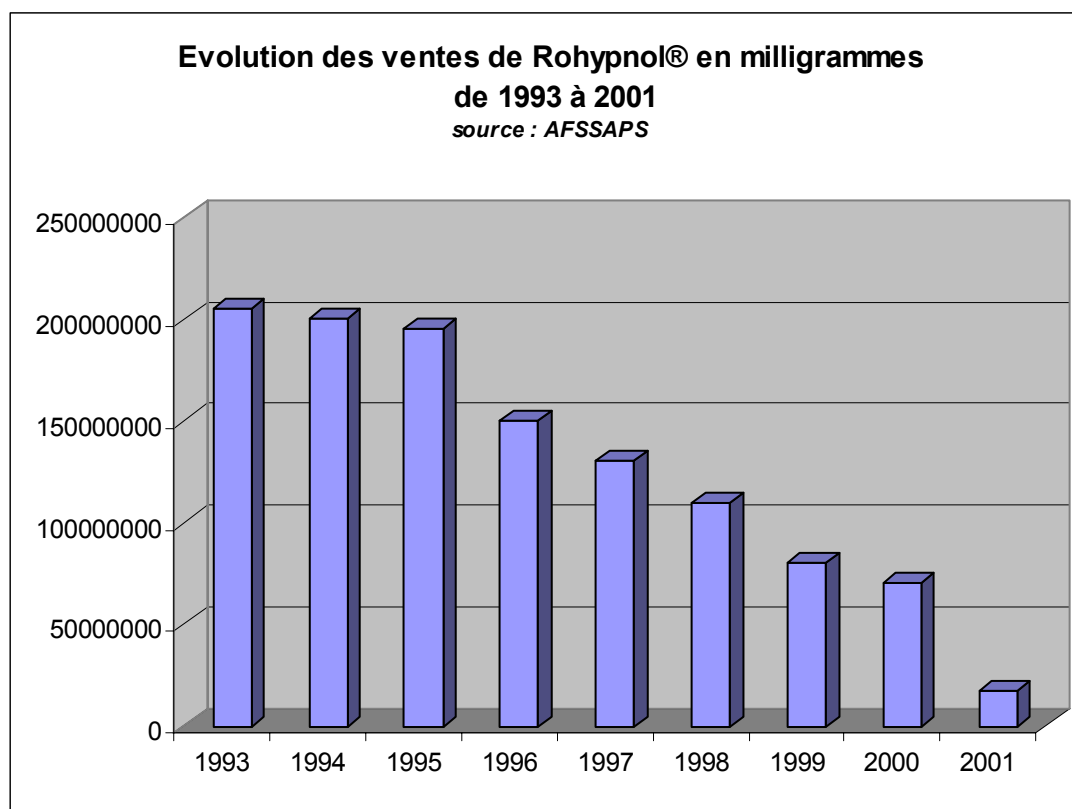
Ce rapport fait parti d'une série de collectes d'informations demandée par la Direction Générale de la Santé (DGS), dont le but est d'estimer l'impact des nouvelles modalités de prescription du Rohypnol® sur les détournements dont il fait l'objet par les usagers de drogues. Une investigation relative à l'accessibilité du Rohypnol® et à ses pratiques de consommation depuis février 2001 permet de faire un **état des lieux des usages détournés du Rohypnol® depuis février 2001**, construit à partir du discours des consommateurs eux-mêmes. Ce compte-rendu s'est fixé pour objectif d'apprécier les conséquences effectives de la restriction des modalités de prescription sur la vie quotidienne de personnes consommatrices actives de Rohypnol® au moment de ce changement de cadre légal : quelles évolutions ont marqué leurs pratiques de consommation à partir de cette date ? Si la modification du cadre légal ne les a pas conduits à cesser leur pratique du Rohypnol®, quels moyens mettent-elles en œuvre pour se procurer cette substance ?

Ce travail présente ainsi une description des usages détournés du Rohypnol® chez des consommateurs qui ont été confrontés, en février 2001, à la restriction de son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Cette approche qualitative du mésusage de ce produit revêt l'intérêt de compléter une approche quantitative des variations de la consommation, observées grâce à l'évolution de ses ventes ; elle propose un autre angle de vue, centré sur les **stratégies développées par les consommateurs pour faire face à ce nouveau contexte d'accessibilité du flunitrazepam**.

¹ Arrêtés du 1^{er} février 2001, parus au Journal Officiel du 7 février 2001 :

- MESP0120352A : modifiant l'arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotiques et/ou anxiolytiques dont la durée de prescription est réduite.
- MESP0120353A : relatif à l'application de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de flunitrazepam administrés par voie orale.
- MESP0120354A : relatif à la durée de prescription et au fractionnement de la délivrance des médicaments à base de flunitrazepam administrés par voie orale.

Pour mémoire, les données transmises par l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) montrent que la courbe des ventes du Rohypnol® n'a fait que se réduire depuis 1996, et a de surcroît été divisée par 4 entre 2000 et 2001. Le graphique ci-dessous permet d'observer l'évolution des ventes du Rohypnol® entre 1993 et 2001, selon l'AFSSAPS. Du fait des multiples changements de conditionnements que cette préparation pharmaceutique a connu avant son passage sur ordonnance sécurisée, les données sont présentées en nombre de milligrammes vendus².



Lorsque le Rohypnol® est consommé hors cadre médical, il peut être nommé « Roche », comme le laboratoire pharmaceutique qui en assure la production, mais aussi « Rup », « Rohyp » ou « Ro »,.... L'expression « être en roche » désigne généralement l'état second auquel conduit l'abus de Rohypnol®. Le mésusage n'est bien sûr pas l'exclusivité de ce traitement, car il concerne un ensemble de médicaments psychotropes, dont d'autres benzodiazépines. Néanmoins, la représentation habituelle du Rohypnol® le désigne comme une substance à part, considérée comme très puissante dans ses effets propres et secondaires : ce produit est connu pour générer une désinhibition qui favorise, entre autres, le passage à l'acte déviant et la perception d'un sentiment d'invincibilité. Il peut ainsi conduire certains consommateurs à des comportements agressifs ou

² En effet, jusqu'en 1996 étaient disponibles des comprimés de 2 mg par boîtes de 10 (cachets roses) et des comprimés de 1 mg par boîtes de 20 (cachets blancs) ; par la suite, en 1997 et 1998, seuls les comprimés de 1 mg par boîte de 20 étaient accessibles en pharmacie de ville ; puis à partir de 1999 ne sont plus disponibles en pharmacie de ville que des comprimés de 1 mg par boîte de 7 ou par boîte de 14 (cachets verts).

violents. Les prises peuvent également être suivies d'amnésies des faits récents [2, 3, 7]. Ces capacités psychoactives ont ainsi pu être utilisées pour réaliser des actes délictueux, ce qui a contribué à construire sa mauvaise réputation, et qui explique que cette substance partage aujourd'hui avec le GHB (Gamma-hydroxybutyrate) le qualificatif de « drogue du viol » (« rape drug ») [8,9]³.

En Europe comme en France, le Rohypnol® est connu pour être principalement utilisé ou détourné par les héroïnomanes, qui débutaient généralement leur consommation de flunitrazepam en l'utilisant comme un succédané de l'héroïne [2, 5, 7]. Cette consommation pouvait résulter d'une prescription médicale ou d'une pratique d'autosubstitution. Le Rohypnol® est ainsi reconnu comme la benzodiazépine la plus fréquemment consommée par les personnes dépendantes des opiacés [5, 10]. Plus que les personnes dépendantes à l'héroïne, l'ensemble des personnes qui ont des comportements de polyconsommation font communément usage de benzodiazépines depuis le milieu des années 1980 [5, 7], notamment lorsqu'elles vivent dans des situations précaires qui les incitent à chercher des substances aux effets puissants qu'elles peuvent obtenir à moindre coût (par rapport à celui des drogues illicites vendues habituellement sur le marché clandestin). Après la mobilisation de professionnels de santé confrontés aux mésusages du Rohypnol® dans leur pratique quotidienne⁴, la restriction de l'AMM du Rohypnol® en février 2001 constitue une réponse de santé publique au constat répété des détournements de cette substance et de ces effets secondaires non désirés.

Ce travail essentiellement descriptif se centre sur les pratiques et les stratégies des consommateurs qui ont été confrontés au passage du Rohypnol® sur ordonnance sécurisée, et donc à la restriction de son accessibilité via les prescriptions médicales. Il s'appuie sur une méthodologie issue des sciences sociales, qui considère le « travail de terrain » comme son support essentiel [11]. La méthodologie employée, détaillée dans l'annexe 1, a conduit à l'analyse de 24 entretiens semi-directifs⁵. Le classement exhaustif des éléments discursifs recueillis permet de proposer une analyse de contenu thématique. Le choix de cette technique permet de mieux cerner comment les modifications du contexte ont un impact sur l'expérience individuelle, mais ouvre aussi l'accès aux représentations subjectives des personnes rencontrées.

³ Le GHB est un produit au centre de nombreuses rumeurs relatives à des abus de confiance et des situations de « soumission chimique ».

⁴ Ruel M, Morel A, Elghozi L, « Merci pour le Rohypnol® », *Libération du 18 décembre 2000*.

⁵ Les données de l'étude ont été difficiles à rassembler. L'objectif initial de 40 entretiens n'a pas pu être atteint. Vingt-quatre entretiens répondent au critère d'inclusion qui demandait à ce que les personnes rencontrées soient des consommatrices actives de Rohypnol® en février 2001, quel que soit leur rapport à la consommation de ce produit au jour de l'entretien. L'ensemble des entretiens a été recueilli entre août 2001 et octobre 2002.

I - Les consommateurs de Rohypnol® au jour de l'entretien

Les conséquences de l'arrêté de février 2001 sur la vie quotidienne des consommateurs de Rohypnol® s'inscrivent dans des carrières d'usagers de drogues⁶ durant lesquelles le Rohypnol® tenait généralement une place centrale depuis de nombreuses années. L'annexe 2 détaille les spécificités de certains aspects de ces carrières : les différentes façons d'être initié à la consommation de Rohypnol®, les pratiques de consommation et les différentes fonctions du produit, ainsi que ses « effets pervers » (amnésie, perte de maîtrise du comportement). Le récit des personnes rencontrées favorise ainsi une meilleure compréhension du contexte du sujet, en pointant les conséquences sociales des effets pharmacologiques de l'abus de Rohypnol® sur les conduites de la vie quotidienne. Leur restitution permet également de souligner la variété des attentes des consommateurs envers cette substance, grâce à la mise en lumière des multiples fonctions de ce produit : supporter la solitude, s'endormir, se stimuler/se doper, être plus à l'aise avec autrui, être désinhibé pour « passer à l'acte » (pratiques délinquantes, actes sexuels), être « Tout puissant », « résister à tout »... Enfin, le Rohypnol® détient aussi la capacité d'assurer la descente d'autres substances, et sert également en ce sens de produit de régulation lors de la consommation d'autres produits psychoactifs.

Une fiche signalétique pour chacune des personnes rencontrées peut être consultée en annexe 3 (âge, statut familial, niveau d'études, profession ou ressources, logement, consommation de Rohypnol® au jour de la rencontre, traitement de substitution).

Parmi les entretiens qui ont pu être analysés, 9/24 ont été recueillis sur le site de Marseille, 6/24 à Bordeaux, 4/24 à Toulouse, 4/24 à Paris et 1/24 à Rennes. Parmi les entretiens rattachés au site de Marseille, 8 ont été effectués dans la ville de Marseille et 1 a été réalisé à Nice.

Les plus nombreux (15/24) ont été récoltés grâce à des contacts pris dans des structures à bas seuil d'exigence (boutiques ou associations d'aide aux consommateurs de drogues en situation précaire). Les autres entretiens (9/24) ont été réalisés grâce à des structures de soins qui délivrent des traitements de substitution aux opiacés.

Les voies d'accès à la population rencontrée sont donc exclusivement institutionnelles. En ce sens, le recueil de données effectué comporte un biais de recrutement théorique, inhérent à l'existence de personnes qui pourraient être nommées des « patients idéaux ». En effet, si certains consommateurs de Rohypnol® ont cessé leur consommation de ce produit depuis février 2001, mais également rompu de ce fait tout contact avec le dispositif spécialisé de prise en charge de la toxicomanie, ils ne pouvaient pas être rencontrés dans le cadre de cette étude qui a utilisé ce dispositif pour entrer en

⁶ On entend par « carrière d'usager de drogues » la succession des étapes qui conduit de l'expérimentation de substances psycho-actives à la sortie de l'usage [12,13]. Les carrières d'usagers de drogues des personnes rencontrées sont toujours marquées par des phases dysfonctionnelles de gestion de la consommation avec un ou plusieurs produits psychoactifs (consommation quotidienne ; prises de risques pour la santé ; conséquences sur la vie sociale comme des arrestations, des dettes, des activités délinquantes ; rupture de l'insertion sociale...).

contact avec eux. Si l'utilisation du Rohypnol® comme succédané de l'héroïne a été attestée par la littérature, et son utilisation reconnue comme étant principalement le fait d'héroïnomanes, ce biais de recrutement explique aussi que les consommateurs de Rohypnol® rencontrés sont fréquemment substitués par Subutex® ou méthadone pour traiter leur pharmacodépendance aux opiacés (22/24 sont substitués, 23/24 l'ont été au cours de leur vie)⁷.

Les 22 personnes substituées parlent toutes de leur traitement de substitution comme d'un traitement prescrit par un médecin⁸. Parmi elles, 12 personnes ont un discours qui fait un lien explicite entre le traitement de substitution qui leur est prescrit et le soin de leur pharmacodépendance à l'héroïne. Trois personnes⁹ disent au contraire ouvertement que leur traitement de substitution prescrit constitue la normalisation (dans le sens de « mise à la norme ») d'une consommation antérieure hors prescription. Cinq personnes¹⁰ n'ont pas un discours clair sur ce sujet et pourraient être également concernées par une « prescription de normalisation » d'une conduite débutée par des achats de rue. Deux personnes enfin sont des cas particuliers. Natacha [24 ans, Marseille] a consommé du Subutex® en guise de premier opiacé, puis a consommé de l'héroïne avant de bénéficier d'un traitement par méthadone. Hubert [31 ans, Marseille] bénéficie d'un traitement de substitution pour soigner sa pharmacodépendance au Néocodion® (premier opiacé consommé, 120 cachets par jour au moment de la mise sous traitement).

LES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIALES DES PERSONNES RENCONTREES

Les personnes rencontrées ont un âge moyen de 33,5 ans [minimum : 21 ans ; maximum : 58 ans] et forment un groupe constitué de 19 hommes et 5 femmes¹¹. Une minorité (3/24) déclare vivre en couple, tous les autres se présentant comme des célibataires. Quelques-uns sont parents (6/24). Une personne est grand-mère [Caroline, 58 ans, Paris]. Leur niveau d'étude est généralement faible, la moitié des personnes rencontrées n'ayant aucun diplôme¹². Une seule personne a une activité professionnelle au jour de la rencontre [Antoine, 29 ans, Paris]. Les ressources de ceux qui n'ont pas d'emploi (23/24) ont plusieurs origines¹³. Les personnes rencontrées peuvent bénéficier de la COTOREP (6/21), du RMI (6/21), percevoir des allocations de chômage (2/21), ou une allocation pour parent isolé (1/21). D'autres sont par contre sans ressource (4/21), et vivent de mendicité. Deux personnes enfin vivent des revenus de la prostitution : l'une d'entre elles pratique également la

⁷ Seul Isidore [23 ans, Nice] n'a jamais bénéficié d'un traitement de substitution au cours de sa vie.

