



www.ofdt.fr

**T R E N D**  
*Tendances récentes et nouvelles drogues*

# **PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS LIÉS AUX DROGUES EN 2006**

**HUITIÈME RAPPORT NATIONAL  
DU DISPOSITIF TREND**

---

Agnès Cadet-Tairou  
Michel Gandilhon  
Abdalla Toufik  
Isabelle Evrard

Février 2008

# PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS LIÉS AUX DROGUES EN 2006

HUITIÈME RAPPORT NATIONAL DU DISPOSITIF TREND

---

Agnès Cadet-Taïrou  
Michel Gandilhon  
Abdalla Toufik  
Isabelle Evrard

Février 2008

## Sommaire

CONTRIBUTIONS	5
AVANT-PROPOS	10
GUIDE DE LECTURE	11
ORGANISATION ET MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF TREND	13
AVERTISSEMENT	18
TENDANCES MARQUANTES 2006 ET PREMIÈRES OBSERVATIONS 2007	20
<b>APPROCHE TRANSVERSALE</b>	<b>27</b>
ESPACES ET POPULATIONS	28
Espace urbain	28
Espace festif	37
MODES D'USAGE	41
L'injection	41
Sniff et autres modes d'usage	44
SANTÉ DES USAGERS	46
Morbidité générale	46
Les infections virales, hépatites et sida	49
Décès par surdose	58
POPULATIONS ET PRATIQUES, PHÉNOMÈNES MARQUANTS EN 2006	60
<b>APPROCHE PAR PRODUIT</b>	<b>62</b>
<b>LES OPIACÉS</b>	<b>63</b>
L'HÉROÏNE	65
La situation	65
Phénomènes marquants en 2006	72
À signaler en 2006	74

## Huitième rapport national du dispositif TREND

<i>LES PRODUITS DE SUBSTITUTION DÉTOURNÉS DE LEUR USAGE</i>	76
<i>LA BHD</i>	79
<i>La situation</i>	79
<i>Phénomènes marquants 2006</i>	87
<i>À signaler en 2006</i>	89
<i>LA MÉTHADONE</i>	91
<i>La situation</i>	91
<i>Phénomènes marquants en 2006</i>	95
<i>LE SULFATE DE MORPHINE</i>	97
<i>La situation</i>	97
<i>Phénomènes marquants en 2006</i>	100
<i>À signaler en 2006</i>	100
<i>LA CODÉINE</i>	101
<i>L'OPIUM ET LE RACHACHA</i>	102
<b><i>LES STIMULANTS</i></b>	<b>104</b>
<i>LA COCAÏNE ET LE CRACK</i>	104
<i>La situation</i>	105
<i>Phénomènes marquants en 2006</i>	120
<i>L'ECSTASY (MDMA)</i>	123
<i>La situation</i>	124
<i>Phénomènes marquants en 2006</i>	128
<i>LES AMPHÉTAMINES</i>	130
<i>La situation</i>	131
<i>Phénomènes marquants 2006</i>	133
<i>AUTRES « STIMULANTS SYNTHÉTIQUES » EN CIRCULATION</i>	134
<i>À signaler en 2006</i>	134

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

<b>LES HALLUCINOGENES</b>	<b>136</b>
<i>LES HALLUCINOGENES NATURELS</i>	136
La situation	137
Hallucinogènes naturels, à signaler en 2006	142
<i>LES HALLUCINOGENES SYNTHETIQUES</i>	144
La situation	144
Phénomènes marquants 2006	149
À signaler en 2006	151
<b>LES MEDICAMENTS PSYCHOTROPES NON OPIACES DETOURNES DE LEUR USAGE</b>	<b>152</b>
La situation	154
Phénomènes marquants 2006	159
<b>CANNABIS</b>	<b>160</b>
La situation	161
Phénomènes marquants en 2006	163
À signaler en 2006	164
<b>ALCOOL</b>	<b>165</b>
La situation	165
Phénomène marquant 2006	167
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	168
<i>LEXIQUE</i>	171
<i>LISTE DES SIGLES</i>	187

## Contributions

### **Directeur de publication**

Jean-Michel Costes, directeur de l'OFDT

### **Responsable du projet**

Agnès Cadet Taïrou, responsable du pôle « Tendances récentes », OFDT

### **Rédaction du rapport**

Agnès Cadet Taïrou

Michel Gandilhon, chargé d'étude, OFDT

Abdalla Toufik, chargé d'étude, OFDT

Isabelle Evrard, chargée d'étude, OFDT

## Remerciements

### **Secrétariat TREND / SINTES**

Valérie Mouginot

### **Relecture du rapport**

Julie-Emilie Adès, OFDT

Christian Ben Lakhdar, OFDT

Emmanuel Lahaie, OFDT

Laurent Plancke, Coordinateur TREND / SINTES Lille

### **Maquette et suivi de fabrication**

Frédérique Million, OFDT

## Réseau TREND-SINTES en 2006

### **Bordeaux**

#### **Coordination TREND et SINTES**

Jean-Michel Delile, directeur du CEID (Comité d'étude et d'information sur les drogues)

Anne-Cécile Rahis

## *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006*

### **Enquêteurs**

Agnès Creyemey (CEID/TREND SINTES), Jean-Michel Delile (CEID/TREND SINTES), Anne-Cécile Rahis (CEID/TREND SINTES), Raphaël Seine (AIDES TREND), Céline Seignette (CEID/TREND), Eléonore Bécat (CLSPD Bx), Yves Lantheaume (CEID).

### **Lille**

#### **Coordination TREND et SINTES**

Laurent Plancke, CSST Le Cèdre Bleu

### **Enquêteurs**

Delphine Ygout, Aurore Hyde, Charlotte Lion, Laurent Plancke, Adrien Quilici, Fabrice Renouard,

#### **Autres collecteurs SINTES**

Emilie Michel, Béatrice Vivequin, Youssef Saïdi.

### **Marseille**

#### **Coordination TREND et SINTES**

Etienne Zurbach, responsable du CIRDD PACA – AMPTA  
Sarah Vernier, chargée d'observation CIRDD PACA et SINTES  
Coopération scientifique : Professeur Xavier Thirion , Laboratoire de santé Publique

### **Enquêteurs**

Catherine Reynaud (GRVS Nice), Emmanuelle Hoareau (GRVS Nice/ SINTES), Sylvie Priez (AMPTA), Laurence FINIZIO (SINTES), Florence Chatôt (SINTES)

### **Metz**

#### **Coordination TREND et SINTES**

Olivier Romain (Directeur du CSST Les wads , coordinateur)  
Sylvie Balteau (Les wads, référent médical TREND / SINTES)  
Michel Monzel (Les WADS, référent du réseau ethnographique TREND  
**6** Yvon Schléret (Directeur de l'ORSAS-Lorraine, accompagnement méthodologique et rédacteur final)

### **Enquêteurs**

Alexandre Agius (Pushing/TREND), Sylvain Florant (Apes), Jean-Paul Meloni (CMSEA/TREND), Michel Monzel (CMSEA/TREND SINTES), Cédric Mussle (Pushing/ TREND SINTES).

## Paris

### Coordination TREND

Sandrine Halfen (Observatoire régional de santé d'Ile-de-France)

Catherine Vincelet (Observatoire régional de santé d'Ile-de-France)

Isabelle Grémy (Directeur de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France)

### Coordination SINTES-Observation

Jimmy Kempfer (Liberté)

Nicolas Bonnet (Apothicom)

### Enquêteurs

Jimmy Kempfer (coordinateur TREND milieu festif, SINTES), Guillaume Pfaus (coordinateur milieu urbain, SINTES), Nicolas Bonnet (SINTES), Vincent Benso (SINTES), Diabe Diallo (SINTES), Charles Galand (TREND), Elliot Imbert (SINTES), Mathieu Legrand-Demarchelier (SINTES), Chloé Lenormand (SINTES), Denis Pedowska (SINTES), Pascal Perez (SINTES), Lionel Sayag (SINTES), Laura Schneider (SINTES), Richard Steven Bucknall (SINTES), Dominique Wagner (SINTES)

## Rennes

### Coordination TREND et SINTES

Guillaume Poulingue (TREND), Chantal Amar (TREND

et Directeur du CIRDD), Gwénaëlle Boscher (CIRDD),

Soutien de Françoise Gualde (CIRDD), Marie-Lise Petit (CIRDD),

Cécile Fourdan (CIRDD), Marie-George Léonard (CIRDD)

### Enquêteurs

Perrine Poulingue (TREND) Guillaume Girard (TREND-SINTES),

Mylène Guillaume (TREND-SINTES),

Yann Hervieu (SINTES), Xavier Guillery (SINTES)

## Toulouse

### Coordination TREND et SINTES

Serge Escot (Graphiti), Guillaume Sudérie (Graphiti)

### Enquêteurs

Serge Escots, Pierre Garrot, Céline Le Ven, Stéphanie Pierre, David Tugerman,

Fabien Sarniguet, Cédric Sembeille, Elsa Raczymow.



## **Autres participants SINTES**

### **Dijon**

#### **Coordination**

Gérard Cagni

#### **Enquêteurs**

Sébastien Gallet, Lionel Grand, Magali Theuriet, Marion Ledin,  
Mélody Fourcault

### **Laboratoires d'analyses toxicologiques**

**AP de Marseille** : laboratoire de toxicologie de l'hôpital Salvator (CEIP CAP)  
Jocelyne Arditti, responsable scientifique  
Hubert Bourdon

**AP de Paris** : laboratoire de toxicologie de l'hôpital Fernand-Widal à Paris (CEIP)  
Martine Galliot-Guilley, chef de laboratoire  
Dominique Fompeydie  
Jean Pierre Bazard  
Samira Djeddar (CEIP de Paris)

**CHU de Caen** : laboratoire de pharmacologie (CEIP)  
Danièle Debruyne, responsable scientifique  
Reynald Le Boisselier

**Douanes** : laboratoire interrégional des douanes de Paris  
Marie-José Parent, responsable scientifique  
Véronique Nedellec  
et **laboratoire régional des douanes de Srasbourg**  
Daniel Isler

**Gendarmerie** : laboratoire de l'IRCGN  
Martine Perrin, chef de laboratoire

**Police** : laboratoire de la police scientifique de Lyon  
Huguette Chaudron, chef de service  
Josiane Girard, chef des stupéfiants  
Fabrice Besacier, responsable adjoint

## **Autres collaborations**

### **Usagers de l'espace urbain Réseau ASUD**

#### **Investigations spécifiques**

Catherine Reynaud-Maurupt  
(GRVS-Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale),

## **Partenariats institutionnels**

#### **AFSSAPS, Unité stupéfiants**

Nathalie Richard

#### **Oppidum CEIP**

Joelle Micaellef et le réseau des CEIP

#### **OCRTIS**

Vincent Weiler, Marc Geny, Crisantha Nadaraja

Remerciements à tous les membres des structures de bas seuil des sites du dispositif TREND, aux usagers et aux professionnels ayant participé aux enquêtes ou impliqués dans les différents groupes focaux « sanitaires », « répressifs » ou « usagers ».

Remerciements à nos collègues des différents pôles de l'OFDT pour l'information partagée.

## Avant-propos

Pour la huitième année consécutive, ce rapport présente les principaux résultats issus du fonctionnement du dispositif TREND pendant l'année 2006.

L'objectif du dispositif TREND de l'OFDT est de fournir aux décideurs, professionnels et usagers, des éléments de connaissance sur les tendances récentes liées aux usages, essentiellement illicites, de produits psychotropes et d'identifier d'éventuels phénomènes émergents. Ceux-ci recouvrent soit des phénomènes nouveaux, soit des phénomènes existants non détectés ou documentés par les systèmes d'observation en place. La mise à disposition précoce d'éléments de connaissance vise à permettre aux différents acteurs investis dans le champ de la toxicomanie d'élaborer des réponses en termes de décisions publiques, d'activité ou de comportement.

Le dispositif permet en effet l'accès à une information recueillie directement sur des « terrains » où les produits sont particulièrement présents ou consommés et au sein de populations à forte prévalence d'usage. Majoritairement qualitatives et validées par la confrontation des sources, ces données permettent d'identifier des phénomènes non encore perceptibles par les données quantitatives du fait de leurs caractères émergents et minoritaires.

Autour de lignes d'évolution majeures, qui marquent le champ de l'usage de drogues en France, existe une importante hétérogénéité régionale, liée aux cultures locales, aux populations, à l'historique de l'usage et à la situation géographique (frontières en particulier). A fortiori, dans le cas des tendances en constitution, il est rare qu'un phénomène apparaisse d'emblée sur tous les sites d'observation. Lorsque c'est le cas, la tendance est en général déjà cristallisée et ne peut plus être qualifiée d'émergente. Ainsi parmi les phénomènes identifiés comme émergents sur un ou deux sites, certains se diffuseront pour constituer une tendance « nationale », d'autres resteront localisés voire même disparaîtront.

## Guide de lecture

Le rapport se structure autour de deux grandes parties :

- une approche transversale qui s'intéresse aux populations usagères, aux modes d'usage et à l'état de santé des usagers de produits psychotropes ;
- une approche par produit où sont examinées les caractéristiques propres à chacun d'entre eux : disponibilité, usagers du produit, modes d'usage, perception et problèmes sanitaires particuliers.

En dépit des efforts réalisés pour éviter de développer plusieurs fois les mêmes observations, les deux axes susmentionnés se recoupent et certains phénomènes peuvent être plusieurs fois abordés. De la même manière, compte tenu des poly-usages, certaines informations concernant des groupes d'usagers de produits peuvent apparaître quelque peu redondantes. Nous avons limité ces redites au maximum. Elles apparaissent cependant inévitables dans la mesure où chaque partie constitue un ensemble susceptible d'être lue isolément.

Si ce rapport cherche avant tout à décrire ce qui « bouge », la restitution systématique de certaines données qualitatives ou quantitatives récentes, qu'elles soient ou non l'objet d'évolutions remarquables, a été conservée. Il nous est cependant apparu indispensable de séparer la description de la situation et les tendances déjà clairement affirmées, des évolutions émergentes. Ces derniers éléments sont réunis à la fin de la partie en ce qui concerne l'approche transversale et à la fin de chaque chapitre s'agissant des produits.

Les pages concernées par ces « phénomènes marquants » sont clairement identifiables par un fond bleu.

Concernant l'approche par produit ou groupe de produits, le plan couramment utilisé ici pour chacun d'entre eux est le suivant :

- une courte introduction présentant la substance ;
- un encadré « Données de cadrage », fournissant les données quantitatives plus générales disponibles (usages en population générale, activité des services répressifs...);
- un point « La situation » rendant compte de la situation générale et des tendances de fond ;

### *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006*

- un point « Phénomènes marquants 2006 », qui fait état des évolutions remarquables observées en 2006. En cas d'absence d'évolution marquante en 2006, ce sous-chapitre n'apparaît pas. Ces parties sont conçues pour être lues isolément. Elles reprennent parfois des éléments déjà mentionnés dans la partie « La situation » pour montrer clairement que ceux-ci sont actuellement en évolution.
- un dernier point intitulé « À signaler en 2006 » clôt certains chapitres. Il rend compte d'éléments jugés plus ponctuels survenus en 2006.

Par ailleurs, les rapports des sites qui contribuent au réseau TREND sont publiés conjointement à ce présent rapport. Le lecteur est invité, lorsque ceux-ci sont cités à se reporter à ces rapports afin d'obtenir certaines descriptions plus précises (situations, usagers, modes d'usage, marchés...) ou des témoignages d'acteurs ou d'usagers.

## Organisation et modalités de fonctionnement du dispositif TREND

### L'objet de l'observation

Le dispositif TREND vient en complément des grandes sources traditionnelles d'information quantitatives.

En termes de population, TREND s'intéresse essentiellement aux groupes particulièrement consommateurs de produits psychoactifs.

En termes de produits, il est orienté en priorité en direction des substances illicites ou détournées, à faible prévalence d'usage, lesquelles, échappent généralement aux dispositifs d'observation classiques en population générale. Dans ce cadre, six thématiques principales ont été définies, qui structurent les stratégies de collecte et d'analyse des informations :

- les groupes émergents d'utilisateurs de produits ;
- les produits émergents ;
- les modalités d'usage de produits ;
- les dommages sanitaires et sociaux associés à la consommation de drogues ;
- les perceptions et les représentations des produits ;
- les modalités d'acquisition de proximité.

### Les espaces d'investigation

Dans les différents sites du dispositif TREND, les deux espaces principaux d'observation sont l'espace urbain et l'espace festif techno.

L'espace urbain, défini par TREND, recouvre essentiellement le dispositif des structures de première ligne, boutiques et PES (Programme d'échanges de seringues), et les lieux ouverts (rue, squat, etc.), devenues CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des utilisateurs de drogue) en 2006. La plupart des personnes rencontrées dans ce cadre sont des utilisateurs problématiques de produits illicites dont les conditions de vie sont fortement marquées par la précarité.

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

L'espace festif techno désigne les lieux où se déroulent des événements organisés autour de ce courant musical. Il comprend l'espace techno dit « alternatif » (free parties, rave parties, teknivals) mais aussi les clubs, les discothèques ou les soirées privées.

Le choix de ces deux espaces se justifie par la forte probabilité de repérer, parmi les populations qui les fréquentent, des phénomènes nouveaux ou non encore observés même s'ils ne sauraient épuiser à eux seuls la réalité de l'usage de drogues aujourd'hui en France.

A l'intérieur de chacun de ces espaces évoluent des populations d'utilisateurs très différentes, allant des personnes les plus précaires fortement marginalisées aux usagers socialement insérés. Depuis quelques années, on observe une porosité croissante entre ces espaces, liée notamment à l'existence d'une population précarisée constituée de jeunes « errants » qui fréquentent tant les structures de réduction des risques en milieu urbain (CAARUD) que les événements festifs techno du courant alternatif.

Il est important de rappeler que ce dispositif se concentre sur des groupes de populations spécifiques beaucoup plus consommatrices de produits psychotropes que la population générale d'âge équivalent. Les constats qui en découlent ne peuvent donc être généralisés à l'ensemble de la population.

## Le dispositif

Le dispositif TREND est principalement structuré autour d'un réseau de sept coordinations locales dotées d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information. Elles sont implantées en 2006 à Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse. Ces coordinations mettent en œuvre les outils d'observation continue et participent aux enquêtes et investigations spécifiques coordonnées par l'OFDT.

Une participation aux enquêtes est également proposée à deux anciens sites TREND, Dijon et Lyon.

Le dispositif s'appuie sur :

14

- des outils de recueil continu d'informations qualitatives mis en œuvre par le réseau de coordinations locales ;
- le dispositif SINTES, (Système d'identification national des toxiques et des substances), système d'observation orienté vers l'étude de la composition toxicologique des produits illicites. L'ensemble des sites TREND fait partie du réseau SINTES auquel il faut ajouter Dijon en 2006 ;
- des enquêtes quantitatives récurrentes, notamment PRELUD (Première ligne usagers de drogues), réalisées auprès des usagers des structures de première ligne

devenues CAARUD en 2006. Cette enquête fait suite à l'enquête « première ligne » menée entre 2000 et 2003 en métropole et dans certains DOM. Les données de PRELUD, enquête menée uniquement en métropole, sont donc comparées aux seules données métropolitaines de l'enquête « Première ligne » [1]. Par ailleurs, en 2006, une nouvelle enquête biannuelle, pour laquelle tous les usagers des CAARUD ont été interrogés une semaine donnée a été menée par l'OFDT à la demande de la Direction générale de la santé, Ena-CAARUD 2006 [2]. Le présent rapport intègre déjà quelques résultats de celle-ci qui est encore en cours d'analyse.

- des investigations thématiques qualitatives pour approfondir un sujet (par exemple les usagers errants et les nomades, l'injection, etc.) ;
- et l'utilisation des résultats de systèmes d'information partenaires à savoir :
  - l'enquête OPPIDUM (Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse) des CEIP (Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance), réseau dépendant de l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) : description annuelle des usagers de CSST (Centres spécialisés de soins pour les toxicomanes) principalement et de leurs usages de substances psychoactives [3] ;
  - le dispositif d'information RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge), recueil annuel visant à l'exhaustivité concernant les usages et les prises en charge de chaque usager reçu dans un CSST, un CCAA (Centre de cure ambulatoire en alcoologie) ou par une équipe de liaison hospitalière [4] ;
  - le système d'information DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances) des CEIP, outil de recueil des décès liés à l'abus de substances ou de médicaments psychotropes signalés par les différents laboratoires partenaires réalisant des analyses toxicologiques dans le cadre médico-légal. Il permet l'identification des substances impliquées dans les décès des personnes pharmacodépendantes ou ayant fait un usage abusif de substances psychoactives, médicamenteuses ou non, à l'exclusion de l'alcool ou du tabac [5] ;
  - les enquêtes sur les usages de drogues en population générale : le Baromètre Santé (INPES/ OFDT) et l'enquête ESCAPAD (OFDT) [6, 7] ;
  - les données de l'OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants) qui portent sur les statistiques d'activité policière et, jusqu'en 2005, sur les décès par surdose [8].

L'ensemble des données locales est analysé et synthétisé par les coordinations locales, travail à l'origine des rapports de site. Chacun d'entre eux rend compte de l'état des usages de substances dans le cadre de l'agglomération concernée.



Chaque site fournit :

- une synthèse des observations de l'année ;
- une base de données qualitatives (notes ethnographiques, compte rendus des groupes focaux, etc.) indexées selon une stratégie commune à tous les sites.

Les informations fournies par chaque site et les données nationales transmises par les systèmes d'information partenaires font l'objet d'une mise en perspective au niveau national à l'origine du rapport TREND.

## **Les outils de collecte mis en œuvre localement**

*Les outils de collecte dont disposent les coordinations locales sont les suivants :*

Les observations de type ethnographique sont réalisées dans les espaces urbain et festif techno par des enquêteurs familiers du terrain. Ils s'intéressent particulièrement à la consommation de produits psychoactifs et aux phénomènes qui lui sont associés (préparation, vente, sociabilités spécifiques). Ces observateurs sont recrutés par le coordinateur local. Chacun est tenu de transmettre chaque mois ses observations. Trois notes de synthèse par espace sont rédigées au cours d'une année. Chaque note de synthèse repose sur les éléments issus d'un minimum de neuf comptes rendus d'observateurs.

Les questionnaires qualitatifs reposent sur des questions ouvertes adaptées à la réalité de chaque espace portant sur chacune des substances faisant partie du champ d'investigation du dispositif TREND. Pour l'espace urbain, les questionnaires sont remplis, en collaboration avec le coordinateur, par les équipes des structures bas seuil partenaires du réseau local. Pour l'espace festif techno, le remplissage est confié à des associations travaillant sur la réduction des risques intervenant dans cet espace.

Le recours aux groupes focaux s'inspire de leur utilisation par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) lors de diagnostics rapides de situation. Il s'agit de réunir des personnes concernés par une thématique commune, mais ayant des pratiques et des points de vue diversifiés. Il est ainsi possible d'observer des convergences d'opinion (ou des divergences) sur l'absence, l'existence, le développement de tel ou tel phénomène. On peut ainsi produire de manière rapide des connaissances sur des évolutions relativement récentes. Les coordinateurs ont en charge jusqu'à trois groupes focaux :

- les groupes focaux sanitaires, qui rassemblent des professionnels investis dans la prise en charge sanitaire non exclusive d'usagers de drogues (addictologues, psychiatre, urgentiste, infirmière, généraliste, infectiologue...);
- les groupes focaux répressifs, qui réunissent des professionnels de l'application de la loi amenés à rencontrer fréquemment des usagers de drogues (police, douanes, justice...);

- des groupes focaux composés d’usagers ou d’ex-usagers impliqués dans des groupes d’autosupport. Les participants sont réunis pour une séance de travail de quelques heures. L’animateur et un assistant sont chargés d’animer la séance tout en orientant la discussion vers les thèmes privilégiés du groupe focal.

## Les études ou investigations spécifiques

Des études spécifiques peuvent être entreprises pour éclairer des zones d’ombre ou des points problématiques.

C’est notamment le cas d’une étude quantitative sur les usages en milieu festif parue en 2007, d’une étude qualitative sur les usagers de plantes hallucinogènes, d’une investigation qualitative et quantitative sur les usagers fréquents de cannabis, d’une étude sur le micro-traffic de cocaïne, etc. Au cours des années précédentes ont été réalisés, par exemple, des travaux spécifiques, sur les usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage, sur les usagers de kétamine, sur les consommations dans les milieux de la prostitution<sup>1</sup>, etc.

---

1. Voir la rubrique « Publications », sur le site de l’OFDT <http://www.ofdt.fr>

## Avertissement

Dans ce rapport des données d'enquêtes ont été utilisées sans avoir encore fait l'objet de publications spécifiques.

Il s'agit en premier lieu du [système d'information Ena-CAARUD](#), enquête nationale exhaustive menée tous les deux ans, une semaine donnée chez tous les usagers des CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue). La première édition a eu lieu en novembre 2006. Menée en face à face par les intervenants des CAARUD sur la base d'un questionnaire occupant un recto-verso, elle a permis de recueillir 4341 fiches correspondant à autant d'usagers (après élimination des doubles comptes) parmi lesquels 1089 n'ont pas répondu au questionnaire. L'enquête est actuellement en cours d'analyse. Une publication devrait avoir lieu en 2008.

Quelques résultats de l'enquête [SINTES cocaïne](#) dont le recueil a eu lieu de mai à décembre 2006 dans huit agglomérations françaises, ont également été présentés alors que l'analyse de cette enquête est encore en cours. Les sites concernés étaient ceux participant au dispositif SINTES en 2006 et disposant d'un réseau de collecteurs (Bordeaux, Dijon, Marseille, Metz, Lille, Paris, Rennes et Toulouse). Des échantillons de cocaïne, au nombre de 373, ont été recueillis auprès d'usagers ayant au préalable consommé une partie du produit collecté. Un peu plus du tiers ont été recueillis auprès de personnes ayant des conditions de logement définies comme instables, les deux autres tiers ayant au contraire été acquis auprès d'usagers aux conditions de logement définies comme stables. Les usagers devaient dans le même temps répondre à un questionnaire de contexte. Les échantillons ont ensuite été analysés par trois laboratoires du réseau des CEIP (CHU de Caen, Paris et Marseille) ainsi que par deux laboratoires des douanes (Paris et Strasbourg). La cocaïne a été dosée. Les autres substances psychoactives et les médicaments étaient identifiés.

Il s'agit, enfin, des [données nationales de l'enquête PRELUD](#) (Premières lignes usagers de drogue) réalisée au cours du premier trimestre 2006 dans les structures de première ligne pour les usagers de drogues, devenues CAARUD en 2006. Ces centres accueillent essentiellement des usagers actifs (usagers encore dans un parcours toxicomaniaque par opposition à beaucoup d'usagers ou ex-usagers rencontrés dans les structures de prises en charge qui sont, en général, déjà insérés dans un parcours de soins).

Le nombre d'usagers enquêtés s'est élevé à 1017, répartis dans les structures de première ligne de 9 sites : Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris,

Rennes, Toulouse. L'enquête a été réalisée par l'administration de questionnaires en face à face. Les données de cette enquête sont présentées avec un niveau de précision s'arrêtant à l'unité à l'exclusion des fréquences inférieures à 5 % dont la précision est décimale.

Elle se différencie du dispositif d'information Ena-CAARUD d'une part par un questionnaire plus approfondi, d'autre part par la réalisation sur cinq sites de prélèvements salivaires (bio-PRELUD) sur lesquels ont été réalisées des recherches d'anti-corps anti-VIH (484 échantillons) et anti VHC (500 échantillons).

Enfin, il faut noter concernant le suivi de la mortalité, l'arrêt de la diffusion par l'OCRIS du nombre des surdoses dont la fiabilité posait de plus en plus problème.

Les tendances sont désormais suivies uniquement à partir des données des certificats de mortalité fournies par l'INSERM (CépiDC). La part des différents produits dans la mortalité peut être en outre estimée à partir des données du dispositif DRAME (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances) du réseau des CEIP (Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance), dépendant de l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé), qui recueille les cas de décès liés à la prise de substances psychotropes ayant fait l'objet d'analyses biologiques dans un cadre médico-légal.

## Tendances marquantes 2006 et premières observations 2007

Ce huitième rapport présente les principaux résultats issus du fonctionnement du dispositif TREND pendant l'année 2006 éclairés par les premières observations portant sur 2007, lesquelles sont en cours d'analyse par les sites du réseau TREND.

Il est important de rappeler que le dispositif TREND se concentre sur des groupes de population beaucoup plus consommatrices de produits psychotropes que la population générale d'âge équivalent. Les constats qui en découlent ne peuvent donc être généralisés à l'ensemble de la population française.

Les principales observations marquantes de l'année 2006 sont présentées en deux parties.

- La première évoque de manière transversale des tendances de fond concernant usagers et pratiques.
- La seconde s'intéresse aux produits consommés.

### Approche transversale

À l'exception de celles qui concernent le champ sanitaire, ces observations viennent pour la plupart renforcer ou confirmer des phénomènes déjà observables au cours des années précédentes (2003-2005).

#### *Espaces, produits et modes d'usage : le brouillage croissant*

Caractérisés dans les années 90 par des codes culturels distincts, les espaces festifs techno et urbain connaissent chacun leurs produits-phares (opiacés dans l'espace urbain notamment, stimulants dans l'espace festif) et leurs modes d'usage spécifiques (fréquence de l'injection dans l'espace urbain, prise orale et sniff en milieu festif). Depuis le milieu des années 2000 cependant, la porosité croissante entre ces deux espaces liée au passage de certains usagers de l'un à l'autre tend à estomper les spécificités. Sont particulièrement concernés ces jeunes désaffiliés catégorisés sous le terme « jeunes errants » qui déambulent d'un espace à l'autre au rythme de leurs besoins (produits ou besoins vitaux) mais aussi certains usagers ayant perdu le contrôle d'une consommation initiée sur la scène festive et fréquentant maintenant les structures de réductions des risques et les centres de soins.

Ils sont en partie à l'origine d'une certaine diffusion de produits et de pratiques d'un espace à l'autre. L'héroïne devient ainsi plus visible dans l'espace festif, tandis que la MDMA fait son apparition dans l'espace urbain. Cette diffusion des produits hors de leur espace traditionnel de disponibilité peut également être mise en lien avec l'organisation actuelle du petit trafic autour de dealer « multi -produits » qui n'hésitent plus à venir proposer leurs produits dans des espaces festifs auxquels ils sont à l'origine totalement étrangers.

Au plan des pratiques *l'injection, quasi absente du milieu festif au début des années 2000, y apparaît de plus en plus présente*, même si elle reste encore très stigmatisée par les « teuffeurs ». Autre conséquence de ces « échanges » entre différents espaces, on assiste à la *diversification des modes d'usage d'une grande partie des substances disponibles*, les voies d'administration spécifiques de l'espace festif comme le sniff ou la fumette étant de plus en plus utilisées pour consommer des produits tels que l'héroïne tandis qu'inversement, l'injection, apanage des usagers marginalisés des centres urbains, se développerait comme mode d'usage de la MDMA ou les amphétamines, substances habituellement spécifiques de l'espace festif. La croissance au fil des années des habitudes de polyusage, qui s'accompagnent chez certains usagers d'une recherche permanente « d'expérimentations », peut également jouer un rôle dans ces observations. Il faut noter cependant que les motivations qui conduisent à utiliser ou rejeter tel ou tel mode d'usages varient peu, l'injection demeurant schématiquement une pratique des usagers précaires qui maximisent ainsi les effets des produits, le sniff et la fumette apparaissant comme des modes d'usage moins risqués, le deuxième pouvant selon la technique présenter en outre l'avantage de la discrétion.

#### *Diffusion des usages à des sphères de plus en plus larges de la société*

Un *élargissement des groupes sociaux concernés par les usages de substances psychoactives* est perceptible au fil des ans. Le phénomène a d'abord concerné la cocaïne consommée actuellement par des couches très diverses de la société. Il semble actuellement que le même processus soit à l'oeuvre pour les opiacés. L'héroïne, la BHD et parfois même la méthadone apparaissent en effet là où elles ne sont pas attendues. Ainsi, des usages d'héroïne chez des personnes insérées socialement sont rapportées ainsi que des consommations dans les milieux ruraux. Une diffusion des usages de buprénorphine dans des groupes professionnels divers (déménageurs, coursiers, cadres) à des fins de détente est également notée (essentiellement à Paris). Sur un plan quantitatif, l'étendue de ces pratiques est probablement restreinte comme en témoignent les faibles taux d'expérimentation observés en population générale. La tendance qui se dessine mérite toutefois une certaine attention, car ces usagers, se gardant de tout contact avec le « monde des toxicomanes » ainsi qu'ils le qualifient (structures de réduction des risques, de soins ou d'auto-support) semblent parfois très peu au fait des consignes permettant de réduire les risques de l'usage en général et de l'injection en particulier.

*Signes de rajeunissement et de féminisation des usages*

Une majorité des sites observe en 2006 et 2007 en effet une diminution marquée de l'âge des premières consommations, du démarrage des usages intensifs ou même du passage à l'injection pour certains. Cette tendance s'accompagne d'une visibilité plus importante des usages problématiques féminins. Celle-ci pourrait être le fait de l'accroissement du poids des publics jeunes et précaires au sein desquels les filles représentent une part plus importante que parmi les usagers « traditionnels ». Il est également possible que ces jeunes filles soient davantage « repérées » que leurs homologues masculins du fait de la survenue de grossesses dans des conditions de précarité importante, mais aussi du recours fréquent à la prostitution pour assurer le financement des usages.

*Renforcement des usages à risque parmi les populations précaires, une constatation récurrente*

C'est dans ces groupes d'usagers qui présentent le plus de difficultés sociales mais aussi psychologiques ou psychiatriques qu'est observée la progression de l'injection, des poly consommations quotidiennes qui s'ajoute à des pratiques d'alcoolisation massive. Les premiers concernés sont de jeunes « errants » désaffiliés, vivant dans une précarité marquée (voir chapitre population). Un autre groupe, essentiellement urbain, serait constitué de personnes également très précarisées, principalement en provenance des pays d'Europe de l'Est, vivant dans des squats collectifs. Enfin, la présence de personnes présentant une forte morbidité psychiatrique, consommatrices de grandes quantités de médicaments, notamment des sulfates de morphine, est également évoquée par les observateurs du dispositif TREND. Tous ont en commun des difficultés de socialisation (y compris vis-à-vis des autres usagers de drogues) et d'accès aux soins. Leurs besoins spécifiques (intrication des problèmes notamment) en font des populations particulièrement difficiles à prendre en charge par le dispositif de soins actuel.

*Au plan sanitaire des tendances à confirmer*

Concernant la transmission des infections virales, les données déclaratives, en l'absence de données biologiques encore disponibles pour apprécier des évolutions, semblent montrer une diminution de la prévalence de l'infection à VIH mais aussi à VHC parmi les moins de 35 ans entre 2003 et 2006. Ce premier signe de recul (pour le VHC) demande à être confirmé, en particulier par des données biologiques.

Un autre point à souligner, malgré l'absence à la fin de l'année 2007, de données quantitatives permettant de documenter ce point avec certitude, concerne les surdoses. Au vu de la situation actuelle marquée par la hausse d'une part de la disponibilité et de la consommation d'héroïne, lesquelles ne devraient pas se ralentir compte tenu des records atteints par la production afghane au cours de ces deux dernières années, et par une diffusion progressive de la méthadone sur le marché

parallèle qui s'ajoutent aux pratiques répandues de polyusage d'autre part, il paraît légitime de s'attendre à une remontée du nombre de surdoses en France pour les années à venir.

## Approche par produit

Un dénominateur commun à plusieurs substances aura été, en 2006 comme en 2007, **une préoccupation croissante des usagers vis-à-vis de la composition des produits** et notamment de la nature des produits de coupage. La multiplication des escroqueries en milieu festif, de nombreux médicaments ou de la mCPP y étant vendus pour de l'ecstasy tout comme la circulation de feuilles de cannabis alourdies de micro-billes de verre, qui faisait elle-même suite aux intoxications à l'atropine accompagnant des lots de cocaïne en 2005, ont contribué à accroître la méfiance des usagers. En ce qui concerne la cannabis, l'accélération du **développement de l'autoculture** de l'herbe constitue plus à une réponse à cette préoccupation davantage qu'au souci d'assurer un approvisionnement stable.

### Le « retour » de l'héroïne se confirme

Il semble qu'en 2006 le retour d'un usage significatif d'héroïne, même si cette substance n'avait jamais complètement disparu du paysage des consommations, se confirme. La hausse de la disponibilité de ce produit est désormais généralisée à l'ensemble des sites d'observation TREND à l'exception de celui de Marseille. S'il est légitime de considérer comme un « retour » la progression de l'héroïne parmi les usagers traditionnels d'opiacés, la progression de l'usage hors de ces populations constitue en revanche un élément nouveau. **La disponibilité de l'héroïne s'accroît également en milieu festif** pratiquement dans tous les sites, notamment dans le milieu festif underground. La hausse de la disponibilité de l'héroïne dans ce milieu et la diffusion chez certains jeunes d'une image de moins en moins négative de l'opiacé favorisent en effet sa **diffusion dans des sphères plus étendues de la société, notamment vers des populations relativement jeunes et bien intégrées à la société**. L'héroïne y serait de plus en plus consommée pour ses effets propres (plaisir) et plus seulement dans le cadre de la gestion de la descente des stimulants (sédation), y compris en milieu festif.

Toutefois, ce phénomène ne peut en aucun cas être comparé à « l'épidémie » des années 70-80 et l'hypothèse d'une réédition du même scénario - l'héroïne entraînant à elle seule déchéance physique et sociale - dans les années qui viennent est peu probable. Depuis cette époque, la disponibilité des traitements de substitution a changé la donne et la diffusion des stimulants sous forme de poudre a familiarisé les amateurs de psychotropes avec d'autres modes d'usages moins risqués sur l'un ou l'autre plan (occasionnel, sniff). Par ailleurs, des habitudes de poly usages qui rendent les dynamiques de consommation plus complexes se sont installées.



**Substitution : le Subutex®, un marché parallèle persistant ; la méthadone, un marché parallèle émergent**

Peu d'évolutions sont notées en 2006 en matière de détournement de produits de substitution. La disponibilité de la buprénorphine haut dosage sur le marché parallèle local a retrouvé son niveau d'origine malgré les mesures adoptées par l'Assurance maladie au cours des deux années précédentes, alors que dans le même temps, le trafic international s'intensifiait. Les premiers retours des observations portant sur l'année 2007 suggèrent cependant la survenue de chutes de la disponibilité du Subutex® (avec augmentation des prix) du fait probablement de son remplacement partiel par les génériques, peu recherchés en usage détourné. **L'usage de la BHD et son injection dans une frange de population très précaire semblent toujours en progression.**

Quant à la **méthadone**, en dépit de l'accroissement du nombre de patients traités, **sa diffusion sur le marché parallèle reste modérée, même si elle progresse nettement** dans certains sites (Paris, Bordeaux, Toulouse). Ce marché consiste surtout en dépannages entre patients traités, même si les observations de 2007, encore en cours d'analyse, montrent l'émergence d'un marché plus « commercial ». Dans certains sites (Lille notamment dès 2006), la méthadone apparaît désormais, à l'instar de la BHD, comme un moyen pour des personnes dépendantes aux opiacés de démarrer **un traitement à la méthadone en auto-substitution.**

À Paris, la tendance à l'intensification du trafic des sulfates de morphine et de son usage détourné dans certaines populations d'usagers très précarisés s'est poursuivie en 2006.

**La cocaïne toujours plus disponible**

La structuration et l'amplification de l'offre de cocaïne au plan local se sont poursuivies du fait d'un double mouvement caractérisé soit par l'intégration du produit à l'offre des réseaux de petit trafic préexistants soit par la reconversion pure et simple de ces réseaux dans la vente de cocaïne. Conséquence de ce processus, l'accroissement sans précédent de la disponibilité et de l'accessibilité de la cocaïne dans l'espace festif, y compris l'espace festif commercial non « techno » mais également **la pénétration du produit là où il était auparavant absent, notamment dans les banlieues défavorisées.** Cela pourrait, en partie, expliquer l'apparition de la vente de rue de la cocaïne, modalité de vente réservée, jadis, à l'héroïne et au cannabis.

24

Toutefois, le niveau d'accessibilité varie selon la qualité de produit visée. Ainsi, la cocaïne réputée la plus pure, de bonne qualité supposerait une intégration dans certains réseaux *ad hoc*, une bonne connaissance des filières et des moyens financiers adéquats. Les autres usagers auraient accès à la cocaïne de rue, réputée être beaucoup plus coupée.

L'accroissement de la consommation de cocaïne semble se poursuivre tant parmi les usagers à faible pouvoir d'achat et en situation précaire que dans des popula-

tions plus insérées où elle tend à se diffuser dans des milieux socioculturels variés. Dans le même temps, de nouvelles formes d'usage de la cocaïne alternatives au sniff de chlorhydrate de cocaïne s'enracinent. En réponse à une recherche visant une intensité plus importante des effets, l'usage de la cocaïne basée ou free base, habituellement fumée, continue de s'élargir au-delà de l'espace festif underground où il est pratiqué depuis plusieurs années tandis que l'injection de chlorhydrate de cocaïne, menant fréquemment à des pratiques compulsives, extrêmement délétères aux plans physique et psychique, perdure parmi les usagers plutôt polyconsommateurs des centres urbains et semble même s'intensifier à Paris et Toulouse.

Dans leur recherche d'un usage plus discret, certains usagers ont également recours au « joint » au chlorhydrate de cocaïne (la poudre est mélangée à du tabac ou du cannabis pour être fumée ensuite).

À l'augmentation des usages répond un accroissement perceptible, à défaut d'être précisément mesuré, de leur impact sanitaire.

#### *Stimulants synthétiques : les poudres et les cristaux supplantent les comprimés*

La classique ecstasy en comprimé à « gober » si elle est toujours très présente en milieu festif ne répond plus aux besoins des usagers les plus avertis qui explorent d'autres formes et d'autres modes d'usages, plus distinctifs et prodiguant des effets plus intenses. L'ecstasy apparaîtrait désormais comme la drogue des « débutants » : le corollaire de cette banalisation est une modification de la perception du produit qui apparaît de plus en plus comme une drogue « douce » dont la dangerosité est oubliée. À tel point que des usagers glisseraient d'un usage festif exercé dans un cadre collectif vers un usage intensif sans prendre conscience du caractère problématique de ce dernier.

Malgré l'existence erratique de produits circulant sous l'appellation « méthamphétamine », la présence de celle-ci en France reste particulièrement douteuse : aucun produit analysé sous ce nom en 2006 ou 2007 dans le cadre dispositif SINTES n'était de la méthamphétamine.

#### *Hallucinogènes : LSD et GHB en hausse*

À l'exception de l'usage des champignons hallucinogènes, assez répandu chez les utilisateurs de drogues, la consommation d'hallucinogènes reste toujours relativement marginale et confinée à de petites populations spécifiques. Dans ce cadre général, on constate néanmoins que l'attrait pour les substances hallucinogènes, naturelles ou synthétiques continue à progresser lentement, par petite avancées ici ou là. En 2006, il est notamment apparu une augmentation de la présence du LSD au sein de l'espace festif alternatif dans pratiquement tous les sites, tendance qui semble se confirmer en 2007. Il est apparu à Toulouse et Bordeaux, en particulier, une extension de son public habituel. Cependant, son image ambivalente, de produit mythique emblématique de la contre-culture des années 70 mais aussi

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

de drogue difficilement maîtrisable engendrant la crainte du *bad trip*, limite probablement, son potentiel de diffusion.

Enfin, l'usage (volontaire) du GHB<sup>2</sup> (gamma-hydroxy butyrate) dans les milieux du *clubbing homosexuel* a progressé significativement en 2006 et probablement en 2007 (Paris et Marseille, Toulouse) conduisant à un accroissement, voire à une banalisation des malaises et comas liés à cet usage. Cette substance s'avère en effet délicate à doser particulièrement en cas de prise d'alcool concomitante.

### Les drogues licites : une alcoolisation de plus en plus orientée vers la « défonce »

Quel qu'en soit le lieu, la consommation d'alcool semble de plus en plus souvent orientée vers la recherche d'effet de « défonce ». La particularité de l'usage, pour les observateurs qu'ils soient du champ social, sanitaire ou répressif, est sa proximité avec la recherche d'une modification rapide et puissante de l'état de conscience des héroïnomanes « à l'ancienne ». Les acteurs sanitaires et répressifs font état d'une banalisation de ces pratiques d'usage massif qui tendent à se régulariser.

Par contre, comme en 2005, si les personnes usagères de drogues restent de forte consommatrices de benzodiazépines, aucune tendance claire ne se dégage concernant l'usage de ce type de médicaments si ce n'est la poursuite du recul de l'usage de Rohypnol® et une installation localisée de l'usage détourné du Rivotril®. La situation est très hétérogène, les spécialités détournées variant énormément selon les sites.

# Approche transversale

## Espaces et populations

Les espaces urbain et festif techno constituent les deux grands domaines d'observation des populations et des usages de drogue du dispositif TREND. À ces deux espaces correspondent, le plus souvent, des populations d'utilisateurs différentes auxquelles sont attachées des perceptions, des expériences des drogues et des pratiques distinctes. Cependant, depuis déjà quelques années, on assiste à l'émergence d'une population « errante » qui transite dans ces deux espaces et tend ainsi à en gommer les frontières et les spécificités.

### Espace urbain

#### Description générale des usagers

##### Des usagers plutôt précarisés

Selon l'étude PRELUD 2006, l'âge moyen des personnes qui fréquentent les structures de réduction des risques en milieu urbain s'élève à 31,2 ans. Un quart de ces usagers a moins de 25 ans et 35 % ont au moins 35 ans [1].

Il s'agit d'une population nettement masculine (82 %). La part des femmes est plus importante chez les plus jeunes [Tableau 1].

**Tableau 1- Répartition des sexes en fonction des classes d'âge chez les usagers des structures de première ligne, 2006**

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
<b>28</b> < 25 ans (N=252)	66 %	34 %
De 25 à 34 ans (N=410)	86 %	14 %
> 34 ans (N=356)	88 %	12 %
<b>Total (N=1018)</b>	<b>82 %</b>	<b>18 %</b>

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

Près de la moitié des personnes rencontrées vit seul (46 %), 21 % en couple, 20 % avec des amis. Parmi elles, 68 % n'ont pas d'enfant et 20 % en ont un. Seules 8 % de ces personnes vivent avec au moins un enfant.

Les usagers qui fréquentent les structures de réduction des risques en milieu urbain présentent une vulnérabilité sociale importante [1].

■ Parmi eux, 58 % connaissent des conditions de logement instables : la moitié est sans domicile fixe, tandis que l'autre dispose d'un mode de logement provisoire (disponible pour une durée inférieure à 6 mois).

■ Un peu plus du quart dispose d'un salaire ou d'allocations « chômage » (27 %). Près de la moitié (45 %) perçoivent un revenu social : le RMI (Revenu minimum d'insertion, 35 %) ou une allocation adulte handicapé (10 %). Enfin un autre quart ne dispose d'aucun revenu licite tandis que 2 % seulement sont aidés par la famille ou des tiers. La structure des ressources diffère fortement selon le groupe d'âge considéré. On observe en effet que plus de la moitié des moins de 25 ans n'a aucun revenu légal, alors que la moitié des 25-34 ans est bénéficiaire du RMI.

■ Au cours des six derniers mois, 22 % ont eu une activité rémunérée intermittente ou continue ; 18 % étaient au chômage ; 35 % étaient inactifs et 2,5 % étaient étudiants (sans activité rémunérée).

■ Si dans l'ensemble, seuls 10 % des usagers des structures de première ligne n'ont aucune couverture sociale (ni assurance maladie, ni aide médicale d'état), cette situation concerne 20 % des moins de 25 ans. Plus de la moitié des usagers (57 %) couverts par l'Assurance maladie bénéficie de la CMU.

■ Sur le plan des acquis scolaires, 25 % d'entre eux seulement ont atteint le lycée (avec ou sans le bac). La plus grande partie (44 %) dispose d'un diplôme professionnel du secondaire (CAP, BEP), les autres n'ayant pas été au-delà du collège.

**Tableau 2 - Origine des ressources chez les usagers des structures de première ligne, 2006**

	N	Emploi	Allocation chômage	RMI	Allocation adulte handicapé	Aide privée	Aucune	Autre	Total
<25 ans	251	21 %	11 %	3 %	2 %	7 %	47 %	9 %	100 %
De 25 à 34 ans	410	18 %	8 %	50 %	6 %	1 %	14 %	2 %	100 %
>34 ans	354	16 %	8 %	40 %	21 %	1 %	14 %	1 %	100 %
Total	1015	18 %	9 %	35 %	10 %	2 %	22 %	4 %	100 %

Source : Prelud 2006, TREND /OFDT

**... Et fortement consommateurs de produits psychotropes**

Les 1018 usagers interrogés en 2006 dans les structures de première ligne (étude PRELUD) consomment en moyenne 3,4 produits différents par mois (sans compter le tabac, l'alcool et le cannabis<sup>3</sup>) [1].

■ Le cannabis demeure le produit le plus consommé, devant l'alcool (74 % d'usage au moins une fois dans le mois, dont 65 % boivent au moins 5 verres par occasion).

■ Un tiers des usagers rencontrés a pris de l'héroïne au cours du mois précédent mais l'opiacé le plus consommé est maintenant la buprénorphine haut dosage. Parmi les 44 % d'usagers qui en ont pris au cours du mois précédent, seuls 49 % l'ont utilisé uniquement dans un but thérapeutique<sup>4</sup>. Par ailleurs, l'usage détourné des sulfates de morphine s'accroît dans certains sites notamment parmi certains jeunes désocialisés. Sur l'ensemble de la population enquêtée par PRELUD, l'usage au cours du mois précédent passe de 9 % à 16 % entre 2003 et 2006 et l'usage à visée de « défonce » s'accroît de 3,3 % à 9 % dans le même temps.

■ L'usage de cocaïne dont la fréquence s'accroît dans l'ensemble de la population semble rester relativement stable parmi les personnes vues par les structures de première ligne [1]. L'évolution majeure liée à la consommation de cocaïne est marquée par l'accroissement des pratiques d'injection.

■ Les consommations de MDMA et d'amphétamine parmi les usagers des structures de première ligne restent principalement le fait de ceux qui fréquentent également le milieu festif techno [Tableau 4]. L'usage dans cette population d'hallucinogènes naturels ou synthétiques reste faible et ne présente pas d'évolution marquante.

Parmi les usagers rencontrés en milieu urbain, ceux qui fréquentent aussi l'espace festif alternatif présentent un profil particulier.

Ils sont en moyenne plus jeunes (28 ans +/- 7 contre 35 ans +/- 8). Ils apparaissent dans l'ensemble un peu plus vulnérables sur le plan social. Leurs usages s'inscrivent davantage dans un cadre collectif : seuls 29 % consomment « le plus souvent seuls » (contre 43 % pour les non familiers de l'espace festif alternatif) [1].

Enfin, ils affichent un profil de consommation différent des autres [Tableau 4]. Ils consomment en moyenne dans le mois presque deux fois plus de produits différents (hors tabac, alcool et cannabis) que les autres usagers (4,3 contre 2,4 produits)<sup>5</sup> et utilisent autant les substances appartenant plutôt à la sphère de l'espace festif (MDMA, amphétamine, cocaïne, champignons hallucinogènes) que celles

3. Et en comptant les différents médicaments psychotropes non opiacés pour un seul produit. Médiane = 3, maximum = 16, minimum = 0.

4. La question posée portait sur l'objectif de l'usage. La personne avait le choix entre les options suivantes : 1/ Pour arrêter l'héroïne ou pour se soigner (but dit « thérapeutique »), 2/ Pour se « défonce », y compris pour gérer la descente d'un stimulant ou pour gérer le manque, 3/ Les deux.

5. Les médianes sont respectivement égales à 4,0 et 2,0.

## Huitième rapport national du dispositif TREND

caractéristiques de l'espace urbain (héroïne, BHD, sulfates de morphine, etc.). L'accroissement de la pratique de l'injection de la MDMA et de l'amphétamine chez les usagers des structures de première ligne semble essentiellement le fait de cette population. Ainsi, 51 % des usagers rencontrés en CAARUD en 2006 et qui ont fréquenté plus de 10 fois dans leur vie un événement festif alternatif ont pratiqué l'injection au cours du mois précédent l'enquête (contre 41 % des autres) [1]. Ce sont principalement ces usagers, qui, mêlant l'usage de produits particulièrement présents dans l'espace festif et un mode de consommation jusqu'alors propre à l'espace urbain, tendent à injecter différents stimulants.

**Tableau 3 - Fréquence des consommations au cours de la vie et au cours du dernier mois, parmi les usagers des structures de première ligne, N=1017, 2006**

	Au moins 10 fois dans la vie	Mois précédent	Tous les jours*
Au moins 10 verres d'alcool par occasion	-	30 %	21 %
Cannabis	95 %	86 %	54 %
Héroïne	77 %	34 %	11 %
BHD	69 %	44 %	31 %
<i>Pour se défoncer uniquement</i>		12 %*	
Méthadone	44 %	24 %	16,5 %
<i>Pour se défoncer uniquement</i>		4 %*	
Sulfates de morphine	34 %	16 %	7 %
<i>Pour se défoncer uniquement</i>		9 %*	
Codéine	33 %	4,6 %	1,2 %
<i>Pour se défoncer uniquement</i>		1,2 %*	
Rachacha	36 %	5 %	-
Cocaïne ou crack	79 %	40 %	7 %
chlorhydrate		34 %	5 %
base		16 %	2,6 %
Ecstasy	65 %	20 %	0,9 %
Amphétamine	60 %	22 %	2 %
Benzodiazépines	56 %	30 %	18 %
<i>Pour se défoncer uniquement</i>		11 %*	
Champignons hallucinogènes	53 %	8 %	-
LSD	57 %	14 %	0,6 %
Kétamine	30 %	9 %	0,6 %
Solvants / poppers	46 %	4,9 %	0,4 %

\* Ces prévalences sont calculées sur l'ensemble de l'échantillon interrogé y compris les non usagers du produit considéré. Il était précisé dans la question pour se défoncer y compris gérer le manque ou une descente de stimulants. Ne sont pas comptabilisés ici les usagers ayant déclaré un usage mixte, à savoir pour se défoncer et pour se soigner (ou pour arrêter ou diminuer l'héroïne).

Sources : **Prelud 2006, TREND / OFDT**



**Tableau 4 - Profil de consommations au cours du dernier mois des usagers rencontrés en 2006 dans les structures de première ligne selon qu'ils sont familiers ou non du milieu festif techno alternatif**

<b>Fréquentation d'un événement festif alternatif plus de dix fois dans la vie</b>	<b>Oui</b> N = 545	<b>Non</b> N=462
Au moins 10 verres d'alcool par occasion	34 %	26 %
Cannabis	88 %	83 %
Héroïne	46 %	20 %
BHD	28 %	32 %
Méthadone	26 %	20 %
Sulfates de morphine	22 %	7 %
Codéine	3,7 %	6 %
Rachacha	8 %	0,9 %
Cocaïne ou crack	50 %	27 %
	<i>chlorhydrate</i>	45 %
	<i>base</i>	24 %
MDMA (ecstasy)	30 %	9 %
Amphétamine	34 %	7,6 %
Benzodiazépines	28 %	32 %
Champignons hallucinogènes	13 %	1,9 %
Plantes hallucinogènes	3,5 %	0,6 %
LSD	23 %	2,8 %
Kétamine	15 %	1,7 %
Solvants / poppers	5 %	4,5 %

Sources : PRELUD 2006, TREND / OFDT

### Sous populations de l'espace urbain

Les groupes d'usagers décrits dans les lignes qui suivent ne constituent pas la totalité des consommateurs de drogues illicites évoluant dans l'espace « urbain » défini par TREND. Ils permettent cependant d'appréhender la diversité des parcours et des situations et donc la multiplicité des contextes et des types d'usage.

#### Les anciens héroïnomanes sous substitution

Ces personnes sont en général assez âgées par rapport à l'ensemble des usagers de drogues (de 35 à plus de 40 ans). Elles constituent, si l'on peut dire, la population « traditionnelle » des centres de soins spécialisés. Parmi elles, les situations du point de vue de l'insertion sociale sont variées : certaines ayant pu réintégrer une vie sociale « normalisée » tandis qu'un certain nombre, n'ayant pas encore stabilisé leur parcours addictif, ont pu développer des co-dépendances. Chez ces dernières, l'alcool est particulièrement présent, mais également, depuis quelques années, la

cocaïne, parfois injectée ou consommée sous forme de free base. L'héroïne et la cocaïne sont, en fonction des possibilités financières, également consommées sous forme d'« extra » pour casser la monotonie d'un traitement de substitution régulier. Cette population est également fortement consommatrice de benzodiazépines, dans un cadre thérapeutique ou non. Une part de ces personnes continue de pratiquer l'injection, soit pour tenter de retrouver un effet « flash », soit en raison d'une dépendance au « rituel » accompagnant cette pratique.

### **Les usagers précaires à forte morbidité psychiatrique**

D'autres usagers, décrits dans plusieurs sites, se caractérisent par une forte morbidité psychiatrique, qui constitue pour eux le problème majeur. Ces usagers, âgés d'environ 30-40 ans, souvent polyusagers (« imprégnés de toutes sortes de produits ») consomment de grandes quantités de médicaments, associés à de fortes consommations d'alcool. C'est dans ce groupe que l'on peut observer les usagers d'Artane®, notamment à Marseille, et des consommations importantes de sulfates de morphine détournés, notamment à Paris. Ces usagers en situation d'extrême précarité semblent rejetés des structures psychiatriques. Leur suivi par les structures de soins dédiées aux usagers de drogues s'avère également très difficile. La prescription des traitements médicamenteux nécessaires pose notamment de délicats problèmes.

### **Les jeunes errants**

À côté des populations relativement âgées sont décrits depuis plusieurs années des usagers beaucoup plus jeunes et plus désinsérés, évoluant aux marges des milieux techno alternatifs et fréquentant les structures de réduction des risques des centres urbains. En général, la plupart de ces jeunes se retrouve entraînée dans un processus de « désaffiliation » après avoir quitté une institution ou suite à une rupture familiale [9, 10].

La plupart vit en squat ou chez des amis. « *Beaucoup ne dorment pas au même endroit d'une semaine sur l'autre* » constatent certains intervenants du champ. Longtemps confondus avec les *travellers*, leur mobilité est en réalité assez réduite, se limitant à des déplacements centrés sur une agglomération. Leurs déambulations sont opportunistes et s'effectuent en fonction des besoins liés à la survie et selon la disponibilité des produits<sup>6</sup>.

Contrairement aux groupes *travellers* souvent plus âgés et maîtrisant davantage un parcours choisi, ni leurs modes de vie, ni leurs usages ne sont sous-tendus par des revendications contre culturelles.

Si cette population est masculine dans une large proportion, la part des femmes semble croître depuis 2005. À des degrés variables selon les agglomérations, une féminisation des populations désaffiliées est constatée par les observateurs, notam-

6. On trouvera une description de ces usagers et de leurs usages dans le rapport TREND 2004.

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

ment parmi les plus jeunes (18-22 ans). Dans cette population, la grande précarité sociale peut mener à la prostitution ainsi qu'à une escalade très rapide vers des comportements à fort risque (injection). La population des moins de 25 ans enquêtée dans le cadre de PRELUD (âgée en moyenne de 21,6 ans +/- 1,9 ans) est féminine à 34 %, ce qui témoigne en effet d'une présence de ce sexe plus importante que dans les populations plus âgées (13 % de femmes chez les 25 ans et plus).

Les consommations de substances psychotropes sont d'abord celles attachées au milieu festif, ecstasy et cocaïne mais également hallucinogène, naturels ou non (Salvia, cactus, champignon, Datura, kétamine). Il n'en demeure pas moins que l'on retrouve dans ces populations des consommations plus spécifiques de l'espace urbain. Ainsi, à Paris, dans les milieux proches des punks et des travellers, les détournements de buprénorphine et de sulfates de morphine semblent répandus.

**Tableau 5 - Caractéristiques et pratiques au cours du mois précédent des usagers de moins de 25 ans selon qu'ils sont sans domicile fixe ou non (SDF, squat, camion), 2006**

	Ensemble	SDF (n=115)	Personne disposant d'un domicile même non durable (n=136)	
Aucune ressource	47 %	67 %	30 %	P<0,01
Aucune couverture santé	19 %	35 %	6 %	P<0,01
Atteinte niveau lycée	26 %	14 %	35 %	P<0,01
Inactifs	45 %	64 %	29 %	P<0,01
Au moins 10 verres d'alcool quotidiennement	20 %	34 %	9 %	P<0,01
Cannabis tous les jours	57 %	66 %	49 %	P<0,01
Héroïne	48 %	50 %	46 %	
Cocaïne	45 %	50 %	41 %	
BHD	43 %	44 %	42 %	
Pour se défoncer uniquement	14 %	29 %	8 %	P<0,01
Méthadone	19,5 %	19 %	20 %	
Pour se défoncer uniquement	5 %	12 %	2 %	P<0,01
Sulfates de morphine	20 %	23 %	16 %	
Pour se défoncer uniquement	12 %	14 %	10 %	
Codéine	5 %	3,7 %	4,4 %	
Ecstasy	29,5 %	34 %	26 %	
Benzodiazépines	21 %	19 %	23 %	
Injection dans le mois	47 %	50 %	44 %	
Lieu de consommation le plus habituel :				
Dans la rue	19 %	26 %	13 %	P<0,01P
En squat	18 %	33 %	5 %	<0,01

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

Un autre élément à prendre en compte est la fréquence du polyusage, les mélanges se faisant en fonction des opportunités, ce qui donne un caractère particulièrement anarchique aux consommations dans ce milieu. Il faut mentionner également la fréquence de l'abus d'alcool. Leur profil d'usage peut être approché par celui des moins de 25 ans sans domicile fixe, rencontrés dans les CAARUD [Tableau 5] [1].

L'injection, conservant son image négative, a longtemps eu la réputation d'être peu pratiquée parmi ces jeunes usagers du fait de leur proximité avec le milieu festif. Toutefois, depuis plusieurs années, un passage plus fréquent à cette pratique surtout avec l'avancée en âge est noté. En 2006, certains observateurs témoignent même de pratiques massives d'injection de tout produit disponible dans une logique qui peut apparaître autodestructrice.

Avec l'entrée dans une dépendance aux opiacés, l'abus d'alcool serait le premier responsable des problèmes sanitaires de ces jeunes. Les dégâts sanitaires liés à un mode de vie particulièrement précaire sont également très présents (affections cutanées, traumatologiques, violences, etc.).

Leur cohabitation avec les autres usagers des structures de réduction des risques ou de soins, lorsqu'ils les fréquentent, est conflictuelle (déplacements en groupe, présence de chiens, etc.). La particularité des moins de 25 ans, par rapport aux plus âgés, serait une réticence encore plus importante au contact avec les professionnels du soin ou de la réduction des risques, dont ils ne fréquentent les structures que pour répondre à des besoins de première nécessité. De plus, leur mobilité empêche tout travail dans la durée.

### **Vulnérabilité sociale des moins de 25 ans rencontrés dans les structures de première ligne en 2006 (enquête PRELUD) [1].**

Les usagers qui fréquentent les structures de réduction des risques en milieu urbain présentent, au-delà des fréquences d'usage, une vulnérabilité sociale importante.

#### **Précarité du logement**

Parmi eux, 67 % vivent en situation d'instabilité sur le plan du logement<sup>7</sup> : 31 % sont SDF, 15 % vivent en squat, camion, caravane etc., les autres disposant d'autres modes de logement provisoires. Si 20 % d'entre eux ont un logement indépendant, seuls 11 % vivent encore durablement dans la famille ou chez des proches (15 % des 15-20 ans). Le départ assez précoce de la cellule familiale apparaît également dans le fait que seuls 12 % vivent encore avec un ou les deux parents (18 % chez les 15-20 ans) [11]<sup>8</sup>, alors qu'ils sont 23 % à vivre seuls, 27 % à habiter en couple et 29 % à vivre avec un ou des amis.

7. Impossibilité de passer les 6 prochains mois dans le même logement ou absence de logement.

8. Pour comparaison, l'INSEE fait état qu'en 2005, 44 % des jeunes Français de 18-29 ans et plus de 80 % des 18-21 ans vivaient encore chez leurs parents.

#### **Niveau d'éducation et insertion professionnelle faible**

Sur le plan des acquis scolaires, 25 % d'entre eux ont au moins atteint un niveau « bac » (avec ou sans l'examen)<sup>9</sup>. Cette statistique apparaît très inférieure à celle recueillie dans la population générale du même âge où la proportion des bacheliers (examen obtenu) dépasse 60 % [12]. La plus grande partie (44 %) dispose d'un diplôme professionnel du secondaire (CAP, BEP), les autres ayant atteint un niveau « collège » (29 %).

La majorité des moins de 25 ans est inactive (45 %) ou au chômage (20 %). Cependant une part plus importante que dans les groupes plus âgés travaille de manière continue (8 %) ou intermittente (15 %). Les autres sont étudiants ou en stage non rémunéré.

#### **L'exclusion de la protection sociale**

Les plus jeunes sont quasiment exclus des revenus sociaux. En effet, presque la moitié d'entre eux (47 %) ne dispose d'aucun revenu, part à laquelle on peut rajouter les 3 % qui mentionnent comme revenu la mendicité ou le trafic. Seuls 9 % reçoivent un revenu social (RMI<sup>10</sup> 3 %, Allocation adulte handicapé 2 %, allocations pour les enfants ou pour l'insertion professionnelle 3 %). En cela, la situation des moins de 25 ans est radicalement différente de celle des plus âgés qui sont environ 60 % à vivre à l'aide des revenus sociaux.

Les moins de 25 ans apparaissent également plus vulnérables que les plus âgés concernant l'accès aux soins. En effet, un sur cinq (soit 19 %) ne possède aucune couverture santé (ni assurance maladie, ni aide médicale d'état). Si 77 % sont affiliés à la Sécurité sociale, plus de la moitié d'entre eux (soit 43 % du total) relève de la CMU.

#### **Les nouveaux migrants**

Un autre groupe, essentiellement urbain, est constitué de personnes également très précarisées, principalement en provenance des pays d'Europe de l'est, mais également de Chine, en particulier dans l'agglomération parisienne. La plupart vivent dans des squats collectifs. Cette population majoritairement masculine est hétérogène et présente plusieurs profils différents, notamment selon les nationalités d'origine.

Les pratiques rapportées depuis plusieurs années - injections d'opiacés, notamment de sulfates de morphine, de benzodiazépines, notamment de Valium®, et surtout ingestion de quantités massives d'alcool - s'ajoutent à des difficultés de socialisation (y compris vis-à-vis des autres usagers de drogues) et d'accès aux soins qui en font une population aux besoins spécifiques particulièrement difficile à prendre en charge.

9. Le fait qu'ils n'aient pas tous atteint l'âge du bac ne change pas les résultats : cinq usagers seulement n'ont pas 18 ans et 21 % des plus de 18 ans ont atteint un niveau bac.

10. On ne peut prétendre au RMI qu'à partir de 25 ans sauf si l'on est chargé de famille.

### **Les usagers insérés du milieu « alternatif » urbain (Marseille)**

Le site de Marseille décrit par ailleurs un groupe de personnes issues de la culture techno alternative qui ne relèvent pas de la mouvance des « errants » ou des travailleurs. Agés de 28 à 35 ans environ, ils sont sédentarisés depuis des années et vivent en appartements individuels ou en colocation. Ils ont généralement une activité professionnelle précaire (travail au noir, CDD, etc.), voire artistique, ou vivent du RMI. La palette des produits consommés, en semaine et le week-end, est très large et l'injection rarissime. Ils n'ont pas ou peu de contacts avec les structures de soins spécialisés, ne se considérant pas comme toxicomanes. Certains d'entre eux « sortis du système » par conviction éprouvent de grandes difficultés à renouer des liens avec la société, restant cantonnés dans une économie de la « débrouille ».

## **Espace festif**

### *Description des espaces et des populations*

L'espace festif techno regroupe l'espace festif alternatif (free parties, rave parties, teknivals) et l'espace festif commercial (bar et clubs programmant de la musique techno, discothèques, etc.). Pour identifier des populations, à travers ces lieux ou ces événements, une étude ethnographique menée en 2004 et 2005 dans plusieurs agglomérations a fait apparaître des logiques d'organisation de la population festive similaires dans l'ensemble des sites. La population festive peut ainsi être appréhendée grâce à une typologie composée de quatre groupes d'affinité, lesquels constituent des sous-populations homogènes tant par leur vécu identitaire que par la perception du groupe par les observateurs extérieurs [13].

■ **Le groupe d'affinité « Alternatif »** regroupe les amateurs de free parties et de rave parties. Les free parties se déroulent le plus souvent sans autorisation légale, à l'extérieur dans un coin de nature ou sur des sites industriels abandonnés. Les amateurs de free parties revendiquent une image décalée relevant de la « contre-culture ». Les travailleurs, qui vivent en « camion »<sup>11</sup> et cheminent de manifestations festives en manifestations festives sur le sol européen, mènent une vie qui constitue pour nombre de participants des free parties le style idéal de vie. Une partie d'entre eux adopte d'ailleurs cette existence durant les congés scolaires, universitaires, ou entre deux périodes de travail temporaire.

Les rave parties rassemblent jusqu'à six mille personnes pour des soirées événementielles payantes organisées dans de grands espaces ou en plein air pendant la saison estivale. Les participants des rave parties revendiquent eux aussi une image « décalée », mais teintée d'une composante plus hédoniste.

---

11. Qui ne sont pas des camions en réalité, mais des camionnettes aménagées.

■ Les membres du groupe d'affinité « Soirées Urbaines » se retrouvent généralement dans des bars musicaux, plus rarement dans des espaces loués pour des soirées rassemblant moins de mille personnes, exceptionnellement à l'extérieur, lors d'un festival « électro ». Cette population serait plus insérée socialement et idéologiquement (on y retrouve beaucoup d'étudiants) que les amateurs de soirées alternatives. Elle apparaît cependant composée de personnes qui revendiquent aussi une image décalée et contestataire. Les bars musicaux qu'elle fréquente sont souvent situés dans le centre historique des agglomérations. Les personnes qui constituent ce groupe d'affinité se définissent comme plus mélomanes que les autres groupes qui appartiennent à la grande famille « électro » : un lieu est avant tout sélectionné pour la qualité de sa programmation musicale.

■ Les membres du groupe d'affinité « Clubbing » se réunissent dans des boîtes de nuit dédiées à la musique électronique et étiquetées « Club électro ». Ce groupe est essentiellement constitué d'une population hédoniste qui consacre un budget important à ses sorties et à son habillement. Des établissements dits *Gay friendly* font toujours partie des lieux fréquentés par ce groupe. Les membres de ce groupe d'affinité privilégient souvent la danse à la musique ; ici, la notion de fête est associée aux soirées mythiques d'Ibiza. La logique de séduction préside dans leurs rapports sociaux, de façon beaucoup plus visible et explicite en tout cas que dans les deux groupes d'affinité précédents. Même si certaines personnes peuvent se sentir assez proches de l'esprit des soirées rave du milieu alternatif, tous les membres du groupe se définissent généralement comme une antithèse de l'espace alternatif version free parties et musique hardcore.

■ Les membres du groupe d'affinité « Select » se concentrent dans des boîtes de nuit dont les portes ne s'ouvrent que sur cooptation et dans des bars musicaux d'accès libre, mais où s'opère une sélection à l'entrée, du fait de l'obligation d'une tenue correcte. C'est une population qui cultive l'entre-soi, et une image chic et branchée ; elle pratique une culture de la distinction au travers de l'apparence, via l'habillement ou d'autres attributs telle la voiture. Les individus qui composent ce groupe d'affinité semblent se percevoir comme une sorte de jet set et leur niveau de vie apparaît plus élevé que celui des membres des autres groupes d'affinité. Par contre, les membres des autres groupes d'affinité considèrent les lieux de prédilection « Select » comme des lieux « bourgeois » dont ils décrient la programmation musicale.

Ces groupes se distinguent les uns des autres par des profils de consommation variés [tableau 3] [13]. Ainsi, les usagers rencontrés dans l'espace alternatif affichent clairement des profils d'usage récent plus intenses que les personnes fréquentant les autres espaces festifs « électro ». C'est dans cet espace également que les personnes déclarent le plus souvent sortir « pour prendre des drogues » (37 % contre 22 % dans l'ensemble des groupes). Le cannabis y est consommé quotidiennement par 67 % des personnes rencontrées (contre 41 % de l'ensemble) et la cocaïne, plus d'une fois par semaine, chez 16 % des personnes (contre 12 % pour

**Tableau 6 - Consommation au moins une fois au cours des trente derniers jours des principales substances psychoactives illicites ou détournées de leur usage dans l'ensemble de l'échantillon et dans les groupes d'affinité, 2004-2005**

	%	Estimation du % pondéré	Alternatif N=476 %	Urbain N=398 %	Clubbing N=430 %	Select N=192 %	P
Cannabis	68,5	72,2	88,2	73,6	50,2	50,0	<0,001
Champignons hallucinogènes	12,4	14,6	24,8	13,8	2,1	2,1	<0,001
Crack ou free base	6,1	7,3	13,4	4,5	1,4	1,6	<0,001
Cocaïne non basée	34,6	34,8	50,0	27,1	27,9	27,1	<0,001
Ecstasy	32,4	32,9	53,8	24,9	24,9	11,5	<0,001
Héroïne	6,7	8,0	15,5	3,5	2,3	1,0	<0,001
Kétamine	2,3	2,5	6,5	0,8	0,2	0,0	<0,001
LSD	10,5	12,6	23,5	8,0	2,8	0,5	<0,001
Amphétamines	13,4	13,7	29,0	8,0	5,3	3,6	<0,001
Poppers	10,2	8,6	9,0	7,3	17,2	3,6	<0,001
Opium et/ou rachacha de pavot	4,3	5,4	8,6	4,3	0,9	1,0	<0,001
Benzodiazépines	1,8	1,3	2,3	1,0	2,1	1,6	NS
Cocaïne et/ou ecstasy			70,8	37,7	37,2	30,2	<0,001
Tous produits * sauf alcool et cannabis			81,3	46,7	43,2	34,4	<0,001

\* Au moins une prise de champignons hallucinogènes et/ou crack et/ou cocaïne et/ou ecstasy et/ou héroïne et/ou kétamine et/ou LSD et/ou amphétamines et/ou poppers et/ou opium et/ou rachacha et/ou benzodiazépines

Source : **Quanti festif 2004-2005, OFDT/GRVS**

l'ensemble). Le sniff y a été au moins expérimenté par 85 % des personnes (66 % dans l'ensemble de la population) et utilisé récemment (dernier mois) par 64 % des usagers de l'espace alternatif (40 % dans l'ensemble).