⁸ De même que Sabine [40 ans, Toulouse], qui a cessé le traitement de substitution qui lui était prescrit, depuis six mois au jour de l'entretien.

⁹ Colin [28 ans, Bordeaux], Gaëtan [21 ans, Marseille], Antoine [29 ans, Paris].

¹⁰ Etienne [39 ans, Bordeaux], Michel [47 ans, Marseille], Nicolas [32 ans, Marseille], Olivia [33 ans, Marseille], Samuel [25 ans, Toulouse].

¹¹ Le groupe constitué par les cinq femmes de l'échantillon comprend une personne qui a subi une opération chirurgicale de changement de sexe [Sabine, 40 ans, Toulouse].

¹² Deux personnes ne renseignent pas leur niveau d'études. 11/22 n'ont aucun diplôme, 4/22 ont un baccalauréat ou un niveau bac, et 7/22 ont obtenu un diplôme professionnel (CAP, BEP) ou ont un niveau d'études équivalent.

¹³ Deux personnes ne renseignent pas leurs ressources, l'une d'entre elles n'en a vraisemblablement pas, mais ne le déclare pas clairement.

mendicité pour améliorer ses ressources [Natacha, 24 ans, Marseille] pendant que l'autre complète ses ressources grâce à la re-vente de Rohypnol® au marché noir [Patrice, 24 ans, Marseille].

La majorité des personnes rencontrées dispose d'un logement personnel (13/23)¹⁴. Parmi les autres (10/23), une personne vit dans un appartement relais, deux vivent avec leur mère, et deux chez des amis. Une minorité significative ne dispose pas de logement décent, et se présente comme SDF ou squatter (5/10).

LE RYTHME DES CONSOMMATIONS DE ROHYPNOL®

Du fait des critères d'inclusion imposés au recueil des données, toutes les personnes rencontrées étaient des consommatrices actives de Rohypnol® en février 2001, au moment de sa restriction de mise sur le marché. Les comportements de consommation de ces personnes se sont presque tous modifiés depuis cette date (22/24), y compris chez certaines qui consomment toujours du flunitrazepam quotidiennement (réduction des doses consommées).

Peuvent ainsi être distingués, au jour de l'entretien, ceux qui sont devenus abstinentes de Rohypnol® depuis février 2001, ceux qui sont devenus des consommateurs occasionnels, et ceux qui en consomment toujours quotidiennement.

Les abstinentes de Rohypnol®

Près de la moitié des personnes rencontrées a définitivement cessé de consommer du Rohypnol® entre février 2001 et le jour de la rencontre (11/24). Ce groupe d'abstinentes comprend 9 hommes et 2 femmes. La moyenne d'âge de ces onze personnes est de 37 ans. Les plus nombreuses consomment des benzodiazépines de remplacement, et toutes sauf une bénéficient d'un traitement de substitution (10/11). Le plus souvent, aucune autre substance illicite n'est consommée en plus du traitement de substitution et des benzodiazépines. Une seule personne rapporte consommer régulièrement de l'alcool, pendant qu'une autre consomme régulièrement du cannabis.

En fonction des consommations effectives des autres substances psychoactives, trois sous-groupes peuvent être mis en évidence parmi les abstinentes de Rohypnol®.

- Sept personnes bénéficient d'un traitement de substitution par méthadone (2/7) ou Subutex® (5/7), auquel elles associent la prise quotidienne de benzodiazépines autres que le Rohypnol®. Les benzodiazépines consommées sont prescrites dans la plupart des cas (6/7). Généralement, une seule benzodiazépine est associée au traitement de substitution (5/6). Il s'agit de Rivotril®, de Valium® ou de Tranxène®. Dans ce sous-groupe, les doses prescrites sont le plus souvent respectées. Plusieurs molécules peuvent néanmoins être associées pour un même individu, sur une même ordonnance : Karl [34 ans, Bordeaux] bénéficie d'une prescription qui associe méthadone, Tranxène®, Prozac®, Noctamide® et Equanil®. Une

¹⁴ Une personne ne renseigne pas son logement au jour de l'entretien.

seule personne parmi les sept concernées par cette catégorie se procure du Rivotril® au marché noir : Fabien [36 ans, Marseille] consomme quarante cachets de Rivotril® quotidiennement, qu'il lui arrive de remplacer par du Tranxène®.

- Trois personnes bénéficient d'un traitement de substitution par méthadone, et s'en tiennent à la consommation de ce seul traitement [Caroline, 58 ans, Paris ; Denis, 38 ans, Bordeaux ; Dorian, 26 ans, Bordeaux].
- Une personne a cessé son traitement par méthadone depuis 6 mois au jour de l'entretien, et ne consomme plus que 4 cachets de Lexomil® par jour [Sabine, 40 ans, Toulouse].

Les consommateurs occasionnels de Rohypnol®

Neuf personnes déclarent consommer du Rohypnol® occasionnellement. Ce groupe de consommateurs comprend 8 hommes et une femme, dont la moyenne d'âge est de 30,5 ans. Tous sauf un bénéficient d'un traitement de substitution (8/9), par méthadone (5/8) ou Subutex® (3/8).

Leur usage des autres substances psychoactives, mais également les raisons de ces prises occasionnelles de Rohypnol®, permettent de distinguer deux sous-groupes parmi eux.

- La première catégorie de consommateurs occasionnels de Rohypnol® rassemble des personnes qui peuvent être qualifiées de « polyconsommateurs lourds » (5/9). Les prises occasionnelles de Rohypnol® permettent une « défonce »¹⁵ supplémentaire, dans le cadre de polyconsommations quotidiennes. Chaque jour est consommé le traitement de substitution en association avec une benzodiazépine prescrite, le plus souvent Tranxène® ou Rivotril®. S'y ajoutent, selon les individus, des consommations régulières voire quotidiennes d'alcool, de cocaïne, voire même d'Artane®¹⁶ dans un cas [Nicolas, 32 ans, Marseille]. L'exemple d'Arnaud [42 ans, Paris] met particulièrement en valeur le caractère extrême des polyconsommations qui peuvent se rencontrer chez ces consommateurs occasionnels de Rohypnol®. Arnaud bénéficie d'une prescription de 100 mg de méthadone. Il y ajoute quotidiennement l'injection de 100 mg de Skénan®, qu'il obtient par prescription dans un autre centre de soins, les deux centres prescripteurs ne connaissant évidemment pas leur rapport conjoint avec lui. « *Ils me font tellement confiance à X qu'ils me font très peu d'analyses d'urine et bon, ça passe à chaque fois. Ça passe eh... et pour cause ! Ils m'en ont fait... il y a deux ans que j'y suis, ils m'en ont fait trois* ». Il consomme également chaque jour deux cachets de Noctamide®, qu'il obtient sans ordonnance grâce à « *un ami pharmacien* », qui refuse depuis le changement de législation de lui fournir le Rohypnol® qu'il lui procurait auparavant. Il y ajoute aussi, toujours quotidiennement, l'absorption d'alcool « *une demie bouteille de Gin* », et du cannabis « *pour manger* ». Depuis la restriction de mise sur le

¹⁵ La « défonce » est entendue comme la recherche d'un sentiment de vide, de « néantisation », d'oubli.

¹⁶ L'Artane® est un médicament qui peut être détourné par les usagers de drogues, dont l'indication de mise sous traitement se limite au soin de la maladie de Parkinson.

marché en février 2001, il n'utilise le Rohypnol® que lors d'occasions spécifiques, notamment comme aphrodisiaque. Les autres personnes qui ont été rattachées à cette catégorie connaissent des polyconsommations majeures, mais qui n'atteignent pas les mêmes proportions. On peut donner l'exemple de Gaëtan [21 ans, Marseille], vraisemblablement substitué par méthadone puisqu'il a cessé d'injecter du Subutex® un mois avant l'entretien, lorsqu'il débute un traitement de substitution (la nature de ce traitement n'est pas précisé explicitement). Il associe quotidiennement à son traitement deux « canettes » d'alcool, 4 à 5 cachets de Rivotril® et de la cocaïne « *fréquemment* ». Il consomme occasionnellement du Rohypnol® lorsqu'il parvient à s'en procurer, « *jamais plus de quatre Rohypnol® dans la journée* ».

- La seconde catégorie de consommateurs occasionnels de Rohypnol® regroupe des personnes qui relatent leurs symptômes importants d'anxiété, et relient leur usage occasionnel du Rohypnol® à des montées d'angoisse qu'elles perçoivent comme étant incontrôlables, ou trop difficiles à supporter (4/9). La prise de Rohypnol® est conçue comme un remède à ces symptômes. C'est par exemple le cas de Rachel [33 ans, Toulouse] qui ne consomme plus au jour de l'entretien que 2 mg de Subutex® ainsi que du cannabis. Elle ne prend du Rohypnol® qu'une fois par mois, quand elle reçoit la visite de sa mère. Lors de ces prises mensuelles, elle continue à consommer des dosages massifs, semblables à ceux qu'elle s'administrait auparavant plusieurs fois par semaine ou quotidiennement (jusqu'à 60 cachets en une prise). C'est aussi le profil d'Hubert [31 ans, Marseille], qui bénéficie d'une prescription de méthadone pour substituer sa consommation compulsive de Néocodion® (120 cachets par jour). Il consomme occasionnellement du Tranxène® ou du Rohypnol® quand l'angoisse ou la paranoïa le submerge : « *je suis peureux. Simplement j'ai peur. J'ai peur de tout* ». Les dosages de Rohypnol® consommés par Hubert ne dépassent cependant jamais les deux ou trois cachets lors d'une prise.

Les consommateurs quotidiens de Rohypnol®

Une minorité parmi les personnes rencontrées consomme toujours du Rohypnol® quotidiennement, malgré la restriction de mise sur le marché du produit (4/24). Leur comportement de consommation a pu tout de même se modifier, puisque deux d'entre elles ont réduit les doses consommées depuis février 2001. Ce groupe est constitué de deux hommes et deux femmes, dont l'âge moyen est de 30 ans, tous substitués par méthadone. Comme précédemment, deux profils peuvent être distingués, selon le rapport entretenu avec le Rohypnol® et les autres substances psychoactives.

- Deux personnes consomment quotidiennement leur traitement de méthadone et de deux à quatre cachets de Rohypnol®, prescrit dans chacun des cas. Ces personnes ne consomment aucune autre substance, en dehors de bière pour l'une d'entre elles [Patrice, 24 ans, Marseille]. Patrice a considérablement réduit sa consommation de Rohypnol® depuis

février 2001 (35 cachets quotidiens avant cette date) mais Olivia [33 ans, Marseille] perdure dans une consommation identique, qu'elle assimile à un traitement de substitution du Tranxène®. « *On ingurgite des... Tranxène®50 toute la journée et je prends des... des Rohypnol® (...) pour calmer la dépendance quoi. (...)Mais pas pour me défoncer* ». Dans le cas d'Olivia, on peut parler de mésusage puisque les prises du Rohypnol® ne correspondent pas à l'indication officielle de mise sous traitement, mais pas réellement d'usage hors protocole médical puisqu'il semble, sans que cela soit très clair dans son discours, que cette « substitution » du Tranxène® soit effectuée en accord avec le médecin prescripteur.

- Deux personnes consomment quotidiennement du Rohypnol® dans le cadre de polyconsommations majeures, et ont un profil qui s'apparente totalement aux « polyconsommateurs lourds » déjà décrits¹⁷. Dans un cas, la consommation quotidienne du Rohypnol® telle qu'elle été pratiquée avant février 2001 a pu être maintenue, au prix d'une augmentation des difficultés pour parvenir à s'en procurer (multiprescriptions et achat en appartement). C'est le cas de Rémi [40 ans, Toulouse] qui consomme quotidiennement la méthadone qui lui est prescrite, et sniffe¹⁸ 7 cachets de Rohypnol® pilés dans une journée. Il s'administre régulièrement de la cocaïne, et de l'héroïne de façon plus épisodique. Quant à Natacha [24 ans, Marseille], elle consomme quotidiennement tout ou partie de son traitement méthadone, qu'elle associe chaque jour à 3 cachets de Rohypnol®, 4 cachets de Rivotril®, et de la bière. En plus de ces polyconsommations quotidiennes, elle peut être amenée à s'administrer toute autre drogue, en fonction des opportunités : « *Moi j'aime bien me droguer, on affronte pas la réalité en face (...) parce qu'au moins la réalité on la voit moins et on souffre moins* ».

Les personnes rencontrées sont caractérisées par un faible niveau d'instruction, une absence presque totale d'insertion professionnelle au jour de l'entretien, et de maigres ressources voire des conditions d'extrême précarité.

Peuvent être distinguées parmi elles des personnes qui ont cessé leur consommation de Rohypnol® depuis février 2001, des consommateurs devenus occasionnels depuis cette date, ainsi que des consommateurs toujours quotidiens mais qui peuvent avoir réduit les doses administrées depuis le changement de cadre légal. Cependant, chacune de ces trois catégories comprend des personnes qui ont remplacé tout ou partie de leur consommation de Rohypnol® par celle d'autre(s) benzodiazépine(s), plus facilement accessible(s) par prescription médicale.

¹⁷ Les « polyconsommateurs lourds » déjà décrits sont les personnes qui sont devenues consommatrices occasionnelles de Rohypnol® depuis février 2001, mais qui consomment quotidiennement d'autres benzodiazépines dont la délivrance médicale est plus accessible, ainsi que d'autres produits de façon régulière (conférer « les consommateurs occasionnels de Rohypnol® »).

¹⁸ Consommer en inspirant par la voie nasale.

II - L'évolution des pratiques de consommation depuis février 2001

La typologie qui précède distingue trois catégories de personnes selon le rapport qu'elles entretiennent avec la consommation de Rohypnol® au jour de l'entretien : les abstinents (11/24), les consommateurs occasionnels (9/24) et les consommateurs quotidiens (4/24). Celle-ci permet de rendre compte de l'évolution différentielle des pratiques de consommation du Rohypnol® à partir de février 2001 mais, dans le cadre d'une appréciation qualitative de l'impact du changement de cadre légal en termes d'objectifs de santé publique, l'accent doit être mieux porté sur **les consommations de remplacement et leurs significations** pour les consommateurs.

LA REDUCTION DE LA CONSOMMATION DU ROHYPNOL®

Pour les plus nombreux, le passage sur ordonnance sécurisée a conduit à modifier leur pratique de consommation du flunitrazepam, qu'il s'agisse d'un arrêt total du Rohypnol® (11/24), ou d'une réduction importante des doses consommées (11/24). Seules deux personnes n'ont pas modifié leurs pratiques de consommation de ce produit depuis février 2001 [Olivia, 33 ans, Marseille ; Rémi, 40 ans, Toulouse].

En effet, si 4 personnes sont toujours consommateurs quotidiens de Rohypnol® au jour de l'entretien, 2 d'entre elles ont maintenu ce rythme journalier mais ont néanmoins réduit les doses consommées [Patrice, 24 ans, Marseille ; Natacha, 24 ans, Marseille].

Pour ceux désormais abstinents de Rohypnol® (11/24), le changement de cadre légal a permis de stopper une pratique dont l'arrêt était depuis longtemps désiré. Ces personnes forment d'ailleurs le groupe le plus âgé (37 ans vs 30 ans) parmi les trois catégories de consommateurs de Rohypnol® au jour de l'entretien (abstinents/occasionnels/quotidiens). La modification de l'AMM n'est jamais évoquée comme une motivation pour l'arrêt, mais elle a constitué l'occasion qui a permis la réussite du sevrage. Les raisons invoquées pour expliciter la volonté de cesser l'usage du Rohypnol® sont diverses : « *en avoir assez* » est l'explication la plus couramment livrée bien que soit également évoqué le désir de retrouver une libido. Ce dernier point est plus souvent une motivation complémentaire qu'une motivation principale.