L'injection reste très marginale dans cette espace. Seuls, 8,5 % l'ont expérimenté dans l'espace alternatif et 1,5 % l'ont utilisé au cours du mois précédent (respectivement 4,6 % et 0,5 % dans l'ensemble de la population festive « électro ») [13].

### **Sous populations de l'espace alternatif**

Le rapport toulousain propose une formalisation des sous populations rencontrées dans l'espace festif alternatif qui permet de mieux comprendre la diversité des publics rencontrés dans cet espace [14]. Ces sous populations sont identifiées par les termes de « fondateurs », « expérimentateurs » et « satellites ».



### Les « fondateurs »

Ils constituent le noyau dur du mouvement techno alternatif qu'il font perdurer en s'impliquant dans l'organisation des soirées. Garants de l'esprit de la culture techno et de la philosophie alternative des *travellers*, ils offrent des modèles d'identification pour les publics plus périphériques de cette mouvance. L'identité de groupe est très valorisée avec une forte revendication d'un type de musique, quel qu'en soit le courant. Leur approche des drogues est « festive » c'est-à-dire indissociable de la musique et de la fête. Ils consomment les produits « traditionnels » attachés au milieu festif, à savoir stimulants et hallucinogènes, les opiacés n'intervenant éventuellement que pour adoucir les descentes. L'injection n'est pas acceptée dans ce milieu. Se considérant comme des usagers non problématiques, ils utilisent très peu les dispositifs de réduction des risques en milieu urbain à moins d'une dérive dans l'usage entraînant une forte marginalisation [14].

### Les « expérimentateurs »

Les « expérimentateurs », plus jeunes, apparaissent comme des « consommateurs » du milieu festif underground. Ils s'identifient de façon plus lointaine à la culture alternative dont ils ne connaissent ni les codes, ni la philosophie. Leur démarche festive est toujours motivée par la recherche de produits psychotropes. Sédentaires, ils vivent, pour les plus jeunes, encore chez leurs parents. Les modes d'usage imitent ceux des « fondateurs » mais la méconnaissance des repères traditionnels de cet espace tend à faire reculer la stigmatisation dont l'injection faisait l'objet jusqu'alors. Ils sont souvent assez ignorants des pratiques de réduction des risques [14].

### Les « satellites »

Ce dernier groupe rassemble les populations nommées antérieurement « nomades » ou « errantes » en fonction de leur degré de choix et de maîtrise de leur parcours de vie [10]. Dans la pratique, on retrouve ici la catégorie « jeunes errants » déjà observée dans l'espace urbain. Si pour certains, comme le rappelle le rapport toulousain, le nomadisme, relatif dans les faits, s'établit sur une identification à la culture underground, pour d'autres, faire la fête dans cet espace constitue une étape dans un parcours d'errance. Le sens de leur présence dans les fêtes, notamment au sein du courant hardcore se situe dans la libre consommation de produits qu'elles permettent. Ces usagers sont plus souvent en contact avec les structures de réduction des risques en milieu urbain et leurs modes d'usage, empruntant aux deux espaces ne s'intègrent plus du tout à la philosophie du monde alternatif. Leurs usages apparaissent réguliers (forte présence d'alcool, cannabis, Subutex®, etc.) opportunistes (cocaïne, ecstasy, etc.) et surtout marqués par l'injection qu'ils tentent d'utiliser avec tout produit disponible, de manière à maximiser les quantités disponibles.

## Modes d'usage

Une certaine « contamination » entre les différents modes d'administration caractéristiques de chaque produit est de plus en plus observée. Ainsi, les observateurs de terrain et/ou les données quantitatives disponibles rapportent l'augmentation des pratiques de sniff et de fumette concernant l'héroïne, l'accroissement de l'usage par injection ou par inhalation de la cocaïne, traditionnellement sniffée, des pratiques d'injection et de sniff d'ecstasy plus visibles ainsi qu'un accroissement de l'injection d'amphétamines. La porosité accrue entre le milieu festif techno et les structures de réduction des risques des centres urbains à travers des populations jeunes et désinsérées ainsi que les poly-consommation ont pu permettre ces transferts.

### L'injection

De 1970 à 1995, l'injection est le mode dominant d'administration des produits opiacés chez les usagers problématiques de drogue. La diffusion du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) chez les usagers de drogue par voie intraveineuse va modifier la situation. La politique de réduction des risques (information, accessibilité du matériel d'injection stérile, et diffusion des traitements de substitution) amènent les usagers non seulement à limiter les prises de risque lors des injections mais également à arrêter cet usage ou à en limiter la fréquence [10]. La pratique de l'injection n'a toutefois pas disparu. Les produits pour lesquels l'injection est utilisée de manière significative sont essentiellement les opiacés (à l'exception de la méthadone), la cocaïne, parfois injectée également sous forme de free base, et les stimulants synthétiques (MDMA, amphétamines).

L'usage de produits par injection intraveineuse vise à l'obtention d'un effet « flash » supérieur aux autres modes de prise, quand il ne s'agit pas d'addiction à l'injection pour les « vieux » injecteurs.

Actuellement, il existe deux profils principaux d'injecteurs :

- des personnes généralement de sexe masculin, âgées de plus de trente ans et présentant un long parcours dans la toxicomanie. Fréquemment, elles bénéficient d'un traitement de substitution aux opiacés et n'ont alors qu'un recours épisodique à l'injection, notamment quand il s'agit de « faire la fête », de s'accorder ce que ces usagers appellent un « extra » afin de rompre un moment le cours de leur traitement substitutif ;

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

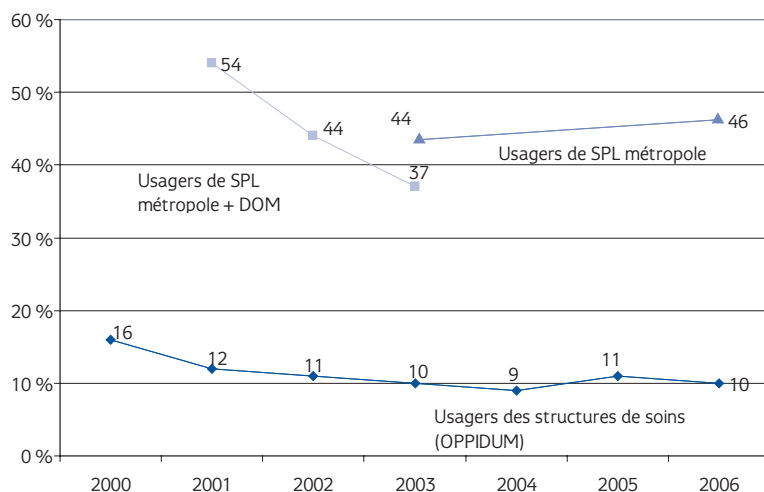
■ des personnes plus jeunes, surtout des hommes, qui vivent généralement dans des situations de grande précarité et oscillent selon les moments entre les structures de réduction des risques et/ou les squats des agglomérations et les regroupements festifs techno de type teknival ou free partie. Certains d'entre eux auraient recours à l'injection très tôt dans leur parcours de consommation.

### Espace urbain

En 2006, parmi les usagers des structures de première ligne en milieu urbain, 68 % ont utilisé l'injection au moins une fois dans la vie et 62 % plus de 10 fois dans la vie. L'âge moyen à la première injection s'élève à 20,2 ans (médiane 19 ans). Il est de 17,7 ans chez les moins de 25 ans (médiane 18 ans) [1].

46 % se sont injecté un ou plusieurs produits au cours du mois précédent, contre 44 % en 2003 [1]. Alors que depuis l'année 2000, les observations tant quantitatives que qualitatives mettaient en évidence une diminution de la pratique de l'injection récente, celle-ci cesse de diminuer en 2006 [15]. En 2005, la part des injecteurs récents (la semaine précédant l'enquête) dans les structures de soins cessait également pour la première fois de décroître pour passer de 9 % à 11 % mais la tendance ne s'est pas confirmée en 2006, la part des injecteurs récents étant repassée à 10 % [3, 16].

**Graphique 1 - Part des injecteurs récents parmi l'ensemble des usagers de structure de première ligne (SPL) et de l'ensemble des usagers fréquentant les CSST**



Source ; PRELUD, TREND / OFDT 2001 à 2003 et 2006, OPPIDUM, CEIPs / AFSSAPS 2000 à 2006

Sur un plan qualitatif, un recours plus fréquent à l'injection est observé mais ce phénomène apparaît concentré, non seulement dans certains sites, mais également chez certaines populations très désinsérées, qualifiées « d'errantes » (voir description des populations, espace urbain) [10].

On constate effectivement que dans les structures de première ligne, au début de l'année 2006, les usagers familiers du milieu festif<sup>12</sup> sont proportionnellement plus nombreux (54 %) que les autres (46 %) à avoir injecté un produit au cours du dernier mois. Ils représentent maintenant plus de la moitié des injecteurs au cours du dernier mois (59 %).

Ces pratiques d'injection apparaissent sur le plan quantitatif comme sur le plan qualitatif pour la cocaïne, la BHD (buprénorphine haut dosage) et l'ecstasy, le plus souvent au sein de populations plutôt jeunes, masculines et marginalisées, vivant dans des situations de grande précarité et fréquentant, selon une logique opportuniste, tant les structures de première ligne que les regroupement festifs techno alternatifs. En revanche, le phénomène est moins significatif s'agissant de l'héroïne même si certains observateurs soulignent la diffusion de l'injection de ce produit dans certaines populations très marginalisées.

**Tableau 7 - Évolution de la fréquence des pratiques d'injection par produits consommé au cours du dernier mois parmi les usagers des structures de première ligne entre 2003 et 2006**

	2003 (N=855)	2006 (N=1017)
Héroïne	53 %	54 %
Cocaïne	46 %	54 %
BHD	47 %	58 %
Ecstasy	13 %	19 %
Amphétamine	22 %	40 %

Source : Première ligne 2003, PRELUD 2006, TREND / OFDT

### Espace festif

L'injection en milieu festif demeure un phénomène marginal et fortement stigmatisé en dépit d'une visibilité croissante de ces pratiques dans les événements alternatifs (voir faits marquants). Les données recueillies au cours des années 2004-2005 le confirment : seules, 4,6 % des personnes fréquentant l'espace festif « électro » ont expérimenté l'injection au cours de leur vie et 0,5 % d'entre elles l'ont utilisée dans le mois précédent. Ces fréquences sont un peu plus élevées dans

12. C'est-à-dire ayant fréquenté un événement festif alternatif plus de 10 fois dans la vie.

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

l'espace techno alternatif (free partie, teknival, etc.). L'expérimentation de l'injection y concerne 8,5 % des personnes rencontrées et l'injection au cours du mois, 1,5 % [13]. Cette pratique touche essentiellement une frange de jeunes usagers en errance fréquentant l'espace festif pour les produits qu'on y trouve mais fortement présents parmi les usagers précaires de l'espace urbain.

Des données portant sur le partage du matériel sont présentées dans le chapitre « Santé des usagers ».

## Sniff et autres modes d'usage

La fumette et le sniff, en dehors de leurs usages classiques (par exemple cocaïne sniffée), sont généralement développés comme un mode alternatif sans risque et socialement acceptable à l'injection mais permettant d'accroître les sensations de certains produits.

Sniff, voie orale ou inhalation, utilisés de manière diffuse par les usagers de drogues restent généralement les seuls pratiqués par les usagers de drogues fréquentant l'espace festif « techno ».

Il existe essentiellement deux techniques d'inhalation des produits. L'une consiste tout simplement à mélanger la substance dans du tabac ou du cannabis et à la fumer. L'autre, connue sous l'appellation « chasse au dragon », consiste à déposer le produit sur une feuille d'aluminium sous laquelle l'utilisateur place un briquet dont la flamme va provoquer la combustion du produit. Les vapeurs sont inhalées en général à l'aide d'une paille.

Plus des deux tiers (68 %) des personnes rencontrés en **milieu festif techno** en 2004-05 ont déjà utilisé le sniff (85 % dans le milieu alternatif) et 41 % l'ont fait au cours des 30 derniers jours (64 % dans le milieu alternatif) [13].

---

44

Dans les **structures de première ligne**, la part des expérimentateurs du sniff au cours de la vie atteint 90 % alors que 42 % des usagers, comme en 2003, l'ont utilisé au cours du mois précédant l'enquête [1]. Les trois quarts d'entre eux ont fréquenté une manifestation techno alternative plus de 10 fois dans leur vie. Parmi ces familiers de la scène techno, en effet, 59 % ont eu recours au sniff au cours du mois précédent alors que ce mode d'usage concerne seulement 23 % des autres usagers.

La situation est sensiblement identique pour l'usage de la voie fumée. Si 59 % de l'ensemble des usagers des **structures de première ligne** ont, en 2006, utilisé la voie fumée au moins une fois dans la vie (pour un autre produit que le tabac ou la

cannabis), ils sont 27 % seulement à en avoir fait usage au cours du mois. Parmi ces derniers, 70 % sont des familiers du milieu techno alternatif. On constate en effet que, parmi ceux qui ont fréquenté moins de 10 événements techno alternatif dans leur vie, l'usage de « la fumette » dans le mois ne concerne que 18 % des personnes (contre 35 % chez les autres).

En 2003, 65 % des usagers des structures de première ligne avaient déjà utilisé la fumette et seulement 21 % y avaient eu recours le mois précédent [1].

## Santé des usagers

### Morbidité générale

La morbidité des usagers de drogues n'est pas la conséquence exclusive de leurs consommations. Celle-ci est liée, d'une part, aux conséquences des modes d'administration : infections virales (sida, hépatites) ou bactériennes (abcès, septicémies, endocardites...) transmises par l'injection (et peut-être le sniff) ou dégâts veineux, cutanés ou muqueux produits localement. Et, d'autre part, aux problèmes liés aux produits eux-mêmes : troubles du comportement, voire troubles psychiatriques, surdoses, accidents cardiovasculaires, etc.

L'état de santé des usagers de drogues peut être affecté par des conditions d'existence marquées par la précarité ou la prise de risque ou encore par des pathologies psychiatriques qui accompagnent fréquemment la prise de drogue (accidents, suicides, problèmes nutritionnels, etc.)

Lorsque les usagers rencontrés dans les structures de réduction des risques en milieu urbain sont interrogés sur leur santé, 42 % citent, en 2006, au moins un problème de santé physique ou psychique [1].

### Morbidité physique

Environ un tiers d'entre eux se perçoit en mauvaise ou très mauvaise santé **sur le plan physique**. Cette part varie assez peu selon les groupes d'usagers. Sur ce plan, les plaintes portent surtout sur des symptômes que l'on peut associer à la précarité et/ou à l'usage des produits. La morbidité infectieuse est fréquemment rapportée (bronchites, rhumes, abcès, etc.), mais également les pathologies de l'appareil locomoteur (douleurs, fractures, violences, accidents, etc.), les problèmes de peau et de dents (mycose, plaies, ulcères, etc.) ou les pathologies d'ordre digestif (constipation, diarrhées, ulcères, pathologies du foie, etc.). Quelques problèmes cardiaques sont également cités. Grossesses et avortements, spontanés ou non, sont rapportés parmi les problèmes de santé. Enfin, certaines personnes évoquent leurs usages problématiques : alcoolisme, rechute, surdose...

Les complications loco-régionales liées à l'injection parmi les usagers des structures de réduction des risques en milieu urbain sont encore, en 2006, très fréquentes. Elles apparaissent comme en 2003 systématiquement plus fréquentes en cas

d'injection de buprénorphine. La fréquence des complications loco-régionales mesurée dans cette population apparaît très similaire à la situation relevée en 2003 [15].

**Tableau 8 - Conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures de première ligne en 2006**

	<b>Injection BHD dans le mois</b> N = 239	<b>Injection mais pas de BHD</b> N = 43	<b>Ensemble</b> N = 282
Abcès cutanés	36 %	19 %	33 %
Difficultés injection	68 %	49 %	65 %
Poussière (poussée de fièvre)	31 %	23 %	30 %
Bleues hématomes	56 %	44 %	54 %
Veines bouchées	46 %	30 %	44 %
Gonflement Membres supérieurs	43 %	21 %	40 %
Gonflement membres inférieurs	16 %	7 %	15 %

Sources : *Prelud 2006, TREND / OFDT*

Parmi les personnes recourant au sniff au cours du mois précédent, 33 % se plaignent de saignements de nez. Il n'existent pas de différences importantes entre celles qui sniffent de la cocaïne et les autres (35 % s'il y a sniff de cocaïne contre 30 % dans le cas contraire).

### Morbidité psychique

Cependant, les données illustrent surtout la fréquente **morbidité psychique** qui affecte les usagers de drogues. 45 % se perçoivent en mauvaise santé psychique et cette proportion s'accroît avec l'âge (38 % chez les moins de 25 ans, 46 % chez les 25-34 ans et 49 % chez les plus de 34 ans). C'est parmi les usagers de 25 à 34 ans ne fréquentant pas le milieu festif que la morbidité psychique ressentie est la plus importante : 56 % d'entre eux se jugent en mauvaise ou très mauvaise santé psychique (N=91).

Les symptômes psychiques occupent en effet une place importante parmi les problèmes de santé cités spontanément par les usagers de ces structures. Ils évoquent par exemple la dépression, les pulsions suicidaires, l'angoisse ou des épisodes de délire.

Dans les Centres de soins spécialisés pour les usagers de drogues (CSST), près d'une personne sur trois, prise en charge pour un problème autre que le cannabis, a déjà été hospitalisée en psychiatrie pour un motif autre que le sevrage. Un quart des usagers (24 %) a déjà fait une tentative de suicide [4].



*Des jeunes femmes plus vulnérables sur le plan sanitaire*

Les jeunes femmes usagères de drogue présentent vis-à-vis de la morbidité générale un profil différent de celui des hommes.

Parmi celles âgées de moins de 25 ans, 47 % (N=86) affirment se trouver en mauvaise ou très mauvaise santé psychique alors que les hommes du même âge ne sont que 34 % dans cette situation (N=166). La relation s'inverse ensuite avec l'âge sans que l'on puisse proposer une explication [1].

Il en va de même sur le plan physique puisqu'elles sont 42 % à se penser en mauvaise ou très mauvaise santé physique alors que les hommes de moins de 25 ans ne sont que 29 % à penser de manière identique. La situation apparaît semblable pour les 25-34 ans, puis la relation s'inverse.

## Les infections virales, hépatites et sida

### La gestion du risque

#### Connaissance du risque

Si les pratiques susceptibles d'engendrer une infection à VIH sont connues par 90 % des usagers de drogues (UD) rencontrés dans le cadre de l'enquête « Coquelicot », celles liées à la contamination par le VHC le sont moins bien. Le partage des seringues comme facteur de risque de l'hépatite C est connu par 84 % des usagers et celui du petit matériel d'injection seulement par 71 % d'entre eux [17].

Au plan qualitatif, les observateurs de plusieurs sites du réseau TREND rencontrent au sein de groupes de jeunes usagers fréquentant occasionnellement les structures de réduction des risques une faible conscience des dangers liés à leurs pratiques. Ce point mériterait sans doute une validation par un travail d'observation plus systématique.

#### Partage et réutilisation de matériel

Le partage du matériel d'injection est un facteur de transmission des infections virales qui perdure à grande échelle parmi les poly-usagers rencontrés **dans les structures de réduction des risques en milieu urbain**. Parmi les 471 injecteurs récents interrogés en 2006 dans ces structures, 13 % disent avoir partagé leur seringue au cours du mois précédent, 23 % la cuillère et 20 % le filtre. Ils sont au total 30 % à avoir partagé tout ou partie du matériel d'injection au cours du mois et 42 % à avoir réutilisé leur propre seringue dont 8 % plus de 5 fois<sup>13</sup> [1].

Les pratiques de partage apparaissent d'autant plus fréquentes que les usagers sont jeunes. Ainsi, chez les moins de 25 ans, ils sont 21 % à avoir partagé leur seringue au cours du mois précédent, 28 % la cuillère et 23 % le coton ou le filtre. Au total, 36 % ont partagé au moins un élément du matériel d'injection au cours du mois.

---

13. La réutilisation de sa propre seringue peut très rapidement devenir un facteur de contamination du virus de l'hépatite C si celle-ci entre en contact avec du produit partagé, une surface souillée par le sang, le matériel ou les mains d'un autre injecteur contaminé.

### La diffusion du Stérifilt®

Il semble que l'utilisation et l'acceptation du Stérifilt® s'étendent progressivement à mesure que les injecteurs en comprennent le fonctionnement. Celui-ci est en effet conçu pour empêcher le passage dans la seringue des composants responsables de l'apparition des abcès en cas d'injection, tout en laissant passer la totalité du principe actif, évitant alors aux injecteurs la récupération des cotons ou filtres usagés pour en extraire à nouveau du produit.

En 2005, déjà, les professionnels sanitaires ou de la prévention à Rennes, Toulouse et Metz percevaient une diminution de la fréquence des problèmes habituels liés à l'injection du Subutex® qu'ils attribuaient à la diffusion du recours au Stérifilt® lors des injections. La tendance semble se confirmer, à la fois du fait du travail didactique des équipes de réduction des risques et par le biais du bouche à oreille. L'adoption du Stérifilt® par les usagers ne semble rien moins que spontanée du fait de la ritualisation des pratiques de préparation. Cependant, les usagers initiés adopteraient volontiers le filtre, apprenant rapidement à adapter leurs pratiques même si certains continuent à voir dans la transparence du produit après filtrage le signe de la perte du principe actif. Un observateur parisien signale l'apparition d'un mode alternatif de gestion de la pénurie qui permet de se passer du coton ou du filtre à cigarette comme réserve de produit<sup>14</sup>: « Dans le cadre du mésusage par injection, on note que certains usagers cassent systématiquement un petit bout du cachet de 1/10e à ¼) avant de préparer l'injection. [...]. Les morceaux doivent être assez petits pour que la prise d'un seul morceau ne donne pas un effet intéressant, assez gros pour que 4 ou 5 morceaux pris ensemble donnent un effet suffisant pour au moins calmer le manque [...]. Cette réserve peut être utilisée comme des 'cotons', c'est-à-dire en cas de pénurie pour disposer d'une ou deux prises d'urgence. »

Bien que la transmission des infections à VIH et à VHC en cas d'échange de paille soit encore discutée par les chercheurs, celles-ci, par précaution, ne devraient pas être partagées. Or, beaucoup d'usagers semblent ne prendre aucune disposition pour se protéger des infections à VIH et à VHC. Parmi les 427 usagers des CAARUD interrogés en 2006, qui ont sniffé au cours du mois, 57 % eu recours au sniff conjointement dont 32 % plus de 5 fois dans le mois. La paille a été partagée au cours de la même période par 30 % des « sniffeurs » dont la moitié plus de 5 fois [1].

Dans le cas du sniff, ce sont également les plus jeunes qui partagent le plus leur matériel. Les moins de 25 ans sont 33 % à avoir partagé la paille et 19 % l'ont fait plus de 5 fois. Le produit, quant à lui, a été partagé par 65 % des « sniffeurs » du mois dont 36 % plus de 5 fois.

14. En l'absence de Stérifilt®, on utilise un filtre ou un coton à cigarette, qui filtre moins bien mais que l'on peut stocker pour récupérer des résidus de produit en cas de pénurie.

### Pratiques du dépistage

Une grande majorité des usagers a déjà pratiqué un dépistage pour l'infection à VIH et l'infection à VHC. Seul 1 injecteur dans la vie sur 10 n'a jamais pratiqué de test de dépistage de l'hépatite C et 1 sur 18 pour le VIH. Cependant, si les conduites à risque persistent, ces dépistages sont rapidement obsolètes. Or pour plus de la moitié de ceux qui ont déjà pratiqué une sérologie (VIH ou VHC), celle-ci date de plus de 6 mois [1].

**Tableau 9 - Pratique des tests de dépistage de l'infection à VIH par les usagers fréquentant les structures de première ligne Prelud 2006**

Ancienneté de la sérologie	< 25 ans N=252	De 25 à 34 ans N=410	> 34 ans N=356	Ensemble N=1018
Pas de dépistage	15 %	9,0 %	6,7%	9,7%
Moins de 3 mois	20 %	21 %	23 %	21 %
Entre 3 et 6 mois	16%	17%	15 %	16 %
Plus de 6 mois	46 %	50 %	53 %	50 %
NSP	2,0 %	2,9 %	2,8%	2,7%
	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : PRELUD 2006, Trend / OFDT

**Tableau 10 - Pratique des tests de dépistage de l'hépatite C par les usagers fréquentant les structures de première ligne Prelud 2006**

Ancienneté de la sérologie	< 25 ans N=252	De 25 à 34 ans N=409	> 34 ans N=356	Ensemble N=1017
Pas de sérologie	23 %	16 %	12 %	16 %
Moins de 3 mois	22 %	21 %	22 %	22 %
Entre 3 et 6 mois	13 %	15 %	13 %	14 %
Plus de 6 mois	38 %	45 %	50 %	45 %
Ne sait pas	3,2%	3,2 %	3,4%	3,2%
	100%	100%	100%	100%

Source : PRELUD 2006, Trend / OFDT

On repère, entre 2003 et 2006, une baisse de la part des usagers des structures de première ligne interrogés n'ayant jamais pratiqué de dépistage tant pour le VIH que le VHC. En 2003, en effet, 15 % des usagers n'avaient jamais pratiqué de dépistage pour le VIH et 21 % pour le VHC (vs 9,5 % et 16 % en 2006). Cette évolution

est surtout perceptible chez les moins de 25 ans qui étaient en 2003, respectivement 26 % et 39 % à ne jamais avoir pratiqué de dépistage pour le VIH ou le VHC (contre 15 % et 23 %) en 2006 [1].

## VIH

L'impact de l'infection à VIH continue à décroître parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV). Alors qu'en 1998, l'usage de drogue par voie intraveineuse était retrouvé chez 18 % des personnes nouvellement atteinte du sida (357 cas dans l'année), ils ne représente plus en 2005 que 9 % des motifs de contamination (113 cas) et 8 % des nouveaux cas en 2006 (56 cas au 31 décembre)<sup>15</sup>.

Seules, 1,9 % des nouvelles contaminations (en amont de la maladie sida), sont liées à l'injection de drogues par voie intraveineuse pour l'année 2005 (81 cas)<sup>16</sup> [18].

L'enquête multicentrique « Coquelicot », menée en 2004 parmi 1 462 usagers de drogue ayant injecté ou sniffé au moins une fois dans leur vie<sup>17</sup> mesure sur échantillons sanguins une prévalence de l'infection à VIH égale à 10,8 % (âge moyen des répondants 35,6 ans)[17]. Une disparité géographique importante est observée puisque les prévalences estimées s'étendent de 1,0 % des usagers de drogues enquêtés à Lille, à 31,5 % à Marseille. Les villes de Bordeaux, Strasbourg et Paris qui ont également participé à l'enquête affichent des prévalences respectivement égales à 2,4 %, 4,3 % et 10,9 %.

L'enquête « bio PRELUD »<sup>18</sup>, réalisée avec des prélèvements salivaires auprès des usagers de structures de première ligne de cinq villes françaises (âge moyen des répondants, 30,5 ans), retrouve, chez l'ensemble des personnes rencontrées, une prévalence de l'infection à VIH égale à 8,5 %. La part de personnes ayant un test positif parmi celles qui se disent négatives est égale à 5,0 % [1]<sup>19</sup>.

15. Données provisoire au 31 / 12 / 07, non redressées en fonction des délais de déclaration.

16. Données provisoire au 31 / 12 / 07, non redressées en fonction des délais de déclaration

17. Rencontrés dans les centres spécialisés, dans les structures de première ligne et chez quelques médecins généralistes. Les villes où s'est déroulée l'enquête Coquelicot sont Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux et Marseille.

18. Part de l'enquête PRELUD réalisée dans 5 des 9 sites de l'étude PRELUD. Cette dernière vise à observer tous les deux ans l'état des pratiques et des consommations en matière de psychotropes dans une population à forte prévalence d'usage. L'enquête est réalisée dans des structures dites de « première ligne », devenues CAARUD, sur la base du volontariat. En 2006, dans 5 des 9 sites de l'enquête PRELUD, Dijon, Lyon, Metz, Rennes et Toulouse, un prélèvement salivaire a été proposé à chaque usager interrogé afin de rechercher des anticorps marqueurs de l'infection à VIH et au VHC. Les prélèvements ont ensuite été acheminés vers le laboratoire de virologie de l'Hôpital Purpan de Toulouse où ils ont été analysés.

19. Il apparaît hasardeux de pratiquer des comparaisons avec les résultats issus de « Coquelicot » :

- La population est différente (dans un cas il s'agit d'injecteurs et « sniffeurs » rencontrés dans une multiplicité de structures, dans l'autre cas, d'usagers exclusivement de structures de première ligne, plus jeunes de 5 ans en moyenne).

- La méthode est différente (au plan biologique et au plan du recrutement)

- Les villes enquêtées sont également différentes.

**Tableau 11 - Estimation de la prévalence de l'infection à VIH sur les prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête « Bio PRELUD », selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge**

				<b>A injecté au moins une fois dans la vie</b>		<b>A injecté ou sniffé au moins une fois dans la vie</b>	
		<b>Ensemble</b>		<b>Oui</b>	<b>Non</b>		
				N=136	N=348	N=467	
Ensemble	N = 484	8,5 %	9,6 %	8,0 %	8,8 %		
< 25 ans	N = 134	6,0 %	-	5,6 %	6,2 %		
De 25 à 34 ans	N = 211	7,1 %	-	5,5 %	7,4 %		
> 34 ans	N = 139	13 %	-	13 %	13 %		

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

Les résultats par ville, obtenus sur de faibles effectifs, sont proposés à titre indicatif, en particulier pour les échantillons inférieurs à 100.

**Tableau 12 - Prévalence de la sérologie sur prélèvements salivaires de l'infection à VIH estimée selon les sites enquêtés**

	<b>Dijon</b>	<b>Lyon</b>	<b>Metz</b>	<b>Rennes</b>	<b>Toulouse</b>
	N=48	N=132	N=59	N=141	N=104
	8,3 %	5,3 %	8,5 %	9,9 %	10,6 %

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

Les données déclaratives obtenues dans neuf villes françaises évoquent une décroissance de la contamination déclarée par le virus du sida [Tableau 12].

**Tableau 13 - Evolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour le VIH dans les structures de première ligne entre 2003 et 2006**

	<b>N 2003</b>	<b>N 2006</b>	<b>2003</b>	<b>2006</b>	<b>2006 standardisé sur le poids des sites 2003 et des classes d'âges</b>
< 25 ans	143	201	4,9 %	0,5 %	0,3 %
25-34 ans	305	359	8,2 %	4,2 %	4,3 %
> 35 ans	221	314	16,3 %	12,1 %	13,8 %
Ensemble	669	874	10,2 %	6,2 %	7,1 %

Source : Première ligne 2003, PRELUD 2006, TREND / OFDT

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

Les usagers se sachant infectés par le VIH sont quasiment tous suivis médicalement puisque 96 % d'entre eux ont bénéficié d'au moins une consultation médicale en relation avec cette infection dans l'année.

## VHC

Si la prévalence de l'infection à VIH a beaucoup diminué depuis 10 ans parmi les personnes usagères de produits psychotropes, l'hépatite C continue à toucher une très large part de ces usagers, essentiellement les injecteurs, même si l'infection par la pratique du sniff ne peut être exclue actuellement.

Parmi les usagers de drogues ayant injecté ou sniffé au moins une fois dans leur vie et rencontrés en 2004 pour l'enquête « Coquelicot » la prévalence de l'hépatite C, mesurée sur échantillons sanguins, s'élève à 59,8 % [17]. Chez les moins de 30 ans, elle atteint déjà 28 % dans cet échantillon mais s'élève à 71 % chez les plus de 40 ans. Plus du quart des usagers enquêtés (27 %) se croient à tort séronégatifs. Les prévalences locales se situent à 43,7 % pour Lille, à 47,2 % pour Bordeaux, à 54,4 % pour Strasbourg, à 62,0 % pour Paris et enfin à 65,9 % pour Marseille.

L'enquête « bio » PRELUD réalisée avec des prélèvements salivaires auprès des usagers de structures de première ligne de cinq villes françaises retrouve une prévalence de l'hépatite C égale à 32 %. Chez les injecteurs, la prévalence estimée<sup>20</sup> s'élève à 42 %. La part de personnes ayant un test positif parmi celles qui se disent négatives est égale à 8,5 % [1].

**Tableau 14 - Estimation de la prévalence de l'infection à VHC sur prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête « Bio PRELUD », selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge**

		Tous	A injecté au moins une fois dans la vie		A injecté et ou sniffé au cours de la vie
	Effectifs	N=500	Oui N=138	Non N=362	N=483
Ensemble	N=500	32 %	7 %	42 %	33 %
< 25 ans	N=138	13 %	-	16 %	14 %
25-34 ans	N=214	31 %	-	44 %	32 %
> 34 ans	N=148	51 %	-	63 %	53 %

Sources : Prelud 2006, TREND /OFDT

20. Voir Point de méthode.

Les résultats par ville sont proposés à titre indicatif et pour rendre compte de la disparité observée. Les résultats de Dijon notamment sont à interpréter avec prudence du fait de la faiblesse de l'échantillon [1].

**Tableau 15 - Estimation de la prévalence de l'infection à VHC sur prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête « Bio PRELUD », selon les sites**

	<b>Dijon</b>	<b>Lyon</b>	<b>Metz</b>	<b>Rennes</b>	<b>Toulouse</b>
	N = 49	N = 137	N = 62	N = 145	N = 107
	10 %	36 %	34 %	28 %	42 %

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

#### **Un point de méthode**

L'enquête PRELUD se propose d'observer, tous les deux ans, l'état des pratiques et des consommations en matière de psychotropes dans une population à forte prévalence d'usage. L'enquête est réalisée dans des structures dites « de première ligne », devenues CAARUD, sur la base du volontariat. En 2006, sur 5 des 9 sites de l'enquête PRELUD, Dijon, Lyon, Metz, Rennes et Toulouse, un prélèvement salivaire a été proposé à chaque usager interrogé pour la recherche des anticorps marqueurs de l'infection à VIH et au VHC. Les prélèvements ont ensuite été acheminés vers le laboratoire de virologie de l'Hôpital Purpan de Toulouse où ils ont été analysés.

Concernant l'hépatite C, la littérature publiée, selon les protocoles, des sensibilités<sup>21</sup> faibles de dépistage dans la salive d'une l'infection actuelle ou passée au virus de l'hépatite B. La sensibilité peut être plus élevée si l'on ne cherche pas à détecter que l'infection actuelle (quantité d'anticorps plus importante dans la salive). Selon le seuil de positivité choisi pour l'infection à VHC, la sensibilité du test s'établirait selon la littérature, à 88,5 % (IC [77,2 - 87,0]) et la spécificité<sup>22</sup> à 92,8 (IC [89,8, 95,2]). Cependant, la comparaison entre résultats déclarés et résultats biologiques montrait que 18 % des personnes biologiquement négatives se désignent comme positive. Un certain nombre d'entre elles se désignaient spontanément sur les questionnaires comme « positives guéries ». Ce qui supposait pour ces cas, un faible taux d'anticorps présent dans la salive. Concernant les résultats biologiques de l'hépatite C, la correction suivante a donc été opérée : les usagers ayant pratiqué un test biologique dont le résultat s'est avéré négatif alors qu'eux-mêmes se déclaraient positifs ont été considérés comme positif. C'est sur cette nouvelle variable qu'ont été calculées les prévalences biologiques de l'hépatite C.

21. Capacité à détecter un cas positif.

22. Capacité à considérer comme négatif un cas négatif.



## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

Les données déclaratives, seules disponibles pour observer des évolutions à ce jour en France, évoquent une décroissance de la prévalence de la positivité déclarée à l'hépatite C chez les plus jeunes.

Ce phénomène n'est pas lié à une chute de l'injection chez ces derniers. En effet, parmi les usagers de moins de 25 ans, la part des injecteurs/vie passe de 51 % en 2003 à 59 % en 2006, celle des injecteurs plus de 10 fois au cours de la vie augmente dans le même temps de 41 % à 50 %.

**Tableau 15 : Evolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour l'Hépatite C dans les structures de première ligne entre 2003 et 2006**

	N 2003	N 2006	2003	2006	2006 standardisé*	2006 injecteurs/ vie
< 25 ans	131	193	17,6%	8,4%	8,8%	12,2%
25-34 ans	299	344	45,8%	29,4%	28,1%	40,9%
> 35 ans	213	273	55,9%	54,4%	52,3%	64,5%
Ensemble	643	852	43,4%	34,0%	33,5%	44,6%

\* sur le poids et des classes d'âge des sites 2003

Source : PRELUD 2006, Trend / OFDT

Cependant, on observe également une pratique du dépistage plus fréquente chez les plus jeunes en 2006 qu'en 2003, qui pourrait être responsable d'une évolution de la population des répondants (seuls ceux qui ont pratiqué un dépistage peuvent répondre à la question). Chez les moins de 25 ans, la part de ceux qui n'ont jamais pratiqué de dépistage chute en effet de 39 % à 25 % entre 2003 et 2006. Le suivi des données biologiques apparaît donc nécessaire pour disposer d'éléments fiables.

Deux tiers des personnes s'étant déclarées positives au test pour l'hépatite C ont eu au moins une consultation relative à cette infection dans les 12 mois précédant l'enquête.

## VHB

Quel que soit l'âge, largement plus du tiers des usagers des structures de réduction des risques en milieu urbain ignorent quelle est leur situation vis-à-vis du virus de l'hépatite B, lequel peut se transmettre par échanges sanguins et par les relations sexuelles [1].