LES STRATEGIES DE COMPENSATION ET LES SIGNIFICATIONS ASSOCIEES

Le basculement vers la consommation quotidienne d'autre(s) benzodiazépine(s) concerne de nombreux cas. Ces benzodiazépines sont souvent prescrites mais peuvent aussi être détournées de leur usage comme ce fut le cas pour le Rohypnol®, c'est-à-dire qu'elles peuvent être consommées à doses plus importantes que celles que recommande le médecin. Les abstinents de Rohypnol® sont en fait une majorité à consommer d'autres benzodiazépines (8/11), comme les consommateurs

occasionnels de Rohypnol® qui sont le plus souvent des consommateurs quotidiens d'autres substances benzodiazépines (7/9). Chez les consommateurs quotidiens de Rohypnol®, Natacha [24 ans, Marseille] compense également la réduction des doses par l'association avec d'autres benzodiazépines. Dans cette perspective, on peut en conclure que, parmi les 24 personnes rencontrées, 2 n'ont pas modifié leurs pratiques de consommation pendant que 16 ont développé des stratégies de compensation à l'aide de molécules proches. Seules 6 personnes au total ont donc cessé (3/6) ou réduit (3/6) leur consommation de toutes benzodiazépines, Rohypnol® compris.

Les benzodiazépines de remplacement sont nombreuses : sont principalement cités le Tranxène 50®, le Rivotril®, le Lexomil®, le Valium®, le Xanax®, et le Noctamide®. Lorsque ce remplacement s'effectue par des tranquillisants mineurs, des dosages massifs peuvent être privilégiés pour combler la différence existant entre les effets de ces nouvelles consommations et l'effet obtenu grâce au flunitrazepam : par exemple, 40 cachets de Rivotril® peuvent être consommés pour remplacer 10 à 15 comprimés de Rohypnol® [Fabien, 36 ans, Marseille].

« Une vingtaine de Lexomil® ou une dizaine de Rohypnol® c'est pareil quoi. (...) La benzo euh c'est la benzo quoi » [Denis, 38 ans, Bordeaux].

En effet, les consommateurs relatent les « correspondances des effets » d'une benzodiazépine à l'autre : de subtiles différences dans les effets obtenus ou bien dans les effets secondaires non désirés peuvent être évoquées, mais les différentes catégories de benzodiazépines sont souvent perçues comme des variations de dosage (le produit est plus ou moins *puissant*). D'ailleurs, l'arrêté de février 2001 n'a pas donné lieu à des récits d'épisodes de manque ou de sevrage forcé, les consommateurs semblant « passer » d'une benzodiazépine à l'autre sans souffrance, même si c'est parfois à regret, ou au contraire dans l'espoir que cette transition soit le signe d'un nouveau départ dans la gestion de leur consommation¹⁹.

Considérer que l'arrêté de février 2001 n'a principalement conduit qu'à un remplacement d'une benzodiazépine par une autre chez la majorité des personnes concernées, sans aucun bénéfice pour leur santé, serait abusif. En effet, l'étude des significations associées à ces consommations de remplacement montre que, si certains ont remplacé un ingrédient de leur polytoxicomanie par un autre ingrédient dans lequel ils recherchent les mêmes fonctions et les mêmes effets, d'autres ont profité du passage vers une autre benzodiazépine pour l'envisager comme un traitement de substitution du Rohypnol®. Ce type de sens investi dans la prise d'une nouvelle benzodiazépine est surtout présent chez ceux qui sont par ailleurs totalement abstinents de Rohypnol®, et cette démarche semble être soutenue par le médecin prescripteur. Elle semble les conduire progressivement vers une diminution des doses administrées, et surtout vers une réduction de l'effet psychoactif recherché. C'est le cas de Sabine [40 ans, Toulouse], qui depuis février 2001 a cessé progressivement la consommation de Rohypnol® pour la remplacer par 4 cachets de Lexomil®, et s'est inscrite dans une démarche de

¹⁹ Les épisodes de manque du Rohypnol® que certains consommateurs ont pu connaître au cours de leur vie (lors d'un sevrage volontaire ou d'un contexte spécifique) montrent le caractère très violent du manque : « A l'héro, tu décroches en sept jours, huit jours. Hein ? Aux Benzos, il te faut trois semaines. Donc c'est pas la même ! Et pendant trois semaines, crois-moi, tu bandes » [Arnaud, 42 ans, Paris]. Cependant, ces épisodes sont rares du fait de l'accessibilité des benzodiazépines en général.

soins qui l'a également amenée à cesser son traitement par méthadone. Le Lexomil® est ainsi le seul traitement qu'elle consomme aujourd'hui, dans un objectif de maintenance et non pour la recherche d'un potentiel « défonçant ». L'arrêté de février 2001 a constitué une « bonne occasion » plutôt qu'un déclencheur direct, car la réduction des doses de Rohypnol® avait déjà été largement engagée avant février 2001, depuis l'instauration de son traitement par méthadone en 1996.

Le sens investi dans les consommations de remplacement est ainsi principalement celui d'un « traitement de substitution du flunitrazepam » chez les personnes devenues abstinentes du Rohypnol® qui utilisent des benzodiazépines. Le « deuil » de « la défonce aux benzos » semble fait chez toutes les personnes correspondant à ce profil, sauf une (7/8). Par contre, la majorité des usagers occasionnels de Rohypnol® qui consomment également des benzodiazépines associe généralement à ces stratégies de compensation le sens d'une « défonce » la plus similaire possible à celle qui n'est plus accessible (5/7). Parmi les consommateurs quotidiens, Natacha [24 ans, Marseille] investit également ce type de signification dans la prise de son cocktail journalier. Le basculement vers d'autres benzodiazépines n'est alors pas envisagé comme une stratégie de soins dans le but de « s'en sortir », mais est simplement une stratégie d'adaptation à un nouveau contexte d'accessibilité.

En ce qui concerne l'évolution des pratiques de consommation, le passage sur ordonnance sécurisée a conduit la majorité des personnes rencontrées à cesser leur consommation de Rohypnol® ou à en réduire les doses de façon importante. Cependant, les plus nombreuses se sont tournées vers la consommation d'autres benzodiazépines, dont l'accessibilité reste plus aisée : Tranxène® 50, Rivotril®, Lexomil®, Valium®,... Ainsi, l'arrêté de février 2001 a pu constituer l'occasion de cesser ou de réduire sa consommation de Rohypnol®, mais n'a pas été le déclencheur direct de ces abstinences ou réductions. Ces dernières ont effectivement pu être favorisées par un désir déjà présent avant février 2001, soit être liées au basculement vers des benzodiazépines de remplacement. Les stratégies de compensation par d'autres benzodiazépines ne sont en effet pas systématiquement le signe d'un échec de l'arrêté de février 2001 : le sens investi par les consommateurs dans la prise de ces produits de remplacement montre que, si certains se sont tournés vers une « défonce plus accessible », d'autres envisagent les nouvelles substances ingérées comme un traitement de substitution du Rohypnol®. Ce dernier type de sens investi peut favoriser la réduction progressive des substances consommées, et constitue pour l'individu une autre façon d'aborder le sujet de sa santé. En ce sens, la modification de la perception du produit consommé peut être génératrice de changements dans les conduites de la vie quotidienne.

III - L'évolution des sources d'obtention : un glissement net vers le marché clandestin

L'accessibilité du Rohypnol® est généralement décrite comme facile avant l'année 2001, mais également après cette date par ceux qui continuent à en consommer. Pourtant, l'effet du changement de l'Autorisation de Mise sur le Marché se perçoit nettement au travers de la modification des sources d'obtention et des pratiques de consommation depuis sa mise en œuvre effective.

En effet, parmi les personnes rencontrées, seule 1 personne peut être considérée comme n'ayant subi aucun changement dans sa vie quotidienne depuis le changement de cadre légal. Olivia [33 ans, Marseille] n'a modifié ni sa façon de consommer du Rohypnol®, ni sa stratégie pour obtenir les cachets nécessaires à sa consommation. Elle consommait quotidiennement 4 mg de Rohypnol® avant février 2001, cachets qu'elle obtenait par prescription. Elle envisage cette consommation comme le traitement de substitution de sa dépendance au Tranxène®, et consomme, au jour de l'entretien, les mêmes doses de Rohypnol®, qu'elle obtient toujours par prescription.

Alors que les prescriptions par un médecin constituaient la stratégie majeure d'approvisionnement du Rohypnol® avant février 2001, les sources d'obtention de ce produit après cette date montrent un glissement net vers le marché clandestin.

AVANT/APRES FEVRIER 2001 : LES STRATEGIES D'APPROVISIONNEMENT SE RECENTRENT SUR LE MARCHÉ NOIR

Avant l'année 2001, les sources d'obtention du Rohypnol® étaient multiples, un même consommateur pouvant combiner plusieurs sources pour réunir les cachets nécessaires à sa consommation. La majorité des personnes rencontrées atteste avoir cumulé les stratégies d'approvisionnement au cours de leur carrière de consommateur de Rohypnol®. Pour autant, chacun rapporte avoir eu une technique privilégiée. Les ordonnances falsifiées et les multiprescriptions constituaient les sources principales et régulières des consommateurs. Depuis que la délivrance du Rohypnol® ne doit s'effectuer qu'à la vue d'une ordonnance sécurisée, ces stratégies d'obtention sont devenues totalement caduques, mais peuvent être toujours utilisées pour se procurer d'autres benzodiazépines, considérées comme moins dangereuses par le cadre légal. Un récit insiste sur le caractère aléatoire de la disponibilité des substances en fonction des périodes historiques, cette variabilité influençant directement le choix des substances consommées par certains.

« moi je me rappelle, quand j'ai commencé les benzo, euh... les médecins ils me refilaient les Rohypnol®. Comme ça, sans ordonnance, euh... tranquille, et c'était les 2 mg, les roses et tout quoi... (...) t'allais à la pharmacie quoi, bon pas toutes ! Beaucoup ils te le vendaient sans ordonnance quoi. Mais le Tranxène®, ils voulaient pas trop, ils disaient euh c'est trop dangereux machin chouette

(...) *c'était hyper dur d'avoir les Tranxène® à l'époque, maintenant c'est l'inverse ! – Rires –* » [Emile, 31 ans, Bordeaux]²⁰.

Au dire des consommateurs, la délivrance en officine des ordonnances falsifiées ne posait pas de problème avant février 2001 si certaines conditions étaient respectées : évitement des pharmaciens « réfractaires », bonnes photocopies couleur. Certains pharmaciens acceptaient également la délivrance sans ordonnance. Des consommateurs rapportent avoir privilégié des falsifications d'ordonnancier appartenant à des médecins dont le cabinet se situait dans une autre ville pour que le pharmacien ne soit pas tenté, pour effectuer une vérification, de dépenser plus d'argent en communication téléphonique que ce que lui rapportait la vente des substances demandées.

« Un Benz c'est toujours trouvable eh... C'est pas. Ouais, c'est toujours trouvable. Il n'y a pas de... de ouais c'est ça, il y a pas de....trop de... de frein quoi en fait. C'est comme l'alcool en fait. On peut faire la comparaison entre tous les bars qu'il y a et toutes les pharmacies, c'est un peu pareil. Parce que avoir des ordonnances ou des photocopies...Ouais même encore maintenant ça marche. Enfin, ça dépend, évidemment si eh... pas pour certains médicaments mais pour... pour beaucoup de médicaments comme le Lexomil® par exemple, ça n'est pas un problème quoi. (...) parce que comme ça il ne téléphonait pas quoi. Il disait j'ai vendu une boîte à vingt balles et il va en avoir pour quarante balles de communication quoi. Attends ! (rire). Ouais, c'est un peu ça quoi. C'est vrai, comme les Ortenal®²¹, à une époque, c'était sept francs la boîte, on savait très bien, que le mec il allait pas passé une communication à Lille comme ça, pour vendre une boîte à sept francs quoi » [Denis, 38 ans, Bordeaux].

La recherche de multiprescriptions s'effectuait généralement par la visite de quatre à six médecins. Des consommations massives pouvaient néanmoins être alimentées par 10 prescripteurs simultanés [Rachel, 33 ans, Toulouse]. Un récit affirme avoir bénéficié des prescriptions simultanées de 13 prescripteurs avant février 2001, une partie des cachets obtenus servant à alimenter le marché clandestin [Patrice, 24 ans, Marseille]. La durée de cette technique d'obtention du Rohypnol® était d'autant plus importante que le principe « un médecin, une pharmacie » était respecté.

« Tous les traitements que je prenais, je prenais un traitement dans une pharmacie et puis l'autre... si je voyais un autre médecin j'allais dans une autre pharmacie, j'allais jamais dans la même pharmacie, j'avais un médecin, une pharmacie, toujours... » [Dorian, 26 ans, Bordeaux].

Avant l'année 2001, le marché noir constituait une source ponctuelle d'obtention du Rohypnol®, ou utilisée en alternance avec les multiprescriptions. Quelques personnes ne l'utilisaient qu'exclusivement, mais le plus souvent, le recours au marché clandestin est présenté comme « la solution du dimanche » ou des « jours fériés », une « solution d'urgence », et surtout comme un complément aux autres stratégies d'approvisionnement habituellement mises en œuvre.

²⁰ Cette remarque est également pertinente d'un autre point de vue. Ses propos ne s'accompagnent pas pour rien de « rires », et montrent que les consommateurs de benzodiazépines peuvent avoir le sentiment d'une arbitrarité importante des mesures sanitaires qui sont mises en œuvre, ce qui ne les incite pas à percevoir les médecins comme des interlocuteurs fiables.

²¹ Médicament contre l'épilepsie qui a été retiré du marché, détourné par certains usagers de drogues pour en extraire le sulfate d'amphétamines qui entrainait dans sa composition.

Depuis février 2001, le marché noir constitue la source principale permettant de se procurer du Rohypnol®, voire l'unique source d'obtention pour presque toutes les personnes qui continuent à en consommer.

Jusqu'en 2000, une plaquette de 10 comprimés était achetée (ou vendue) pour la somme de 10 ou 20 francs²². Des achats « au cachet » sont également rapportés, pour un ou deux francs le comprimé. Depuis 2001, les prix pratiqués apparaissent plus chaotiques, selon les villes mais aussi selon les quartiers d'une même agglomération, ce qui atteste le fait que la valeur du flunitrazepam sur le contre-marché a considérablement augmenté : désormais, une plaquette de 7 comprimés s'échangerait contre 6 à 11 euros (40 à 70 francs), 8 euros (50 francs) étant le prix le plus fréquemment cité dans chacune des villes où l'étude a été réalisée. Un seul endroit à Paris permettrait de se procurer une plaquette de sept comprimés pour 4 euros environ (25 francs). À Rennes par contre, le prix de 3 euros le cachet est cité. Cette variabilité du prix d'un récit à l'autre et d'une ville à l'autre montre que ceux-ci ne sont pas fixés, doivent dépendre des stocks du vendeur, ou du rapport de proximité entretenu entre le vendeur et l'acheteur. Toutefois, les derniers entretiens recueillis pourraient témoigner dans le sens d'une augmentation croissante des prix pratiqués au cours de 2002. Samuel [25 ans, Toulouse], rencontré à la fin de la période de recueil des données qui s'est achevée en octobre 2002, assure que la plaquette de Rohypnol® ne se procure aujourd'hui dans la rue qu'au prix de 15 euros²³. Globalement, et sous réserve du fait que les entretiens recueillis sont peu nombreux et n'ont donc qu'une valeur indicative, on peut considérer que les prix augmentent au cours du temps, et que le marché noir parisien offre les prix les moins élevés.