**Tableau 16 - Connaissance par les usagers des structures de première ligne de leur statut vis à vis du VHB**

	Effectifs	Ensemble	< 25 ans	De 25 à 34 ans	> 34 ans
		N = 929	N = 237	N = 370	N = 322
Vacciné	N = 370	40 %	42 %	47 %	30 %
Non vacciné					
non contaminé	N = 151	16 %	15 %	16 %	18 %
Contaminé	N = 73	7,9 %	2,1 %	4,0 %	17 %
NSP	N = 335	36 %	41 %	33 %	36 %
Total	N = 929	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

Les plus de 34 ans sont nettement plus nombreux que les plus jeunes à déclarer avoir été contaminés (17 %)²³.

En fait, parmi les personnes se disant vaccinées, 45 % déclarent avoir reçu trois injections, 25 %, deux injections, 28 % une seule injection et 1 % aucune injection²⁴. Une part des personnes ne connaissant pas leur situation a entamé ou terminé une vaccination.

**Tableau 17 - Nombre d'injections déclarées pour la vaccination contre l'hépatite B par les usagers des structures de première ligne, 2006**

	Ensemble	< 25 ans	De 25 à 34 ans	> 34 ans
	N = 960	N = 230	N = 390	N = 370
0 injection	47 %	38 %	42 %	60 %
1 injection	19 %	26 %	20 %	12 %
2 injections	13 %	13 %	14 %	17 %
3 injections	21 %	23 %	24 %	15 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

Si l'on s'intéresse uniquement aux injections que les usagers disent avoir reçues, on constate que près de la moitié d'entre eux n'a jamais débuté de vaccination. Cependant, plus les usagers sont jeunes, plus ils ont de chance d'en avoir au moins démarré une.

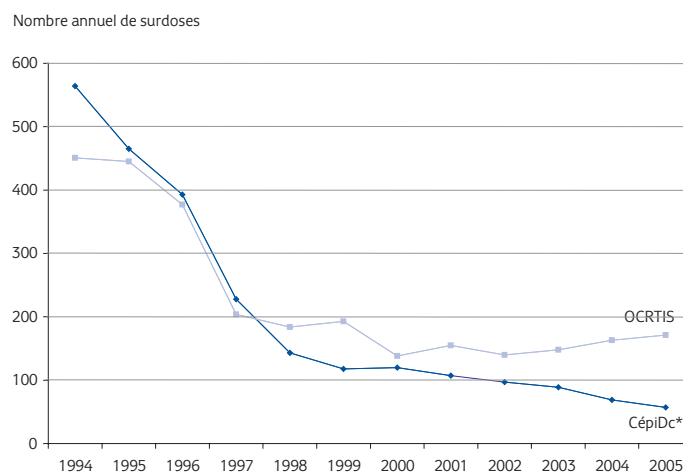
23. On vérifie que 86 % de ceux qui s'affirment contaminés ou non contaminés disent avoir pratiqué un test de dépistage.

24. Il s'agit peut-être d'erreurs.

## Décès par surdose

Si, à partir de l'année 1995, une chute spectaculaire du nombre des surdoses a été observée, conséquence de la mise en oeuvre de politiques de réduction des risques<sup>25</sup>, la situation apparaît moins claire depuis 2000. Le nombre de décès par surdoses recensés par les forces de l'ordre a continué de chuter alors que les données du registre national de mortalité (Inserm, CépiDC) ne montraient plus de tendance précise. Depuis 2002, ces données semblent même montrer un accroissement du nombre de décès par surdose avec une augmentation de 22 % en 3 ans<sup>26</sup> [19].

**Graphique 2 - Evolution du nombre de surdose entre 1994 et 2005 selon les données OCRTIS et les données INSERM**



25. En particulier traitements de substitution et accès aux seringues.

26. Décès comptabilisés selon la définition de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies ou sélection B, à savoir : Harmful use, dependence, and other mental and behavioural disorders due to opioids (F11), cannabinoids (F12), cocaine (F14), other stimulants (F15), hallucinogens (F16), multiple drug use (F19).

Accidental poisoning (X41, X42), intentional poisoning (X61, X62), or poisoning by undetermined intent (Y11, Y12) by opium (T40.0), heroin (T40.1), other opioids (T40.2), methadone (T40.3), other synthetic narcotics (T40.4), cocaine (T40.5), other and unspecified narcotics (T40.6), cannabis (T40.7), lysergide (T40.8), other and unspecified psychodysleptics (T40.9), psychostimulants (T43.6).

Par ailleurs, l'enquête Drame (Afssaps, CEIP de Marseille) recueille les cas de décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives ayant donné lieu à des analyses biologiques dans un cadre médico-légal. En 2006, les laboratoires membres du dispositif sont au nombre de 14. L'intérêt actuel majeur de DRAMES est de disposer d'une information validée (dosages biologiques) permettant de suivre le poids des différents produits dans les décès liés aux produits psychoactifs. La montée en charge du dispositif devrait permettre dans les années à venir d'assurer le suivi de cet indicateur [5].

L'enquête permet de constater qu'en 2005, les opiacés représentent encore la substance la plus impliquée dans les décès liés aux drogues puisqu'ils sont présents dans 85 % des décès directement liés à l'usage et qu'ils sont seuls en cause dans 65 % des cas (hors alcool et médicaments psychotropes non opiacés retrouvés chacun dans plus ou moins la moitié des cas selon les produits en cause) [5].

**Tableau 18 - Poids respectif des différentes substances dans les décès directement liés à l'usage de produits psychotropes, 2006**

	<b>Isolés*</b>	<b>présents</b>
Héroïne	23 %	37 %
Méthadone	17 %	24 %
BHD	12 %	17 %
Autres opiacés licites	8 %	14 %
Cocaïne	8 %	26 %
MDMA (ecstasy)	1,2 %	6,0 %
Amphétamine	0,0 %	1,8 %
Solvants poppers seuls	1,2 %	1,2 %
l-boga	0,6 %	0,6 %
Tous opiacés	65 %**	85 %
Opiacés médicamenteux	41 %**	51 %

\* Sans autre produit retrouvé que l'alcool ou des médicaments psychotropes non opiacés

\*\* La somme « tous opiacés » dépasse celle de chaque opiacé pris isolément car elle comprends des décès avec présence de plusieurs opiacés dans le sang. Il en va de même pour les opiacés médicamenteux.

Sources : Données Afssaps/ CEIP, analyse OFDT

## Populations et pratiques, phénomènes marquants en 2006

### Un élargissement des usages vers les plus jeunes

En marge de la description des populations de « jeunes errants », plusieurs sites (Metz, Rennes, Marseille à propos d'Aix, Toulouse) constatent une diminution de l'âge des premières consommations ou du démarrage des consommations intensives. À Metz, une part croissante du public des structures de soins ou de réduction des risques décrit des débuts d'usage de stimulants se situant le plus souvent autour de 13-14 ans. Le site toulousain fait état d'une augmentation de la part des moins de 25 ans vus dans les structures de première ligne au cours de l'enquête PRELUD entre 2003 et 2006 (de 10 % à 28 %) [1]. À Aix-en-Provence, ville relevant du site de Marseille, les observateurs signalent l'existence d'une population de jeunes usagers passant très vite à l'injection.

Cette tendance s'accompagne dans quelques sites d'une visibilité plus importante des usages problématiques féminins (Metz et Rennes essentiellement). Le phénomène ne semble donc pas général. Un nombre de jeunes filles apparaissant plus important pourrait être le fait de l'accroissement des publics jeunes et précaires au sein desquels les filles représentent une part plus importante que parmi les usagers « traditionnels ». Il est également possible que ces jeunes filles apparaissent davantage « repérables » que leurs homologues masculins du fait, d'une part des grossesses qui surviennent pour certaines, dans des conditions souvent très précaires, mais aussi d'autre part du recours à la prostitution pour assurer le financement des usages.

### Diffusion de l'usage de plusieurs substances à des sphères de plus en plus large de la société

60

Depuis plusieurs années, une tendance à la diffusion de l'usage de la cocaïne hors des « élites » qui en usaient jusqu'alors est constaté. Toutes les couches socio-économiques de la société apparaissent maintenant susceptibles de consommer de la cocaïne, particulièrement en cas de fréquentation des espaces festifs techno et apparentés. Il semblerait que le phénomène soit en train de se reproduire avec les opiacés. De manière relativement insidieuse, par petites touches, les usages

d'opiacés, - héroïne mais également la BHD et parfois même la méthadone - apparaissent de plus en plus fréquemment dans des lieux où ils ne sont pas attendus. Ainsi, par exemple, des usages d'héroïne chez des personnes parfaitement insérées dans la société de même qu'en milieu rural sont observés. À Paris, essentiellement, une diffusion des usages de buprénorphine dans des groupes professionnels divers (déménageurs, coursiers, « costard-cravates ») pour *se doper*<sup>27</sup> ou pour se détendre en fin de semaine est rapportée. Sur un plan quantitatif, le champ de ces pratiques est vraisemblablement assez restreint comme en témoignent les faibles taux d'expérimentation observés en population générale. La tendance qui se dessine mérite toutefois une certaine attention, car ces usagers, se gardant de tout contact avec le « monde des toxicomanes » semblent parfois très peu au fait des connaissances permettant de réduire les risques de l'usage.

À cette diffusion de l'usage semble répondre une relative diffusion du micro-traffic, des consommateurs réguliers hésitant de moins en moins à s'improviser « micro-dealer » pour financer leur propre consommation.

### **Progression régulière de la visibilité des pratiques d'injection en marge de l'espace festif alternatif**

En dépit de la persistance d'une forte stigmatisation de l'injection au sein de la culture festive techno, cette pratique acquiert très progressivement au fil des ans une plus forte visibilité dans cet espace. En 2006, cette constatation est surtout évoquée par les sites marseillais et surtout toulousain. Le principal agent de cette diffusion serait la présence (la croissance ?) d'une population, régulièrement évoquée dans ce rapport, de « jeunes errants » garçons et filles, consommant tout produit en fonction des opportunités et traversant la scène festive sans préoccupation de ses codes. Ils tendent ainsi à introduire dans la scène festive l'injection des substances, traditionnellement réservées aux prises orales et au sniff. Un autre élément avancé se situe dans la restructuration de l'espace festif depuis 2002 [14]. La multiplication des petites free parties relativement privées permettrait des pratiques d'injection plus discrètes. Des observateurs marseillais avancent également l'hypothèse que la fréquentation accrue par les « teuffeurs » des événements transfrontaliers où l'injection est mieux acceptée tendrait à les familiariser avec la pratique. Enfin, un acteur de prévention constate que certains courants au sein même du milieu festif tels que la mouvance punk très présente sur les scènes hardcore ont un rapport à l'usage intraveineux différent des autres espaces techno.

27. L'usage de la buprénorphine pour se doper apparaît curieuse, dans la mesure où ce produit n'est pas un stimulant.

# Approche par produit

## Les opiacés

Les opiacés constituent une famille de produits dérivés de l'opium, substance provenant de la culture du pavot. La morphine (ou sulfate de morphine) est le produit de référence de cette famille. Le terme opiacés désigne aujourd'hui l'ensemble des substances ayant un effet de type morphinique [20].

En France, les opiacés désignent diverses catégories de produits, à commencer par les substances illicites, produites clandestinement, telles que l'héroïne, l'opium ou le rachacha. Mais il existe également une gamme de médicaments à base d'opiacés caractérisés par deux grands types d'utilisation : les médicaments indiqués dans le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres analgésiques (codéine, sulfates de morphine), les médicaments de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine haut dosage ou BHD, commercialisée jusqu'en 2005 uniquement sous l'appellation Subutex®).

Depuis l'introduction des traitements de substitution aux opiacés, au cours de la seconde moitié des années quatre-vingt-dix, il est difficile de se référer à l'évolution d'un produit sans prendre en compte celle des autres opiacés. Cette interdépendance est essentiellement à l'œuvre entre l'héroïne et la BHD, laquelle semble en effet avoir exercé une influence paradoxale sur la consommation d'héroïne. D'une part, la facilité d'accès aux médicaments de substitution (dans un cadre thérapeutique ou sur le marché parallèle) a jusqu'à maintenant empêché le retour massif de l'héroïne mais, dans le même temps, la BHD a favorisé la venue de nouveaux usagers vers l'héroïne. Recrutés essentiellement parmi les primo-usagers<sup>28</sup> de BHD ceux-ci ont cherché à expérimenter l'héroïne, perçue dans certains sites comme un produit mythique. « Protégée » par la substitution et désormais occasionnelle, la prise d'héroïne peut revêtir pour certains un aspect festif ou récréatif. Ainsi, la BHD semble avoir « asséché » un temps la demande d'héroïne tout en l'alimentant à la marge, empêchant par là même sa disparition totale.

Aujourd'hui, il apparaît que l'évolution des marchés et notamment le retour de la disponibilité de l'héroïne à un niveau significatif est actuellement en train de redistribuer les cartes : l'héroïne redevient un produit consommé en première intention par de jeunes consommateurs, dans un usage qu'ils pensent parfois maîtriser

---

28. Primo-usagers de BHD : usagers qui consomment de la BHD sans avoir consommé d'autres opiacés auparavant.



### *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006*

sans faire appel aux substituts. Dans d'autres cas, elle peut également apparaître comme le substitut permettant d'arrêter un usage de BHD perçu comme plus contraignant. La plus forte disponibilité de l'héroïne semble ainsi renvoyer d'avantage la BHD, lorsque son usage n'est pas thérapeutique, à son statut de « drogue du pauvre ».

Ainsi, l'usage des opiacés, pris dans leur ensemble, n'a pas décliné en France, alors que les conséquences de cet usage ont, par de nombreux aspects, largement diminué.

## L'héroïne

L'héroïne est un opiacé synthétisé en 1874 à partir de la morphine. En France, elle se présente sous deux formes chimiques : chlorhydrate (la blanche), assez rare ; base (la brune), beaucoup plus disponible. Son usage entraîne très fréquemment une forte dépendance physique et psychique. En France, elle est classée comme stupéfiant.

### Données de cadrage

Le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois dans la vie) de l'héroïne en [population générale en France](#) est faible et reste stable depuis les années quatre-vingt-dix. Chez les personnes âgées de 18 à 64 ans, l'expérimentation ne dépasse pas 0,9 % en 2005 et l'usage au cours de l'année, 0,1 %. C'est chez les 18-25 ans que l'on trouve la part d'utilisateurs au cours de l'année la plus élevée, soit 0,4 % [6].

En 2005, parmi les jeunes âgés de 17 ans participant à la Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD), l'expérimentation de l'héroïne s'élève à 0,6 % chez les filles et à 0,8 % chez les garçons. La légère régression observée depuis 2003 à cet âge n'est pas significative [7].

En 2006, les interpellations pour usage s'élèvent à 4 955, soit une hausse de 10 % par rapport à l'année précédente. Ce nombre s'accroît de nouveau depuis 2003, après une chute continue depuis le milieu des années quatre-vingt-dix. Dans le même temps, 2 100 [interpellations pour trafic ou revente](#) et 3 212 [saisies](#), correspondant à 1 051 kg d'héroïne ont été réalisées par les forces de l'ordre. Les quantités d'héroïne saisies ont augmenté de près de 40 % depuis 2005, intensifiant une inversion de tendance amorcée en 1999 [8].

## La situation

### Marché

L'héroïne est restée pendant presque dix ans, depuis le développement des traitements de substitution, peu disponible et/ou peu visible. Cette situation s'est traduite ces dernières années par la quasi-disparition des scènes ouvertes et la conversion des petits trafiquants vers la vente, plus lucrative, de cocaïne.

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

Toutefois, la disponibilité de l'héroïne a eu tendance à augmenter légèrement, ici ou là, depuis 2004, en dépit d'une accessibilité toujours difficile. S'en procurer nécessite en effet de recourir à des réseaux de deal opérant plutôt dans des lieux privés. L'année 2006 voit la situation évoluer plus nettement vers un accroissement de sa disponibilité voire, sur certains sites, de son accessibilité.

L'héroïne brune est largement plus disponible que la blanche (89 % des saisies en 2006 selon l'OCRTIS) [8]. Le taux moyen de pureté des produits saisis ne dépasse pas 12 % (quel que soit le niveau de saisie des produits, frontières ou rue...) et 42 % des échantillons saisis contiennent entre 5 et 10 % de produits actifs [8]. Elle serait toujours considérée en 2006 par les usagers comme de qualité médiocre.

L'héroïne blanche, d'une qualité qualifiée de supérieure, est présente uniquement sur certains sites, notamment certaines villes de la banlieue parisienne situées dans les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis. Cependant, elle reste rare et peu accessible du fait de l'extrême discrétion du trafic. La moitié des échantillons de produits saisis en 2006 (49 %) présente une pureté supérieure à 50 % [8].

Les produits de coupe retrouvés lors de l'analyse des saisies en 2006 sont essentiellement de la caféine, présente dans 91 % des échantillons, et du paracétamol (87 %). On trouve également des sucres et des médicaments dans une faible part des échantillons : de la griséofulvine, un antifongique (4 %), la présence des autres molécules médicamenteuses ne dépassant pas 1 % des échantillons (nordazépam, phénobarbital, phénacétine, procaïne) [8].

**Tableau 19 - Prix moyens de l'héroïne brune en 2006**

Sites	Héroïne brune				Héroïne blanche			
	Prelud		Données qualitatives		Prelud		Données qualitatives	
	N	Prix moyen	Ecart type	TREND	N	Prix moyen	Ecart type	TREND
Bordeaux	30	51	10	60				
Dijon	30	38	13					
Lille	23	27	12	30				
Lyon	57	32	7					
Marseille	8	46	17	45	8	63	29	75
Metz	27	37	15	45				
Paris	18	46	16	35	15	70	21	60
Rennes	52	50	14	55				
Toulouse	34	38	13	40				
Moyenne totale	279	40	15	44				

Sources : Prelud 2006 et TREND données qualitatives / OFDT

En 2006, le prix moyen de l'héroïne brune tourne autour de 40 € le gramme mais présente une variabilité géographique notable. En effet, une fracture assez nette entre le nord et l'est de la France (Lille, Metz, Dijon et Lyon) où il est relativement faible (33 € en moyenne) et le reste du territoire où il s'élève en moyenne à 47 € est observée. Ce prix qui avait augmenté en 2005 semble avoir retrouvé en 2006 le niveau des années précédentes. Le prix moyen de l'héroïne blanche se situe entre 60 et 75 €.

### Fréquences d'usage et usagers

Parmi les usagers rencontrés dans le cadre d'une prise en charge socio sanitaire, l'usage déclaré d'héroïne au cours de la semaine précédente s'accroît de 12,6 % en 2004 à 16,6 % en 2006 après plusieurs années de stabilité [3]

Parmi les personnes rencontrées dans les structures de première ligne au début de l'année 2006, 96 % ont déjà consommé de l'héroïne, 77 % en ont pris plus de 10 fois dans la vie. Elles sont 34 % à en avoir consommé au cours du dernier mois, soit 4 points de plus qu'en 2003. Cette dernière donnée marque une inflexion à la hausse après les baisses constatées depuis 2001 [1, 10, 15, 21].

Parmi les personnes rencontrées en milieu festif techno, l'enquête réalisée en 2004 et 2005, fait apparaître que 26 % d'entre elles avaient consommé de l'héroïne au moins une fois au cours de la vie (41 % des personnes fréquentant les manifestations techno alternatives) et 8 % le mois précédent (15 % en milieu alternatif) [13].

L'usage d'héroïne est encore essentiellement le fait d'une population masculine âgée en général de plus de 30 ans, le plus souvent bénéficiaire d'un traitement de substitution. Il s'agit en général d'un usage occasionnel, en alternance avec la prise de traitements de substitution et vise à rompre la « monotonie » du traitement par le biais de ce qui est appelé un « extra ». De plus en plus fréquemment cependant, chez ces patients substitués depuis longtemps, l'héroïne serait envisagée comme un moyen de « décrocher » de la BHD, mais la peur de « replonger » limiterait les passages à l'acte.

À côté de cette population existe maintenant un éventail de groupes plus ou moins importants composés notamment :

- de jeunes en situation de grande précarité sociale (errance, nomadisme) et évoluant aux frontières de l'espace urbain et de l'espace festif (cf. « jeunes errants » dans les sous populations de l'espace urbain). Le plus souvent, ils ont recours à l'héroïne afin de faciliter la « descente » de produits stimulants. Certains deviennent dépendants de l'héroïne. Il s'agit d'un groupe certainement minoritaire mais dont l'importance exacte reste difficile à définir. D'une manière générale, leur usage de produits ne peut plus être qualifié de festif ;
- des immigrés de fraîche date, principalement issus d'Europe centrale et orientale, eux aussi en grande difficulté sociale ;

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

■ de primo-consommateurs de buprénorphine haut dosage (Subutex®) qui s'engagent dans une consommation d'héroïne dans un second temps [22].

De plus, au cours de ces dernières années, l'usage s'est progressivement, quoique modérément, étendu à des usagers plus jeunes, relativement intégrés sur le plan social. Ceux-ci entament souvent dans un cadre festif un usage intermittent d'héroïne. Ils l'utilisent en général pour gérer la descente lors d'épisodes de consommation des stimulants (« matelas » ou « parachute opiacé »). Certains, la connaissant sous le nom de « rabla » sous lequel l'héroïne circule fréquemment en milieu festif, la prennent pour une substance naturelle telle que l'opium. Des passages au stade de la dépendance à l'héroïne sont rapportés. En 2006, une visibilité plus importante de ce phénomène est constatée (voir phénomènes marquants).

L'accroissement du nombre de personnes devenues dépendantes à l'héroïne en milieu festif est constaté par les professionnels des centres de soins même si les données quantitatives manquent.

### Modes d'usage

Trois modes d'administration de l'héroïne existent en France : l'injection, le sniff et, moins fréquemment, l'inhalation ou fumette (chasse au dragon). Schématiquement, l'injection domine au sein des populations qui fréquentent les structures de première ligne. Le sniff et dans une moindre mesure la fumette sont les modes d'administration prédominants de la population rencontrée au sein des événements festifs électroniques techno.

**Tableau 20 - Part des différents modes d'usage de l'héroïne dans les structures de bas seuil (au cours du dernier mois) et dans les centres de soins spécialisés (au cours de la dernière semaine)**

	<b>PRELUD (structures de première ligne)</b>		<b>OPPIDUM (Centres spécialisés majoritairement)</b>
	<b>2003</b> N=255	<b>2006</b> N=348	<b>2006</b> N=621
<i>Injection</i>	53 %	54 %	27 %
<i>Sniff</i>	49 %	54 %	74 %
<i>Inhalation</i>	27 %	34 %	13 %

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT, OPPIDUM 2006, CEIP / AFSSAPS

Il apparaît cependant que la porosité entre les différents milieux brouille de plus en plus la répartition classique des modes d'usages selon l'appartenance ou non au milieu festif. L'injection d'héroïne semble se manifester à la marge de l'espace festif, notamment à Paris et à Metz. Cette pratique concernerait des usagers dont les

consommations d'héroïne seraient devenues régulières et des jeunes, moins insérés professionnellement, qui rentabiliseraient ainsi la quantité d'héroïne dont ils disposent. Au moins une part de ces injecteurs fréquente également les structures de première ligne de l'espace urbain. En effet, en 2006, 75 % des usagers d'héroïne interrogés dans ces structures, et se l'étant injectés au cours du mois écoulé, avaient fréquenté des manifestations festives techno plus de 10 fois dans leur vie [13]. Cependant, les situations évoluent différemment selon les régions françaises. Ainsi, à Lille ou à Rennes, l'injection semble relativement peu ou pas présente dans le milieu festif techno.

Parallèlement, on observe une augmentation du recours au sniff d'héroïne parmi l'ensemble des usagers de structures de première ligne. L'initiation à l'héroïne semble en effet se faire plus rarement par l'injection et davantage par la voie nasale ou pulmonaire. La transition vers la voie intraveineuse, si elle se produit, semble se réaliser plus tardivement dans le parcours toxicomane qu'au cours de la décennie précédente où l'injection intraveineuse prédominait. Le recours au sniff et à l'inhalation semble donc plus particulièrement lié aux jeunes générations d'usagers et s'expliquerait par la stigmatisation dont l'injection reste l'objet compte tenu de son association à la figure du toxicomane dépendant.

**Tableau 21 - Modes de consommation de l'héroïne au cours du mois précédent chez les usagers des structures de première ligne selon la fréquentation ou non des événements festifs techno, 2006**

	Nombre d'événements festifs Techno dans la vie en 2006	
	< 10 fois	≥ 10 fois
Injection	50 %	55 %
Sniff	44 %	58 %
Inhalation	28 %	36 %

Sources : PRELUD 2006, TREND / OFDT

### Perceptions

La perception de l'héroïne par les usagers de drogues semble de plus en plus positive à mesure que l'on s'éloigne de la figure archétypale du toxicomane injecteur des années 80.

Dans les milieux urbains marginalisés, les observateurs font état d'un retour en grâce du produit. Ce constat est lié à la dégradation continue, depuis plusieurs années, de l'image de la buprénorphine haut dosage, le médicament apparaissant à beaucoup d'usagers comme un produit dont il est extrêmement difficile de décrocher. Chez les plus jeunes, relevant du même milieu, l'héroïne est un produit qui fait

moins peur, le manque éventuel engendré par l'usage pouvant être géré grâce à une prise de Subutex®, conçu comme une sorte de filet de sécurité.

En milieu festif où l'usage est traditionnellement rejeté, notamment du fait de son association à l'injection, l'image de l'héroïne apparaît double. Les non usagers l'associent encore à la figure du junky des années 80, tandis que les usagers la voient davantage comme un produit facile à gérer n'entraînant pas de descente ou de dépression.

L'héroïne apparaît comme un produit fascinant auprès de certaines populations relativement jeunes. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à expliquer ce constat :

- la perte, pour les usagers les plus jeunes, de la conscience de l'association de l'héroïne à la contamination par le VIH et à la marginalisation sociale ;
- le sentiment que les modes d'usage festif (donc théoriquement occasionnels) protègent de la survenue d'une dépendance ;
- le développement de modes d'administration alternatifs (sniff et inhalation) à l'injection qui permettent de découpler l'usage d'héroïne de l'usage de la seringue ;
- une familiarité croissante avec les formes poudre du fait de la diffusion massive des produits se présentant sous cette forme tels que la MDMA et la cocaïne ;
- et enfin le prix, encore relativement élevé de l'héroïne sur plusieurs sites, qui lui octroie encore un statut d'opiacé de choix par rapport à la BHD, vendue dans la rue à bas prix.

Certains sites évoquent également une dimension socialisante de l'héroïne en milieu festif. Là où prévalait l'usage individuel apparaissent des démarches collectives de consommation s'accompagnant d'un sentiment d'appartenance communautaire.

Au sein de cette même population, l'héroïne serait de plus en plus consommée en tant que telle et n'aurait plus besoin de se masquer sous l'appellation « rabla » pour être acceptée. D'ailleurs, il semblerait que cette dénomination cache de moins en moins le lien entre « rabla » et héroïne dans les milieux festifs. Comme le constate une intervenante marseillaise : « *Actuellement, personne n'est dupe, et excepté des jeunes qui seraient vraiment des nouveaux arrivants, dans le milieu tout le monde sait maintenant que le rabla c'est de l'héroïne.* »

Si l'on assiste bien à un recul du « tabou » lié à l'héroïne en milieu festif, celui-ci reste tout de même limité. L'héroïne demeure un produit dont on ne parle pas facilement de peur de se faire « cataloguer ».

### Conséquences de l'usage

Outre les pathologies liées au mode de consommation et les risques de contamination par le VIH, le VHC et le VHB, l'usage d'héroïne et d'autres opiacés induit une très forte dépendance physique et psychique, avec un état de manque, ainsi que des risques de surdose en particulier en cas d'association avec de l'alcool ou des benzodiazépines.

En 2005, les opiacés sont à l'origine de la prise en charge pour 75 % des consultants du système de soins spécialisé, principalement suivis pour une addiction à un produit autre que l'alcool et le cannabis. Le premier opiacé concerné demeure l'héroïne (79 % chez l'ensemble des consultants, 86 % chez les primo consultants) [4]. Entre 1998 et 2005, on estime que l'effectif des usagers pris en charge pour un problème avec les opiacés s'est accru de 26 %. Ce phénomène est probablement lié à la faible sortie des usagers d'opiacés des files actives, les prises en charges nécessitant des traitements au long cours [1].

En 2006, l'héroïne constitue le premier produit ayant entraîné une dépendance pour 68 % des usagers ayant participé à l'enquête OPPIDUM, qui se déroule en majorité dans les centres de soins spécialisés pour les usagers de drogues [3].

Concernant les conséquences directes de l'usage d'opiacés, le nombre de décès par surdose constatés par les services de police cesse de diminuer en 2005, après une chute continue depuis 1994. En 2005, la police a en effet relevé 32 décès par surdose consécutifs à une consommation d'héroïne (contre 23 en 2004 et 35 en 2003) [23]<sup>29</sup>.

Parmi les 168 décès directement lié aux produits recensés par le dispositif DRAMES, l'héroïne est présente dans 37 % des cas, seule dans 23 % des cas (sans tenir compte de la présence de cannabis, d'alcool ou de benzodiazépines) et en association avec d'autres produits dans 14 % des cas [5]. Les fortes variations enregistrées d'une année sur l'autre rendent difficiles l'observation d'une tendance. En 2004, elle n'était en cause que dans 29 % des cas, mais l'était dans 54 % des cas en 2005.

---

29. Même non exhaustives, ces données sont confirmées par celles sur la mortalité fournies par l'INSERM.



## Héroïne, phénomènes marquants en 2006

### L'accroissement de la disponibilité de l'héroïne s'affirme y compris en milieu festif où elle est traditionnellement peu présente

Pour la première fois depuis la création du dispositif TREND, les observateurs appartenant au réseau des sites sont à peu près unanimes (à l'exception de ceux de Marseille) pour noter une hausse de la disponibilité de l'héroïne. Cette tendance varie cependant en intensité selon les régions. Il semble que ce phénomène soit marqué dans le sud-ouest et le nord de la France. À Lille, plusieurs observateurs s'accordent pour estimer que l'héroïne est maintenant plus disponible dans la rue que le cannabis. Le constat est moins net à Metz, les observateurs ne pouvant trancher avec certitude entre l'hypothèse d'une recrudescence de la disponibilité du produit ou d'une plus grande visibilité de son usage. À Paris, en revanche, en dépit d'un nombre de saisies moindre que l'an passé par la brigade des stupéfiants, les observateurs de terrain confirment un retour marqué de l'héroïne sur le marché des drogues, notamment dans le XVIII<sup>e</sup> arrondissement et le centre de la capitale. Seul le site de Marseille fait exception à cette tendance et continue de s'inscrire dans la continuité des années précédentes qui voyaient les observateurs rapporter une quasi-disparition de l'héroïne au profit de l'usage détourné du Subutex® et des benzodiazépines.

La disponibilité de l'héroïne s'accroît également en milieu festif pratiquement sur tous les sites, notamment dans les milieux techno underground (Paris, Rennes, Toulouse et même Marseille).

Cet accroissement de la disponibilité est à mettre en lien avec l'augmentation du trafic international constaté par les services de police et de douanes depuis plusieurs années. En 2006, ce phénomène connaît une accélération nette avec l'augmentation de 40 % des volumes saisis par rapport à l'année 2005, laquelle représentait déjà un quasi doublement par rapport à l'année 2004 [20].

## Une extension de l'usage d'héroïne parmi des populations intégrées et de plus en plus jeunes

Dès 2005, divers signaux semblaient montrer une inflexion à la hausse de l'usage d'héroïne dans les populations suivies en centres de soins ou reçus dans les dispositifs de réduction des risques. Il semble que la tendance se confirme cette année et que, notamment dans le milieu des usagers marginalisés fréquentant les structures dites de bas seuil, l'héroïne retrouve une place centrale au détriment de la buprénorphine haut dosage (voir usages et usagers).

Si l'on peut considérer comme un retour la progression de la consommation d'héroïne parmi les usagers traditionnels d'opiacés, la progression de l'usage d'héroïne hors de ces populations constitue, en revanche, un élément nouveau.

La hausse de la disponibilité de l'héroïne, notamment dans l'espace festif et la diffusion chez certains jeunes d'une image de moins en moins négative favorisent en effet sa diffusion dans des sphères plus étendues de la société. L'héroïne y serait de plus en plus consommée pour ses effets propres (plaisir) et plus seulement dans le cadre de la gestion de la descente des stimulants (sédation), y compris en milieu festif.

En 2005, Rennes observait une expérimentation de l'héroïne dans des groupes d'étudiants à l'occasion de fêtes de fin de semaine. En 2006, à Paris et Bordeaux, les observateurs rapportent l'existence d'un usage récréatif et/ou occasionnel, le plus souvent en sniff ou en fumette, dans des populations relativement jeunes et socialement bien intégrées. Certains géraient leur consommation par de courtes périodes de sevrages ou de substitution.

Ce constat est partagé par les observateurs au sein des milieux festifs qui notent tant dans les free parties que dans les discothèques et les boîtes de nuit un rajeunissement des consommateurs d'héroïne (20-25 ans). Ces derniers ne relèvent plus de catégories marginalisées sur le plan social mais de milieux bien insérés dans la société. Sur le site de Marseille sont décrits des jeunes de moins de 25 ans, insérés, qui s'ils sont issus du milieu festif, n'ont pas commencé leur usage dans ce cadre. Soucieux de maintenir leur consommation dans une sphère très privée, ils développent peu d'échanges en dehors du groupe au sujet de leur pratique et manquent d'informations sur les risques. À Paris, dans les milieux underground, le groupe des « teuffers » consommateurs d'héroïne serait en forte hausse.

L'usage d'héroïne dans les zones rurales est un phénomène émergent qui demeure peu exploré. En 2005, le site de Metz signalait déjà des consommations dans les communes rurales au pourtour des zones urbaines (ou « rurbaïne »). Si cet aspect n'est pas rapporté cette année au sein du réseau TREND, les témoignages recueillis par le biais des associations d'auto-support font état en 2006 de groupes de jeunes en milieu rural s'organisant pour consommer et se fournir en héroïne.

## **Hausse probable de l'injection dans certaines populations**

Deux sites font état d'une augmentation de la pratique de l'injection. À Metz, ce phénomène, déjà relevé en 2005, concernerait une population d'héroïnomanes relativement âgés et fréquentant les structures de bas seuil tandis qu'à Paris, il toucherait des personnes plutôt jeunes (20-25 ans) et marginalisées. Il semblerait que dans cette population précise, le tabou de l'injection soit en train de s'estomper et que cette pratique ne soit plus associée à l'idée de déchéance et de risques infectieux. Le recours à l'injection permettrait d'économiser le produit (en maximisant son effet) lorsque les consommations deviennent plus fréquentes.

Dans le nord où la scène techno paraissait ignorer cette pratique, des usages intraveineux d'héroïne ont cette année été observés au festival de Dour (Belgique) qui attire de nombreux français.

## **Le speed ball connaît de nouveaux adeptes**

La pratique qui consiste à mélanger de l'héroïne et de la cocaïne afin de l'injecter ou de la sniffer, jusqu'alors très limitée, serait maintenant visible dans l'espace festif commercial à Marseille (clubs, discothèques) et dans l'espace urbain à Paris. Elle est en effet facilitée par l'accroissement de l'accessibilité des deux produits. Pour certains observateurs, elle s'insère en outre dans une tendance plus générale, « une mode », à pratiquer des mélanges de produits. En 2006, les données du dispositif DRAMES faisaient état d'une présence concomitante d'héroïne et de cocaïne dans 10 % des décès liés directement aux substances psychotropes [5].

## **À signaler en 2006**

### **74 Les overdoses sous haute surveillance**

Par un courrier daté du 22 novembre 2006, l'ONU DC (Office des nations unies contre la drogue et le crime) signale que la production afghane d'opium a atteint pour 2006 la quantité record de 6100 tonnes, soit 92 % de l'offre mondiale. Cette quantité dépasserait de 30 % la consommation mondiale. L'ONU DC met en garde les différentes autorités concernées du risque d'un lien entre production d'héroïne

et pureté du produit sur le marché, lien qui pourrait être responsable dans la situation actuelle d'un accroissement des surdoses. Ce lien entre production d'héroïne et surdose est en fait incertain et assez peu documenté.

Aucune donnée ne permet pour le moment d'étayer l'hypothèse d'une remontée du nombre de surdoses liées à l'héroïne en 2006 [5, 8]<sup>30</sup>. Une observation attentive du phénomène s'impose dans les années à venir.

### Evocations de diverses formes nouvelles d'héroïnes

En 2006, les sites de Bordeaux et de Rennes mentionnent l'apparition d'une héroïne de couleur rosée. Analysée en 2007, un échantillon de cette héroïne s'est avérée sans caractéristique particulière : peu dosée (2 %) et surtout composée de paracétamol et de caféine.

Dans l'est de la France (Metz, Nancy), des usagers d'origine polonaise ont signalé l'existence d'une héroïne « quatre fois plus puissante que l'habituelle ». Elle se présenterait sous deux formes : soit en poudre (40 €/gramme), soit mélangée à de la résine de cannabis et vendue comme du cannabis (10 € la barrette permettant de réaliser 4 joints). Ce mélange provoquerait vomissements et sudation importante.

30. Si en 2005, on pouvait noter une interruption de la tendance à la diminution des surdoses liées à l'héroïne apparaissant dans les données OCRIS, l'interruption de la diffusion de ces données en 2006 ne permet pas de suivi. Les données DRAMES, quant à elles, mettent en évidence un accroissement de la part des décès liés à l'héroïne (seule ou en association) entre 2004 et 2005, puis une diminution entre 2005 et 2006 (2004 : 26 %, 2005 : 54 %, 2006 : 37 %).

## Les produits de substitution détournés de leur usage

Les traitements de substitution constituent une des options thérapeutiques offertes en France aux personnes dépendantes aux opiacés. Le cadre de prescription mis en place en 1995 est structuré autour de deux médicaments : la méthadone, qui se présente en France sous la forme d'un sirop, et la buprénorphine haut dosage (BHD), qui existe sous la forme de comprimés à laisser fondre sous la langue et commercialisée jusqu'en 2005 sous le nom de spécialité Subutex®. L'année 2006 a vu arriver sur le marché un premier générique de la buprénorphine distribué par la marque Arrow®. La prépondérance de la BHD au plan quantitatif, bien que toujours massive, tend de plus en plus à s'amenuiser au profit de la méthadone [19, 20].

Les sulfates de morphine (Moscontin®, Skenan®), analgésiques majeurs, sont parfois prescrits comme substitutifs de l'héroïne, bien que ne disposant pas d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour cette indication.

Ces traitements sont généralement prescrits pour une longue durée aux anciens héroïnomanes dépendants. Après la période de soulagement qu'a représenté, pour les usagers de drogues, l'introduction des traitements de substitution, une lassitude apparaît chez certains substitués face à la perspective d'une poursuite prolongée voire définitive de ces traitements. Émerge alors, chez certains, la demande de protocoles de sevrage afin d'échapper à la dépendance ou le souhait d'un élargissement de l'éventail des traitements de substitution (sulfates de morphine, héroïne médicalisée).

Si les traitements de substitution sont pris le plus souvent dans le cadre d'un protocole thérapeutique, l'accroissement de leur disponibilité s'est accompagné du développement de mésusages, concernant essentiellement la BHD [24].

### Données de cadrages

Les traitements par méthadone ne peuvent être prescrits que par des médecins exerçant dans un Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) ou à l'hôpital. Le relais par un médecin de ville peut être assuré une fois le patient stabilisé. Les conditions d'accès aux programmes « méthadone » et de maintien dans ces programmes sont plus ou moins strictes selon les centres. Contrairement à la méthadone, la BHD, ne présente pas ou peu de risque de surdose en l'absence de consommation conjointe d'autres psychotropes.

Elle bénéficie donc d'un cadre plus souple de prescription, l'initiation du traitement pouvant être pratiquée par tout médecin. Cette large accessibilité de la BHD constitue une spécificité française. La méthadone peut être prescrite pour une durée maximale de 14 jours, alors que cette durée est de 28 jours pour la BHD. Les principaux prescripteurs de traitements de substitution sont les médecins généralistes. [25].

Les personnes dépendantes aux opiacés habitant à proximité de la Belgique peuvent aussi recevoir une prescription de méthadone en comprimé en Belgique auprès de médecins généralistes.

En 2005, le nombre moyen de personnes prenant, en France, de la buprénorphine haut dosage (BHD) un jour donné était estimé entre 75 800 et 87 500, tandis que celui des personnes prenant de la méthadone se situait entre 14 000 et 20 000 [19]. La part des patients recevant de la méthadone, alors égale à 20 % des patients traités, a continué de s'accroître.

Depuis 2004, parmi les [personnes en traitement de substitution suivies en CSST](#), la proportion de sujets sous protocole méthadone est plus importante que celle des sujets sous buprénorphine (54 % vs 45 % en 2006 [3]). À l'échelle de la [population française](#), l'usage de la buprénorphine reste rare : en 2005, seuls 0,3 % des filles et 0,7 % des garçons de 17 ans ont déjà expérimenté la BHD [7]. L'usage de méthadone en population générale, extrêmement faible, n'est pas mesuré.

### Les mésusages, quelques repères

A priori, on nomme mésusage toute consommation se situant hors des normes d'usage définies par l'AMM, à savoir la prise par un patient dépendant aux opiacés, par voie sublinguale, du médicament, prescrit pas un médecin, dans le cadre d'une prise en charge globale de l'addiction.

Ainsi le mésusage comporte plusieurs dimensions possibles, chacune pouvant être présente isolément ou se combiner aux autres, de manière transitoire ou durable.

#### 1) Le mode d'acquisition de la BHD consommée qui peut être obtenue

- Par **polyprescription**, c'est-à-dire en consultant plusieurs médecins dans le but d'obtenir plusieurs ordonnances couvrant la même période thérapeutique (chevauchement d'ordonnances).

- **Sur le marché parallèle**

- Ou des deux manières : **approvisionnement mixte**

#### 2) L'usage de la BHD acquise qui peut être consommées mais aussi :

- Vendue sur le marché parallèle. Il s'agit du **trafic**.

- Elle peut être consommée pour une partie et vendue ou donnée pour une autre. Il peut s'agir de trafic, plus fréquemment de petit trafic et de dépannage.

### 3) L'intentionnalité de la consommation

■ L'usage est thérapeutique si l'usager consomme la BHD pour arrêter ou diminuer sa consommation d'opiacés et ce, quel que soit le mode d'acquisition de la BHD et l'existence d'un suivi médical ou non. Du point de vue médical il s'agit d'un usage conforme à l'indication. On distingue alors :

- Un usage thérapeutique « sous protocole » ou usage thérapeutique dans le cadre d'un suivi médical.

- Un usage thérapeutique hors protocole ou **auto-substitution** (de patients dépendants aux opiacés, faisant un usage substitutif du Subutex® en dehors du cadre d'un suivi médical).

■ L'usage peut être dit « **toxicomaniaque** » ou « **à visée de défonce** » (ou encore hors indication) quand il vise, soit une défonce, soit la gestion de la descente des stimulants, soit la réponse au manque d'autres opiacés. Il s'agit d'une modalité de gestion de la consommation d'opiacés.

Il existe alors un continuum de situations entre l'utilisation de la BHD comme n'importe quelle autre drogue pour gérer sa consommation d'héroïne, comme produit de dépannage où comme produit de maintenance, et l'auto substitution.

Dans le cadre de cet « usage toxicomaniaque » ont été définis :

- Un usage substitutif : la BHD vient remplacer ponctuellement ou plus régulièrement un usage d'héroïne (gestion du manque, coût du produit...)

- Un **usage non substitutif ou primo usage de BHD** : l'usager initie son usage d'opiacés par la BHD. On en rapproche la primo-dépendance : l'usager a déjà consommé de l'héroïne sans être dépendant et le devient avec la BHD. Cet usage ne découle donc pas d'une pharmacodépendance opiacée pré-existante : Il s'agit d'un usage toxicomaniaque ou destiné à gérer des difficultés diverses.

Enfin, au cours d'une période donnée, l'usage peut être mixte.

### 4) Le mode d'administration

■ **L'injection** qui constitue la voie d'administration problématique sur le plan sanitaire.

■ **Le sniff**

■ Eventuellement la voie orale (comprimés avalés) source d'inefficacité du traitement.

## La BHD

La BHD est une molécule agoniste/antagoniste morphinique prescrite jusqu'en 2005 uniquement sous le nom de spécialité Subutex®. Elle n'est pas classée comme stupéfiant.

### La situation

#### Fréquences d'usage et usagers

Assez logiquement, plus les usagers sont rencontrés loin d'un cadre thérapeutique, plus le degré de mésusage apparaît fréquent<sup>31</sup>.

Dans les CSST en 2006, 35 % des patients sont consommateurs de BHD, en très grande majorité dans le cadre d'un protocole thérapeutique (93 % des cas) [3]. Ces derniers déclarent recevoir une dose moyenne égale à 8,9 mg +/- 12,6, alors que, hors protocole, cette dose est égale 19,2 mg +/- 37,4[3]. Cette dernière subit une très forte augmentation par rapport aux deux années précédentes (12,1 mg +/- 11,4 en 2005 et 9,8 mg +/-8,5 en 2004) [3].

Dans les structures de première ligne de soutien aux usagers de drogues, 44 % des usagers interrogés en 2006 avaient consommé de la BHD au cours du mois précédent, dont 70 % quotidiennement. La moitié d'entre eux seulement l'a fait dans un but thérapeutique uniquement ; les autres en ont fait un usage détourné exclusif (défonce, descente de stimulant ou gestion du manque) ou ont mêlé ou alterné les deux usages [Graphique 3] [1].

Si la part des consommateurs de BHD au cours du mois précédent apparaît stable, la fréquence des usages détournés exclusifs par rapport à l'ensemble des usagers a plus que doublé (de 5 % à 12 %), alors que la fréquence des usagers mêlant usage thérapeutique et détourné<sup>32</sup> passe quant à elle de 14 % en 2003 à 10 % en 2006 [1].

31. Il faut noter que la focalisation sur les populations fréquentant les structures de réduction des risques et dans une moindre mesure des centres de soins spécialisés accroît la visibilité et la proportion des usages détournés des traitements de substitution, les patients ayant peu de problèmes étant évidemment peu visibles.

Les patients suivant un traitement de substitution dans le cadre de la médecine générale, bénéficiant d'une intégration sociale et maîtrisant leur problème de dépendance n'apparaissent pas ou peu dans le champ de nos observations.

32. L'usage toxicomaniaque ou détourné inclut l'usage à visée de « défonce » ou de régulation de la prise d'autres produits (par exemple gestion du manque d'héroïne ou gestion de la descente des stimulants). L'usage thérapeutique comprend ici, l'usage dans le cadre d'un protocole de substitution et un usage visant l'arrêt ou la réduction de la consommation d'héroïne éventuellement hors protocole thérapeutique.

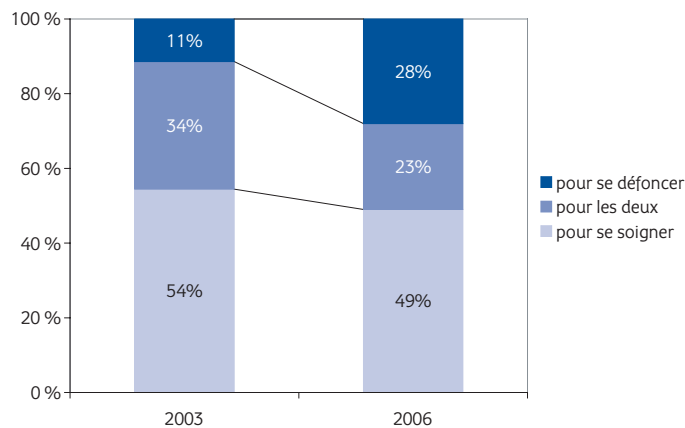


## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

L'usage détourné exclusif est surtout le fait de jeunes consommateurs en situation de grande précarité sociale (errants, nomades) et d'immigrés récents, en général d'Europe centrale et orientale.

Ceux qui mêlent usage thérapeutique et défonce sont souvent des usagers d'opiacés qui souhaiteraient « décrocher » mais ne parviennent pas à renoncer à l'effet « flash » lié à la montée rapide de la concentration de produit dans le sang. Dans ce cas, la BHD est le plus souvent injectée ou sniffée. La part des injecteurs de BHD au cours du mois précédent dans ce groupe atteint 74 %, ce qui suggère en effet que ces usagers sont parmi les plus en difficulté avec leur consommation.

**Graphique 3 - Intentionnalité de l'usage de buprénorphine haut dosage parmi les usagers des structures de première ligne en ayant consommé au cours du mois précédent (N=360, N=445 ), 2006**



Sources : Première ligne 2003, Prelud 2006, TREND / OFDT

80

Les observations issues du dispositif TREND relèvent depuis plusieurs années l'existence de personnes pour qui la BHD constitue le premier opiacé consommé dans la vie (primo consommateurs) [22, 26]. Ainsi, l'usage non substitutif<sup>33</sup> de BHD touchait en 2003 un quart des personnes consommant de la BHD dans les

33. Usage non substitutif : primo-usage de BHD ou primo-dépendance au BHD

structures de première ligne [22]. Cependant, au sein des structures de soins spécialisés, le nombre de cas de primo consommation<sup>34</sup> de BHD, signalés au cours de l'enquête OPPIDUM a diminué de moitié entre 2004 et 2005 pour chuter à 14 cas en 2006 sur 3 743 individus contre 17 sur 3 658 en 2005.

Parallèlement à ces primo consommations de BHD, **des sorties d'usage de BHD**, laquelle est remplacée par d'autres opiacés, notamment l'héroïne, sont constatées. Pour ces personnes, ces transferts semblent traduire une lassitude à l'égard du médicament en raison de ses effets secondaires, la crainte du sevrage réputé difficile et, enfin, la volonté de rompre avec l'image stigmatisée du toxicomane à la BHD.

En revanche, il apparaît très difficile de repérer des patients sevrés de la BHD, soit parce qu'ils sont peu nombreux, soit parce que, s'éloignant de la sphère des « drogues », ils sont « perdus de vue » par les outils d'observation du champs de la toxicomanie.

### Modes d'usage

Trois **modes d'administration** de la BHD, outre la voie sublinguale prévue par les protocoles thérapeutiques, sont identifiés : l'injection, le sniff et, plus marginalement, la voie fumée.

L'injection demeure le mode d'administration le plus répandu quand le médicament est détourné de son usage thérapeutique. Celle-ci peut toutefois être pratiquée par une frange de patients respectant par ailleurs ledit protocole. Cette pratique permet une montée rapide du produit et la conservation d'un rituel de prise que beaucoup d'anciens héroïnomanes ne parviennent pas à abandonner. Cependant, l'injection est d'autant plus fréquente que l'on s'éloigne du cadre thérapeutique. Elle s'accompagne d'une dégradation veineuse importante, auxquelles s'ajoutent de lourdes complications infectieuses et circulatoires (syndromes de Popeye, abcès, etc.) [10, 15, 20, 21, 27].

Le sniff est utilisé plutôt chez les « vieux » injecteurs. Il permet de pallier la dégradation de leur capital veineux et les complications sanitaires consécutives à la fréquence des injections. En second lieu, pour les plus jeunes usagers, le sniff serait un mode d'administration moins stigmatisant et surtout moins risqué sur le plan sanitaire que l'injection.

En 2006, l'injection de BHD<sup>35</sup> est pratiquée par 10 % **des usagers sous protocole de substitution vus dans un cadre thérapeutique** et le sniff par 10 % [3]. Parmi les personnes vues dans le même cadre mais déclarant consommer de la BHD hors protocole thérapeutique, 30 % utilisent l'injection et 35 % le sniff. La fréquence de l'injection de la BHD dans ces deux groupes est inférieure à celle des années précédentes (en 2005, 13 % pour les usagers sous protocole et 34 % hors protocole)

34. Primo consommation de BHD : entrée dans un usage d'opiacé par l'usage de BHD.

35. Au cours de la semaine précédant l'enquête.

alors que l'usage du sniff semble à nouveau en hausse. Seuls, 1 à 2 % des consommateurs fument la BHD [3].

En revanche, au début de l'année 2006, la pratique de l'injection concerne 58 % des 440 usagers récents de BHD rencontrés dans les structures de première ligne (contre 47 % en 2003), suggérant un accroissement de la part des injecteurs de BHD dans cette population parallèlement à une moindre fréquence de la prise orale (59 % en 2003, 45 % en 2006). La BHD a été injectée au cours du mois précédent par 51 % des personnes qui l'utilisent pour arrêter l'héroïne, par 59 % de ceux qui ne recherchent que la « défonce »<sup>36</sup> et par 74 % des usagers qui mêlent ces deux objectifs [1].

L'usage du sniff semble stable et concerne 22 % des usagers, de même que l'inhalation qui concerne 3 % d'entre eux [1].

Dans cette population, l'âge de la première injection de BHD se situe autour de 25 ans (médiane) soit un an après l'âge de la première consommation. Cette pratique démarre rarement par une injection de BHD qui ne constitue le premier produit injecté dans la vie que pour 6,3 % des personnes ayant déjà utilisé cette voie d'administration (contre 42 % pour l'héroïne) [1].

### Conséquences de l'usage détourné

Un des principaux problèmes liés à l'usage de la buprénorphine, largement relevé par les personnes traitées, est la forte dépendance qu'elle entraîne. Même si elle a le plus souvent été précédée d'une dépendance à l'héroïne (elle ne représente le premier produit ayant entraîné une dépendance pour 1 % seulement des patients pris en charge dans le dispositif socio-sanitaire spécialisé en 2006 [4]), elle apparaît comme un piège pour beaucoup d'usagers, patients ou « mésuseurs ». Le sevrage de la buprénorphine est en effet décrit comme « moins franc, plus lancinant, irrégulier et surtout plus long que celui de l'héroïne ». Des personnes ayant réduit les doses rapidement ou arrêté radicalement sont souvent surprises par des « symptômes retard » parfois violents survenant longtemps après la fin des symptômes de manque aigus : crampes, accès de déprime, insomnies sévères, agitation [28]

En 2006, la BHD apparaît comme le premier produit problématique pour les usagers interrogés dans les structures de première ligne en 2007, juste devant l'alcool. Elle est en effet citée comme telle par 19 % des usagers des CAARUD [2].

Les problèmes sanitaires physiques de l'usage détourné découlent essentiellement de l'injection. Il s'agit des complications vasculaires et infectieuses locales engendrées par un produit non adapté à l'injection (abcès, thromboses, septicémie, endocardites...) mais également de la transmission des virus du sida et des hépatites B et C. Depuis 2005, des professionnels du champ sanitaire ou social font état d'une moindre visibilité des complications consécutives à l'injection du Subutex®.

36. Ou l'utilise pour gérer la descente d'un stimulant.

Ce recul qui reste à confirmer est attribué par ces mêmes professionnels à la diffusion du Stérifilt® [voir approche transversale].

La buprénorphine est assez peu impliquée, au regard de sa diffusion, dans les décès directement liés à l'usage de drogue repérés par le dispositif DRAMES. Elle était présente dans 17 % des décès en 2006, seule dans 80 % des cas ou associée à des benzodiazépines et/ou de l'alcool) [5].

### Marché parallèle

#### Disponibilité et accessibilité

La disponibilité et l'accessibilité de la BHD sur le marché parallèle des centres urbains sont importantes. Dans l'espace festif techno, au contraire, les observations de terrain mettent en évidence le caractère marginal de l'usage de ce produit et de sa disponibilité hormis dans les très grands événements (teknivals).

Le marché noir a connu une croissance importante ces dernières années. Parallèlement le prix médian estimé d'un comprimé de 8 mg de Subutex® au marché noir a chuté de 6 € en 2000 à 3 € environ en 2004.

Alimenté par la revente de produits prescrits, le marché parallèle facilite les consommations hors du suivi médical. Le trafic se décline selon deux modalités : il existe une activité diffuse de « petite revente », qui est le fait de patients traités, lesquels s'assurent ainsi un petit revenu tandis qu'un nombre réduit de personnes (pas nécessairement en traitement) s'adonne à une activité intensive de polyprescription<sup>37</sup> et de revente (6 % environ des personnes ayant eu un remboursement au cours d'un semestre en 2002). On estimait à la fin de l'année 2002 (dernières données publiées) que les quantités revendues dans ce cadre représentaient entre 21 % et 25 % des doses prescrites avec des disparités importantes entre les sites (maximum de 40 % à Paris)<sup>38</sup> [25, 29].

Les contrôles des CPAM, entrepris dès la fin de l'année 2004, ont essentiellement visé à identifier les trafiquants et à recadrer les patients ayant plusieurs prescripteurs ou recevant une dose moyenne importante (supérieure à 32 mg semble-t-il), ainsi que certains prescripteurs jugés abusifs. Ces contrôles ont été menés avec des stratégies variables selon les départements, à l'origine de situations locales diverses. À l'exception du site de Toulouse, il semble que le contrôle exercé par les CPAM n'ait eu que peu d'impact sur la présence globale du Subutex® sur le marché parallèle, les détournements non contrôlés continuant à alimenter le marché parallèle.

37. Ou « doctor shopping », pratique qui consiste à fréquenter plusieurs médecins différents dans le but de multiplier les ordonnances de produits.

38. Le prix d'une boîte de 7 comprimés de 8 mg en pharmacie est de 23,87 €, soit environ 3,4 €. Le taux de remboursement est de 65 %.

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

Les mesures restrictives se sont heurtées au développement de nouvelles modalités d'approvisionnement destinées uniquement à alimenter le marché parallèle, en particulier sur les sites où existe un trafic à destination internationale au premier rang desquels se situe la capitale. On observe, en particulier à Paris, le recours au vol et au développement des pratiques de location de cartes Vitale. Est également rapporté le développement de deux nouvelles modalités d'approvisionnement : la première consiste en l'envoi par des dealers de différentes personnes chez des médecins pour se faire prescrire de la BHD, avec la perspective purement mercantile d'écouler les quantités collectées dans le cadre de réseaux de vente ; la seconde consiste à s'adresser à des médecins situés en dehors du département de résidence de telle sorte que les différentes CPAM (non connectés entre elles sur le plan informatique) ne puissent faire les recoupements et détecter ainsi les prescriptions multiples.

Il semble, en 2006, que la situation se soit restructurée ainsi :

D'une part, une activité de trafic diffuse permet sur la plupart des sites d'alimenter le marché parallèle.

- Un certain nombre de patients traités, relativement stabilisés qui avaient des comportements nomades, ont réussi à réintégrer le cadre. Pour certains, selon les témoignages des usagers recueillis par ASUD, le recadrage de la CPAM aurait été salutaire quand il était accompagné d'un véritable examen de leur situation. Ceux-ci auraient quitté la scène du marché parallèle.
- Parmi les usagers plus précaires pour qui le trafic de BHD constituait la seule ou principale source de revenus, beaucoup auraient été amené à cesser ou à réduire cette pratique et leurs conditions de vie seraient devenues plus difficiles.
- Les revendeurs les plus organisés auraient au contraire pu accroître leurs activités. En particulier, les années 2005 et 2006 ont vu apparaître ou s'intensifier un trafic international très organisé.

### **Le recours au marché parallèle**

Pour les patients insérés dans un parcours de soins, le recours au marché parallèle est un moyen de compléter des doses ressenties comme trop faibles pour endiguer « le besoin psychique » du produit. Pour les autres, cette pratique peut être liée au moindre coût du produit au marché noir, particulièrement lorsqu'on ne dispose pas de couverture sociale (population très précarisée en situation irrégulière notamment ou mineurs en rupture familiale), voire au besoin d'anonymat (mineurs encore couverts par leurs parents et qui ne souhaitent pas informer ces derniers).

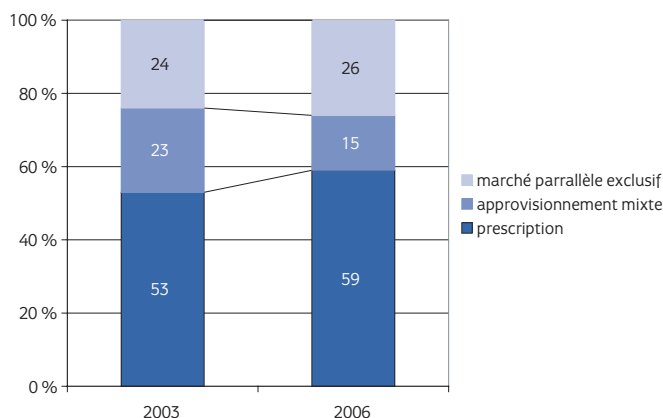
Enfin, il existe une troisième catégorie d'usagers s'approvisionnant sur le marché parallèle : les usagers épisodiques (défonces, gestion du manque d'héroïne ou des prises de stimulants).

Dans les **structures de soins spécialisées**, le recours au marché illicite dépend très nettement du cadre dans lequel est prise la BHD. Ainsi, en 2006, il ne concerne

que 9 % des consommateurs qui se disent « sous protocole thérapeutique » (recherche probable de doses complémentaires) mais il est le fait de 82 % des personnes qui disent le consommer hors protocole [3].

Dans les structures de première ligne, dont bon nombre d'usagers ne sont pas rentrés dans un parcours de soins, l'acquisition de la BHD sur le marché parallèle en 2006 constitue un mode d'accès exclusif pour 26 % des usagers et partiel pour 15 %. Cette dernière part a diminué au profit des acquisitions passant uniquement par des prescriptions [Graphique 4] [1].

**Graphique 4 - Part des différents modes d'acquisition de la BHD chez les usagers récents de cette substance fréquentant les caarud en 2003 et 2006**



Sources : Première ligne 2003, Prelud 2006, TREND / OFDT

Acquisition sur le marché parallèle et usage détourné (injection, défonce...) ne sont pas synonymes. En effet, parmi les personnes fréquentant les structures de première ligne et qui s'approvisionnent exclusivement sur le marché noir, 30 % déclarent prendre la BHD dans un but thérapeutique exclusif, pour arrêter ou diminuer la consommation d'un autre opiacé, (auto substitution).

Cependant, parmi ceux qui prennent de la BHD uniquement « pour se soigner », seuls 26 % ont recours au marché illicite, alors qu'ils sont 70 % parmi ceux qui l'utilisent uniquement pour « se défonce » (y compris gérer le manque ou réguler la descente d'une prise de stimulant).

Enfin, bien que minoritaire parmi les moyens d'accès au produit, la pratique de falsification d'ordonnances pour obtenir du Subutex® a globalement progressé au cours des dernières années. La BHD est en 2006 le troisième médicament à l'origine

### *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006*

de falsifications d'ordonnances derrière le bromazépam (Lexomil® et ses génériques) et le zolpidem (Stilnox®). Cette pratique semble toutefois s'infléchir depuis l'an dernier [30].

#### *Perceptions*

Compte tenu de la dépendance qu'elle engendre et des conséquences de son injection, évoquées plus haut, l'image de la BHD est mauvaise parmi les usagers de drogues rencontrés par le dispositif TREND. Celle-ci semble perdre au fil du temps son statut de médicament pour acquérir celui de drogue de rue voire de drogue d'Etat. Il est toutefois possible que les patients traités et n'ayant pas de difficultés avec le produit, non visibles en structures de réduction des risques, ne partagent pas cette image.

## BHD, phénomènes marquants 2006

### Retour du trafic local à son niveau d'origine et intensification du trafic international

En 2005, les contrôles accrus des CPAM<sup>39</sup> n'avaient eu qu'un très faible impact sur la diffusion sur le marché noir de ce médicament. Toutefois, certains observateurs du réseau TREND (Toulouse, Marseille ou Paris) notaient une hausse du prix de vente du comprimé de 8 mg. En 2006, il semble que la disponibilité du Subutex® soit aussi élevée que les années qui précédaient les mesures de contrôle. À Paris en particulier, le trafic prendrait une dimension toujours plus importante liée en particulier à l'intensification du trafic international. De nombreux observateurs, de même que les autorités policières, font état de l'existence de bandes organisées, originaires le plus souvent de l'est de l'Europe, qui s'investissent de plus en plus dans le trafic de Subutex®. Celui-ci vise à la fois le marché local et le marché international (Géorgie, Russie)<sup>40</sup>, [31]. À Paris, notamment dans le XVIII<sup>e</sup> arrondissement, les trafiquants non seulement photocopieraient des attestations de CMU (couverture maladie universelle) ou d'AME (Aide médicale d'Etat), mais bénéficieraient également de la complicité de médecins et de pharmaciens. Tous ces phénomènes contribuent à la baisse du prix du comprimé de 8 mg au marché parallèle, lequel a retrouvé son niveau habituel à 4 € [2].

À Toulouse où l'action de l'Assurance maladie avait permis de déstructurer efficacement le trafic local, celui-ci s'est reconstitué de manière plus diffuse. À Metz, le trafic de petites doses permet d'alimenter le trafic.

---

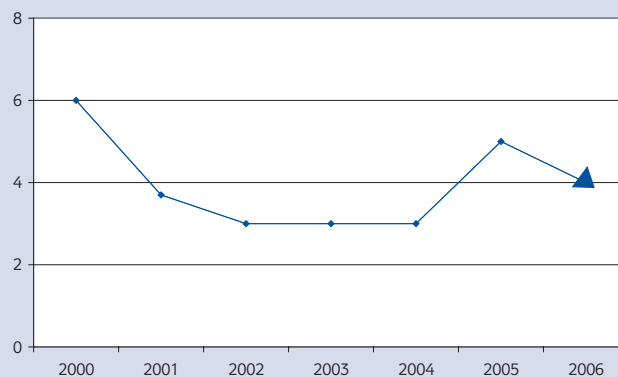
39. Les contrôles des CPAM ont essentiellement visé à identifier les trafiquants et à recadrer les patients ayant plusieurs prescripteurs ou recevant une dose moyenne quotidienne supérieure à 32 mg.

40. Dans un certain nombre de pays comme la Russie et la Géorgie, le prix du comprimé de 8 mg de Subutex®, acheté illégalement en France 2 à 3 €, peut atteindre jusqu'à 100 dollars soit environ 70 €. Il s'agit donc d'une activité extrêmement lucrative.



## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

**Graphique 5- Evolution du prix moyen du comprimé de 8 mg de Subutex® entre 2000 et 2006 sur les site du dispositif TREND**



Source : TREND données qualitatives / OFDT

## La « clientèle » de la BHD à visée de défonce continue d'évoluer

Alors qu'une part des usagers tend à délaisser la BHD pour l'héroïne, la population des usagers de BHD semble s'élargir de deux manières dans la continuité de l'année précédente.

■ On assiste sur certains sites (Bordeaux surtout, mais aussi Paris) au renforcement de son usage détourné dans des populations très précarisées qui n'ont de toutes façons pas accès à l'héroïne du fait de leur dénuement. Il s'agit schématiquement de jeunes en errance souvent issus des milieux festifs, de SDF, et de jeunes hommes en provenance de l'ancien bloc de l'Est. Leurs usages viseraient d'avantage la défonce que la régulation des prises de stimulants.

88

■ Parallèlement, et il s'agirait pour le moment d'un phénomène plutôt parisien, on assiste à la poursuite d'une diversification des usages et des usagers en direction de groupes plus intégrés socialement relevant d'appartenances socio-professionnelles diverses (coursiers, déménageurs, « costard-cravate ») et ne consommant pas de drogues illicites. Ils utiliseraient notamment la BHD en fin de semaine « pour se détendre ».

## L'injection de Subutex® : un phénomène enraciné et en progression dans les populations précaires

Parmi les populations les plus précarisées, l'enquête PRELUD montre que la pratique de l'injection est en progression. En 2006, 58 % d'entre eux déclarent s'être injectés de la BHD au cours du mois précédant l'enquête contre 47 % en 2003. Ce constat est corroboré par un certain nombre de sites comme Bordeaux, Lille ou Metz. A Paris et Bordeaux, les observateurs notent que le phénomène touche des populations de plus en plus jeunes.

## À signaler en 2006

### Arrivée d'une forme générique de buprénorphine haut dosage

Compte tenu de l'expiration du monopole du laboratoire Shering-Plough sur la commercialisation de la buprénorphine haut dosage, la société Arrow a obtenu en 2006 l'AMM d'une forme générique de cette molécule. Les informations tant quantitatives<sup>41</sup> que qualitatives, montrent une difficile percée du générique sur le marché. Parmi les usagers, il est réputé moins « fort » que le princeps, sans que l'on sache s'il s'agit d'un a priori, très partagé cependant, ou d'une plus faible biodisponibilité<sup>42</sup> effective. Certains passages au générique auraient ainsi été accompagnés d'une augmentation de la dose. Parmi les personnes interrogées lors de l'enquête OPPIDUM 2006, majoritairement vues en centre de soins, seuls 4,2 % des patients recevant de la buprénorphine ont reçu la forme générique.

Initialement présenté comme « moins problématique » en cas d'injection que le Subutex® et donc susceptible d'en réduire les dégâts, du fait d'un taux d'amidon moindre que le princeps, le comprimé générique s'avère en fait peu propice à cette pratique, ce qui le rend peu attractif pour les usagers qui l'utilisent de cette manière. Ceux-ci lui reprochent d'être très peu sécable du fait de sa dureté et de sa petite taille, et la présence de talc dans sa formulation pourrait majorer les complications sanitaires loco-régionales autour des sites d'injection. En revanche, la fonte plus rapide sous la langue que le médicament princeps semble être un point apprécié de ceux qui le consomment selon l'usage prescrit.

41. Données de vente, non publiables

42.. Part du produit arrivant effectivement dans le sang après absorption.

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

Selon l'angle de vue des usagers, recueillis par l'association d'auto support ASUD dans le cadre d'un travail de synthèse commandé par l'OFDT, l'arrivée du générique aurait été précédée de nombreuses rumeurs concourant à accréditer l'idée que le refus du générique et donc la prescription de Subutex® deviendrait un marqueur de mésusage. Par ailleurs cette même synthèse constate que l'implantation ou non du générique s'est essentiellement adossée à la position idéologique des prescripteurs et des pharmaciens. Les « pro génériques » ont imposé celui-ci, quitte à arrêter le suivi des usagers récalcitrants. Les « anti-génériques » ne l'ont pas prescrit.

De tout cela découle le fait que la buprénorphine Arrow serait jusqu'à présent pratiquement absente du marché parallèle.

## La question d'un éventuel classement de la buprénorphine haut dosage au tableau des stupéfiants

Au premier trimestre de l'année 2006, la Commission nationale des stupéfiants (CNSP) vote positivement en faveur du classement de la BHD au tableau des stupéfiants à la suite d'une sollicitation de la Mildt (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie). Un débat s'engage entre les partisans du classement de la BHD qui considèrent que le classement pourra en limiter le trafic et les opposants au classement qui craignent un recul des possibilités d'accès au traitement pour les patients. En août 2006, le ministère de la Santé tranche et abandonne le projet<sup>43</sup>.

## La Suboxone® reçoit l'AMM européenne

En septembre 2006, la Suboxone® commercialisée par le laboratoire Schering Plough obtient l'autorisation européenne de mise sur le marché. Cette spécialité est une association de buprénorphine haut dosage et de naloxone, une molécule antagoniste de la BHD par compétition au niveau des récepteurs de la BHD dans le cerveau. La naloxone étant détruite lors d'une prise orale, elle n'agit qu'en cas d'injection où elle est censée supprimer l'effet de la BHD. Sa principale allégation thérapeutique se situe donc dans le fait qu'elle dissuaderait le mésusage par injection. Les conditions de prescription et de délivrance restent du ressort des Etats<sup>44</sup>.

43. Publication au JO en 2007.

44. Fin 2007, la Suboxone® n'est pas autorisée à la prescription en France du fait du retrait par le laboratoire de sa demande d'obtention d'AMM. Le débat entre spécialistes sur son éventuelle introduction dans l'arsenal thérapeutique reste donc ouvert.

## La méthadone

La méthadone est une molécule agoniste des récepteurs opiacés disposant d'une AMM pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés et classée comme stupéfiant.

### La situation

#### Fréquence d'usage et usagers

La méthadone, à l'instar de la BHD, mais à petite échelle, entretient des rapports complexes avec l'héroïne dont aux yeux des usagers elle est proche. En dehors du cadre médical, le recours à la méthadone survient quand l'héroïne fait défaut, lorsque celle-ci est de mauvaise qualité, voire absente du marché local ou trop chère pour l'utilisateur. Dans le cadre médical, la demande d'accès à ce traitement s'accroît. A Lille, notamment, les acteurs sanitaires constatent que les demandes de méthadone se font beaucoup plus tôt dans les carrières de consommateurs que par le passé.

Parmi les patients suivis dans les CSST, tous ceux traités à la méthadone sont sous protocole thérapeutique. Seule la voie orale est utilisée, à l'exclusion de tout autre mode d'administration [3]. La dose moyenne reçue dans les centres est égale à 62,5 mg (+/-35,5 mg).

Début 2006, 44 % des usagers rencontrés dans les structures de première ligne ont déjà expérimenté la méthadone ; 24 % d'entre eux en ont pris au cours du mois précédent dont 84 % quotidiennement [1]. Un usage à visée de défonce semble progresser légèrement dans cette population. En effet, parmi les usagers de méthadone rencontrés en 2006 dans ces structures, 71 % la consomment uniquement dans un objectif thérapeutique, 12 % disent en faire un usage détourné en plus de son usage thérapeutique, et 17 % font état d'un usage détourné uniquement<sup>45</sup>. En 2003, ils étaient seulement 9 % à en faire un usage uniquement détourné [1, 15].

A Paris, les personnes faisant un usage détourné de la méthadone seraient surtout des hommes en situation de grande précarité. Cette pratique serait destinée notamment à gérer un manque ponctuel d'autres opiacés ou amortir une descente de stimulants [28].

45. Incluant l'utilisation en descente de stimulants et la gestion du manque d'opiacés illicites.

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

Accompagnant la diffusion de la méthadone sont apparus, notamment en 2005, quelques cas de mésusages qu'il s'agisse d'initiation à la méthadone hors cadre médical ou de pratiques d'usage en association avec d'autres produits.

■ À Bordeaux, les observateurs rapportent un usage de rue de méthadone parmi les populations les plus précaires, dépendantes aux opiacés, mais ne souhaitant pas être soumises à ce qu'elles estiment être les contraintes du protocole de soins. Comme à Paris et à Lille, des pratiques de « pré-traitements de rue » avant d'entrer dans un cadre thérapeutique auraient cours. À Lille, ce phénomène est mis en rapport avec l'importante poussée, signalée par les acteurs sanitaires, de la demande de traitements à la méthadone de la part des personnes dépendantes aux opiacés [32].

■ À Metz (2005) et à Bordeaux (2006), des prises concomitantes d'alcool et de méthadone, visant à obtenir des effets dits de « défonce » par l'action cumulative des deux produits, sont observées.