Le troc peut également être pratiqué, que ce soit l'échange de Rohypnol® contre une autre substance, ou la proposition d'un complément en nature pour faire baisser le prix demandé. Deux types de troc ont été mentionnés : du Rohypnol® contre du cannabis (la quantité n'étant pas précisée), ou encore l'échange d'un type de benzodiazépines contre un autre.

« - Contre quoi vous pouvez l'échanger ? Qu'est-ce que vous pouvez échanger pour avoir ça ?

- *Pour avoir le Rohypnol® ? Eh... le Rivotril® par exemple. Parce qu'il y en a qui préfèrent ça. Je donne une plaque de dix, il me donne sept.*

- Une plaque de dix Rivotril® contre sept Rohypnol® ?

- *MMM. Voilà »* [Fabien, 36 ans, Marseille].

Les plus nombreux n'utilisent désormais plus que le marché clandestin pour se fournir en flunitrazepam, deux associent les achats clandestins à des prescriptions, pendant que 3 personnes seulement parmi toutes celles qui ont été rencontrées sont principalement restées sur le mode du cumul de prescripteurs.

²² Les entretiens ne précisent pas les évolutions à court terme de ce marché parallèle entre 1999 et 2000, lorsque les plaquettes de 7 comprimés étaient désormais les seules disponibles à la vente, mais que l'obligation de prescrire sur ordonnance sécurisée n'était pas encore mise en œuvre.

²³ Ce qui irait dans le sens des ventes au prix de 3 euros le cachet, les achats « à la plaquette » (7 cachets vendus) étant toujours moins onéreux que les achats à l'unité.

LA PERSISTANCE DES MULTIPRESCRIPTIONS APRES FEVRIER 2001

Pour deux des personnes qui se fournissent en Rohypnol® par l'entremise des multiprescriptions, il s'agit du cumul de 2 à 3 prescripteurs, alors que ces mêmes personnes rapportaient la prescription simultanée de ce médicament par 10 à 13 médecins avant février 2001. Cette réduction du nombre de médecins impliqués a pu être progressive, se faisant au même rythme que la réduction de la consommation de Rohypnol® : Rachel [33 ans, Toulouse], qui consultait 10 médecins avant 2001, n'en sollicite plus que 6 ou 7 courant 2001 pour parvenir à n'en consulter plus que 3 au jour de l'entretien, en 2002 (2 pour le Rohypnol®, 1 pour le Subutex®). Patrice [24 ans, Marseille] a cessé un moment de recourir au nomadisme médical, pour recommencer quelques mois avant l'entretien à l'aide d'un nombre beaucoup plus limité de médecins. Les multiprescriptions sont ainsi toujours pratiquées, mais le changement de cadre légal a conduit à restreindre les doses consommées et le nombre de praticiens visités, car les médecins sont décrits comme étant de plus en plus réfractaires à la prescription de ce médicament. Par contre, pour la dernière des 3 personnes qui continuent à privilégier les multiprescriptions, c'est le mouvement inverse qui est explicité : la restriction de mise sur le marché l'a incité à accroître le nombre de médecins prescripteurs pour obtenir un nombre identique de cachets.

« Au lieu d'avoir une consultation et une pharmacie ben les gens vont avoir trois consultations de médecins et trois pharmacies pour le même résultat. (...) T'avais des médecins qui t'en prescrivaient trois ou quatre par jour tandis que maintenant c'est un comprimé par jour. (...) Ben chaque médecin que je fais me donne deux boîtes. (...) En plus c'est chiant parce que tu attends dans les salles d'attente quoi. Alors tu vois, tu es obligé d'y passer trois fois plus de temps... Pour arriver au même résultat quoi, c'est débile quoi » [Rémi, 40 ans, Toulouse].

LES RESEAUX DE VENTE CLANDESTINE A PARTIR DE FEVRIER 2001

Le marché noir s'effectue dans la rue, dans des quartiers connus par les consommateurs pour cette activité, quartiers dont ils parlent, dans une ville ou dans l'autre, comme de lieux bien identifiés où cette activité commerciale est bien rôdée. Cependant, l'achat en appartement est également mentionné, notamment depuis février 2001 [Rémi]. Il concerne alors des réseaux plus confidentiels, accessibles uniquement par connaissances.

Par contre, le plus jeune des consommateurs de Rohypnol® qui a été rencontré, et qui vit dans des conditions précaires, affirme que ce produit serait vendu dans des discothèques, ou du moins à leurs abords. Ceci pourrait être un indicateur du déplacement des lieux de vente mais aussi d'un élargissement des publics concernés par sa consommation.

« Ils le savent eh... tout... tout... tous les gens qui s'occupent de nous, même les hauts placés, ils le savent, qu'ils le vendent dans les boîtes ou quoi. Qu'ils le vendent. (...) Attendez Madame ! Et oui ! Vous croyez que quoi ? Vous allez en boîte, et vous voyez, ça tourne ! Vous traversez la rue, hop, on vous propose un truc hein ! Voilà » [Gaëtan, 21 ans, Marseille].

De façon exceptionnelle sont évoqués d'autres moyens de se procurer du Rohypnol® depuis son passage sur ordonnance sécurisée. Arnaud [42 ans, Paris] raconte comment il obtient « d'un ami » des cachets issus de détournements hospitaliers : selon son discours, cette personne lui procure des cachets dosés à 2 mg pièce (dosage qui n'est plus disponible en pharmacie de ville), issus de boîtes de 100 comprimés sur lesquelles est marquée la mention « Hôpitaux de Paris ». Il explique également que certains médecins sont connus pour se laisser soudoyer, en acceptant 30 euros en plus de la consultation contre une ordonnance sécurisée. Ces contournements du cadre légal peuvent être à l'origine de la diffusion du Rohypnol® sur le marché noir, sans qu'il soit possible de déterminer si ces pratiques sont marginales, ou si elles alimentent le marché clandestin au même titre que les multiprescriptions qui s'effectuent à l'insu des médecins concernés.

Un autre récit explicite quant à lui les ressources développées pour perpétuer la vente clandestine de Rohypnol® malgré sa restriction de mise sur le marché, ces informations étant de première main, puisqu'issues du discours du revendeur lui-même. Patrice [24 ans, Marseille] a effectivement modifié considérablement ses pratiques de revente et de consommation depuis février 2001 puisqu'il a dû restreindre le nombre de ses praticiens prescripteurs de Rohypnol® de treize à trois. Ces trois prescripteurs simultanés lui permettent d'alimenter le marché noir. Il explique que l'argent gagné par la revente du Rohypnol® dans la rue lui permet de « faire moins souvent le tapin ». Il explique aussi que les médecins sont dupes de ses mensonges et ne soupçonnent pas le trafic qu'il en fait, mais que le pharmacien, pour sa part, consentirait ouvertement au trafic.

« Treize médecins j'avais. Et là, ça y est, j'ai recommencé depuis quelques temps quoi. Donc là, tu me fouilles, j'ai... je suis blindé quoi. Bon là, c'est plutôt pour les vendre. Je ne me cache pas hein. Plutôt qu'aller faire le tapin... Je préfère faire ça qu'aller donner mon cul pour eh... (...) Et sans compter la pharmacie que je travaillais avec qui me... qui me... qui me ? ? les cachets quoi. (...) Le reste, je ne peux pas trop en parler parce que c'est quand même entre elle et moi quoi tu vois ? (...Mais les médecins...) Je leur disais que voilà, je prenais ça pour dormir et puis c'est tout quoi. Même si c'est pas vrai ben voilà » [Patrice, 24 ans, Marseille].

Avant février 2001, le marché clandestin constituait le plus souvent un complément dans l'approvisionnement en Rohypnol® détourné de son usage. Depuis février 2001, le marché clandestin est devenu la principale source d'obtention pour ceux qui continuent à consommer ce produit. Cette technique n'est pas exclusive, car les multiprescriptions restent pratiquées par une minorité. Les multiprescriptions comme la technique des fausses ordonnances peuvent de toute façon être toujours mises à profit pour se procurer d'autres benzodiazépines dont les conditions de délivrance ne sont pas aussi strictes.

Le prix du Rohypnol® semble avoir considérablement augmenté sur le marché clandestin depuis février 2001. Il est cependant variable d'une ville à l'autre et selon les quartiers dans lesquels son commerce est pratiqué. Le marché clandestin s'effectue dans la rue, dans des quartiers identifiés pour ce type de commerce mais aussi en appartement, au sein de réseaux de connaissances plus restreints. La vente dans des discothèques ou aux abords de celles-ci est mentionnée par un jeune consommateur de la ville de Marseille. La vente clandestine

semble principalement permise par le « trop-prescrit » généré par les prescripteurs multiples d'une même personne, mais est également déclarée comme étant facilitée et rendue possible par des liens entretenus avec des acteurs professionnels du champ médical qui y trouvent un intérêt financier : agents hospitaliers, médecins ou pharmaciens. L'accessibilité du Rohypnol® se trouve donc réduite mais toujours réelle.

Tableau récapitulatif des spécificités des consommateurs de Rohypnol® détourné de son usage médical actifs en février 2001

Profil 1 : Abstinents de Rohypnol® au jour de l'entretien, postérieur à février 2001

Profil 2 : Consommateurs occasionnels de Rohypnol® au jour de l'entretien, postérieur à février 2001

Profil 3 : Consommateurs quotidiens de Rohypnol® au jour de l'entretien, postérieur à février 2001

	Profil 1	Profil 2	Profil 3
Effectif	11/24	9/24	4/24
Âge moyen	37	30,5	30
Achat au noir du Rohypnol® au jour de l'entretien	-	+++	+
Multiprescriptions de Rohypnol® au jour de l'entretien	-	+	+++
Consommation de benzodiazépines de remplacement ou en complément	++	+++	+
Signification attribuée à la consommation des autres benzodiazépines : un traitement de substitution du Rohypnol®	+++	+	-
Signification attribuée à la consommation des autres benzodiazépines : une « défonce » plus accessible	+	+++	+
Réduction de toutes les benzodiazépines consommées, Rohypnol® compris	++	+	++

Selon une échelle graduée de 'non concernés (-)' à 'très concernés (+++)'.

Conclusion et mise en perspective

La méthode de travail utilisée contribue à la compréhension de l'évolution des pratiques de consommation du Rohypnol® depuis février 2001, et permet de poser des hypothèses empiriquement fondées relatives à l'impact du changement de mode de délivrance de cette préparation pharmaceutique sur la vie quotidienne de ses consommateurs.

Le médium du dispositif spécialisé de prise en charge de la toxicomanie pour rencontrer les individus a impliqué de réduire le contact aux personnes toujours en lien avec ce dispositif. De ce fait, le « patient idéal », qui aurait rompu toute relation avec ce dispositif depuis son arrêt du Rohypnol®, ne pouvait pas être inclus dans l'étude.

D'autre part, le mode de recrutement a conduit à solliciter particulièrement des consommateurs ou ex-consommateurs de Rohypnol® qui bénéficient parallèlement d'un traitement de substitution pour leur pharmacodépendance aux opiacés, la délivrance du traitement constituant le lien privilégié avec le dispositif spécialisé pour plus d'un tiers des personnes rencontrées. L'importance de la consommation associée de benzodiazépines et particulièrement de Rohypnol® chez les usagers d'héroïne a été largement attestée par la littérature spécialisée [2, 5, 6, 14,15,16...]. Les études quantitatives qui ont été réalisées sur ce sujet tendent à montrer que la consommation excessive de benzodiazépines prédit ou suit la consommation d'opiacés. La photographie obtenue grâce au corpus d'entretiens réunis pour cette étude doit ainsi vraisemblablement s'approcher des usages effectifs du Rohypnol® en France.

Les consommateurs rencontrés ont le plus souvent un faible niveau d'instruction, de maigres ressources et une insertion professionnelle presque absente. La réduction des consommations de Rohypnol® s'est imposée dans les pratiques de consommation, et des stratégies d'adaptation différentes sont mises en œuvre. Les benzodiazépines peuvent être entièrement stoppées, mais le plus souvent, le Rohypnol® est associé ou entièrement remplacé par la prise d'autres benzodiazépines. Celles-ci sont plus facilement accessibles grâce aux prescriptions médicales, le Rohypnol® étant majoritairement acheté au marché noir depuis février 2001.

L'observation de la chute des ventes de Rohypnol®, divisées par 4 entre 2000 et 2001 comme le montre le graphique présenté en introduction de ce rapport, doit ainsi être pondérée par l'analyse d'une série de facteurs que seule l'analyse qualitative du point de vue des consommateurs eux-mêmes peut mettre en valeur : la consommation de toutes benzodiazépines Rohypnol® compris, les stratégies de compensation par d'autres benzodiazépines, le sens investi dans le remplacement du Rohypnol® par une ou plusieurs autre(s) benzodiazépine(s).

L'ampleur des stratégies de compensation n'est pas une donnée neutre, pour deux raisons : d'une part, elle montre que l'arrêté de février 2001 n'a que rarement conduit au sevrage des benzodiazépines ; mais d'autre part, certaines des personnes rencontrées considèrent finalement leur consommation d'une autre benzodiazépine ou de plusieurs comme un « traitement de substitution » du Rohypnol®, plutôt que comme une « nouvelle défonce ». L'arrêté de février 2001 a ainsi favorisé la mise à distance du flunitrazepam chez les personnes qui ont fait le choix du sevrage de ce produit, mais il n'a eu qu'un impact limité en termes de bénéfices pour la santé chez celles qui investissent toujours dans les benzodiazépines le sens d'une « défonce », plutôt que d'un soin. En effet, et sous réserve du fait qu'aucune benzodiazépine n'a comme indication officielle de mise sous traitement la substitution d'une autre molécule de classe identique, attribuer subjectivement la signification d'un traitement de substitution au nouveau médicament consommé en remplacement du Rohypnol® peut constituer le point de départ d'une nouvelle démarche de prise en charge de sa santé.

Dans l'ensemble, il faut retenir qu'apparaissent clairement une nette réduction de la consommation de Rohypnol®, un remplacement massif du Rohypnol® par les autres benzodiazépines, un accroissement des ventes de flunitrazepam sur le marché noir, une légère tendance à la réduction de la consommation de toutes les benzodiazépines, et l'apparition d'un nouveau type de sens investi par certains consommateurs dans leur prise d'autre(s) benzodiazépine(s). De ce fait, l'arrêté de février 2001 peut être considéré comme un succès en termes de réduction de la consommation du Rohypnol®, comme un échec ou presque en termes de réduction de la consommation de toutes benzodiazépines, et comme un succès partiel en termes de bénéfices pour la santé.

Cette dernière appréciation particulièrement fait référence au constat qu'une partie des personnes rencontrées attribue le sens d'un traitement de substitution aux nouvelles benzodiazépines qu'elles consomment. Elle se base sur des données qualitatives, directement issues de la perception personnelle et subjective des individus sur eux-mêmes. Il faut sur ce point prendre en compte que ces personnes ont toutes des parcours sociaux et des histoires personnelles difficiles, des personnalités fragiles le plus souvent animées par une faible estime de soi, et qu'elles ont pu se retrouver face aux enquêteurs dans un processus de justification de leur consommation de benzodiazépines au jour de l'entretien : l'image de la benzodiazépine consommée sur le mode du « traitement de substitution prescrit » peut alors être mise en avant par les locuteurs pour normaliser et légitimer leur consommation.