■ À Rennes, en 2006 comme en 2005, c'est dans un cadre festif qu'une initiation à la méthadone serait observée. Il s'agit de jeunes fêtards issus du milieu étudiant et/ou du milieu techno alternatif qui associent la méthadone à l'alcool en fin de soirée, mais aussi au LSD. Une fraction de cette population aurait commencé en 2005 à faire son apparition comme demandeurs de traitement dans les centres de soins spécialisés de la ville. Les observateurs de Lille signalent également la présence de flacons de méthadone au festival de Dour (Belgique) en juillet 2006. Ces pratiques bien qu'encore marginales sont à hauts risques de surdose particulièrement lorsque la méthadone est absorbée par un usager naïf (aux opiacés, c'est-à-dire qui n'a pas acquis de tolérance aux opiacés).

### Disponibilité et marché parallèle

Depuis la mise en place du dispositif TREND et jusqu'en 2004, la présence de méthadone sur le marché parallèle s'est toujours avérée ponctuelle et limitée sauf à Paris où sa présence, à un faible niveau, semblait plus régulière. Cette faible disponibilité était probablement à mettre en rapport avec les difficultés persistantes dans plusieurs régions d'accès à la méthadone dans un cadre thérapeutique. En 2005, l'ensemble des sites notait la présence, plus ou moins perceptible selon le site, de la méthadone sur le marché parallèle alors que Paris, Rennes et Toulouse observaient une augmentation de cette disponibilité. À Paris, deux points de vente sont devenus visibles en 2005 pour les acteurs locaux concernés : le Xe et le XVIII<sup>e</sup> arrondissement. Dans ce dernier, les lieux de vente sont les mêmes que ceux des autres médicaments psychoactifs détournés.

Cependant, en 2005 comme en 2006, tous les sites insistent d'une part sur la très faible ampleur de ce trafic comparativement au Subutex® et sur le fait que, contrairement aux ventes de ce dernier, qui peuvent être l'œuvre de trafiquants non usagers, la méthadone vendue provient presque exclusivement de stocks et de sur-

plus accumulés par des patients substitués qui, pour une raison ou une autre, ne consomment pas la totalité des doses prescrites et délivrées. Quel que soit le site, tous les observateurs s'accordent à dire que l'achat de rue se fait plutôt dans une logique de dépannage, pour compenser un moment d'indisponibilité (lorsque l'on est arrivé en retard à son rendez-vous au centre de délivrance par exemple), compléter la dose prescrite par le médecin lorsqu'elle est jugée insuffisante, rechercher une défonce occasionnelle ou « tester », brièvement semble-t-il, le produit en substitution avant de faire la demande d'un traitement.

Quel que soit le site, la méthadone est le plus souvent échangée contre des produits psychoactifs dans un cadre de troc immédiat ou différé (par exemple à Metz, 5 flacons de 60 mg contre 0,5 g de cocaïne). La vente à visée lucrative existe mais demeure néanmoins encore limitée.

Les prix moyens évoqués se situent selon les sites entre 5 et 10 € le flacon de 60 mg. Bordeaux et Rennes observent une baisse de ce prix, le flacon de 60 mg étant le plus souvent obtenu entre 5 et 6 € à Rennes et autour de 7,5 € à Bordeaux.

Le comprimé de méthadone belge se négocie à Metz autour de 7,5 €.

Dans les structures de première ligne, les consommateurs de méthadone sont légèrement plus nombreux qu'en 2003 à l'avoir obtenue sur le marché parallèle (22 % contre 29 % début 2006) totalement (22 %) ou partiellement (7 %) [1]. Parmi ceux qui s'approvisionnent en totalité sur le marché parallèle, 37 % affirment utiliser le produit pour arrêter l'héroïne ou pour se soigner

Cependant, parmi ceux qui l'utilisent exclusivement dans un but thérapeutique, seuls 16 % ont recours au marché illicite, alors qu'au sein des personnes qui l'utilisent exclusivement pour se défonce (une minorité), 71 % d'entre elles se tournent vers le marché noir.

### Modes d'usage

Parmi les usagers se procurant le médicament sur le marché parallèle comme parmi ceux bénéficiant d'une prescription dans le cadre de soins, la voie orale est le mode d'usage le plus répandu. Les patients fréquentant les CSST, sans exception n'utilisent que la voie orale prescrite.

Néanmoins des cas anecdotiques d'injection ou de tentatives sont régulièrement rapportés après dilution du sirop dans de l'eau. À Metz, c'est plutôt la méthadone belge sous forme de comprimés, et allemande sous forme de gélules qui seraient injectées.

Dans les structures de première ligne, 11 % des personnes ayant consommé de la méthadone plus de 10 fois dans la vie déclarent avoir déjà essayé de l'injecter (2006). Cependant, parmi celles qui en ont pris au cours du mois précédent, seulement 4, soit (1,7 %), font état d'un recours à l'injection concernant la méthadone.

### *Perceptions*

La méthadone bénéficie d'une image positive auprès des usagers pour ses effets spécifiques dans la lutte contre le manque physique et psychique, mais aussi en raison du protocole thérapeutique rigoureux qui encadre sa délivrance, renforçant la perception de statut de médicament. De plus, la rareté de la méthadone sur le marché parallèle, a contrario de la BHD, en fait un produit dont l'image est associée à des usagers mieux intégrés socialement. Certaines réticences se manifestent toutefois. Elles portent le plus souvent sur la forte dépendance qu'engendre son usage régulier à titre de traitement de maintenance.

Au final, la méthadone, contrairement au Subutex®, a le plus souvent l'image d'un « vrai » traitement médical qui aide les usagers à sortir de la toxicomanie.

### *Conséquence de l'usage détourné*

En CSST, la méthadone n'est jamais le premier produit consommé ayant entraîné une dépendance [3].

Dans les structures de première ligne, il est assez rarement cité comme un des produits posant le plus de problèmes à l'utilisateur (2 % des cas) [2].

En revanche, la méthadone est source de surdoses. Les décès où elle est impliquée représentent 24 % de l'ensemble des cas de décès directement liés à l'abus de substances psychoactives recensés par le dispositif Drame en 2006. Sa présence était isolée (hors alcool et benzodiazépines) pour 18 % des cas et en association avec d'autres produits pour 6 % des cas [5].

## Méthadone, phénomènes marquants en 2006

### Disponibilité au marché noir contrastée

En 2005, le constat de l'existence d'un marché parallèle de méthadone, sans commune mesure certes avec le marché illicite de la BHD, pouvait faire craindre une extension rapide du trafic de ce produit devenu plus disponible dans le cadre thérapeutique. Cette crainte n'est pas confirmée même si la situation est contrastée selon les sites.

Trois sites, Paris, Bordeaux et Toulouse, font état en 2006 d'une hausse de la disponibilité de la méthadone sur le marché noir alors qu'elle reste faible ailleurs. A Paris, sa disponibilité semble ainsi s'étendre géographiquement au delà du XVIII<sup>e</sup> arrondissement. Elle serait, fin 2006, présente dans le quartier des Halles, mais également faiblement disponible de manière dispersée dans la capitale, particulièrement aux abords des centres délivrant de la méthadone. A l'inverse, à Rennes, le marché de rue qui était devenu plus visible l'année précédente apparaît en recul en 2006, lequel serait à mettre en lien avec la mise en œuvre d'un centre de méthadone « bas seuil<sup>46</sup> ».

L'accroissement, sur certains sites de la disponibilité de la méthadone, ne serait pas l'expression de la structuration d'un marché noir mais la conséquence de l'augmentation du nombre de patients intégrés dans les programmes méthadone. Un certain nombre d'entre eux revendraient ou donneraient une partie de leur traitement. Pour le reste des sites, le constat est similaire. Il n'existe toujours pas de deal structuré mais des dépannages ponctuels entre usagers.

---

46. C'est-à-dire « à bas seuil d'exigence », par opposition aux centres spécialisés classiques ou le maintien en « protocole de soin » méthadone est réputé soumis à l'adhésion et au respect de la part du patient à un certain nombre de règles (contrôles urinaires des consommations par exemple). L'entrée dans un programme méthadone bas-seuil est tout de même soumise à un contrôle de la présence d'opiacés dans les urines de manière à éviter de la délivrer à une personne non dépendante.



### **L'initiation du traitement dans la rue, une pratique qui s'installe**

Si cette pratique n'est pas nouvelle, elle semble se banaliser dans certains sites. À Lille, les médecins interrogés constatent maintenant que la plupart des primo-demandeurs de méthadone dans les centres ont commencé leur consommation avec de la méthadone acquise au marché noir. Si certains usagers semblent avoir déjà acquis une bonne maîtrise des dosages et de l'utilisation de la substance, les risques de surdose restent importants dans ce contexte. À Paris, la pratique semble exister à la marge.

## Le sulfate de morphine

Le sulfate de morphine est une molécule agoniste opioïde pur des récepteurs opiacés disposant d'une AMM pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits analgésiques. Il est disponible sous une forme de spécialités à action brève (Actisenan®) et sous forme de spécialités à action prolongée (Moscontin LP® et Skenan®). Bien que ne disposant pas d'AMM pour cette indication, les présentations d'action prolongée sont parfois utilisées comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, conformément à la note de la Direction générale de la Santé (DGS) de juin 1996. Toutefois le médecin prescripteur doit au préalable obtenir l'accord du médecin-conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). En France, il est classé comme stupéfiant.

Comme traitement substitutif, le sulfate de morphine bénéficie auprès des patients d'une image favorable en raison de ses effets proches de ceux de l'héroïne.

### La situation

#### Disponibilité

La disponibilité du sulfate de morphine au marché noir, sur les sites TREND, à l'exception de Paris et Rennes, est généralement très faible. À Toulouse ou à Marseille il existe un trafic mais qui reste très limité et fluctuant. En 2005, les observateurs rapportaient une croissance de sa consommation sous forme de Skénan® essentiellement à Paris et à Rennes. Il semble qu'en 2006 à Rennes, le marché se soit réorganisé après une période de pénurie. En particulier, certains usagers ne se le feraient plus rembourser en accord avec leur médecin. A Paris, la tendance à la hausse se poursuit nettement. Le marché est décrit en 2006 comme « florissant » principalement aux abords du métro Château-Rouge (XVIII<sup>e</sup> arrondissement). Sa présence dans le quartier des Halles est plus inconstante. Dans ces deux zones, les consommations de Skénan® dans la rue sont également visibles, ce qui entraîne des problèmes majeurs pour les riverains (scènes d'injection dans la rue ou dans les cages d'escaliers, violences entre usagers et/ou revendeurs, matériels d'injection laissés dans la rue, etc.). Dans le reste de Paris, le produit serait difficilement disponible. Selon les professionnels de santé, la disponibilité du Skénan® sur le marché illicite à Paris serait rendue possible par les prescriptions d'une dizaine de médecins.

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

En 2006, la gélule de Skénan® se négocie environ 3 € à Paris, mais il est plus fréquemment vendu sous forme de plaquettes de 7 gélules de 100 mg pour un prix qui se situe entre 15 et 20 €, ce prix étant susceptible de doubler le week-end. À Rennes, le prix le plus fréquent de la gélule se situe autour de 5 € (4 à 7 €) et la boîte de 14 gélules pourrait être obtenue pour 40 €. Le prix peut atteindre 20 € dans les villes où le trafic est rare.

32 % des usagers de sulfate de morphine au cours du mois précédent, fréquentant les structures de première ligne, l'ont reçu par prescription (dont 21 % exclusivement). Les autres, soit 67 %, l'ont obtenu uniquement sur le marché parallèle. La part de l'accès par prescription semble avoir décliné : en 2003, 41 % des usagers de sulfate de morphine l'avaient obtenu par prescription, dont 32 % uniquement par prescription [1]. La part des personnes ayant recours au marché noir est très élevée parmi celles qui le consomment uniquement dans une recherche de « défonce » (90 %), mais elle atteint tout de même 57 % chez celles qui disent le prendre uniquement dans un objectif thérapeutique.

### Fréquences d'usages et usagers

Au début de l'année 2006, l'usage du sulfate de morphine au cours du dernier mois concerne 16 % des usagers des structures de première ligne. Parmi eux, 58 % recherchent exclusivement une défonce, 24 % associent défonce et usage substitutif (ou antalgique) et seuls 18 % en font un usage thérapeutique exclusif [1].

On observe globalement un accroissement de l'usage de sulfate de morphine par rapport à 2003 où il ne concernait que 9 % des usagers des structures de première ligne. Ce constat est essentiellement lié à l'accroissement de son détournement. En effet, parmi l'ensemble des usagers de ces structures, la part des usagers de sulfate de morphine dans un but uniquement toxicomaniaque passe de 3,2 % à 9,0 % entre 2003 et 2006. La fréquence de l'usage de la morphine dans un but uniquement thérapeutique reste à peu près stable (2,1 % à 2,8 %) de même que la proportion d'usagers visant les deux objectifs à la fois (4,0 % à 3,8 %) [1].

Deux groupes principaux de consommateurs de sulfate de morphine en usage détourné peuvent être distingués :

- un premier, composé de personnes de plus de trente ans, anciennement consommatrices d'héroïne. Les uns, plutôt marginalisées socialement, visibles en milieu urbain injecteraient le sulfate de morphine en remplacement de l'héroïne ou de la BHD détournée. Les autres seraient des personnes en difficulté avec leur substitution en cours.
- le second composé d'une population plus jeune (18-25 ans) marqué également par la précarité appartiendrait à la population désignée par le terme « jeunes errants » (voir sous populations de l'espace urbain). Le Skénan®, injecté et consommé parfois à doses élevées (500 à 1200 mg/j), constituerait la base quotidienne de leurs

consommations. Certains jeunes injecteurs de Subutex® se tourneraient aussi désormais vers le Skénan® pour avoir un « vrai effet » et par peur des problèmes veineux et d'abcès engendrés par le Subutex®.

### *Mode d'usage*

Le sulfate de morphine est le plus souvent injecté (88 % des usagers de structures de première ligne ayant consommé ce produit dans le mois précédent, début 2006) et jusqu'à 96 % d'entre eux à Paris. Le fait que le médicament engendre, lors de son injection, des effets proches de ceux de l'héroïne conduit de nombreux usagers à choisir ce mode d'administration. Au prix toutefois de problèmes sanitaires similaires à ceux de la BHD.

Il faut noter que l'injection, au sein de la population fréquentant les CAARUD est largement pratiquée, y compris parmi ceux qui disent la consommer uniquement pour se soigner (79 % d'entre eux l'injectent) [1].

### *Perception*

La perception du sulfate de morphine parmi ses usagers est positive : produit rare, proche de l'héroïne, injectable et, contrairement à celle-ci, de qualité garantie et constante. Si la sensation de plaisir est pour certains moins importante qu'avec une héroïne « de bonne qualité », la piètre qualité de celle circulant en 2006, d'après les usagers, rend le sulfate de morphine tout à fait attractif. Dans un cadre substitutif, le sulfate de morphine est considéré comme une alternative par des usagers en échec avec la buprénorphine du fait de son caractère facilement injectable, de l'effet flash et de la sensation de bien être qu'il procure.

À l'inverse, pour les usagers n'utilisant pas ce produit, les risques de dépendance et de manque, du fait de l'irrégularité des approvisionnements du marché noir, en font un produit peu attrayant. Ces dernières années, sa rareté lui confèrait l'aura d'un produit réservé à quelques privilégiés.

## Sulfate de morphine, phénomènes marquants en 2006

### Nouvelles hausses localisées de la disponibilité et de l'usage de sulfate de morphine

Le phénomène concerne surtout la capitale où se poursuit l'accroissement du trafic déjà visible en 2004 et 2005. À Paris, le Skénan® serait maintenant disponible au marché noir tous les jours et à n'importe quelle heure. À Paris, 77 % des usagers du sulfate de morphine rencontrés dans les structures de première ligne l'auraient obtenu sans prescription [1]. À Paris, l'hiver 2006-2007 aurait même été marqué d'après les observations d'un des centres de soins parisiens par « une courte flambée de consommation de sulfate de morphine », finalement maîtrisée par les contrôle des pharmaciens sur les prescriptions de Skénan®.

À Metz, une réapparition de cette consommation, peu signalée les années précédentes, est rapportée.

## À signaler en 2006

### Description à Paris d'un nouveau groupe d'usagers

Le site de Paris fait état cette année de l'émergence d'une nouvelle catégorie d'usagers plus jeunes et plutôt bien intégrés à la société semble-t-il. Il s'agit de jeunes issus du milieu étudiant (Beaux Arts) décrits comme de « pseudo artistes ». Une cinquantaine d'entre eux serait suivis au centre Marmottan à Paris. Les filles (une dizaine) seraient plus jeunes (20-24 ans) que les hommes (30-34 ans). Ils s'approvisionneraient dans le quartier Château-Rouge.

## La codéine

La codéine est un dérivé semi synthétique de la morphine utilisé comme analgésique, soit seul (Dicodin®, Codenfan®) soit combiné à d'autres molécules (Codoliprane® par exemple) ou comme antitussif (par exemple Néo-Codion®). La vente de certaines de ces spécialités sans ordonnance et leur prix modéré permettent un accès facile à une molécule substitutive de l'héroïne.

La codéine a, avant la diffusion des traitements de substitution, constitué un produit beaucoup utilisé comme substitution « libre » à l'héroïne. Son usage est en baisse depuis 1996 et les données qualitatives décrivent la persistance d'un usage marginal même si certains pharmaciens (Toulouse) signalent que leurs ventes sont en augmentation. Une hausse de l'usage a été signalée au début de l'année 2006 à Marseille, laquelle ne se serait pas confirmée au second semestre.

Actuellement, lorsqu'elle est consommée, il semble que ce soit par défaut à des fins de dépannage en l'absence d'autres substances opiacées ou pour rester totalement en dehors du cadre thérapeutique sans faire appel au marché noir. Très peu d'informations sont disponibles sur les usagers et les circonstances de l'usage. A Marseille, de petits groupes de jeunes précarisés ont été évoqués, tandis qu'à Paris, de manière anecdotique, les cas de quelques lycéens s'essayant à la défonce avec du Néo-Codion® ont été évoqués.

Début 2006, 4.6 % des usagers des structures de première ligne déclarent avoir consommé de la codéine dans le mois précédent (contre 6 % en 2003). Dans 43 % des cas, il s'agissait de se soigner (ou de substituer un opiacé), dans 46 % des cas, de se défoncer, les autres usagers associant les deux objectifs. Elle est presque toujours consommée par voie orale [1].

Parmi les usagers du mois précédent, 26 % en ont pris tous les jours. La codéine est obtenue uniquement sur prescription par 32 % des usagers dans le mois, rencontrés dans les structures de première ligne, les autres l'achetant probablement sans ordonnance [1].

Au vu de toutes ces données, il apparaît que l'usage persistant de codéine par les usagers de drogues est un fait avéré mais qui demeure marginal dans cette population.

## L'opium et le rachacha

Le rachacha est une préparation d'opium se présentant sous la forme d'une pâte marron rouge, de consistance molle. Il est obtenu à partir d'une transformation artisanale du pavot. Il est classé comme stupéfiant.

### Disponibilité

L'opium, disponible en France sous forme de « rachacha », est généralement peu disponible et difficilement accessible. Le caractère saisonnier de la production et de la consommation, la faible fréquence de l'échange à caractère marchand rendent difficile l'évaluation de sa disponibilité. Lorsqu'il est proposé à la vente, son prix dépasse rarement quelques euros par gramme (2 à 5 €).

Le rachacha est disponible uniquement lors de grands événements techno alternatifs, notamment les free parties et des teknivals. Des cas d'autoculture du pavot à des fins de consommation personnelle ou de vente à petite échelle ont été rapportés.

### Fréquences d'usage et usagers

Comme les autres opiacés, le rachacha est consommé dans un cadre festif, pour ses effets « positifs » (c'est-à-dire pour la recherche d'une modification de l'état de conscience), ou pour gérer la descente de stimulants. L'étude réalisée en 2004-2005 [en milieu festif techno](#) a montré que 33 % des personnes rencontrées en avaient déjà consommé au cours de leur vie (52 % en milieu techno alternatif), mais que seulement 4,3 % en avaient consommé dans le dernier mois (8 % en milieu techno alternatif) [1]. Les usagers d'opium ou de rachacha seraient essentiellement les personnes fréquentant l'espace festif underground.

En dehors des événements festifs, le rachacha serait consommé, à petite échelle, parmi des groupes de jeunes marginaux, nomades urbains, et par d'anciens héroïnomanes plus âgés, dont certains ont recours à l'injection. Ce sont probablement ces usagers que l'on repère dans les [structures de première ligne](#). Début 2006, 35 % d'entre eux ont consommé de l'opium plus de dix fois au cours de leur vie. Seulement 5 % en ont fait usage au cours du mois précédent, (6 % en 2003), 64 % par voie orale, et 38 % en le fumant (injection et sniff sont extrêmement margi-

naux). Les usagers d'opium au cours du mois précédent sont à 92 % des familiers du milieu festif (fréquentation d'un événement techno plus de 10 fois au cours de la vie) [1].

À Paris, l'opium serait également consommé par des personnes d'origine irannienne, plutôt bien insérées, que la faible disponibilité du produit en France conduit à demander une substitution par méthadone.

## Mode d'usage

Le rachacha est le plus souvent ingéré ou fumé. On décrit chez les jeunes usagers appartenant au milieu underground parisien un usage en tisane ou par absorption de bombe (boulettes roulées dans du papier). A Rennes, les observateurs font état depuis 2005 de pratiques d'injection, qui, compte tenu de la diffusion « rare et confidentielle » du produit, sont vraisemblablement marginales : « *Pour le shooter, il faut le purifier avec de l'alcool en le chauffant. Si elle [l'injection] est bien préparée, les effets sont plus forts qu'avec de l'héroïne.* »

## Perception

L'origine naturelle, et de surcroît artisanale, du rachacha lui assure une perception plutôt positive auprès d'une frange d'usagers de drogues. Il serait perçu comme une sorte d'héroïne « douce ».



## Les stimulants

Depuis la seconde moitié des années quatre-vingt-dix, la disponibilité des substances stimulantes ne cesse de s'élargir en France. Si l'on peut estimer aujourd'hui que l'usage de l'ecstasy a atteint une phase en plateau, qui en fait dans l'espace festif une substance désormais banalisée, la cocaïne, en revanche, possède une marge de progression encore importante, tant dans l'espace urbain que dans l'espace festif. En effet, la réorientation d'une partie de la production (Colombie, Bolivie, Pérou) en direction de l'Europe entraîne une offre est de plus en plus abondante. Il en résulte une diminution des prix favorisant son accès à des couches de plus en plus larges de la population. À cet accroissement de l'offre répond une forte demande. L'attrait pour la cocaïne ne semble en effet guère se démentir, malgré les conséquences problématiques, financières et psychiatriques en particulier, rapportées par les professionnels.

## La cocaïne et le crack

La cocaïne se présente sous deux formes : chlorhydrate (poudre blanche obtenue à partir de la feuille de coca) destinée à être injectée (voie intraveineuse) ou sniffée (voie nasale) et base obtenue après adjonction de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque au chlorhydrate de cocaïne (caillou, galette), destinée à être fumée (voie pulmonaire). La forme basée est appelée crack lorsqu'elle est vendue directement sous cette forme et généralement appelée free base lorsque l'usager achète le chlorhydrate et réalise lui-même la manipulation.

Fortement stimulante, elle produit un sentiment d'euphorie, de puissance intellectuelle et physique et une indifférence à la fatigue et à la faim. En France, quelle que soit sa forme, la cocaïne est classée comme stupéfiant.

Abstraction faite d'une courte période aux alentours de la Première Guerre mondiale, la consommation de cocaïne est restée modérée et n'a jamais été considérée comme un problème majeur de santé publique. Jusqu'au début des années 90, son usage a toujours été largement devancé par celui des opiacés. L'augmentation, depuis 1995 environ, de l'usage de cocaïne représente, en France, une rupture dans l'histoire de ce produit. C'est au cours des années 1990 que l'on assiste non seulement à l'élargissement de la diffusion de la forme chlorhydrate de la cocaïne (poudre), mais aussi à l'émergence puis l'élargissement relatif de la forme basique (free base ou crack) [10, 21].

### Données de cadrage

Le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois au cours de la vie) de la cocaïne en population générale, selon les dernières données disponibles, est le plus élevé parmi les produits illicites stimulants. Il atteint 2,6 % chez les personnes de 15 à 64 ans après avoir plus que doublé en 10 ans. La fréquence d'expérimentation est maximale chez les 25-34 ans où elle atteint 4,1 %.

L'usage au cours de l'année chez les 15-64 ans a triplé entre 2000 et 2005, année où il concerne 0,6 % d'entre eux. Le niveau d'usage atteint 1,6 % chez les 25-34 ans [6, 33]. Cependant, ces niveaux de consommation restent modérés comparés aux usages dans les autres pays européens [34]. Cet usage concerne trois fois plus d'hommes que de femmes.

Le nombre de personnes âgées de 12 à 75 ans ayant expérimenté de la cocaïne est estimé à plus d'un million et celui des usagers occasionnels (au moins un usage au cours de l'année) à 250 000 [6].

En 2005, parmi les jeunes âgés de 17 ans, l'expérimentation de cocaïne (chlorhydrate) concerne 3 % des garçons et 2 % des filles. Pour les uns comme pour les autres, ce taux a augmenté significativement entre 2003 et 2005 (respectivement 1,1 % et 2 %). En 2005, l'expérimentation de la forme basée de la cocaïne (crack) concerne 0,8 % des garçons et 0,6 % des filles [7]. Au cours d'un mois donné, 0,9 % des jeunes de 17 ans consomment de la cocaïne chlorhydrate et 0,2 % d'entre eux prennent de la cocaïne basée.

En 2006, les interpellations pour usage simple de cocaïne se montent à 2 943, poursuivant une tendance globalement ascendante depuis le début des années 1990 [8] (+ 5 % par rapport à 2005). Les interpellations pour usage de crack sont au nombre de 454 et continuent à diminuer depuis l'année 2000 (-34 % par rapport à 2004).

Depuis l'année 2000, les saisies de cocaïne en France ne cessent d'augmenter. En 2006, on assiste à un doublement des quantités saisies puisque l'on passe de 5 186 kg en 2005 à 10 166 kg en 2006. Les saisies de crack, en baisse depuis deux ans, s'élèvent à 9 kg en 2006 contre 11 kg en 2005 [8].

## La situation

### Fréquence d'usage et usagers

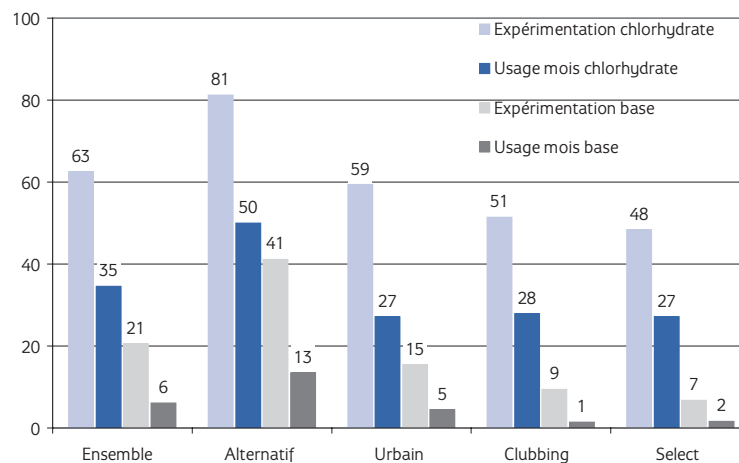
La particularité de l'usage de la cocaïne, depuis la seconde moitié des années 1990, outre l'accroissement de son usage, réside dans sa diffusion à des sphères toujours plus larges de la société. Ce phénomène s'accompagne d'une « démocratisation » de ce produit autrefois réservé à « l'élite ». Son usage est particulièrement implanté dans l'espace festif techno.

Une enquête réalisée dans ce milieu en 2004 et 2005 estime que 65 % des personnes rencontrées ont déjà consommé de la cocaïne sous forme chlorhydrate et

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

24 % sous forme basée (respectivement 81 % et 41 % en milieu techno alternatif<sup>47</sup>). Au cours du mois précédent, la cocaïne a été utilisée par 35 % d'entre elles sous forme chlorhydrate et par 7 % sous forme base (mais respectivement 50 % et 15 % en milieu alternatif) [13].

**Graphique 6 - Fréquence de l'expérimentation et de l'usage récent de la cocaïne sous forme de chlorhydrate et sous forme basée (crack), N =1496, 2004-2005**



Se reporter à la description de l'espace festif dans la partie « Approche transversale » pour l'explicitation des catégories « Alternatif », « Urbain », « Clubbing » et « Select ».

Source : Quanti-festif 2004-2005 OFDT / GRVS

Parmi les personnes enquêtées en 2006 dans les structures socio-sanitaires, 11,6 % déclarent consommer de la cocaïne. Cette fréquence chute cette année (12,6 % en 2005) après une augmentation continue depuis 2001 où elle s'établissait à 8 % [3]

Enfin au début de l'année 2006, 90 % des usagers fréquentant les structures de première ligne de soutien aux toxicomanes, population majoritairement poly usagère et souvent précaire, ont expérimenté la cocaïne ou le crack, 79 % l'ont fait plus de 10 fois dans la vie et 39 % au cours du dernier mois (soit 34 % d'usagers de chlorhydrate et 16 % d'usagers de la forme basée). Ces niveaux sont proches de ceux enregistrés en 2003 (37 % d'usagers récents de chlorhydrate et 15 % d'usagers récents de la forme basée) [1, 15]. Une certaine stabilité peut donc être constatée dans cette population.

47. Free parties, rave parties et teknivals.

Le prix de la cocaïne constitue sans doute une limite à l'expansion de son usage dans les milieux les plus précaires, lesquels se tourneraient davantage vers les opiacés et les autres stimulants, plus abordables. La cocaïne serait réservée à des prises d'opportunité.

Parmi les usagers fréquentant les CAARUD, la cocaïne constitue le produit posant le plus de problème pour plus du quart (27 %) d'entre eux (hors cannabis et alcool et pour 19 % d'entre eux si on inclut ces substances). Pour 14 %, c'est la forme chlorhydrate qui pose problème, pour 13 %, la forme basée [2].

#### **Les usagers de crack du nord-est parisien**

Les usagers de crack sont essentiellement visibles dans le nord-est de Paris. Il s'agit en grande majorité de personnes très désinsérées, âgées de 35 ans environ, sans domicile fixe, vivant au jour le jour de petits trafics (notamment médicaments détournés) et ayant effectué de fréquents séjours en prison [28]. Beaucoup se « logent » dans les squatts proches du boulevard périphérique dans le nord-est de Paris. Les femmes, pratiquant souvent la prostitution seraient relativement nombreuses (40 % selon l'étude « Coquelicot » dans le sous-échantillon des usagers de crack, mais 20 % selon les données de la structure de soins EGO en 2005) [36]. Une étude spécifique non publiée à ce jour montre surtout l'extrême précarité sociale de cette population (absence de logement stable, de papiers d'identité, de couverture sociale et de travail) et objective son faible niveau d'accès aux soins. Ces usagers multiplient les prises de risques et peuvent avoir de longues périodes de consommation (3 jours consécutifs par exemple) sans manger ni dormir. L'absence de logement les prive de toute hygiène élémentaire et ils présentent fréquemment un délabrement physique général (coupures, problèmes dentaires...) [17, 28, 36, 37].

Le crack, acheté déjà préparé sous forme de caillou, est principalement consommé en étant fumé dans des pipes très artisanales (doseur à alcool utilisé dans les cafés, canettes de soda transformées, filtres réalisés à partir de fils électriques). Le caillou est posé sur le filtre puis chauffé jusqu'à ce qu'il fonde et se transforme en huile. La fumée qui se dégage est alors aspirée à grande bouffée. La pipe est habituellement utilisée plusieurs fois. Des professionnels de santé parisiens mentionnent des pratiques d'injection du résidu restant au fond des pipes à crack après acidification au citron. Selon l'étude « Coquelicot », 73 % des ces usagers sont séropositif pour le VHC et 12 % pour le VIH [17, 28]. Les usagers de crack apparaissent davantage polyusagers que les autres. En effet, ceux qui ont été interrogés en 2006 dans l'étude PRELUD avaient consommé en moyenne au cours du mois précédent 6,5 produits différents hors tabac, alcool et cannabis, contre 3,4 pour l'ensemble des personnes [1].

Les usagers de cocaïne plus insérés dans la société sont décrits, pour leur part, à travers les enquêtes en population générale [6, 7, 33]. On notera que, contrairement à une idée encore répandue qui associe la consommation de cocaïne à une forte activité professionnelle, son usage dans l'année est plus important dans les catégories « chômeurs » et « inactifs » que dans celle des actifs [35].

## **Marché**

### *Disponibilité*

La disponibilité du chlorhydrate de cocaïne ne cesse d'augmenter en France, du fait notamment d'une représentation sociale positive de drogue « maîtrisable », n'engendrant que peu de conséquences négatives en termes de dépendance. Cette situation favorise une diffusion de l'usage, lequel touche désormais des milieux sociaux extrêmement hétérogènes, allant de l'utilisateur de rue très marginalisé à la personne parfaitement insérée socialement.

Trois filières d'approvisionnement seraient utilisées par les usagers (décrits pas les sites de Metz et de Rennes) :

- La première permettrait d'accéder facilement, mais avec des risques d'interpellation, à une cocaïne peu chère mais réputée de qualité médiocre (fortement coupée) auprès principalement d'usagers revendeurs positionnés dans la rue ou dans des lieux publics.
- La deuxième consisterait à s'adresser à des « vendeurs professionnels » en quelque sorte (non usagers) lors de transactions en milieu plus fermé (appartement). Cela suppose une insertion dans les bons réseaux et la disposition des moyens financiers nécessaires. La cocaïne acquise par cette voie serait plus chère mais réputée beaucoup plus pure.
- La troisième filière pourrait également approvisionner la première. Il s'agit d'usagers qui se déplacent directement en Hollande ou en Belgique pour acquérir le produit à moindre coût, mais en petite quantité compte tenu du risque (des quantités entre 5 et 10 g sont citées) pour leur usage personnel. Certains en destineraient une partie à la revente la coupant souvent abondamment à l'aide de médicaments ou de stimulants, notamment du fait de leur difficultés à maîtriser leur consommation personnelle qui empiète alors sur la part destinée à être vendue.

La cocaïne vendue déjà basée (crack) est consommée exclusivement en région parisienne et dans les DOM (départements d'outre-mer) hormis la Réunion. En métropole, la vente de crack est présente à Paris dans le nord-est de la capitale, et disponible auprès d'une population d'usagers extrêmement marginalisés. Dans le reste de la France métropolitaine, la vente de crack est quasiment inexistante.

## Le petit trafic de chlorhydrate de cocaïne : des réseaux hétérogènes

Une étude menée en 2006, à partir de 150 procédures pour usage et usage-revente de cocaïne survenues en 2005, a tenté de dresser une typologie de l'organisation du micro-traffic en France\*.

Trois grands types de réseaux de trafic de cocaïne sous sa forme chlorhydrate peuvent être distingués en France

- Les réseaux liés au grand banditisme, implantés dans les grandes métropoles (Paris, Marseille). Ce type de réseaux importe en France par le biais de grossistes implantés en général en Espagne, en Hollande et en Belgique de grosses quantités de cocaïne. En général, ces réseaux achètent le produit non coupé et le revendent après coupage à des organisations de semi-grossistes faisant le lien avec les petits réseaux de détaillants.

- Les réseaux de semi-grossistes et/ou de détaillants professionnels Ces réseaux s'approvisionnent soit auprès de grossistes implantés en France et liés au grand banditisme soit à l'étranger en Espagne, en Hollande voire même dans les Antilles françaises. Ces réseaux peuvent assurer une revente au détail de la cocaïne par le biais d'une organisation relativement structurée (rabatteurs, vendeurs) opérant généralement dans les cités populaires des banlieues des grandes métropoles ou dans les grands rassemblements festifs de type teknivals. La plupart de ces réseaux étaient auparavant spécialisés dans la revente de cannabis.

- Les réseaux de micro-traffic. Ces types de réseaux sont probablement les plus nombreux en France. Ils sont en général peu structurés, animés par une, deux, voire trois personnes et ne comptent en général qu'une dizaine de clients. Ces micro-réseaux se subdivisent en trois grandes catégories :

- Les réseaux de type " start-up " : ils sont animés par des personnes non consommatrices de drogues qui se lancent dans le trafic de cocaïne pour des raisons purement financières. Dans l'esprit, ils sont proches des réseaux implantés dans les banlieues.

- Les réseaux d'usagers-revendeurs : ce sont les plus nombreux dans les procédures étudiées. Ces micro-réseaux sont animés par des personnes qui se lancent dans le trafic pour financer leur consommation et gagner un peu d'argent. Celles-ci peuvent être très dépendantes ou non. En général le réseau est de taille réduite avec tout au plus une dizaine de clients recrutés dans l'entourage et par le bouche à oreille.

- Les réseaux à but non lucratif : ils concernent des personnes qui veulent financer à moindre frais et directement leur consommation et dépanner des groupes d'amis. Dans ces réseaux ne rentrent pas de considérations financières ni de volonté de réaliser des profits. La cocaïne est revendue au prix d'achat.