L'usage des benzodiazépines de remplacement ne doit pas être négligé par les médecins prescripteurs de traitement de substitution, qui doivent veiller aux associations spontanées de Buprénorphine Haut Dosage et de ces molécules, car ces associations ont été désignées comme la cause du décès de certains patients substitués – est cité le mélange Subutex®, benzodiazépines et alcool - [17, 18]. L'investigation par les médecins auprès des patients substitués pour repérer les usages concomitants de benzodiazépines apparaît ainsi particulièrement nécessaire, mais il faut souligner que les pratiques médicales sur le terrain doivent aussi s'adapter au profil addictif des patients suivis, ce qui n'est pas forcément un exercice évident : dans certains cas, la difficulté réside

dans la mise au jour du nomadisme médical car le patient consulte un médecin pour chaque type de traitement qu'il recherche ; dans d'autre cas, la nécessité de conserver le lien avec le patient explique vraisemblablement le fait de prescrire quelques benzodiazépines en association avec le traitement de substitution, plutôt que de laisser le consommateur se tourner vers l'automédication à des doses plus importantes ou débiter la recherche d'autres prescripteurs.

En ce qui concerne l'accessibilité du Rohypnol®, le changement de cadre légal en février 2001 a conduit au développement de stratégies d'obtention tournées avant tout vers le marché noir. Les consommateurs témoignent que la plupart des médecins autrefois prescripteurs de ce produit deviennent réticents à le prescrire, suggèrent un sevrage ou proposent d'autres benzodiazépines, non soumises au contrôle induit par les ordonnances sécurisées. Le prix du Rohypnol® sur le marché clandestin aurait considérablement augmenté et apparaît comme très variable d'une ville à l'autre, d'un quartier à l'autre ou d'un réseau de consommateurs à l'autre. Cette variabilité est vraisemblablement liée à l'existence ou non de stocks du produit. D'autre part, si certains quartiers dans chaque grande ville sont connus pour permettre de trouver facilement ce type de substances, la vente de Rohypnol® s'effectue également de façon encore plus cachée, dans la sphère privée, en appartement. Le changement de cadre légal a conduit à restreindre considérablement l'accessibilité du Rohypnol®, mais sa « disparition », même progressive, ne peut en aucun cas être affirmée. Il est toujours présent sur le marché clandestin au cours des deux années qui suivent la modification du cadre légal, marché alimenté par des prescriptions abusives, que le médecin soit dupe ou non de l'usage qui doit en être fait. Les détournements de stocks hospitaliers sont également cités, mais seraient beaucoup plus exceptionnels.

La réduction de l'accessibilité du Rohypnol® par les voies habituelles de la prescription et l'augmentation de son achat sur le marché clandestin incitent à souligner les possibilités de diffusion du flunitrazepam dans de nouveaux espaces de consommation. La modification de paramètres contextuels du fait du changement de cadre légal en 2001 peut favoriser une porosité plus ou moins importante des espaces urbain et festif. Ce transfert d'une source d'obtention du produit à une autre peut participer à modifier son image. Même s'il apparaît comme une déclaration marginale, le témoignage d'un consommateur marseillais qui dit que le Rohypnol® est présent dans le « monde de la nuit », et peut se procurer aux abords des discothèques, peut être mis en lien avec des travaux américains qui considèrent le flunitrazepam comme une « drogue de club » [19], avec des observations de terrain faites en France qui rapportent sa présence ponctuelle dans l'espace festif [4], mais aussi avec les propos des consommateurs comme ceux des pharmacologues qui rapprochent les effets obtenus de ceux du GHB.

Il aurait néanmoins semblé fort illusoire de croire à une disparition du Rohypnol® sur le marché noir au cours des deux années qui ont suivi l'arrêté de février 2001, alors qu'il peut encore être prescrit, quoique sous des conditions plus drastiques, et que, d'autre part, des médecins témoignent de l'existence de médicaments dans certaines pharmacies familiales... plus de vingt ans après qu'ils

aient été retirés du marché²⁴ ! Si l'éthique médicale conduit à penser que la complicité des médecins ou des pharmaciens est rare et le fait d'individualités peu soucieuses de la santé publique, l'existence de prescriptions abusives qui alimentent le marché clandestin engage la sphère médicale à s'interroger sur les moyens à sa disposition pour éviter de « se faire prendre au jeu ». Ce questionnement apparaît tout à fait légitime à partir du moment où les risques induits par les prises inconsidérées de Rohypnol® ou d'autres benzodiazépines doivent être limités, mais il ne doit pas s'affranchir d'une réflexion sur les critères mis en oeuvre pour repérer les simulateurs. Des recommandations ont été élaborées à l'attention des médecins américains pour reconnaître ce type de patients, à l'aide de critères comme « l'attitude générale » et « les arguments fallacieux avancés » [20], mais leur application peut générer des mécanismes de désignation péjorative. Elles pourraient d'une part aider les simulateurs à adopter l'attitude *ad hoc* pour obtenir les substances recherchées (par la mise en oeuvre de critères inversés), et réduire d'autre part l'accès aux soins de personnes qui les nécessiteraient car elles ne correspondraient pas aux critères d'éligibilité d'une « bonne » prescription de benzodiazépines. Ces catégories permettant le « repérage des fraudeurs », dont la volonté affichée est d'être une aide au diagnostic, pourraient ainsi être rapidement perverties si elles sont privées d'une réflexion posée en amont, pour aboutir à la mise en oeuvre collective d'un processus de stigmatisation, processus toujours idéologiquement induit par « un stéréotype quant à ce que devrait être ce type d'individus » [21].

²⁴ Le Dr Ph. Jaury, dans *Le courrier des Addictions* du premier trimestre 2003, raconte une anecdote particulièrement « stupéfiante » : il découvre lors d'une consultation à domicile auprès d'une patiente centenaire qu'elle utilise toujours en 2003 pour « garder la forme » des pastilles Houdé® à base de menthol et de... chlorydate de cocaïne (!!), pastilles retirées du marché avant 1980.

Bibliographie

1. Miller N, Mahler J, 1991, „Addiction to and dependence on benzodiazepines. Diagnostic confusion in clinical practice and research studies”, *Journal of substance abuse treatment*, 8, 61-67.
2. Jamouille M, 1996, “Le Rohypnol®, une drogue dure amnésiante. Résultat d’une recherche en médecine de famille”, *Psychotropes*, 2, 53-66.
3. Calhoun SR, Wesson DR, Galloway GP, Smith DE, 1996, « Abuse of flunitrazepam (Rohypnol®) and other benzodiazepines in Austin and South Texas”, *Journal of Psychoactive drugs*, 28 (2), 183-189.
4. Bello PY, Toufik A, Gandilhon M, 2001, « Tendances Récentes. Rapport TREND », éditions de l’OFDT.
5. Fatseas M, 2001, *Benzodiazépines, toxicomanie et traitement de substitution : analyse des données de la littérature et étude exploratoire*, Thèse de doctorat de médecine, Bordeaux II.
6. Bello PY, Toufik A, Gandilhon M, Giraudon I, 2002, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001. Rapport TREND*, éditions de l’OFDT.
7. Gossop M, Best D, Mardsen J, 1997, « Consommation abusive de Temazepam en Grande-Bretagne » *Psychotropes*, 3, 7-18.
8. Anglin D, Spears KL, Hutson HR, 1997, “Flunitrazepam and its involvement in date or acquaintance rape”, *Acad Emerg Med.*, 4, 323-326.
9. Kalvin A, 1997, “The date rape drug flunitrazepam”, *Pharmacy practice*, 13 (2), 23.
10. Frazer A, 1998, “Use and abuse of the benzodiazepines”, *Therapeutic Drug Monitoring*, 20 (5), 481-489.
11. Hugues EC, 1996 (rééd 1971), *Le regard sociologique*, Editions de l’EHESS.
12. Lert F, Fonbonne E, 1989, *La toxicomanie : vers une évaluation de ses traitements*, La Documentation Française.
13. Castel R (sous la direction de), 1998, *Les sorties de la toxicomanie*, Editions Universitaires de Fribourg.
14. Ladewig D, 1990, « Urine analysis for benzodiazepines among opiate consumers », *Drug and Alcohol Dependence*, 25, 145-148.
15. Salvaggio J, Jacob C, Schmitt C, Orizet C, Ruel M, Lambert H, 2000, « Consommation abusive de flunitrazepam par les toxicomanes aux opiacés », *Annales de Médecine Interne des Addictions*, 151, suppl. A, A6-A9.
16. Thirion X, Micallef J, Barrau K, Djeddar S, Sanmarco JL, Lagier G, 2001, « Observation of psychoactive substance consumption : methods and results of the French OPPIDUM programme », *European Addiction Research*, 7 (1), 32-36.
17. Reynaud M, Petit G, Potard D, Courty P, 1998, “Six deaths linked to concomitant use of buprenorphine and benzodiazepines”, *Addiction*, 93 (9), 1385-1392.
18. Tracqui A, Kintz P, Ludes B, 1998, “Buprenorphine-related deaths among drug addicts in France : a report on 20 fatalities”, *Journal Anal. Toxicol.*, 22 (6), 430-434.
19. Smith KM, Larive LL, Romanelli F, 2002, “Club drugs : methylenedioxyamfetamine, flunitrazepam, ketamine hydrochloride, and gamma-hydroxybutyrate”, *Am J Health Syst Pharm*, 59, 1067-1076.
20. Garcia C, Allio I, Birnat P, Schuliar Y, Perrin M, 2002, “De l’art de transformer les médicaments en substances illicites”, *Revue THS*, septembre, 831-837.
21. Goffman E, 1989 (rééd 1963), *Stigmates*, éditions de Minuit.
22. Passeron JC, 1992, *Le raisonnement sociologique*, Nathan.

Annexes

Annexe 1 : La méthode

L'APPROCHE QUALITATIVE

Mieux connaître les consommateurs de Rohypnol® en 2001-2002, soit comprendre leurs pratiques des produits psychoactifs, et l'impact du changement de cadre légal²⁵ sur leurs conduites de consommation ou sur les moyens désormais mis en œuvre pour se procurer cette substance, a impliqué de s'intéresser aux façons dont cet événement s'est inscrit dans les parcours de vie, et aux processus sociaux et subjectifs qui ont conduit ces personnes à perdurer ou non dans cet usage.

Cette approche qualitative s'appuie sur une méthodologie issue des sciences sociales. Cette méthode envisage les sciences humaines comme un savoir principalement « empirico-rationnel » [22]. Le classement des données empiriques constitue le support de sa méthodologie [11]. Sur le plan technique, l'approche adoptée a pris le parti d'introduire dans les entretiens des grands thèmes de discussion que le locuteur prend comme point d'appui pour orienter son discours, mais qui le laisse maître du degré d'importance attaché à chaque thème et des associations qu'elles induisent.

Les données qualitatives obtenues ont été étudiées en prenant en compte leurs limites, principalement liées à leur nature discursive : les discours doivent toujours être recontextualisés dans les intentionnalités des personnes rencontrées (motivation, sentiment, apposition excessive de sens, événements choisis ou subis) et dans le contexte social qui a permis leur émergence.

Cette approche des données recueillies a pour but de ré-inscrire les pratiques du Rohypnol® dans les contextes sociaux et les intentionnalités dont elles sont le produit, mais aussi de repérer des contextes ou des situations spécifiques qui permettent d'interpréter les raisons des variations dans les conduites de consommation de Rohypnol® depuis février 2001.

LE RECUEIL DE DONNEES

Les sites retenus par le dispositif TREND pour réaliser le recueil des entretiens sont au nombre de cinq : Marseille, Bordeaux, Paris, Toulouse, Rennes.

Le recueil des données s'est réalisé entre août 2001 et octobre 2002. Il comprend 24 entretiens semi-directifs, l'objectif initial de 40 entretiens n'ayant pas été atteint. Au cours de la période assignée au recueil de données, 28 entretiens ont été enregistrés mais 4 d'entre eux se sont révélés hors critère d'inclusion au cours de la discussion. Vingt-quatre entretiens répondent ainsi au critère d'inclusion qui demandait à ce que les personnes rencontrées soient des consommatrices actives de Rohypnol® en février 2001, et ont été utilisés pour l'analyse des données.

²⁵ Arrêtés du 1^{er} février 2001, parus au Journal Officiel du 7 février 2001, relatifs à la restriction du mode de délivrance des médicaments à base de flunitrazepam / Rohypnol®.

Ce recueil de données a donné lieu à des difficultés majeures sur le terrain pour les enquêteurs, pourtant rompus à ce type de travail auprès des usagers de drogues. De nombreux rendez-vous ont été pris et n'ont pas été honorés. Tous les enquêteurs rapportent la difficulté extrême pour instaurer une relation de confiance entre eux et les consommateurs de Rohypnol® ciblés par la recherche. Plus que dans toute autre étude sur l'usage de drogues dont les enquêteurs ont eu l'expérience, les réactions de méfiance ou de mise en doute de leur bonne foi ont été nombreuses. Cette configuration a conduit à renoncer à plusieurs entretiens pour lesquels les contacts avaient été largement engagés, ou à réaliser des entretiens de qualité inégale. Parmi les 24 entretiens recueillis, 6 peuvent être qualifiés de « laconiques » et livrent le minimum d'informations leur permettant de répondre à la demande de l'enquêteur. Deux raisons pourraient expliquer cette situation : d'une part, les usagers de drogues n'ont pas l'habitude d'être interrogés spécialement sur leur usage des benzodiazépines ; d'autre part, expliquer leur situation implique le plus souvent d'indiquer qu'ils ont recours à plusieurs médecins prescripteurs, qu'ils achètent ou revendent au noir, pratiques au sujet desquelles ils connaissent habituellement la réprobation sociale, autant de la part des non consommateurs, que des consommateurs de drogues illicites (ils sont péjorativement perçus comme des *cachetonneurs*).

LES CRITERES D'INCLUSION

Pour être inclus dans l'étude, les personnes devaient être des consommatrices actives de Rohypnol® en février 2001, de façon à ce qu'elles aient été confrontées à la restriction de mise sur le marché. Les personnes rencontrées pouvaient par contre ne plus consommer de Rohypnol® au jour de l'entretien.

LES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

Le recueil des données s'est matérialisé par la réalisation d'entretiens enregistrés sur bande magnétique, entre un consommateur de Rohypnol® et un enquêteur soumis à la confidentialité quant aux noms et aux lieux susceptibles d'être cités dans le cadre de la recherche.

Chaque enquêteur disposait d'une grille d'entretien qui lui permettait d'orienter la discussion en fonction des thèmes privilégiés par l'étude, tout en laissant le locuteur procéder par associations libres le plus souvent possible.

Chaque entretien a été construit à partir des thèmes suivants :

- l'évolution dans le temps de la consommation de tous les produits psycho-actifs (tabac exclu, alcool compris)
- les circonstances de la découverte du Rohypnol® et de l'usage détourné des benzodiazépines en général
- les pratiques du Rohypnol® : ses modalités d'acquisition, les quantités consommées, les voies d'administration, les associations de produits, les contextes de consommation
- les motivations de l'usage du Rohypnol® et les effets recherchés
- la gestion de la pénurie, du manque, les périodes d'arrêt et de sevrage

- les conduites de consommation et les conséquences sur la vie quotidienne depuis le changement de législation
- la fiche signalétique de l'interviewé (caractéristiques socio-démographiques).

L'ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES

L'analyse qualitative des données de l'étude procède de façon inductive, en considérant les données empiriques (les discours recueillis lors des entretiens) comme point de départ de l'analyse compréhensive. Le classement exhaustif de ces éléments discursifs a permis de proposer une analyse de contenu thématique.

L'application d'un raisonnement comparatif et typologique [22] sur les données recueillies rend compte des spécificités de l'usage détourné du Rohypnol® depuis février 2001, en proposant une classification des façons de vivre l'expérience du mésusage de Rohypnol®.

Cette méthode de travail contribue à la compréhension des parcours d'usagers de drogues et à l'approfondissement des logiques qui les sous-tendent, mais ne permet pas la généralisation des résultats obtenus à l'ensemble des consommateurs de Rohypnol® qui ont été confrontés à la restriction de l'AMM de cette substance. Cette approche autorise cependant à poser des hypothèses raisonnées relatives à l'impact du changement de cadre légal sur les conduites de consommation, ainsi que sur l'évolution de l'accessibilité du produit depuis cet événement.

Annexe 2 : La consommation du Rohypnol® au cours de la vie chez les personnes rencontrées.

Les éléments recueillis sur les pratiques du Rohypnol® hors protocole médical confirment l'état des connaissances sur le sujet : le public précarisé, l'association avec de l'alcool et/ou des opiacés, la fonction de désinhibition, les effets secondaires non maîtrisés [2, 6]. En 1996, l'étude de Marc Jamouille [2] exposait des caractéristiques de l'usage du Rohypnol® qui se retrouvent après 2001 en France : les prises massives qui peuvent atteindre 60 mg en 24 heures, les liens importants entre l'usage du Rohypnol® et l'héroïnomanie, l'état clinique consécutif à la prise compulsive du Rohypnol®. Elle décrivait l'état semi-conscient d'obnubilation euphorique, l'effet « Rambo », la levée des inhibitions avec une éventuelle agressivité incontrôlable paranoïde, puis le passage à l'acte suivi d'endormissement et d'amnésie partielle ou totale. Il soulignait aussi les risques induits par la levée des inhibitions : les prises de risques lors de vols ou cambriolages, mais aussi les risques d'overdoses à l'héroïne une fois le Rohypnol® ingéré.

LES MODALITES DE L'INITIATION

Plusieurs raisons explicitent la prise du premier Rohypnol®. Selon la raison invoquée, l'âge à la première consommation est variable, ainsi que le mode d'obtention des cachets. Les raisons des premières prises se distinguent selon deux catégories : l'initiation pour les effets propres du produit, et l'initiation pour remplacer l'héroïne.

L'initiation au Rohypnol® pour ses effets propres

La moitié des personnes rencontrées déclare que leur initiation au Rohypnol® avait pour but d'expérimenter ses effets propres (12/24).

Ceux qui s'initient au Rohypnol® dans le but de « se défoncer », « se calmer », ou « oublier » sont souvent adolescents au moment de cette première prise, et se sont généralement procurés les cachets auprès d'amis qui les leur ont donnés, ou bien se sont servis dans la pharmacie familiale. En effet, les très jeunes consommateurs de Rohypnol® font souvent l'expérience de ce produit en subtilisant des comprimés prescrits à leurs parents.

Le Rohypnol® a généralement été expérimenté entre l'âge de 13 et 20 ans, sauf par deux personnes qui font un premier usage de ce produit après une longue période de consommation de stimulants : Michel [47 ans, Marseille] débute l'usage du Rohypnol® après plus de quinze ans de consommation régulière de cocaïne ; Denis [38 ans, Bordeaux] connaît l'usage du Rohypnol® peu après une première ordonnance de Lexomil®, prescrit dans le but de calmer des crises d'épilepsies dues à un excès d'amphétamines (il consomme du « speed » et de l'Orténal® détourné de son usage durant douze années avant la première prise de Rohypnol®).

« Se défoncer »

« (...La première fois...) C'était avec des amis dans un parc. (...) J'ai goûté. Comme eh... comme l'alcool. Je croyais que c'était comme de l'alcool. L'effet de l'alcool » [Fabien, 36 ans, Marseille].

« Se calmer »

« J'ai commencé par les Tranxène®, par des Rohypnol® eh... Je suis resté dix ans accro à la codéine, c'est à dire au Néocodion®. C'est d'ailleurs pour ça que je prends de la méthadone. (...) Tout ce qui est calmant quoi, tout ce qui... tout ce qui peut me calmer » [Hubert, 31 ans, Marseille].

« Oublier »

« J'ai senti un plaisir que..., que..., qui..., qui me permettait d'oublier cette..., cette souffrance par rapport à ma mère, et par rapport à mes beaux pères qui m'ont..., qui m'ont viré de l'appartement (...) Ma mère elle travaillait, et après quand elle a arrêté de travailler, là, elle est partie he..., he..., dans les médicaments justement et à c't'époque là c'était le Rohypnol® deux milligrammes, et quand..., (...) quand j'ai eu les problèmes avec le beau-père, j'ai fait ma première tentative de suicide au Rohypnol® à l'âge de seize ans. Tout s'est passé à cette époque-là » [Antoine, 29 ans, Paris].

L'initiation au Rohypnol® pour remplacer l'héroïne

Ceux qui connaissent une première consommation de Rohypnol® après avoir consommé régulièrement de l'héroïne, dans le but de calmer le manque, de supporter un sevrage ou de potentialiser une dose d'héroïne trop faible, sont quant à eux caractérisés par une initiation plus tardive (toujours postérieure à l'âge de 17 ans). Leur mode d'obtention des premiers cachets diffère également puisqu'ils sont le plus souvent dans ce cas obtenus par prescription ou achetés au marché noir.

L'initiation au Rohypnol® peut être suscitée par les conseils d'amis, ou faire suite à une prescription médicale. Dans plusieurs cas, l'initiation au Rohypnol® le cantonne d'abord au rôle de produit secondaire, mais la consommation débouche malgré tout, comme chez ceux qui l'ont consommé au départ pour ses effets propres, sur une perte du contrôle de sa fréquence d'usage.

« Supporter le manque ou le sevrage »

« En prenant du Rohyp, j'avais plus de crampes dans le dos ni mal aux jambes » [Colin, 28 ans, Bordeaux].

« Potentialiser l'héroïne »

« Et puis il y a un truc, c'est que bon, quand tu trouves de la came et puis du Rohypnol®, ça te cassait un peu plus, ça te mettait de... de la came. Quand tu tombais sur des comes qui n'étaient pas terribles ben c'est vrai que tu prenais le Rohypnol® avec. Quand tu avais du super bon produit, à la limite, tu n'avais pas besoin mais bon, c'est vrai que tu n'as pas toujours du bon produit » [Rémi, 40 ans, Toulouse].

LES PRATIQUES DE CONSOMMATION

Avant la restriction de mise sur le marché en février 2001, la délivrance du Rohypnol® avait déjà connu des modifications avec la suppression de la vente en pharmacie de ville des comprimés de 2 mg (« les roses »), et le remplacement des plaquettes de 10 cachets de 1 mg (« les blancs ») par des plaquettes de 7 comprimés de 1 mg (« les verts »). Plusieurs personnes parmi celles qui ont été rencontrées réfutent l'idée que les cachets blancs et les cachets verts aient réellement une composition identique et regrettent le premier type de conditionnement. Plusieurs consommateurs en effet rapportent que, en ce qui concerne les prises massives, les cachets verts « défoncent moins » et créent plus de perte de mémoire.

« Avec les blancs, je savais ce que je faisais, et ça me défonçait carrément un quart d'heure après. Que là, il me faut au moins vingt minutes, une heure et tu perds la mémoire. Tandis que... avec les blancs, je ne perdais pas la mémoire du tout. Donc je regrette les blancs quand même, tu vois » [Patrice, 24 ans, Marseille].

Isidore [23 ans, Nice] résume la pensée exprimée dans plusieurs entretiens : « *ils ont dû changer la formule* ».

Les fréquences de consommation et les quantités consommées

Avant la restriction de mise sur le marché en février 2001, toutes les personnes rencontrées ont connu une période d'une durée allant d'une à plusieurs années de consommation quotidienne ou régulière (plusieurs fois par semaine) de Rohypnol®. Les consommateurs dits « réguliers » consommaient quotidiennement d'autres substances psychoactives, licites ou illicites. Lors de ces périodes, les doses habituellement consommées sont très variables²⁶. Certaines personnes se sont toujours limitées à la consommation de 2 à 6 comprimés de 1 mg par jour (6/20), les plus nombreux déclarent une consommation comprise entre 10 et 30 mg en vingt-quatre heures (11/20), tandis qu'une minorité rapporte la prise journalière de 40 à 60 mg (3/20).

L'association du Rohypnol® et d'autres substances psychoactives

Le Rohypnol® était le plus souvent consommé en association avec d'autres produits, et est d'ailleurs décrit comme « *apprécié en cocktail* » [Arnaud, 42 ans, Paris]. Il s'agit généralement de l'alcool, de l'héroïne, de stimulants (principalement de la cocaïne, des amphétamines ou des médicaments à base amphétaminique comme l'Orténal®, souvent cité, qui a lui aussi été retiré du marché), ou de buprénorphine haut dosage (Subutex®). Les triptyques sont les associations les plus souvent rapportées : Rohypnol®, alcool et Subutex® ; Rohypnol®, alcool et cocaïne ; Rohypnol®, alcool et héroïne ; etc... Avec de l'alcool, il peut également être panaché avec d'autres benzodiazépines comme le Seresta®, le Lexomil®, le Noctamide® et le Tranxène®, qui majorent le caractère hypnotique du Rohypnol®. Généralement, les personnes expriment leurs préférences et leur habitude ; cependant, les mélanges peuvent se faire au gré de « *ce qui tombe sous la main, Rivotril®, Rohypnol®, alcool, héro, coke, ecsta, Sub* » [Gaëtan, 21 ans, Marseille]. Le Rohypnol® peut d'autre part, dans les mélanges, avoir le rôle de « potentialisateur » : l'ajout d'un ou deux comprimés de

²⁶ Quatre personnes ne renseignent pas les doses qu'elles consommaient en vingt-quatre heures.

Rohypnol® à un cocktail médicamenteux permet d'avoir sa « *défonce pas chère* », par exemple 2 comprimés de Rohypnol®, 2 comprimés de Tranxène® et 40 comprimés de Néocodion® [Etienne, 39 ans, Bordeaux].

Plus rarement, le flunitrazepam a pu être consommé sans autre produit associé, notamment lorsque ses effets somnifères ou calmants sont recherchés. Lorsque c'est le cas, les personnes concernées n'ont le plus souvent pas pratiqué les associations de substances qui viennent d'être décrites, ou alors exceptionnellement, à titre d'expérience. « *Si je prends du Tranxène® c'est du Tranxène® et puis c'est tout. Si je prends du Rohypnol®, c'est du Rohypnol® et puis c'est tout. Je... je fais attention. Je... je... je veux pas crever non plus. J'essaie de ressentir un bien être par le biais de ces médicaments, mais je veux pas non plus crever* » [Hubert, 31 ans, Marseille].

Les voies d'administration

La voie d'administration privilégiée pour la prise détournée du Rohypnol® reste la voie orale, certains précisant qu'ils laissent les comprimés fondre sous la langue. Les plus nombreux soulignent que le produit peut être injecté, sniffé ou fumé, mais la majorité n'a pas expérimenté d'autres voies d'administration que la voie orale en ce qui concerne le Rohypnol®. Les consommateurs peuvent avoir consommé simultanément d'autres substances par voie intraveineuse ou nasale pendant plusieurs années mais avoir pourtant toujours ingéré le flunitrazepam. Des exceptions existent pourtant. Une personne raconte qu'elle injectait le Rohypnol® à l'époque au cours de laquelle elle s'injectait simultanément de l'Orténal® [Nicolas, 32 ans, Marseille] ; une autre déclare avoir injecté 5 à 10 mg de Rohypnol® à plusieurs reprises, pour réguler la descente d'autres produits comme le LSD ou l'ecstasy [Natacha, 24 ans, Marseille] ; Plusieurs personnes ont consommé le Rohypnol® par voie nasale durant de longues périodes au cours de leur vie, dont deux qui le sniffent toujours au moment de l'entretien, après février 2001 [Patrice, 24 ans, Marseille ; Rémi, 40 ans, Toulouse]. Pour injecter ou sniffer le Rohypnol®, les comprimés sont simplement pilés puis consommés comme le serait de la poudre d'héroïne. « *Oh ben je mettais ça dans une feuille de papier, et je prenais mon couteau et j'écrasais bien. Puis je prenais une paille et je les sniffais comme si je sniffais de la came* » [Caroline, 58 ans, Paris].

Les contextes de la consommation

Les récits des prises de Rohypnol® montrent que la consommation de ce produit était le plus souvent effectuée en solitaire, parfois à deux. Les personnes interrogées affirment leur préférence pour une consommation isolée. Les raisons qui la justifient à leurs yeux sont diverses : la notion de solitude peut être présente dans l'ensemble du récit et la consommation de substances psychoactives et notamment de Rohypnol® en étant seul découle directement de cette situation. La solitude lors des prises peut également être justifiée par l'objectif de la consommation : être seul pour dormir, être seul pour « décrocher », ou encore pour effectuer un acte répréhensible (voler, cambrioler). Certains rapportent aussi ne pas vouloir partager le produit dont ils disposent, ce qui les incite à ces consommations solitaires. Le plus souvent, la consommation se déroule chez soi, dans la rue, dans un lieu public comme un bar, voire sur le lieu de travail pour ceux qui ont connu une vie professionnelle dans le passé.

Les consommations de groupe sont plus rarement rapportées : la consommation s'effectue alors « dans le quartier », c'est-à-dire un quartier périphérique d'une grande ville qui est également le quartier de résidence, ou dans la rue, en centre urbain, entre personnes sans domicile. La prise collective s'effectue dans ce contexte mais peut aboutir au déplacement du groupe dans un autre lieu, au centre ville, ou dans une ville adjacente²⁷.

Dans un seul cas, la consommation du Rohypnol®, y compris son initiation, est rattachée à l'espace festif techno : c'est le discours de Natacha [24 ans, Marseille], sans domicile depuis l'âge de 13 ans, qui revendique au cours de l'entretien une identité de « traveller ». Elle consomme du Rohypnol® pour la première fois en « rave-party »²⁸, avec le groupe d'amis avec lequel elle s'y trouvait, puis à plusieurs reprises pour assurer les descentes d'ecstasy ou de LSD. Elle en consomme quotidiennement au jour de l'entretien, dans la rue ou en squat d'habitation.

LES FONCTIONS DE LA CONSOMMATION

Plusieurs catégories d'effets recherchés peuvent être expérimentées au cours des phases successives de la vie d'un consommateur ; de même, un consommateur peut utiliser le Rohypnol® dans des perspectives différentes au cours d'une même période, en fonction des contextes et de ses besoins du moment. Ces catégories d'effets recherchés désignent les différentes « fonctions » du mésusage de flunitrazepam. La substance peut être citée comme étant appréciée du fait de son caractère « multifonctions », les effets pouvant être adaptés selon les contextes dans lesquels il est consommé, des produits qui lui sont associés, et des doses qui sont administrées.