**Prix du gramme de cocaïne et d'héroïne au semi-gros en Belgique et en Hollande en 2004/2005**

<b>Pays et villes</b>	<b>Nombre de procédures</b>	<b>Cocaïne</b>	<b>Héroïne</b>
Belgique	28		
Anvers	15	35	10
Gand	10	30	10
Mons	2	40	07
Bruges	1	25	15
Pays-Bas	30		
Amsterdam	15	30	15
Rotterdam	14	35	10
Maastricht	01	40	15

**Sources : données OCRTIS, traitement OFDT**

L'approvisionnement des réseaux de trafics de cocaïne s'effectue essentiellement par le biais de semi-grossistes installés sur le territoire français ou dans des pays frontaliers. L'intérêt du recours à l'achat postfrontalier réside dans la modicité des prix de la cocaïne en semi-gros. Une étude portant sur 150 procédures d'interpellations pour usage et usage-revente de cocaïne montre que le prix de la cocaïne en semi-gros en Belgique et en Hollande s'élève en moyenne à 30 euros environ, pour une revente au détail en France se montant à 60 euros soit un bénéfice net de 30 euros par gramme de cocaïne vendue. Ces données sont confirmées par celles recueillies dans le cadre du dispositif national TREND qui font état d'un prix médian du gramme de cocaïne s'élevant à 60 euros environ en 2004. Il est à noter que la quasi-totalité des petits réseaux de deal de cocaïne étudiés au travers des procédures de l'OCRTIS sont de nature multi-cartes associant notamment à la cocaïne des produits comme l'héroïne.

*\*Gandilhon (Michel), Le petit trafic de cocaïne en France, Tendances n° 53, OFDT, avril 2007.*

### Produits disponibles

Certains usagers, à Lille en particulier, font une nette distinction entre une cocaïne « végétale » et une cocaïne dite « synthétique ». Dans l'enquête « SINTES cocaïne » (2006), qui a permis de recueillir 373 échantillons de cocaïne auprès de 373 usagers différents répartis dans huit agglomérations françaises, près de 60 % des usagers font cette distinction.

La cocaïne végétale arriverait directement des pays de production, serait jaune, grasse sentirait encore le kérosène.

La cocaïne « synthétique » (qui ne l'est pas en réalité) serait blanche et issue de la transformation d'anesthésiants.

Les usagers différencient deux types de cocaïne également en fonction des filières d'approvisionnement et des prix : une cocaïne de moindre qualité qui contiendrait environ de 10 à 30 % de produit actif et une cocaïne plus pure qui atteindrait 60 % de pureté voire plus.

L'analyse de 373 échantillons recueillis auprès d'usagers dans le cadre d'une étude en 2006 montre que cette perception du marché semble correspondre assez bien à la réalité comme en témoigne le graphique suivant [38].

■ Les produits issus des saisies de rue présentent en 2006 des taux de pureté se situant entre 20 % et 30 %. Ces moyennes évoluent peu depuis quelques années [8]. L'étude « SINTES cocaïne » mesure une pureté moyenne des échantillons vendus aux usagers qui s'élève à 26,7% (médiane 22 %) si l'on inclut les échantillons ne contenant pas de cocaïne et à 29,2 % (médiane à 23 %) si l'on élimine les échantillons sans cocaïne.

■ La distinction entre deux qualités de cocaïne, même si la présence de cocaïne synthétique sur le marché est un mythe, n'est pas dénuée de fondement puisque les 108 échantillons désignés comme cocaïne végétale par les usagers ont une pureté moyenne qui atteint 33 % (médiane 27 %) alors que les 87 échantillons désignés comme synthétiques présentent une teneur moyenne égale à 21 % (médiane 17 %).

Les produits de coupe sans effets psychoactifs sont essentiellement des sucres : mannitol, inositol, lactose etc. Ceux qui ont un effet pharmacologique sont en premier lieu médicamenteux [Tableau 21].

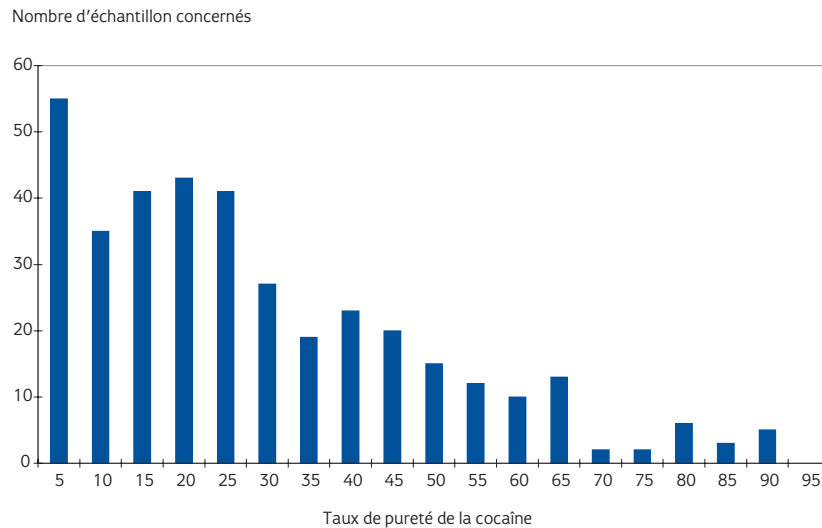
La phénacétine, molécule interdite à la vente en France depuis 1994, en raison, notamment, de sa toxicité rénale, (notamment cancérogénicité), est de plus en plus présente dans les échantillons de cocaïne [8, 39]. Aucun échantillon ne contenait d'atropine<sup>48</sup> et aucune intoxication liée à cette substance n'a été signalée en France depuis les cas de 2005 [40].

48. Des intoxications dues à de l'atropine contenue dans des échantillons de cocaïne étaient survenues en France entre décembre 2004 et avril 2005 puis en Europe en octobre et novembre 2005 notamment en Suisse où une trentaine d'hospitalisations ont été recensées. Deux nouveaux cas seulement avaient été signalés en France pendant cette deuxième vague. Les personnes ayant consommé de la cocaïne contenant de l'atropine présentaient des manifestations psychiatriques et/ou neurologiques aiguës.



Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

Graphique 7 - Distribution des teneurs en cocaïne de 373 échantillons recueillis auprès d'usagers en 2006



Source : SINTES Cocaïne 2006 / OFDT

Tableau 22 - Principaux produits de coupage psychoactifs retrouvés dans la cocaïne, 2006

Principales molécules présentes	SINTES N=342 Saisies	Saisies (toutes saisies)
Phénacétine	54 %	23 %
Caféine	17 %	13 %
Paracétamol	14 %	4 %
Diltiazem <sup>49</sup>	11 %	22 %
Lidocaïne	11 %	12 %
Lévamisole <sup>50</sup>	6 %	4 %
Hydroxyzine <sup>51</sup>	4 %	11 %

Sources : SINTES cocaïne 2006 / OFDT , OCRTIS 2006

49. Le diltiazem (Tildiem<sup>®</sup>) est utilisé en cardiologie comme antihypertenseur et dans le traitement de l'insuffisance coronarienne.

50. Le lévamisole est un antiparasitaire pouvant provoquer des réactions allergiques ou neurologiques.

51. L'hydroxyzine est un anxiolytique de la famille des pipérazines également utilisé dans les phénomènes allergiques.

**Prix**

Le prix médian du gramme de cocaïne semble se stabiliser à environ 60 € le gramme quelles que soient les données utilisées [1, 2, 15]. [Tableau 22].

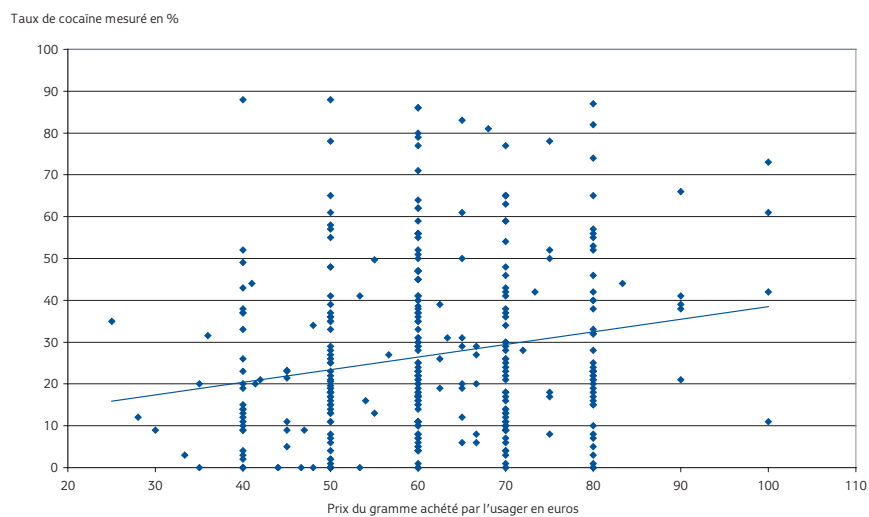
**Tableau 23 - Prix médian estimé du gramme de chlorhydrate de cocaïne selon les sites du dispositif TREND**

Sites	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Bordeaux	53	80	65	45	55	
Lille	62	52	55	50	50	
Marseille	61	73	50	65	55	55
Metz	65	75	70	60	60	
Paris	76	60	77	55	60	60
Rennes	83	56	60	67,5	65	
Toulouse	53	67	60	65	65	65
Médiane	62	65	63	60	60	

Données et exploitation : TREND/OFD 2005

Le lien entre le prix d'achat du gramme par l'utilisateur et le contenu réel du produit apparaît en réalité assez faible comme le montre le Graphique 8.

**Graphique 8 - Lien entre le prix du gramme payé par l'utilisateur et la teneur en principe actif des échantillons de cocaïne, (N=373), 2006**



Coefficient de corrélation de Spearman = 0,19, p=0,0003

Source SINTES Cocaïne 2006 / OFDT

Modes d'usage

Il existe, en France, deux grands modes traditionnels d'administration du chlorhydrate de cocaïne recouvrant chacun les deux espaces d'investigation du dispositif TREND : le sniff et l'injection. Il y a déjà quelques années est apparue la pratique du « basage » consistant à fumer la cocaïne après l'avoir transformée en cocaïne base. Une nouvelle pratique consistant à fumer la cocaïne dans un joint sans la baser est signalée depuis 2005.

**Tableau 24 : Voie d'administration\* de la cocaïne au cours du mois écoulé parmi les participants à l'enquête « PRELUD 2006», Ena Caarud 2006 , quanti festif 2004-5 2004/-5 et OPPIDUM 2006**

	Structures de réduction des risques 2006				Structures (1) socio sanitaires 2006***	Quanti festif 2004-5** (1)	
	PRELUD* (1)		Ena-CAARUD* (2)			chlorhydrate (n=506)	base (plutôt free base)
Usagers de :	cocaïne toute forme (n=399)	chlorhydrate seulement (n=230)	base seulement (plutôt free base) (n=48)	Base (crack essentiellement) (n=409)	cocaïne toute forme (n=374)		
Injection	54%	59%	19%	5,4%	33 %	0,6%	0%
Sniff	44%	42%	2%	0,2%	55 %	98%	2%
Inhalation, fumette	45%	17%	88%	94%	28 %	19%	99%

(1) Une même personne peut recourir à plusieurs voies d'administration dans le mois

(2) La question portait sur la voie principalement utilisée : une seule réponse par personne.

Sources : données et exploitation : \* TREND/OFDT ; \*\*GRVS/TREND/OFDT \*\*\* OPPIDUM/CEIP/AFS-SAPS

Selon les groupes d'usagers et selon le produit (chlorhydrate, crack ou free base) les pratiques sont variables. Le choix de chaque mode d'usage répond à des attentes diversifiées de la part des usagers.

■ Le sniff est la voie la plus utilisée et la seule généralement présente dans l'espace festif techno où il concerne 98 % des usagers. La cocaïne sniffée ne procurerait pas de flash, mais une sensation de bien-être physique et intellectuel plus longue que l'injection. La pratique du sniff semble se réduire puisque la part des personnes ayant utilisé le sniff au cours de la semaine précédente passe de 60 % en 2005 à 55 % en 2006 dans l'enquête OPPIDUM, menée principalement auprès d'usagers

des centres de soins spécialisés et chute (utilisation au cours du mois précédent) de 60 % en 2003 à 44 % en 2006 parmi les usagers des structures de première ligne (contre 60 % en 2003) [1].

■ L'injection est essentiellement utilisée par les usagers plutôt poly-consommateurs rencontrés dans l'espace urbain. Le free base est injecté moins souvent et le crack rarement<sup>52</sup>. L'injection serait présentée comme la « super défonce », provoquant un effet « indescriptible » venant remplacer dans l'imaginaire des usagers le flash d'héroïne des années 1970-80. Depuis deux ans, un accroissement de l'usage par injection (Bordeaux, Lille, Toulouse en 2005 ; Paris et Toulouse en 2006) est rapporté dans l'espace urbain. Le phénomène est visible surtout par le biais des problèmes de santé consécutifs à cet usage. Les données recueillies auprès des usagers des structures de première ligne en 2006 tendent à confirmer leur pratique croissante de l'injection. Alors qu'en 2003, 46 % des usagers récents de chlorhydrate de cocaïne avaient injecté, ils sont 54 % en 2006. On note en outre que la cocaïne est le premier produit injecté dans la vie pour 13 % de l'ensemble des usagers rencontrés [1].

■ Alors que le mode de consommation presque exclusif du crack est la voie pulmonaire (ou fumée), les observateurs du réseau des sites rapportent depuis déjà plusieurs années le développement dans l'espace festif techno, alternatif en particulier, de ce mode d'usage pour du chlorhydrate de cocaïne préalablement basé<sup>53</sup>. Si le produit final est identique au crack, il circule dans ces milieux sous l'appellation free base, laquelle est beaucoup moins péjorative que le terme de « crack ». La cocaïne serait alors fumée à l'aide d'une pipe ou d'une pipe à eau souvent fabriquées artisanalement. Dans le milieu festif techno alternatif, une étude réalisée en 2004 et 2005 montrait que 41 % des personnes rencontrées avaient déjà utilisé de la cocaïne basée [41]. Le principal intérêt de la forme basée pour le consommateur et l'obtention d'un effet flash sans les inconvénients de l'injection.

■ Enfin, depuis 2005, cinq sites (Rennes, Lille, Metz, Paris, Bordeaux) font état du développement d'une pratique consistant à fumer du chlorhydrate de cocaïne, tel quel, sans le transformer en free base, en mélangeant celui-ci directement dans une cigarette ou un joint avec du tabac ou du cannabis. L'avantage de cette pratique résiderait pour les usagers dans son absence de visibilité par rapport à d'autres modes d'administration comme le sniff ou l'utilisation d'une pipe à eau. En outre, cette voie fumable permettrait un passage à l'acte plus facile pour les usagers potentiels rebutés par le sniff ou la « chasse au dragon » (fumer avec une pipe à eau après

52.. Elle est ramenée à une forme chlorhydrate par acidification pour être injectée.

53. La transformation du chlorhydrate de cocaïne en cocaïne base se réalise de la manière suivante : la cocaïne est écrasée, mise dans une cuillère à soupe ou dans le fond d'une canette. Le produit est ensuite mélangé à de l'ammoniaque ou du bicarbonate de soude. Le tout est chauffé, transformant la cocaïne en une forme base solide. Le surplus d'ammoniaque est éliminé à l'aide d'un papier absorbant. Le caillou obtenu est ensuite rincé avec de l'eau puis cassé en petits morceaux prêts à fumer.

basage), lesquels malgré leur banalisation portent encore les stigmates de l'univers de la toxicomanie. Cet usage apparaît aussi comme porteur de convivialité puisque les cigarettes à la cocaïne peuvent circuler entre les fumeurs. Cela constituerait une manière moins onéreuse de partager le produit que d'offrir une ligne à chacun. La combinaison de la cocaïne à un joint de cannabis serait appelée « Dame Blanche ». Cependant, cette pratique impliquerait une perte importante du produit lors de la combustion. Les effets sont décrits comme plus doux et plus légers que le sniff ou l'inhalation du free base, plus durables, mais nettement moins intenses. Il semblerait que le milieu de prédilection de cette pratique soit constitué de jeunes fréquentant l'espace festif, plutôt bien insérés dans la société.

**La « clope à la coke » ou le « joint de C »**

« Il s'agit de vider la cigarette du tabac qu'elle contient, de mélanger ce tabac avec de la cocaïne puis de remplir de nouveau la cigarette avec cette préparation. » (Rennes, 2005)

« Aussi pour fumer la cocaïne, on peut prendre une cigarette blonde, enlever le filtre blanc et le remplacer par un filtre carton (comme pour les joints) puis lécher une face de la cigarette pour l'humidifier. Ensuite on recouvre cette face de poudre de cocaïne et on peut fumer la cigarette. » (Bordeaux, 2005)

**Perception**

Le chlorhydrate de cocaïne conserve l'image d'une consommation facile à gérer, associée à un certain niveau de réussite sociale, notamment chez les consommateurs festifs. Cette perception positive est plus nuancée chez les usagers chroniques qui prennent conscience des aspects problématiques de son usage, tels que la dépendance psychique et le caractère onéreux du produit. Quant aux injecteurs de cette substance, ils subissent, l'image attachée à ce mode d'administration perçu comme dégradant par ceux qui ne le pratiquent pas.

Les représentations du crack, quant à elles, sont aux antipodes de celles prévalant pour la cocaïne sous forme chlorhydrate. Celles-ci sont, sans nuances, négatives quels que soient le site, le contexte ou la période. Dès son apparition en France, le crack a été présenté, dans la continuité des représentations véhiculées par les médias américains, comme une substance dévastatrice, violente, criminogène, qui « accroche » dès la première prise.

Le free base, en revanche, est perçu par l'utilisateur qui ignore son identité avec le crack, comme un moyen de purifier la cocaïne en même temps qu'un moyen d'en intensifier les effets.

### Conséquences de l'usage

La cocaïne n'engendre pas de dépendance physique mais une forte dépendance psychique. Les risques de la consommation de cocaïne sont d'autant plus élevés que celle-ci est injectée ou consommée sous forme de crack du fait d'un effet plus intense, majorant les risques aigus, mais également plus brefs, entraînant des périodes de consommation compulsives. La contraction des artères et l'hypertension qu'elle entraîne peuvent notamment être responsable d'accidents cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux, d'atteintes pulmonaires, musculaires ou aux rénales, etc. Les prises de fortes doses peuvent en outre provoquer une fièvre, un délire ou des convulsions. Les usages réguliers conduisent à des troubles psychiatriques fréquents et souvent durables (instabilité de l'humeur, angoisses, délire de persécution...) et à des lésions importantes de la paroi nasale. Le mode de consommation de la cocaïne, par injection notamment, entraîne un risque de transmission de maladies infectieuses (sida et hépatites B et C essentiellement), d'endocardite, d'abcès, de septicémie... Dans le doute, il faut également considérer que l'hépatite C peut être transmise lors d'une administration de la cocaïne par sniff.

Ainsi, les acteurs sanitaires rencontrés dans les sites TREND signalent outre les problèmes psychiatriques récurrents et prédominants (paranoïa, comportements de méfiance, dépression, agressivité, etc.) plutôt chez des usagers réguliers et intensifs, quelques problèmes somatiques, survenus en 2006, en lien avec la consommation de la cocaïne ou du crack : micro anévrysmes, infarctus du myocarde, perforations de la paroi nasale ou hémorragies nasales...

Les problèmes aigus rapportés par les usagers, outre la symptomatologie désagréable de la descente, sont les surdosages.

Les usagers réguliers, quant à eux, rapportent de manière très fréquente des saignements de nez et des irritations de la cloison nasale, des problèmes d'amaigrissement; de troubles du sommeil, des palpitations, etc.

Concernant le sniff, le site parisien signale une progression dans les pratiques de réduction des risques, c'est-à-dire un partage ou une réutilisation des pailles moins fréquents.

Un risque propre aux free basers est signalé par le site de Rennes: l'absorption accidentelle d'ammoniaque nécessitant en milieu festif des interventions sanitaires.

Enfin, la dépendance, rarement citée comme telle, apparaît à travers les discours sur l'envie de consommer et les effets de la cocaïne. Le manque lié à l'usage de cocaïne est décrit comme « *un désir ardent, une envie irrépressible* » de consommer à nouveau, particulièrement intense et lancinant, survenant dans la semaine suivant une prise ou juste après. L'envie de reprendre de la cocaïne, jusqu'à épuisement du stock, est largement décrite par les usagers.

Le phénomène est majoré avec la cocaïne basée d'une part, mais surtout avec l'injection où l'usager qui recherche le « flash » intense mais court (15 à 20 mn semble-t-il) se voit « contraint » d'enchaîner compulsivement shoot sur shoot.

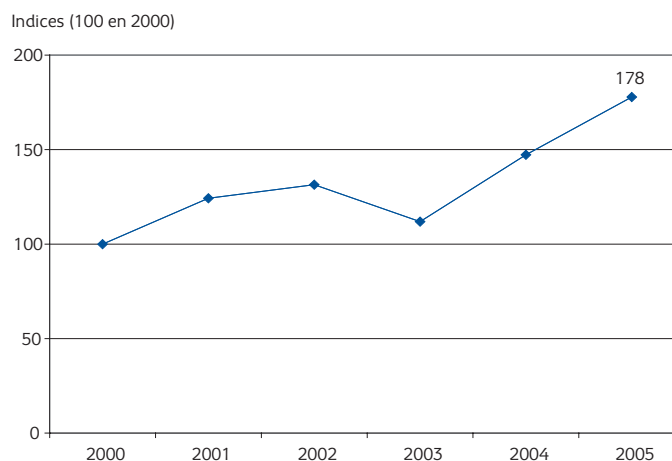
### Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

D'autant que la descente est décrite comme très désagréable : angoisse, paranoïa, tristesse, énervement, symptômes calmés par la prise de sédatifs ou d'opiacés. Il s'ensuit une détérioration veineuse qui peut être rapide et l'oubli des procédures de réduction des risques (matériel stérile, non réutilisé, non échangé). Surtout, les structures de première ligne font état d'usagers en situation d'épuisement physique (amaigrissement) et psychologique.

Il semble cependant exister un décalage entre les effets délétères de l'usage et la demande de soins qui ne se ferait que tardivement. Les risques seraient largement et longtemps sous-estimés par les usagers, qui attendent la survenue d'événements relativement dramatiques pour se rendre compte du problème (perte d'emploi, du logement, « faillite personnelle », problèmes de santé sérieux...). Beaucoup d'usagers socialement insérés seraient réticents à se rendre dans les Centres spécialisés au contact des usagers précaires ou ne sauraient simplement pas à qui s'adresser, voire même ne verraient pas l'intérêt de consulter un médecin.

Toutefois, entre 2000 et 2005, on peut estimer que le **nombre d'usagers pris en charge** principalement pour un usage de cocaïne et de crack **dans les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST)** a progressé de 78 %, même si leur part dans l'ensemble des prises en charge reste faible [42].

**Graphique 9 - Évolution de l'effectif des personnes prises en charge en CSST pour qui la cocaïne est à l'origine de la demande ou pose le plus de problèmes (Indice 100 en 2000)**



Lecture : Un indice égal à 150 signifie que l'effectif a augmenté de 50 % depuis l'année 2000.

Source : Analyse des données des rapports annuel des CSST / OFDT

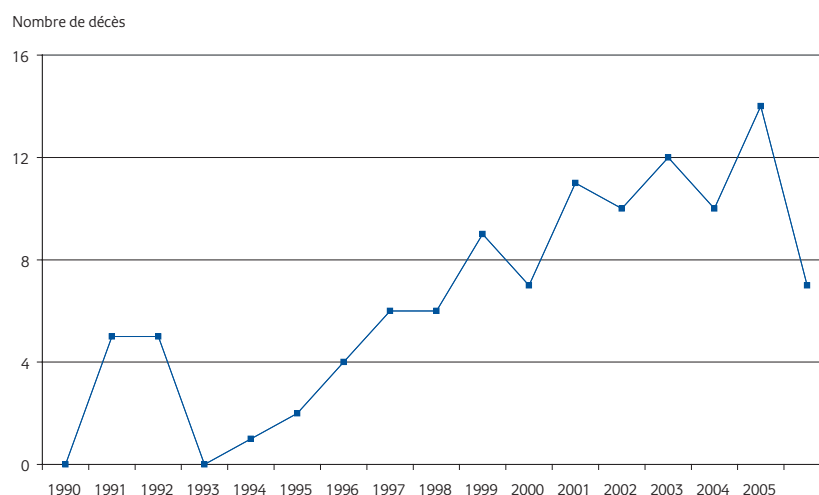
En 2006, la cocaïne constitue le produit posant le plus de problèmes à 9,0 % des consultants dans les centres spécialisés de soins aux usagers de drogues (hors cannabis et alcool) et 8,8 % des primo consultants (contre 27 % parmi les usagers des structures de réduction des risques (CAARUD) [2]

Le crack, quant à lui, représente le produit le plus problématique pour 2,0 % des consultants dans les centres spécialisés de soins aux usagers de drogues (hors cannabis et alcool) et 2,4 % des primo consultants. Les consultants de Paris constituent 39 % de l'ensemble des consultants alors que 20 % résident dans l'entité « Antilles-Guyane » [4].

La cocaïne est le premier produit ayant entraîné une dépendance pour 4 % des personnes suivies en centres de soins spécialisés loin derrière les opiacés et le cannabis (proportion stable depuis 2003) [3].

En 2005, 7 décès par surdose de cocaïne, contre 15 en 2004, ont été enregistrés par les services de police. En dépit des variations d'une année sur l'autre et de l'exhaustivité insuffisante de cette source, la tendance sur le long terme apparaît ascendante [23]. Parallèlement les données du dispositif DRAMES recensent en 2006, parmi les 168 décès directement liés aux drogues signalés, une part des décès liés à l'usage de cocaïne s'élevant à 26 %, un tiers d'entre eux étant liés à la seule prise de cocaïne, les deux tiers restant étant associés à des prises combinées à d'autres substances, notamment des opiacés. En 2004 et 2005, la part des décès liés à la cocaïne était presque identique (29 % et 28 %) [5].

**Graphique 10 - Évolution du nombre de décès par overdoses liées à la cocaïne signalées par les services de police**



Source : OCRTIS, 2006



## Cocaïne, phénomènes marquants en 2006

### Poursuite de la hausse de la diffusion de la cocaïne

La cocaïne est signalée comme étant très disponible sur l'ensemble des sites TREND. Plusieurs d'entre eux rapportent une augmentation « considérable » de la disponibilité de la cocaïne quel que soit l'espace d'observation. Dans l'espace festif, la cocaïne ne serait plus l'apanage des soirées ou événements techno, mais serait également très présente dans certains bars musicaux ou discothèques ne jouant pas ou plus cette musique. À Lille, Paris, Rennes et dans une moindre mesure Toulouse, les observateurs vont même jusqu'à constater que celle-ci est devenue plus disponible et/ou plus accessible dans la rue que le cannabis. Même si ces énoncés peuvent paraître exagérés, ils sont néanmoins l'expression d'une progression toujours à l'œuvre.

Cela dit, le niveau d'accessibilité varie selon la qualité de produit visée. Ainsi, l'obtention de la cocaïne réputée la plus pure, de bonne qualité supposerait une intégration dans certains réseaux, une bonne connaissance des filières et des moyens financiers adéquats. Les autres usagers auraient accès à la cocaïne de rue, réputée être beaucoup plus coupée.

L'accroissement de la consommation semble se poursuivre tant parmi les usagers à faible pouvoir d'achat et en situation précaire que parmi ceux qui sont socialement insérés. Les autres sites confirment dans l'ensemble cette véritable « banalisation » de la cocaïne et sa diffusion dans des milieux socioculturels variés.

### Structuration des réseaux de vente au niveau local et intégration dans les réseaux de vente d'autres drogues

120

Les structuration et amplification de l'offre de la cocaïne au niveau local se poursuivent. Ce double mouvement se fait soit par le biais de l'intégration du produit à l'offre des réseaux de petit trafic préexistants soit par une reconversion pure et simple de ces réseaux à la vente de la cocaïne. Ainsi à Lille, elle serait proposée par des dealers vendant de l'héroïne ; à Rennes, Toulouse et Marseille par ceux commercialisant le cannabis. Ce processus d'intégration-reconversion aurait abouti à ce que ce produit pénètre là où il était auparavant absent, notamment dans les ban-

lieues défavorisées. Cela pourrait, en partie, expliquer un phénomène récemment identifié à savoir la vente de rue de la cocaïne, modalité de vente réservée, jadis, à l'héroïne et au cannabis.

## **Poursuite de la diversification des mode d'usage de la cocaïne**

On voit d'année en année s'implanter de nouvelles formes d'usage de la cocaïne, parallèlement à une désaffection, relative, pour le sniff. L'injection, quant à elle, non seulement perdure, mais semble même s'accroître significativement sur certains sites (Paris, Toulouse en 2006). Cette constatation est à mettre en lien avec un attrait actuel, pour les usagers, de l'exploration de toutes les possibilités offertes par chacune des substances disponibles ainsi qu'à une tendance générale à la diffusion des différentes pratiques d'un produit à l'autre, et d'un espace culturel à l'autre.

### *Confirmation du recours au mode d'administration en joint de la chlorhydrate de cocaïne*

Comme l'année précédente, plusieurs sites confirment le développement de l'usage par voie pulmonaire lors duquel la cocaïne (chlorhydrate) est mélangée à du tabac pour former une sorte de « joint », (voir aussi modes d'usage). Il ne s'agit pas ici de transformer le produit initialement destiné au sniff et à l'injection en forme fumable, à savoir le « baser », mais de le consommer comme tel sans transformation. Certains acteurs du champ sont préoccupés par la diffusion de cette pratique, qui familiarise les usagers de cocaïne avec la fumette, mais qui pourrait surtout les amener à ce tourner vers le free base, lequel constitue un risque plus important pour leur santé (voir conséquences de l'usage).

### *Elargissement de la diffusion de la cocaïne base*

Plusieurs sites rapportent un accroissement du recours à la cocaïne base et/ou de la visibilité de son usage. Apanage, jusqu'alors, de l'espace festif underground, cette pratique est observée maintenant à Paris dans des fêtes privées, se déroulant dans des appartements, ou dans le milieu des clubbers (milieu gays notamment). Cette visibilité va de pair avec l'accroissement du nombre de consommateurs de la cocaïne chlorhydrate (poudre) dont, certains seront tentés, à un moment ou un autre, d'expérimenter d'autres modalités de consommation que le sniff. Les arguments avancés pour expliquer l'engouement pour la forme base de la cocaïne sont essentiellement de deux ordres. L'un sanitaire : éviter les risques liés à l'injection et au sniff et l'autre, plutôt en lien avec les effets recherchés : les sensations seraient comparables à celles ressenties après une injection intraveineuse. En outre, dans l'imaginaire de l'usager, le « basage » aurait la vertu de purifier l'héroïne.

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

### *Diversification des modalités de consommation de la cocaïne base (crack ou free base)*

Deux nouvelles modalités de consommation sont signalées cette année, pour la cocaïne basée :

- L'injection de la forme base de la cocaïne, (crack), hors du site métropolitain traditionnel du crack, à savoir Paris, est désormais signalée à Toulouse et Rennes. Les usagers considèrent la base comme une forme pure, sans adjuvant, de la cocaïne. De ce fait, elle apparaît comme plus adaptée à l'injection intraveineuse et en même temps plus puissante sur le plan des effets que la forme chlorhydrate.
- Le développement du mode d'administration pulmonaire dit « chasse au dragon », jadis réservé à l'héroïne, notamment dans le site de Metz. Cette modalité est considérée comme une alternative aux doseurs et pipe à eau dont l'usage en public est nettement moins discret. Il s'agit de verser directement sur un papier d'aluminium une petite quantité de chlorhydrate de cocaïne mélangé au bicarbonate, puis de le chauffer jusqu'à obtention de la réaction chimique et évaporation de l'eau. La substance obtenue peut ensuite être fumée directement.

### Accroissement de l'impact de l'usage

Si la visibilité plus forte de l'impact négatif de l'usage de cocaïne ne date pas de cette année, il semble important de le souligner. Les estimations concernant les demandes de traitement en centres spécialisés de soins montrent une progression de 78 % entre 2000 et 2006 [42]. La cocaïne est en outre présente dans 26 % des décès liés aux substances psycho-actives recensés par le dispositif DRAMES en 2006 [5]. Enfin, les témoignages venant tant des acteurs de la prise en charge que des observateurs ethnographiques ou des usagers semblent indiquer un accroissement du nombre d'usagers connaissant des situations sociales difficiles suite à la perte de maîtrise de l'usage de cocaïne.

## L'ecstasy (MDMA)

L'ecstasy désigne habituellement des comprimés contenant de la MDMA (Méthylène-dioxy-3,4-méthamphétamine), substance synthétique dérivée de l'amphétamine et classée comme stupéfiant en France.

Elle est disponible actuellement sous quatre formes : comprimés, le plus souvent assortis d'un logo ; gélules ; poudre et depuis 2006 sous formes de cristaux (appelés cristal, à ne pas confondre avec le crystal, nom donné à la méthamphétamine).

### Données de cadrage

L'ecstasy demeure un produit relativement peu expérimenté (2 % chez les 18-64 ans) dans la [population générale](#) en France. Cependant, le niveau d'expérimentation est plus élevé chez les jeunes adultes (4 % chez les 18-25 ans). Le nombre de personnes âgées de 12 à 75 ans ayant expérimenté l'ecstasy est estimé à 900 000 personnes et celui des usagers au cours d'une année à 200 000 (soit 0,5 % des 18-64 ans). L'usage au cours de l'année ne concerne que 1,4 % des 18-25 ans. Il a subi une hausse significative entre 2000 et 2005 [6].

Les données issues d'ESCAPAD en 2005 montrent que parmi les jeunes âgés de 17 ans, 2,8 % des filles et 4,2 % des garçons déclarent avoir consommé de l'ecstasy au moins une fois dans leur vie. Par rapport à l'enquête menée en 2003, ces taux ont augmenté, tant chez les filles (2,4 %) que chez les garçons (4,1 %). La consommation au cours d'un mois donné concerne 1,4 % des jeunes de 17 ans (1,0 % des filles et 1,7 % des garçons) [7].

Les [interpellations](#) pour usage simple d'ecstasy, avec 753 personnes interpellées, sont en baisse après avoir atteint un maximum en 2004 (1 659 personnes interpellées) [23].

Les [quantités saisies](#) d'ecstasy après deux années de chutes importantes consécutives repartent à la hausse pour atteindre près 1,5 million de doses en 2006 (+79 % par rapport à 2005) [23].

## La situation

Le marché de la MDMA du fait de sa facilité de fabrication dans les laboratoires clandestins des pays frontaliers (Pays-Bas notamment) se caractérise par son adaptabilité aux attentes des consommateurs. En clair, la MDMA semble disponible là où il y a des usagers et sous la forme attendue par ces usagers.

### Perception

Les différentes formes de la MDMA apparaissent actuellement dans les représentations des consommateurs nettement hiérarchisées. Les comprimés d'ecstasy délaissés par nombre d'usagers « avertis », ne seraient parfois même plus assimilés à de la MDMA. Réputés fortement coupés, ils contiendraient « *des trucs chimiques, nocifs pour la santé*<sup>54</sup> », notamment « des médicaments et de l'amphétamine ». De plus, la diffusion massive de l'usage observée depuis quelques années prive l'ecstasy de l'aura distinctive qu'elle conférait à l'utilisateur au début des années 90. L'ecstasy en comprimés apparaît désormais comme « ringarde » et quasiment réservée aux novices. En effet, pour de jeunes usagers du milieu festif (d'environ 15 à 20 ans), l'ecstasy, consommée par voie orale, semble constituer « une substance charnière, d'entrée dans une sous-culture, dans laquelle ils se construisent une identité » [28]. La poudre en revanche serait l'apanage des « anciens » de 25 à 30 ans, davantage intégrés dans un sous-groupe culturel et montrant, par cette préférence, leur caractère branché. Pour eux, la poudre serait de la MDMA relativement pure. Sa forme, rappelant celle de la cocaïne, permettrait d'en imiter le mode de prise, le sniff, faisant en quelque sorte rejaillir sur ce produit moins cher un peu de l'image de cette dernière, tout en favorisant des sensations plus intenses que la prise orale. Certains (Paris) lui attribueraient même une origine naturelle !

L'image du cristal est celle d'une forme encore plus pure, car, selon les uns, sa présentation empêcherait le coupage et selon les autres, il s'agirait du produit pré-curseur de la poudre.

### Fréquences d'usage et usagers

C'est principalement dans les milieux festifs techno que les usagers de la MDMA sont rencontrés. En 2003-2004, 70 % des 1496 personnes interrogées dans les lieux fréquentés par ce milieu ont expérimenté l'ecstasy. Elles sont 93 % dans le seul milieu techno « alternatif<sup>55</sup> » (teknivals, free parties...). Un tiers des personnes en a consommé au cours du mois précédent (54 % en milieu alternatif) [13].

54. Citation d'utilisateur.

55. Voir « Les espaces d'investigation » dans le descriptif de l'organisation du dispositif TREND.

Les formes « comprimé » et « gélule » sont très répandues dans l'espace festif commercial des clubs et des discothèques où elles constituent selon les usagers, « l'une des conditions indispensables d'une soirée réussie ». L'usage d'ecstasy concerne ici une population jeune, plutôt bien insérée dans la société, pour laquelle la consommation s'inscrit, en théorie, dans un cadre récréatif.

Dans les milieux de l'espace festif alternatif (free et rave parties), toujours à la recherche de sensations plus radicales, c'est la forme poudre qui est la plus volontiers consommée.

Comme il a déjà été mentionné, les novices consommeraient plutôt des ecstasy (comprimés), alors que les plus âgés (25,30 ans) privilégieraient la poudre.