« L'image » du produit se distingue de ses fonctions, car plusieurs fonctions peuvent lui être attribuées pour une image univoque. Pour les plus nombreux, au cours de leurs périodes de consommation les plus denses, le Rohypnol® est une « défonce » comme une autre, consommé exclusivement à dose massive pour ses capacités psychoactives. Il est perçu comme une drogue qui se différencie seulement des autres par son caractère licite, et la possibilité de l'obtenir par prescription médicale. Les effets obtenus ne sont jamais comparés avec ceux obtenus grâce à l'usage d'autres produits, ce qui renforce l'idée que le Rohypnol® est conçu comme une substance consommée pour ses effets propres, plutôt que comme une substance de remplacement, y compris chez ceux qui en ont débuté l'usage pour remplacer l'héroïne. Un seul entretien le compare à une autre substance psychoactive pour le caractériser : « *Le Rohypnol®, c'est le cousin du GHB* » [Natacha, 24 ans, Marseille]. Cette représentation très prégnante de substance consommée exclusivement pour son potentiel « défonçant » n'est pourtant pas unanime. La perception du Rohypnol® comme un soin apparaît de façon minoritaire chez ceux qui l'utilisent dans le but de se calmer et d'apaiser leurs angoisses, ou dans un cas comme substitut d'une autre substance.

²⁷ Des déplacements au cours des phases d'amnésie sont relatés par les répondants, conférer le dernier paragraphe de cette annexe « Les effets pervers »

²⁸ Natacha emploie elle-même le mot « rave party », mais il est probable qu'elle ne fasse pas la distinction entre une « rave party », en tant que soirée légale et souvent payante, et « free-party », en tant que soirée improvisée sans autorisation. Son manque de ressources, ses conditions de vie précaires et son identification au mouvement des « travellers », habitués de la mouvance « free », incitent à penser qu'elle fait plutôt allusion à une soirée improvisée sans autorisation de type « free-party ».

« *Tout ce qui est calmant quoi, tout ce qui... tout ce qui peut me calmer* » [Hubert, 31 ans, Marseille]. La perception du produit comme thérapie de l'angoisse ou de l'insomnie peut ainsi être exclusive chez quelques-uns. Une personne parvient pourtant à imbriquer paradoxalement ces deux images, en attribuant aux temps de « la défonce » des capacités de « restructuration » psychologique.

« - quand tu dis "c'était la défonce"... Tu ne le prenais pas comme un médicament à ce moment-là.

Au début tu le prenais comme un médicament mais après...

- *Les deux, les deux.*

- **LES DEUX ?**

- *Pour moi c'est une défonce aux médicaments. (...) Une défonce thérapeutique* » [Samuel, 25 ans, Toulouse].

L'image du produit conditionne en partie les diverses fonctions expérimentées au cours de la vie. Lorsque le Rohypnol® est principalement consommé pour réduire ses angoisses, ou « *ne plus être parano* » [Hubert], les fonctions expérimentées se limitent généralement à cet objectif d'apaisement. Par contre, lorsque d'autres fonctions du produit sont expérimentées, les personnes ont généralement utilisé l'ensemble de ses capacités psychoactives, y compris celle de l'apaisement.

Les fonctions du Rohypnol® peuvent être regroupées en quatre catégories principales, au sein desquelles différents effets recherchés peuvent être considérés comme apparentés.

Le Rohypnol® pour moduler son humeur

Comme le préconise son indication thérapeutique, le Rohypnol® peut être utilisé pour son effet sédatif. Il peut être utilisé pour faciliter l'endormissement, soit lors d'insomnies classiques, soit à l'occasion d'un sevrage de l'héroïne, ou bien pour se calmer, pour maîtriser ses angoisses, pour oublier ses problèmes ou des traumatismes. Dans cette perspective, il est également décrit comme permettant de supporter la solitude : « *quand tu es seul, avec ça, tu n'es plus seul, quoi, tu vois. Tu es dans ton nuage eh... tu peux le substituer au problème quoi tu vois ?* » [Patrice, 24 ans, Marseille].

À l'inverse, l'usage du Rohypnol® fait rapidement découvrir ses facultés de stimulation lors des prises massives (renversement des effets obtenus). « *Au lieu de me faire dormir, c'était l'effet contraire. J'étais vraiment speed. Et ça me... cet effet-là me plaisait bien* » [Caroline, 58 ans, Paris]. Il est alors utilisé pour donner « *du tonus* » [Rachel, 33 ans, Toulouse], et peut être utilisé comme dopant dans la vie professionnelle.

Le Rohypnol® pour gagner assurance et puissance

La fonction de désinhibition du Rohypnol® apparaît comme une des fonctions principales du mésusage du flunitrazepam. La désinhibition peut être recherchée dans plusieurs contextes, en sous-tendant différents objectifs. La désinhibition relationnelle, qui permet d'être à l'aise avec autrui ou de s'affirmer dans un groupe, revient souvent dans les discours recueillis.

« *Vu que je suis anxieux, je suis quelqu'un qui ne va pas vers les autres, qui ne parle pas, qui est renfermé un petit peu, donc je m'en servais pour ça quoi (...) Je parle un peu plus, voilà, je vais un peu plus vers les autres et je commence à rigoler, à sortir des blagues* » [Samuel, 25 ans Toulouse].

L'effet désinhibiteur peut aussi être recherché pour faciliter un « passage à l'acte ». Le plus souvent, ce passage à l'acte concerne un vol ou un cambriolage planifié à l'avance. Le Rohypnol® confère alors l'assurance nécessaire pour réaliser son projet en évacuant la peur, ou la réflexion sur les conséquences de son acte.

« Pour aller faire un cambriolage par exemple, c'est sûr que bon, si t'as rien, quand même, c'est dur quoi. Alors que si ? ? ? ? D'une façon ou d'une autre, ça va te donner un peu de force. C'est comme le vin hein, le vin tu sais, ça donne du cœur à l'ouvrage et ça réchauffe le cœur. Ben c'est un peu dans le même esprit hein. Après ils partent à la guerre, tu vois mais bon, se torcher la gueule hein ! Quitte à crever, autant carrément avoir eh... un peu pompette plutôt que d'être lucide et voilà ? ? ? Te rentrer dedans. Je sais pas c'est... Tu vas voler, c'est un peu pareil. Si tu dois te faire attraper, tu te fais quand même... Et puis même, ça va être dur tu vois de... de casser une porte, de rentrer dans un appartement ou d'aller dans un magasin et puis voler les vêtements parce que bon, sans avoir quelque chose dans la tête... (...) Ah ouais, ah ouais, tu prends tes Rohypnol® et puis tu y vas. (...) Des fois tu sais que tu es surveillé, tu dis je m'en fous, je prends le risque quand même pour voir si je passe ou je ne passe pas » [Rémi, 40 ans, Toulouse].

La faculté du Rohypnol® à favoriser la désinhibition est souvent vécue et relatée comme permettant de ressentir un sentiment de toute-puissance, connue des spécialistes sous le nom d'« effet Rambo ». C'est cette sensation qui favorise l'affirmation de soi dans les relations humaines, qui permet le passage à l'acte et qui, globalement, permet d'assumer des événements ou des situations difficiles à vivre, en donnant l'impression d'être « plus fort », mais aussi de pouvoir « résister à tout ».

« Et le Rohypnol®, c'est pour gérer eh... Ouais, pour être un peu fort on va dire (...) C'est-à-dire pouvoir me défendre quoi. (...) Tu prends des Rohyp c'est pour être plus fort que l'autre quoi (...)pour pouvoir repartir dans le monde quoi tu vois. Voilà pourquoi je les prends quoi » [Patrice, 24 ans, Marseille].

Le Rohypnol® pour moduler les effets d'autres substances

Le Rohypnol® est souvent décrit comme ayant la capacité de démultiplier les effets d'autres substances. Il est consommé pour potentialiser l'héroïne, ou un cocktail médicamenteux généralement constitué d'autres benzodiazépines et de médicaments assimilés aux opiacés comme le Subutex® ou le Néocodion®. L'association du Rohypnol® et de l'alcool est également fréquemment citée, mais il est probable que ce soit le contraire qui est effectué lors de ce type d'association, c'est-à-dire que c'est plutôt l'alcool qui est utilisé pour potentialiser le Rohypnol®. Dans ces cas-là, la prise du Rohypnol® se fait simultanément à ces autres substances (héroïne, autres médicaments, alcool).

Le Rohypnol® est également utilisé dans le but de faciliter la descente d'autres substances, comme une drogue « du lendemain ». Il est consommé comme un moyen de régulation de substances stimulantes. Son utilisation est citée à plusieurs reprises comme moyen de régulation des descentes de cocaïne, mais aussi d'amphétamines, qu'il s'agisse de « speed » vendu au marché noir, ou de l'Orténal®.

« je prends du Rohypnol® mais pour la descente quoi... (...) la coke, t'en as jamais assez. Et quand tu n'as plus rien, et ben c'est vrai qu'il arrive un moment où tu commences à ne pas être bien. T'es pas bien et hop, c'est là où tu t'envoies du Rohypnol® » [Rémi, 40 ans, Toulouse].

Dans un cas, le Rohypnol® est cité comme produit utilisé pour la descente d'ecstasy et de LSD.

« je peux le prendre en re-descente d'ecstasy ou de... ou de trip. (...)Il faut attendre la descente »
[Natacha, 24 ans, Marseille].

Le Rohypnol® pour son caractère économique et accessible

Dans une moindre mesure, le Rohypnol® est perçu comme permettant de bénéficier des avantages qu'offrirait une drogue légale. Cette fonction peut être considérée comme secondaire pour deux raisons : d'une part, elle n'est explicitement évoquée que par une minorité des personnes rencontrées, d'autre part, lorsque les personnes citent cette fonction, il ne s'agit pas pour elles de la raison principale de leur consommation, mais d'un atout « en plus », qui lui confère un intérêt supplémentaire.

Le Rohypnol® présente ainsi l'avantage de pouvoir se procurer à moindre coût (par rapport aux prix pratiqués pour les autres substances psychoactives) et son accessibilité permettait principalement d'éviter les situations de sevrage forcé dues aux ruptures inopinées d'approvisionnement.

« Oui, puis c'est moins cher que l'héro. Hein ? Une boîte de Rohypnol® de seize, ça coûte onze balles. Un paquet de came, tu vas le payer trente ou quarante... quatre cents francs c'est... c'est... Non, c'était mieux de prendre des Rohypnol® pour moi personnellement. J'avais plus les moyens de suivre pour acheter la came donc les Rohypnol® ça me... ça me suffisait largement » [Caroline, 58 ans, Paris].

« C'était mieux. C'était mieux que.... Que les autres consommateurs. Ils consomment de l'héroïne, ils sont pas bien. Moi, je consomme ça, je suis mieux. J'oublie, mais quand je reviens, eux, ils sont en train de chercher. Parce que l'effet, il reste pas longtemps. Et oui. Voilà où il est, le piège. (...) Toute la journée, ils font que courir. Voilà. Je prends ça, et ça part pas. Je suis tranquille. Toute la journée je suis tranquille : je discute, normal, on dirait que j'ai rien. Normal, c'est tout dans la tête » [Fabien, 36 ans, Marseille].

LES EFFETS « PERVERS »

Que l'initiation se soit réalisée pour expérimenter ses effets propres ou pour remplacer l'héroïne habituellement consommée, le Rohypnol® a finalement pris une importance grandissante puis majeure dans la vie de toutes les personnes rencontrées. En effet, même lorsqu'il est d'abord perçu comme un produit de remplacement, il finit, au terme d'une période plus ou moins longue, par toujours devenir une substance consommée quotidiennement ou au moins plusieurs fois par semaine. La découverte des effets de la substance par l'une ou l'autre voie d'accès permet de découvrir ses multiples « fonctions », comme ses capacités à la stimulation, à la désinhibition, à l'apaisement, ou sa faculté à procurer un sentiment d'invulnérabilité. L'expérience de la dépendance au flunitrazepam conduit les consommateurs à expliquer l'emprise du Rohypnol® sur leur vie. Les effets pervers de la consommation quotidienne, notamment lorsque les doses sont massives (entre 20 et 60 mg par jour), sont généralement cités pour rendre compte de la « prise de pouvoir » de la substance sur la vie quotidienne, mais aussi sur les actes, les choix, et la dynamique des parcours de vie, ainsi que les événements subis.

Le Rohypnol® est principalement perçu comme une substance qui « dévore » des tranches de vie, les phases d'amnésie étant l'effet pervers le plus souvent cité par les personnes rencontrées, quoique cet effet puisse être à la fois rejeté mais recherché, dans la perspective d'évacuer les souffrances vécues. « *J'ai perdu eh... six ans de mémoire quand même* » [Patrice, 24 ans, Marseille].

Ces phases d'amnésie sont souvent rattachées par les consommateurs à des épisodes de violence que leur entourage leur a relaté *a posteriori*. Ils considèrent que leur comportement violent, dont ils n'ont pas le souvenir, est intrinsèquement lié à la substance, plutôt qu'au consommateur. La phrase « je ne me reconnais pas » ou « ce n'est pas moi » revient dans plusieurs récits.

« *Le Rohypnol® c'est.. c'est... c'est n'importe quoi, ça rend agressif, le lendemain, vous vous rappelez plus. Vous en prenez quatre, il y en a cinq, six, hop, vous faites la bagarre dans un bar et le lendemain vous vous levez et vous voyez que vous ? ? ou quoi. Vous vous rappelez plus rien. Vous voyez ce que je veux vous dire ?* » [Gaëtan, 21 ans, Marseille]

« *Chaque fois j'allais taper quelqu'un. (...C'est le produit...) qui me rendait agressif* » [Isidore, 23 ans, Nice].

La perte de la maîtrise du comportement revient régulièrement dans les discours.

« *Tu me dis "qu'est-ce que tu as fait hier ?" Je dis "Je ne sais pas". Je ne me rappelle de rien. (...) Une plaque entière et je perds la tête. Je ne fais de mal à personne mais je peux poser là mon portefeuille, je ne sais pas où il est, on me demande, je ne le trouve plus* » [Michel, 47 ans, Marseille].

Ces phases d'amnésie, dans de plus rares cas, peuvent être paradoxalement considérées comme un moyen de « remplir » son existence, en créant un événement commun à un groupe. Tout se passe comme si l'expérience de l'amnésie était réinterprétée comme une aventure collective en mesure de renforcer un sentiment de cohésion.

« (...L'objectif des prises de Rohypnol®, ça peut être de....) *Discuter. Discuter de ce qu'on a fait quoi. Parce que des fois, on s'en rappelle plus. On se rappelle plus, des fois on se retrouve même... même pas à Marseille. Dans une autre ville. Plusieurs fois même, je me suis trouvé dans une autre ville (...) Draguignan, Aix, Salon, partout. Je m'en rappelle plus (...)* C'est dangereux. Dangereux. Dangereux. » [Fabien, 36 ans, Marseille].

La cleptomanie est également présentée comme une conséquence non maîtrisée de l'usage abusif.

« *il y a une chose qui est arrivée plusieurs fois c'est l'effet vol. Vol eh... voler sous Rohypnol®. Eh... ça rend cleptomane eh... Vous devez le savoir non ? C'est vrai que je me suis réveillée des fois avec pleins de trucs autour de moi, je ne savais pas d'où ça venait eh... et c'est... c'est vrai que ça, ça a été un effet qui m'a gênée parce que... (...)* C'est de perdre le contrôle moi qui... qui... J'ai jamais voulu perdre le contrôle dans les produits quoi. Ça me dérange énormément de perdre le contrôle » [Rachel, 33 ans, Toulouse]. Plusieurs personnes rapportent avoir « voler sans le vouloir » sous l'effet du Rohypnol®, mais elles avaient pu pratiquer le vol par ailleurs, de façon tout à fait consciente, parfois très fréquemment. Cependant, d'autres qui n'ont jamais commis de délits de cette sorte volontairement ont pu également être victimes de cleptomanie. « *C'est-à-dire qui si jamais en temps normal je vois une moto, je vais l'approcher, je vais la regarder, je vais me dire "bon, elle est jolie",*

puis je m'en vais. Tandis que là, je suis complètement désinhibé, je prends la moto, je m'en vais avec et je pense pas... j'ai pas de... de... de retenue » [Hubert, 31 ans, Marseille].

Le Rohypnol® est aussi perçu comme le responsable d'événements lourds de conséquences comme peut l'être une incarcération. « *Ces cachets-là c'est.... traître. Ça m'a envoyé sept, huit fois en prison* » [Boris, 32 ans, Paris].

« *Il y en a qui sont morts. Il y en a qui sont morts, il y en a qui sont devenus fous. Il y en a qui se sont suicidés, il y en a qui sont rentrés pour vingt ans* [rentrés en prison] » [Fabien, 36 ans, Marseille].

Ces effets pervers surviennent d'autant plus que les doses sont importantes (plus de 15 comprimés de 1 mg par jour), que l'usage est répété, et que la consommation est associée avec d'autres produits, principalement l'alcool. Néanmoins, des personnes qui n'ont toujours consommé que des doses plus faibles, sans jamais les associer avec d'autres produits, peuvent pourtant relater des expériences similaires – perte de mémoire, cleptomanie-. À l'inverse, si certains n'abordent pas la question des effets pervers et des conséquences de l'usage de Rohypnol® sur leur vie, d'autres attestent explicitement qu'une utilisation régulière, à des doses déjà importantes (maximum 10 comprimés de 1 mg par jour) n'a jamais eu d'incidence sur leur comportement – pas de perte de mémoire, aucune expérience négative liée à l'usage - [Martin, 38 ans, Rennes ; Olivia, 33 ans, Marseille]. Le premier [Martin] précise néanmoins qu'il n'a jamais associé le flunitrazepam avec de l'alcool.

L'initiation au Rohypnol® peut avoir été motivée par le désir d'expérimenter ses effets propres (se défoncer, se calmer, oublier) ou pour remplacer l'héroïne habituellement consommée (supporter le manque forcé ou le sevrage volontaire, potentialiser une héroïne de mauvaise qualité ou en trop petite quantité). Chaque personne rencontrée a connu une période plus ou moins longue d'usage régulier de Rohypnol®. Jusqu'en février 2001, l'usage régulier du Rohypnol® (quotidien ou plusieurs fois par semaine) est caractérisé par des doses journalières très variables selon les individus (de 2 à 60 mg). Il était souvent – mais pas toujours – consommé en association avec d'autres produits, notamment l'alcool et/ou la cocaïne et/ou les amphétamines et/ou l'héroïne, voire d'autres benzodiazépines. Comme au jour de l'entretien pour ceux qui en continuent l'usage, les prises s'effectuaient par voie orale, certains néanmoins ayant pratiqué l'injection ou la prise par voie nasale. La consommation de Rohypnol® apparaît comme étant le plus souvent solitaire, même si des consommations en groupe sont rapportées (entre personnes sans domicile, entre amis dans « le quartier »).

Le produit est notamment apprécié par les consommateurs pour ses fonctions multiples. Plusieurs fonctions peuvent être expérimentées par une même personne selon les périodes de sa vie, ou selon les contextes au cours d'une même période. Au-delà de son potentiel « défonçant », le Rohypnol® peut être consommé pour moduler son humeur (se calmer ou se stimuler selon les doses ingérées), ou pour ressentir un sentiment d'invulnérabilité et gagner de l'assurance. Il peut également être utilisé pour moduler les effets d'autres substances, lors d'une consommation simultanée ou au moment des descentes, comme moyen de régulation

d'une substance stimulante ou hallucinogène. Avant février 2001, il détenait également une fonction économique, car il était peu coûteux et facilement accessible vis-à-vis des autres drogues disponibles sur le marché clandestin. Cependant, les personnes rencontrées relatent les effets « pervers », c'est-à-dire non désirés, auxquels ont conduit le mésusage de ce produit : amnésie, violence, cleptomanie, et perte du contrôle de soi.

Annexe 3 : Les caractéristiques individuelles (fiches signalétiques).

PARIS

Antoine

29 ans, célibataire, sans enfant (niveau d'études : CAP). Au cours de sa jeunesse, sa mère était dépressive et son beau-père avait des comportements violents envers lui. Il est mécanicien, vit des ressources de son emploi, et loge dans un appartement-relais. Il ne consomme plus de Rohypnol® au jour de l'entretien et est substitué par Subutex® (8 mg).

Arnaud

42 ans, célibataire, sans enfant (niveau d'études : bac et un an de faculté). Il n'a pas de profession, vit des ressources de la COTOREP, et loge dans son appartement personnel. Il consomme du Rohypnol® occasionnellement au jour de l'entretien. Il est substitué grâce à un traitement méthadone (100 mg) et déclare bénéficier également d'une prescription de 100 mg de Skénan® réalisée dans le même objectif (les centres prescripteurs ne connaissent pas leur existence mutuelle).

Boris

32 ans, célibataire, sans enfant (niveau d'études : collège). Au cours de sa jeunesse, son père est décédé, sa mère était dépressive. Il ne renseigne ni ses ressources ni une éventuelle profession, ni son logement. Il ne consomme plus de Rohypnol® au jour de l'entretien. Il est substitué par Subutex®.

Caroline

58 ans, divorcée, trois enfants et plusieurs fois grand-mère (niveau d'études : non renseigné). Elle a débuté l'usage des drogues après son divorce, à l'âge de trente ans et a été toxicomane à l'héroïne en même temps qu'un de ses fils qui vivait avec elle. Elle n'exerce plus de profession, vit de la COTOREP et loge dans son appartement personnel. Elle ne consomme plus de Rohypnol® au jour de l'entretien et est substituée grâce à un traitement par méthadone (120 mg).

BORDEAUX

Colin

28 ans, célibataire, un enfant (niveau d'études : CAP). Au cours de sa jeunesse, son père était violent envers lui. Il n'exerce plus de profession, vit d'allocations de chômage et loge dans son appartement personnel. Il ne consomme plus de Rohypnol® au jour de l'entretien et prend un traitement de méthadone.

Denis

38 ans, célibataire, sans enfant (niveau d'études : bac professionnel). Il n'exerce pas de profession, vit de la COTOREP et loge dans son appartement personnel. Il ne consomme plus de Rohypnol® au jour de l'entretien et prend un traitement de méthadone.

Dorian

26 ans, vit en couple, sans enfant (niveau d'études : collège). Au cours de sa jeunesse, ses parents étaient alcooliques et mettent à la porte sa grande soeur qui était la seule à s'occuper de lui. Il n'exerce pas de profession, vit du RMI et loge dans son appartement personnel. Il ne consomme plus de Rohypnol® au jour de l'entretien et prend un traitement de méthadone.

Emile

31 ans, célibataire, sans enfant (niveau d'études : collège). Il n'exerce pas de profession, n'a pas de ressources et est sans domicile. Il consomme du Rohypnol® occasionnellement au jour de l'entretien et prend un traitement de Subutex® (16 mg).

Etienne

39 ans, célibataire, sans enfant (niveau d'études : BEP). Il n'exerce pas de profession, vit du RMI et loge dans un appartement personnel. Il ne consomme plus de Rohypnol® au jour de l'entretien et prend un traitement de Subutex® (16 mg).

Karl

34 ans, célibataire, sans enfant (niveau d'études : lycée). Il n'exerce plus de profession, vit d'allocations de chômage, et loge chez sa mère. Il consomme du Rohypnol® occasionnellement au jour de l'entretien et est traité par méthadone.

MARSEILLE

Fabien

36 ans, célibataire, sans enfant (niveau d'études : CAP). Il n'exerce pas de profession, n'a pas de ressources et est sans domicile. Il ne consomme plus de Rohypnol® au jour de l'entretien et prend un traitement de Subutex® (16 mg).

Gaëtan

21 ans, célibataire, sans enfant (niveau d'études : collège). Il n'exerce pas de profession, n'a pas de ressources et est sans domicile. Il consomme du Rohypnol® occasionnellement au jour de l'entretien et prend un traitement de substitution. Gaëtan est substitué depuis un mois au jour de l'entretien (on peut supposer qu'il s'agit d'un traitement par méthadone), date à laquelle il a cessé d'injecter du Subutex®, qui semble être le premier opiacé qu'il ait consommé.

Hubert

31 ans, divorcé, deux enfants (niveau d'études : non renseigné). Hubert déclare que son père a eu des attitudes équivoques avec lui, peut-être incestueuse. Les autres membres de sa fratrie vivent également des situations difficiles, sans qu'Hubert fasse un lien explicite entre leurs situations et le comportement paternel (frère toxicomane, sœur « retardée »). Il n'exerce plus de profession, ne renseigne pas ses ressources et vit chez sa mère. Il consomme du Rohypnol® occasionnellement au jour de l'entretien et prend un traitement par méthadone, administré pour substituer la dépendance aux Néocodions® (120 cachets quotidiens).

Isidore (Nice)

23 ans, célibataire, sans enfant (niveau d'études : CAP). Au cours de sa jeunesse, son père est décédé de son alcoolisme et son beau-père (alcoolique également) était violent envers lui. Il n'exerce pas de profession, vit de la mendicité et est sans domicile. Il consomme du Rohypnol® occasionnellement au jour de l'entretien et ne prend pas de traitement de substitution.

Michel

47 ans, célibataire, sans enfant (niveau d'études : non renseigné). Il n'exerce pas de profession, vit du RMI et loge dans son appartement personnel. Il ne consomme plus de Rohypnol® au jour de l'entretien et bénéficie d'un traitement par Subutex®. Michel a commencé à consommer du Subutex® parce que sa cocaïnomanie lui coûtait trop cher... Il a consommé régulièrement de la cocaïne pendant quinze ans.

Natacha

24 ans, vit en couple, sans enfant (niveau d'études renseigné improbable). Natacha vit dans la rue depuis l'âge de treize ans et se dit « traveller ». Elle n'exerce pas de profession, vit de prostitution et de mendicité et est sans domicile (elle « squatte »). Elle consomme du Rohypnol® quotidiennement au jour de l'entretien et prend un traitement de méthadone.

Nicolas

32 ans, vit en couple, sans enfant (niveau d'études : collège). Il n'exerce pas de profession, vit de la COTOREP et loge dans son appartement personnel. Il consomme du Rohypnol® occasionnellement au jour de l'entretien et prend un traitement de méthadone.

Olivia

33 ans, célibataire, un enfant (niveau d'études : BEP). Elle n'exerce pas de profession, vit de la COTOREP et loge chez son ami. Elle consomme du Rohypnol® quotidiennement au jour de l'entretien et prend un traitement de méthadone (60 mg).

Patrice

24 ans, célibataire, sans enfant (niveau d'études : collège). Au cours de sa jeunesse, Patrice est battu par sa grand-mère « naturelle » pendant sept années et subit des problèmes qu'il ne souhaite pas décrire de la part de son beau-père pendant deux ans. Il n'exerce pas de profession, vit des ressources de la prostitution et de revente de Rohypnol® au marché noir. Il loge chez sa « grand-mère adoptive ». Il consomme du Rohypnol® quotidiennement au jour de l'entretien et bénéficie d'une prescription de méthadone (100 mg).

TOULOUSE

Rachel

33 ans, célibataire, un enfant (niveau d'études : BTS privé obtenu après une reprise des études à l'âge adulte). Rachel fait la connaissance de son père à l'âge de quinze ans. Elle pratique le trafic international de cocaïne dès l'âge de 18 ans et subit une incarcération liée à ce trafic avant de débiter l'usage du Rohypnol®. Elle n'exerce plus de profession, vit de l'Allocation Parent Isolé, et loge dans son appartement personnel. Elle consomme du Rohypnol® occasionnellement au jour de l'entretien et prend un traitement de Subutex® (2 mg).

Rémi

40 ans, célibataire, un enfant (niveau d'études : collège). Il n'exerce pas de profession, vit de la COTOREP et loge dans son appartement personnel. Il consomme du Rohypnol® quotidiennement au jour de l'entretien et prend un traitement de méthadone (80mg).

Sabine

40 ans, célibataire, sans enfant (niveau d'études : baccalauréat). Au cours de sa jeunesse, son père est violent avec lui, car il n'accepte pas « la féminité de son fils ». Il devient prostitué dès la fin de l'adolescence, avant l'usage de drogue, puis changera de sexe. Sabine a pratiqué la prostitution durant quinze années. Elle n'exerce pas de profession, vit du RMI et loge dans son appartement personnel. Elle ne consomme plus de Rohypnol® au jour de l'entretien et a cessé son traitement de substitution depuis plusieurs mois.

Samuel

25 ans, célibataire, sans enfant (niveau d'études : BEP). Il n'exerce pas de profession, vit du RMI et loge dans son appartement personnel. Il consomme du Rohypnol® occasionnellement au jour de l'entretien et bénéficie d'une prescription de Subutex (16 mg).

RENNES

Martin

38 ans, célibataire, sans enfant (niveau d'études : CAP). Sa mère décède lorsqu'il était enfant, mais son père, qui consommait du Rohypnol® pour dormir, était aimant et attentif envers lui. Son enfance a été heureuse et aisée. Il n'exerce pas de profession, vit du RMI, et loge dans son appartement personnel. Il consomme du Rohypnol® occasionnellement au jour de l'entretien et prend un traitement de méthadone (70 mg). Cx

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue La Fayette - 75010 Paris

Tél. : 33 (0)1 53 20 16 16

Fax : 33 (0)1 53 20 16 00

courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale

Siège social : 1813, rte de Châteauneuf 06690 Tourrette-Levens

Tel/fax : 04.97.20.51.64 – Mobile : 06.03.99.67.30

Association inscrite au JO le 22.12.1994

N° siret : 412 033 862 00035



Citation recommandée

REYNAUD-MAURUPT (C.), REYNAUD (J.), *La consommation du Rohypnol® hors protocole médical depuis février 2001 - Zoom sur les conséquences de l'arrêté relatif à la restriction de mise sur le marché du flunitrazepam sur la vie quotidienne de ses consommateurs*, Paris, OFDT, 2003, 55 p.

Photographie en couverture : Isabelle Rozenbaum (Photo Alto)

Impression : Imprimerie Gerfau - ZI Cap 18 - 73 rue de l'Évangile - 75886 Paris cedex 18

Cette recherche est centrée sur les usagers de substances psychoactives (licites comme illicites), qui, en dépit de – ou « grâce à » – leur consommation, maintiennent durablement leur statut social et leur activité professionnelle, une situation loin des stéréotypes qui continuent de fonder la plupart des représentations sociales autour de la question des drogues.

Faisant suite à une première recherche exploratoire publiée en juillet 2002, ce nouveau travail est, comme le précédent, fondé sur le recueil et l'analyse des discours d'usagers. Au total, 63 interviews ont été menées, ce second volet (26 entretiens en 2002) portant une attention particulière aux usages de médicaments prescrits ou détournés, seuls ou en association avec des produits illicites.

Trois thèmes majeurs sont développés dans ce rapport. Les auteurs étudient tout d'abord les modalités de consommations et les effets recherchés (la recherche de plaisir, les usages en vue de performance ou d'adaptation sociale et la fonction thérapeutique). Un deuxième chapitre aborde ensuite la question de l'articulation entre consommation de drogues, vie affective et activité professionnelle. Enfin, dans un troisième temps, les auteurs traitent de la dimension sociale de la consommation : comment les usagers de produits illicites gèrent la dichotomie entre une pratique illégale et l'intégration dans un milieu professionnel ; comment l'usage de psychotropes, potentiellement source d'exclusion, peut dans le même temps représenter un outil d'adaptation sociale et professionnelle.