Si ces usages s'inscrivent en théorie dans un cadre récréatif, il n'en demeure pas moins que près du tiers (31 %) des personnes ayant consommé de la MDMA dans le mois précédent en a pris plus d'une fois par semaine. Cela représente 17 % de l'ensemble des personnes, usagères de drogues ou non, rencontrées, dans le milieu festif « alternatif ». Une frange des usagers du dernier mois en consomme tous les jours (1,7 %).

L'ecstasy est peu consommée hors du milieu festif et s'il existe en France un usage non festif, il est le fait d'une population fréquentant les [structures de première ligne](#) de soutien aux usagers de drogues. Dans ces structures, si 65 % des personnes rencontrées ont expérimenté l'ecstasy, seules 20 % en ont consommé au cours du mois précédent (32 % en 2003) et cet usage concerne à 80 % des personnes familières du milieu festif. En effet, seuls 9 % des usagers ne fréquentant pas le milieu festif (moins de 10 participations à une fête techno dans la vie) ont pris de l'ecstasy au cours du mois précédent, contre 30 % parmi ceux qui fréquentent davantage l'espace festif [1]. Dans ce contexte, l'usage est justifié par les qualités stimulantes du produit qui permettent d'affronter l'univers de la rue.

### Marché

Après le cannabis, la MDMA est la substance illicite la plus répandue en France dans l'espace festif, qu'il soit commercial ou alternatif. Selon qu'elle se présente sous telle ou telle forme, sa disponibilité selon les types d'événements varie : les formes « comprimé » et « gélule » sont très répandues dans l'espace festif commercial, la forme poudre l'est davantage dans l'espace alternatif.

En 2006, il semblerait d'après le réseau des sites TREND que la baisse du prix des comprimés (- 50 % entre 2000 et 2005) se poursuive. Si le phénomène n'est pas très spectaculaire s'agissant du comprimé acheté à l'unité (prix moyen de 5 à 6 € en 2006, 7 € en 2005), la tendance de plus en plus observée, qui consiste à acheter les comprimés en « gros », aboutit à une baisse importante du prix moyen du comprimé, lequel peut s'établir à 4 €, 3 € voire parfois 2 € (par exemple 10 € les 3 ou 4 pilules à Lille, 3,5 € le comprimé en cas d'achat par 50 à Metz et même 1 à 1,5 € le comprimé en cas d'achat par 100 à Lille !).

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

La MDMA sous forme de poudre demeure quant à elle beaucoup plus chère. Son prix semble varier fortement selon le lieu d'achat. Elle apparaît moins chère dans le nord et l'est de la France (entre 10 et 50 € à Metz et à Lille où l'on peut facilement aller l'acheter aux Pays Bas) mais se situe entre 50 à 70 € le gramme dans les autres sites.

Le cristal serait vendu entre 60 et 80 € le gramme (un signalement à 30 € à Lille).

La gélule resterait vendue autour de 10 € l'unité.

D'après les analyses réalisées sur les produits saisis par les services de douanes et de police en 2006, 82 % des comprimés d'ecstasy contiennent moins de 60 mg de MDMA et 4 % d'entre eux, plus de 100 mg<sup>56</sup>. La moyenne s'élève à 43 mg par comprimé [8]. Dans l'ensemble, l'OCRIS observe un accroissement de la part des échantillons (principalement des comprimés) les moins dosés (de 10 à 20 % de MDMA) et une chute de la part des échantillons contenant entre 30 et 50 % de MDMA. A l'inverse, il existe un accroissement de la part des échantillons à forte pureté (de 70 % à 80 %) qui pourraient correspondre à des poudres.

Concernant les poudres seules, il faut noter que ces produits présentent des teneurs en MDMA très variables et parfois très élevées. À titre indicatif, sur 38 échantillons de poudre de MDMA collectés en 2005 par le dispositif SINTES, les taux de principe actif se situaient entre 2 % et 100 % et un quart d'entre elles affichaient des taux supérieurs à 75 % [38].

Parmi les échantillons analysés par l'OCRIS, la majorité des produits de coupage retrouvés en 2006 étaient des sucres. Parmi les produits actifs étaient présents de la caféine (13 %), du paracétamol (1 %) et de la cocaïne (1 %) [8].

### Modes d'usage

#### **Les modes d'administration de l'ecstasy varient selon la forme du produit.**

Les comprimés et les gélules étant les formes les plus répandues, la voie orale constitue de loin le mode d'administration le plus courant. Ils sont « gobés » selon l'expression consacrée.

Le sniff est également fréquemment rencontré, notamment depuis l'année 2005 pendant laquelle les villes de Marseille, Metz et Paris signalaient son développement dans l'espace festif commercial, y compris pour la forme comprimé préalablement écrasée. La recherche d'effets plus intenses (liés à une montée plus rapide), la popularité du sniff, mode d'administration « branché » et enfin la recherche d'une dimension plus conviviale liée au partage de traits sont à l'origine de cette pratique.

Dans les structures de première ligne, le sniff concerne 18 % des usagers en 2006 (15 % en 2003).

<sup>56</sup> La dose la plus petite ayant déjà entraîné un décès étant égale à 150 mg.

Certains usagers ont recours à l'injection de poudre ou de comprimés pilés, mais cette pratique, bien qu'en progression sur certains sites, demeure le fait de milieux de jeunes marginalisés évoluant aux frontières de l'espace urbain et de l'espace festif alternatif (voire « jeunes errants dans le chapitre décrivant les sous-populations). En 2005, ce phénomène était signalé à Bordeaux, Lille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse. Les usagers recherchaient une montée plus rapide du produit et des effets plus intenses.

Dans les structures de première ligne, fréquentées par cette frange d'usagers, on constate en effet, entre 2003 et 2006, la progression de la fréquence de l'injection de MDMA passée de 13 % à 19 % des usagers d'ecstasy [1].

### Conséquences de l'usage

La part de l'ecstasy dans les prises en charge par les CSST reste faible (1,7 % des prises en charge hors alcool et cannabis en 2006 parmi l'ensemble des consultants et 3,5% parmi les primo consultants)[4]. Le nombre de demandes progresse très peu depuis l'année 2000 [42]

Parmi les décès en relation avec la prise de produits psychotropes recensés par le dispositif DRAMES en 2006, la MDMA est présente dans 10 décès sur 168 soit dans 6 % des cas. Elle apparaît seule (hors alcool, cannabis et médicament psychotropes) dans 2 cas [5].

Compte tenu du caractère aléatoire de la pureté des poudres et de la circulation d'échantillons fortement dosés, les usagers consommant la MDMA sous cette forme sont exposés à des surdosages. En outre, certains usagers semblent avoir perdu toute notion de dangerosité de la MDMA. En témoignent plusieurs accidents de surdosage survenue à Toulouse en 2006 avec des poudres dont le seul principe actif identifié s'est avéré être de la MDMA très fortement dosée : 88 % et 95%. Devant des symptômes de surdoses certains usagers incriminent des substances associées sans songer à la MDMA.



## MDMA, phénomènes marquants en 2006

### Désaffection de la forme comprimé au profit de la poudre et des cristaux

L'ensemble des sites TREND confirme un désintérêt de plus en plus prononcé des usagers de MDMA pour la forme « comprimé ». Ce phénomène bénéficie à la poudre et dans une moindre mesure à la gélule. Cette tendance, observée depuis plusieurs années, semble s'accélérer au cours de l'année 2006. De la part des usagers, deux éléments expliquent cet engouement pour la poudre.

- D'une part, depuis plusieurs années déjà, la qualité, réelle ou supposée, toujours plus médiocre et aléatoire des comprimés, perçue par les usagers, les conduit à se tourner vers la MDMA en poudre supposée être « réellement » de la MDMA, à tel point que la dénomination « ecstasy » ne s'applique plus qu'aux comprimés, la poudre étant simplement désignée par le terme « MDMA ».

- Par ailleurs, à la recherche de sensations plus intenses et de moyens pour se démarquer des novices, les usagers les plus expérimentés se sont tournés vers la poudre et le sniff réservés alors aux « initiés ». Comme tout effet de mode, celui-ci tend à se diffuser au delà du noyau d'origine.

Du côté de l'offre, le marché de l'ecstasy également semble opérer un glissement du comprimé vers la poudre.

Devenue accessible au plus grand nombre de consommateurs, la forme « poudre » commence déjà à perdre son statut « select » au profit de celle dite « cristal » à la mode chez les consommateurs avertis. La forme dénommée « cristal » est signalée en 2006 à Paris, Lille, Marseille et Rennes. Le produit se présente sous forme de cristaux translucides, de couleurs marron clair, rouge, blanc, gris ou jaune, épais pour certains de plusieurs millimètres. Les cristaux doivent être écrasés avant d'être sniffés. Ils seraient vendus 60 à 80 € le gramme à Paris.

### Diffusion des modes d'administration alternatifs à l'ingestion

Un des avantages de la poudre par rapport aux comprimés est son adaptabilité à d'autres modes d'administration que l'ingestion.

Le sniff, déjà signalé l'année précédente, observé dans tous les sites donne parfois lieu à des variantes par rapport à la classique ligne inspirée dans le nez avec une paille. Certains « teuffeurs » alternatifs porteraient en pendentif des tubes à sniffer permettant une pratique propre. D'autres usagers snifferaient directement dans le paquet, pour plus de discrétion dans les clubs (Paris).

Sont également signalés comme nouveaux modes d'absorption :

- L'inhalation à chaud par la méthode dite « chasse au dragon » (Metz).
- L'ingestion de la poudre de MDMA par la méthode dite de la « bombe » ou du « parachute »: le produit est déposé sur une feuille de papier à cigarette, roulée ensuite sur elle-même et avalée (Metz, Paris).
- L'ingestion de comprimés d'ecstasy (parfois un assortiments de différents logos), réduits en poudre et mélangés avec un alcool fort – absinthe notamment. La poudre de MDMA peut également être dissoute, par pincée, dans une boisson (Paris).

Le site de Toulouse signale des cas d'injection d'ecstasy. Cette pratique serait le fait essentiellement de groupes de « jeunes en errance » (voir Approche transversale).

## **Glissement progressif vers des usages hors du cadre « festif / collectif »**

### *Développement des prises en grandes quantités*

Trois sites du dispositif TREND, Lille, Metz et Paris, signalent des cas de consommation en grandes quantités dans un laps de temps très court (8 comprimés en une prise ou 20 à 30 comprimés en une nuit). Cette pratique concernerait des usagers « anciens » réagissant à la baisse de dosage des comprimés en MDMA. Celle-ci les amènerait à accroître les quantités pour obtenir un effet identique. Si la pratique n'est pas nouvelle, la relative banalisation de ces comportements et l'ignorance, volontaire ou non, des conséquences possibles doivent être soulignées. Le site parisien rapporte des cas d'usagers consultant pour des troubles du sommeil qu'ils ne mettent visiblement pas spontanément en relation avec ces consommations massives. Il se pourrait également que la qualité du produit ne soit pas toujours seule en cause. Ainsi le site de Metz relate le témoignage de deux usagers qui, en possession d'ecstasy, consomment sans pouvoir se maîtriser la totalité des comprimés qu'ils ont en leur possession.

### *Une infiltration progressive en milieu urbain*

Plusieurs sites notent une diffusion de l'usage d'ecstasy auprès de certains usagers de l'espace urbain (Metz, Paris, Toulouse). Là encore, cette tendance n'est pas totalement nouvelle et le phénomène demeure minoritaire. Elle participe cependant du poly usage qui règne en milieu urbain et vient brouiller un peu plus les distinctions entre usage en contexte festif et usage urbain susceptible de devenir continu.

## Les amphétamines

L'amphétamine est un produit de synthèse stimulant, chef de file d'une famille de molécules, les amphétaminiques. La poudre, sa forme la plus fréquente, est en général appelée speed.

Les amphétamines possèdent des propriétés stimulantes et anorexigènes. La consommation des amphétaminiques est essentiellement festive, mais l'amphétamine est également utilisée par certains comme produit dopant ou comme coupe-faim. Utilisée dans un cadre médical par le passé pour diminuer l'appétit, elle n'est plus autorisée à la prescription qu'en cas d'indications très restreintes (et sans rapport avec l'appétit) uniquement chez l'enfant.

La méthamphétamine, dérivé synthétique puissant de l'amphétamine nommé Ya ba, Ice ou Crystal est une substance dont la consommation est quasi inexistante en France en dépit de la forte médiatisation dont elle fait régulièrement l'objet.

L'amphétamine et la méthamphétamine sont classées comme stupéfiants en France.

### Données de cadrage

La fréquence de l'expérimentation d'amphétamines en [population générale](#) en 2005 est faible (1,5 % des personnes âgées de 18 à 64 ans). Elle est plus élevée chez les 26-44 ans (1,8 %) que chez les 18-25 ans (0,1 %). Sa consommation au cours de l'année ne dépasse pas 0,3 % chez les 18-25 ans, classe d'âge où elle est la plus fréquente [6].

Chez les [jeunes de 17 ans](#), l'expérimentation est de 1,8 % chez les filles et de 2,6 % chez les garçons. On observe une augmentation par rapport aux résultats de l'année 2003, seulement significative pour les filles (1,1 % chez les filles et 2,4 % chez les garçons) [7].

La part des amphétamines comme produit à l'origine des [prises en charge dans les CSST](#) se situe à 0,6 % de l'ensemble des consultants de ces centres et à 1% des primo-consultants [4]

Le nombre des [interpellations](#) pour usage simple d'amphétamines chute en 2006 à 191 personnes arrêtées contre 263 en 2005 après plusieurs années de croissance continue [8].

Les [saisies](#) d'amphétamines s'élèvent en 2006 à 78 kg, quantité revenant à peu près au niveau de 2004 après une très légère pointe en 2005. Celles de méthamphétamines sont négligeables dans la lignée des années précédentes (352 g) [8].

## La situation

### Marché

En France, l'amphétamine est essentiellement présente dans l'espace festif techno, notamment dans les milieux alternatifs (free parties et teknivals). Le speed est également disponible dans les clubs et les discothèques mais à une échelle moindre. En milieu urbain, à l'exception de Rennes où il semble davantage présent, le speed est un produit rare et peu visible. Il est toutefois possible de s'en procurer auprès des usagers fréquentant les deux espaces (jeunes errants, voyageurs, etc.).

L'amphétamine ou speed est disponible sous plusieurs formes : les formes poudre et pâte, qui sont les plus répandues, la forme comprimé et la forme cristal.

En 2006, les prix du gramme de poudre varient selon la qualité du produit et s'échelonnent de 5 à 40 €, avec une moyenne se situant autour de 15 € le gramme, ce qui en fait un produit beaucoup plus abordable que la cocaïne. Comme pour la plupart des substances, les régions du nord-est (Lille, Metz) « bénéficient » de prix plus faibles, du fait de la proximité des Pays-Bas et de la Belgique qui permet un approvisionnement direct et des achats en lots.

En dépit des rumeurs insistantes, la présence de la méthamphétamine sous ses différentes appellations, Ice, Crystal, Ya ba, n'est confirmée dans aucun des sites du dispositif TREND. À Lille, certains produits sont apparemment vendus sous le terme méthamphétamine (poudre, pâte) et décrits par des usagers comme provoquant des effets particulièrement longs (jusqu'à 24 h) mais l'analyse d'un échantillon ainsi nommé n'a révélé que de la MDMA (36 %) et de la caféine. À Marseille et dans la région, sa disponibilité est évoquée sans qu'il ait été possible de le confirmer par un recueil. Enfin, à Paris, le cristal reste, semble-t-il, dans les milieux festifs gays « *la drogue dont on parle beaucoup mais qu'on ne voit jamais* ».

### Fréquence d'usage et usagers

La plupart des observateurs du dispositif TREND font état d'un profil de consommateurs davantage marqué par la jeunesse et la masculinité que celui des autres psychotropes, que ce soit parmi les usagers rencontrés dans l'espace festif ou ceux des centres urbains.

En milieu festif techno, l'étude réalisée en 2004 et 2005 montre que la moitié des personnes (51 %) en ont pris au moins une fois au cours de leur vie (77 % en milieu techno alternatif). Parmi l'ensemble des personnes rencontrées, 13 % en ont consommé dans le mois précédent (29 % en milieu techno alternatif) [13].

Dans l'espace urbain (centre des grandes agglomérations), les usagers d'amphétamine appartiennent principalement à la population des jeunes « errants »

(voir Approche transversale). Le site de Paris signale également un usage parmi des squatteurs, non apparentés, semble-t-il au milieu festif techno, approvisionnés essentiellement par du speed venant des pays de l'Est. À l'instar de certains usages d'ecstasy, les usages d'amphétamines ne seraient plus toujours festifs.

Dans les structures de première ligne, au début de l'année 2006, seuls 22 % des usagers ont pris de l'amphétamine au cours du mois précédent (85 % d'entre eux fréquentent le milieu festif). Ceux qui ont fréquenté les manifestations festives techno moins de 10 fois dans leur vie ne sont que 9 % à en avoir consommé [1].

### Modes d'usage

L'amphétamine est très majoritairement sniffée. Les effets apparaissent alors en quelques minutes.

Une autre pratique est l'usage en « bombe » ou « bonbonne » comme pour la MDMA (un peu de poudre emballée dans une feuille de papier à cigarette puis ingérée). Les effets viennent alors environ 30 minutes après la prise.

L'injection est le fait d'une population marginale et précaire qualifiée de « jeunes errants » dans le dispositif TREND. Ces jeunes apparentés au milieu techno underground fréquentent également les structures de réduction des risques en milieu urbain. Les effets par voie injectable seraient beaucoup plus intenses et surtout dureraient plus longtemps. Les données d'enquête en structures de première ligne évoquent une augmentation de l'utilisation de la voie injectable parmi les usagers récents d'amphétamine (de 22 % en 2003 à 40 % en 2006). Cette pratique concerne d'abord, mais pas seulement, les usagers de drogues fréquentant peu ou pas le milieu festif techno (moins de 10 manifestations techno alternatives dans la vie) qui sont 51 % à injecter (contre 38 % pour les autres) [1]. Au plan qualitatif, seul le site marseillais remarque en 2006 une extension des pratiques d'injection d'amphétamine. Celle-ci est limitée toutefois aux usagers rencontrés dans la structure de réduction des risques d'Aix-en-Provence.

### Perception

La perception des amphétamines est plutôt bonne, notamment du fait d'un prix bien inférieur à la cocaïne pour des effets plus durables (6 à 8 heures). Les effets recherchés sont l'endurance et la performance physique permettant de « tenir » le temps de la fête. En outre, pour beaucoup d'usagers, le speed apparaît comme un produit relativement maîtrisable, n'engendrant pas de risques de forte dépendance.

Il aurait l'inconvénient de posséder un goût et une odeur désagréables et surtout de provoquer des descentes abruptes.

## Amphétamines, phénomènes marquants 2006

### Chutes de disponibilité sur plusieurs sites

Les sites de Paris, Rennes et Marseille signalent une baisse de la disponibilité, irrégulière, au cours de l'année ne permettant pas de répondre à la demande. Ce déséquilibre s'exprime d'ailleurs dans le niveau des prix moyens qui s'élèvent approximativement à 30 € à Marseille, 20 € à Paris, et varie à Rennes en fonction de l'approvisionnement.

### Baisse de la qualité perçue

Cette année, l'accent est mis sur la circulation d'une amphétamine de piètre qualité (Rennes, Metz, Paris). Le speed, préféré par beaucoup pour la fiabilité de son contenu par rapport aux ecstasy ou à la cocaïne, commence à susciter le doute chez un petit nombre d'usagers soucieux de maîtriser ce qu'ils consomment. À Paris, les « arnaques » seraient de plus en plus fréquentes.

### Toujours pas de méthamphétamine

En dépit des rumeurs insistantes, la présence de la méthamphétamine sous ses différentes appellations Ice ; Crystal, YaBa, n'est confirmée dans aucun des sites du dispositif TREND.

## Autres « stimulants synthétiques » en circulation

### À signaler en 2006

#### *Alerte maintenue vis-à-vis de la mCPP et première identification de la pCPP*

En décembre 2004, la m-chlorophénylpipérazine (mCPP) était identifiée pour la première fois en France dans des comprimés vendus sous l'appellation ecstasy. Les signalements par le dispositif SINTES se sont multipliés au cours de l'année 2005 en différents points du territoire et se sont poursuivis en 2006. Plusieurs saisies ont eu lieu en 2005 et 2006 [43].

Cette substance n'est ni recherchée<sup>57</sup> ni identifiée par les usagers qui pensent consommer de la MDMA. La présence des comprimés de mCPP est détectée du fait des effets désagréables qu'elle provoque après consommation par voie orale : nausées et vomissements, céphalées, sensation d'oppression et bouffées de chaleur. Deux témoignages après usage par voie intraveineuse rapportent un gonflement du visage avec bouffées de chaleur violentes et blocage respiratoire.

La pCPP est une molécule très proche de la mCPP et semble produire les mêmes effets indésirables. De la pCPP a été identifiée pour la première fois dans le cadre du dispositif SINTES dans une poudre recueillie au cours d'un événement festif lyonnais en septembre 2006. Cette poudre était distribuée gratuitement sur le site et était supposée contenir de la MDMA. Le consommateur qui a cédé le produit a ressenti maux de tête, nausée et ivresse pendant deux heures après la prise. Plusieurs personnes ont témoigné des mêmes symptômes après avoir consommé la poudre offerte.

#### *Circulation signalée à Marseille et à Rennes d'un produit réputé nouveau appelé « Paradise »*

134

La circulation d'une poudre dénommée « Paradise », supposée contenir un mélange de MDMA et de mescaline, a été signalée en Bretagne au printemps 2006 puis à Marseille en début d'année 2007. Les usagers décrivent la succession des effets « love » de la MDMA (bien-être, chaleur, empathie...) et de l'effet « mesca-

57. Seul un observateur marseillais signale avoir observé lors d'un événement festif transfrontalier, deux Français consommant volontairement ce produit afin d'en faire l'expérience.

line » avec de légères hallucinations, en général beaucoup plus douces que celles du LSD. Les effets dureraient de quatre à huit heures. Bien que les usagers aient décrit des effets particuliers après consommation orale de cette poudre (notamment certaines hallucinations visuelles très fortes), les échantillons recueillis par le dispositif SINTES dans les deux sites ne contenaient que de la MDMA dosée à 44 % et 72 %<sup>58</sup>.

#### *Circulation de poudres de chloroquine fortement dosées*

La chloroquine est un médicament antipaludéen qui, en cas de surdosage, peut entraîner des intoxications sévères et particulièrement des troubles cardiaques.

La circulation de poudre de chloroquine très fortement dosée a été mise en évidence durant les teknivals breton et charentais de l'été 2006. Cédées par des personnes témoignant d'effets indésirables immédiatement après une consommation par voie nasale ou intraveineuse, ces produits étaient censés être des stimulants (cocaïne ou amphétamine) [44].

Les analyses de quatre de ces produits dans le cadre du dispositif SINTES ont révélé que la chloroquine était le seul produit présent dans ces poudres à des teneurs comprises entre 80 % et 100 %.

#### *« On a vu passer » en 2006 ... du kratom*

Le site de Paris évoque pour la deuxième année consécutive la consommation d'une poudre provenant de feuilles d'un arbre originaire de l'Asie du Sud-Est, le *Mitragyna speciosa* Korth. En Thaïlande et en Malaisie notamment l'arbre ferait l'objet d'une culture industrielle destinée à la production d'un substitut aux opiacés. À Paris, la poudre circulerait, sous la dénomination « Kratom », dans les milieux festifs alternatifs intéressés par les usages de produits naturels. Cette substance, en fonction du dosage, prodiguerait des effets sédatifs ou stimulants. Ce produit n'est pas classé sur la liste des stupéfiants.

#### *« On a vu passer » en 2006... du Yohimbé*

Le site de Toulouse fait état d'une consommation marginale dans les milieux alternatifs d'une poudre, circulant sous l'appellation « Yohimbé », issue d'un arbre poussant dans l'ouest et le sud du continent africain. Le produit est consommé principalement en infusion et prodiguerait des effets stimulants.

58. L'expertise collective INSERM sur l'ecstasy indique que des hallucinations visuelles se produisent dans 10 à 20 % des cas après la prise de MDMA, donc que les effets ressentis ne sont pas incompatibles avec le produit consommé.



## Les hallucinogènes

Les hallucinogènes sont des substances provoquant des distorsions des perceptions visuelles, auditives, spatiales et temporelles et de la perception de son propre corps. On distingue les hallucinogènes naturels et les hallucinogènes synthétiques.

Les principales substances hallucinogènes naturelles consommées sont celles contenues dans les champignons dits « hallucinogènes ». Les autres plantes hallucinogènes (*Datura stramonium*, *Salvia divinorum*...) sont consommées mais de manière beaucoup plus marginale. Les hallucinogènes synthétiques, moins consommés que les champignons, sont le LSD, parfois appelé « acide », « trip » ou « buvard », et la kétamine, anesthésique humain et vétérinaire qui, à fortes doses, produit des hallucinations.

## Les hallucinogènes naturels

Les champignons hallucinogènes occupent la part la plus importante des consommations d'hallucinogènes.

Parmi les autres plantes, la *Salvia* et la *Datura* sont les plus fréquemment expérimentées. Il existe par ailleurs de nombreuses plantes hallucinogènes consommées très marginalement par des groupes très spécifiques d'usagers (peyolt, rose des bois, Ayahuasca...).

### Données de cadrage

L'expérimentation de champignons hallucinogènes en [population générale](#) est relativement marginale (2,8 % des personnes parmi les 18-64 ans). Le niveau est plus élevé (3,7 %) chez les 26-44 ans. L'usage au cours de l'année est stable et concerne 0,8 % des 18-25 ans [6].

Parmi les [jeunes de 17 ans](#) ayant répondu à l'enquête ESCAPAD en 2005, les champignons hallucinogènes sont expérimentés par 2,1 % des filles et 5,2 % des garçons. On n'enregistre pas d'évolution par rapport à 2003 [7].

Aucun cas de décès lié à la consommation d'hallucinogènes n'a été enregistré par les services de police en 2005 ni par le dispositif Drame en 2006 [5, 23]. Le nombre de prises en charge en CSST liée aux champignons comme principal produit posant problème, pro-

bablement très faible voire nul, n'est pas enregistré isolément (intégré à une catégorie « autre » [4, 42]

En 2006, 134 **interpellations** pour usage de champignons hallucinogènes ont eu lieu en France soit une baisse de près de 50 % par rapport à l'année 2004 où elle avait atteint un pic [8].

Les **quantités saisies** de champignons hallucinogènes décroissent également en 2006 (près de 15 kg en 2006, - 44 % par rapport à 2005) après une période de croissance quasi continue depuis 1998, date de la première saisie [8].

## La situation

Dans la famille des substances hallucinogènes, le phénomène marquant ces dernières années est la vogue des plantes hallucinogènes. Le développement de cette consommation a été interprété comme s'inscrivant dans une mode présente au sein d'une partie de la population, privilégiant les produits naturels ou biologiques. Cependant, une étude ethnographique menée en 2005 parmi les usagers de ces plantes montre que cette vision d'ensemble nécessite sérieusement d'être nuancée (voir encadré). Cette étude explique par ailleurs la persistance significative de l'usage des drogues synthétiques dans l'espace festif techno, notamment alternatif [41].

### **À lire pour en savoir plus : les usages contemporains des plantes et des champignons hallucinogènes, une enquête qualitative exploratoire conduite en France [41]**

L'étude, qui s'appuie sur l'analyse de trente entretiens approfondis, constate une opposition drogue synthétique/ drogue naturelle moins prégnante que celle attendue : la vision d'utilisateurs privilégiant les drogues naturelles, perçues comme moins dangereuses que les drogues synthétiques, s'appuie en fait sur un discours relativement minoritaire parmi les usagers de substances naturelles, porté le plus souvent par des personnes « en fin de carrière » d'usagers de drogue. Les autres consommateurs qui portent leur préférence vers les drogues naturelles, l'expliquent plus par le fait que ces substances leur assurent la certitude d'effets psychoactifs contrairement à un produit synthétique dont ils ne sont jamais sûrs de la composition au moment de l'achat.

Pour les plus nombreux, il s'agit surtout de « prises à l'opportunité » et l'usage de drogues naturelles ou synthétiques dépend surtout de la disponibilité des produits. Pour eux, les significations attribuées à la prise d'hallucinogène ne sont pas différentes des usages festifs et psychédéliques expérimentés au XXe siècle, notamment avec le LSD. Pour une minorité, le discours sur les bienfaits des plantes est plutôt lié à leur capacité à provoquer des états qu'ils estiment visionnaires en termes de connaissance de soi mais aussi du monde

suraturel. Bien que minoritaire, ce discours est en extension, car porteur de valeurs attendues par une part des jeunes usagers.

Ce travail met également en lumière les risques d'accidents liés aux consommations individuelles («chamanisme à la maison») permises notamment par le mode d'approvisionnement qu'est le réseau Internet, par ailleurs unique pourvoyeur d'informations précises dans ce domaine.

### Les champignons

Les champignons hallucinogènes contiennent des substances possédant des propriétés psychodysléptiques. Certains sont traditionnellement utilisés dans le sud du Mexique dans le cadre de cérémonies sacrées. Il en existe de nombreuses espèces. Certaines poussent en France, d'autres sont exotiques (mexicaines, hawaïennes colombiennes...). Les champignons les plus consommés en France sont des psilocybes et contiennent comme principe actif de la psilocybine. Celle-ci est classée comme stupéfiant en France.

La disponibilité des champignons hallucinogènes est difficile à apprécier du fait de quatre facteurs principaux :

- le caractère peu observable des modes d'approvisionnement (cueillette, auto-production, commande par internet) ;
- l'importance de l'échange et du don dans la circulation de ce type de produits donc l'absence de circuits de trafic structurés ;
- un usage intervenant le plus souvent dans des contextes relevant de la sphère du privé ;
- le caractère erratique d'une partie de la consommation du fait des facteurs saisonniers et climatiques.

Ces réserves posées, il apparaît cependant, que la demande de champignons hallucinogènes a augmenté ces dernières années, même si, à l'échelle de la population générale, le phénomène semble stabilisé (entre 2003 et 2005). La consommation est un phénomène qui relève de l'espace festif, et plus particulièrement des soirées privées ou du milieu techno alternatif (rave et free parties). Par contre, les champignons ne seraient pas disponibles dans les clubs et les discothèques.

Les populations concernées sont plutôt jeunes et appartiennent fréquemment à des milieux revendiquant une marginalité par rapport au système de valeurs dominant. Les préoccupations d'ordre spirituel accompagnant l'usage peuvent également être présentes mais restent minoritaires.

Une étude réalisée en 2004-2005 en milieu festif techno a mis en évidence un taux d'expérimentation des champignons hallucinogènes de 61 % dans cette popu-

lation. Ce taux atteint 81 % en milieu alternatif techno. Au cours du mois précédent, 12 % des personnes rencontrées avaient consommé des champignons hallucinogènes (25 % dans le milieu alternatif) [41].

Dans les structures de première ligne, au début de l'année 2006, si 53 % des usagers ont déjà expérimenté les champignons, 8 % seulement en ont consommé dans le mois précédent (14 % en 2003). Pratiquement 90 % d'entre eux sont des familiers du milieu festif techno [1].

Le mode dominant d'administration, compte tenu de la nature du produit, est la voie orale même si de rares cas d'inhalation à chaud sont signalés par les observateurs du dispositif TREND.

La perception des champignons hallucinogènes par les usagers est dans l'ensemble très positive. Celle-ci s'explique essentiellement par leur origine naturelle, garante d'un certain niveau de qualité assurant la présence de l'effet psychotrope et l'absence de produits de coupe et par l'engouement actuel pour les effets de type hallucinogène.

### Les autres plantes

Les autres produits sont plus rares et l'observation de l'usage est accessible essentiellement par des recueils ethnographiques. Ces hallucinogènes concernent principalement trois groupes de consommateurs [15, 21] :

- des usagers bien insérés socialement, plus âgés que les usagers habituels de psychotropes, consommant dans un cadre privé, connaisseurs de substances hallucinogènes naturelles, utilisées dans le cadre de démarches mystiques (*Salvia divinorum* et *Ayahuasca* surtout);
- une population mixte d'usagers plus jeunes, relativement insérés, appartenant à l'espace festif techno (notamment au courant « trance »), qui expérimentent, en contexte festif, toute substance disponible (*Salvia divinorum*, *Datura*, *Peyotl*, *Rose des bois*, *Ayahuasca*);
- une population essentiellement masculine plutôt jeune (moins de 24 ans), en situation de grande précarité, engagée dans une polyconsommation abusive pluri hebdomadaire ou quotidienne (*Datura*). L'usage par cette population marginale, dans la rue et les squats, semble se développer.

La *Salvia divinorum* (sauge des devins) est une plante appartenant aux nombreuses espèces de sauge. Elle doit son nom aux effets hallucinogènes et psychédéliques qu'elle engendre. Elle a été longtemps utilisée par les Indiens Mazatèques de la province d'Oaxaca au Mexique lors des rites religieux ou des cérémonies de guérison. La plante renferme plusieurs composants : la salvinorine A étant le principe actif le plus puissant et probablement le seul à l'origine des effets. Celle-ci n'est pas classée comme stupéfiant en France.

Depuis le début des années 2000, la *Salvia divinorum* connaît un processus de diffusion hors des milieux qui la consommaient originellement, à savoir des cer-

cles restreints d'amateurs de substances hallucinogènes plutôt marginalisés socialement. Certains sites, comme Toulouse, rapportent en effet un usage se développant dans les milieux estudiantins tandis que d'autres évoquent des usages ayant cours dans des populations d'adultes, a priori éloignées de l'espace festif, et à la recherche d'expériences mystiques. Parmi les 30 amateurs de substances hallucinogènes naturelles interviewées en 2005 pour l'étude ethnographique « usages contemporains de plantes et de champignons hallucinogènes », 13 avaient déjà expérimenté la *Salvia* [41].

Elle n'est que très faiblement consommée parmi les poly usagers de l'espace urbain. En 2006, l'usage de *Salvia* plus de 10 fois dans la vie n'est rapportée que par une trentaine d'usagers des structures de première ligne (sur un total de 1 017 usagers interrogés, soit 3 %).

Deux modes d'administration principaux sont identifiés : la voie pulmonaire (cigarette, joint, bhang, pipe à eau) et la voie orale (ingestion ou infusion).

Les feuilles de la *Datura stramonium*, également connue en Europe sous l'appellation « herbe au diable », sont utilisées en infusion ou fumées pour leurs propriétés hallucinogènes liées à la présence d'alkaloïdes comme l'atropine et la scopolamine. Les espèces de *Datura stramonium* sont répandues sur tous les continents. Cette plante a longtemps été utilisée comme médicament, notamment contre l'asthme (sous forme de cigarettes) mais son utilisation pharmaceutique est interdite depuis 1992. L'intoxication peut entraîner le décès du fait notamment de troubles du rythme cardiaque.

En ce qui concerne la *Datura*, deux types d'usagers ont été identifiés depuis l'existence du dispositif TREND :

- D'une part, des usagers très marginalisés relevant de l'espace urbain. Dans les structures de première ligne, l'usage de *Datura* plus de 10 fois au cours de la vie est rapporté par 144 des 1 017 usagers rencontrés au début de l'année 2006 (soit 14 %).
- D'autre part, des jeunes à la recherche de sensations fortes fréquentant l'espace festif techno. Parmi les 30 amateurs de substances hallucinogènes naturelles interviewées en 2005 pour l'étude ethnographique « usages contemporains de plantes et de champignons hallucinogènes », 13 avaient déjà expérimenté la *Datura* [41]

Depuis 2003, deux sites, Lyon et Rennes, ont rapporté des cas d'hospitalisation consécutifs à un usage de *Datura* dont certaines en 2006 à Rennes où le produit serait pourtant de moins en moins consommé.

L'*ayahuasca* est une boisson hallucinogène issue de l'infusion de deux plantes d'Amérique centrale : *Banisteriopsis caapi* (une liane) et *Psychotria viridis* (arbuste de la famille du caféier). La combinaison des deux permet la libération de diméthyltryptamine (DMT), molécule hallucinogène. La DMT est classée comme stupéfiant en France ainsi que les composants initiaux du mélange. Les informations disponibles sur sa consommation sont extrêmement ténues et son usage paraît confi-

dentiel. Ainsi, seules 4 personnes avaient déjà expérimenté l'ayahuasca parmi les 30 amateurs de substances hallucinogènes naturelles recensés en 2005 pour l'étude ethnographique « usages contemporains de plantes et de champignons hallucinogènes [41].

Le site parisien rapporte en 2006 que l'autorisation des breuvages à base de DMT comme l'ayahuasca par la Cour suprême des Etats-Unis pour les groupes religieux syncrétiques a stimulé l'intérêt pour ces produits chez les amateurs de substances chamaniques en France. Certains pratiqueraient « leur propre cuisine » avec différentes plantes commandées sur Internet, obtenant des « mixtures » à boire ou des poudres à sniffer. A Lille et Toulouse de tels usages ont également été observés.

## Hallucinogènes naturels, à signaler en 2006

### Une visibilité nouvelle de l'Iboga

L'Iboga est une préparation à base de racines d'un arbuste des forêts équatoriales d'Afrique de l'ouest, *Tabernanthe Iboga*, traditionnellement utilisée par les populations locales dans le cadre de rites initiatiques ou religieux [45]. Son principal principe actif est l'ibogaïne. Son usage a toujours été en France extrêmement marginal. L'étude ethnographique sur les usages contemporains de champignons et de plantes hallucinogènes ne retrouve qu'un seul individu ayant expérimenté l'Iboga sur les trente personnes interrogées [41].

Après le site de Toulouse en 2005, les sites de Bordeaux, Metz, et dans une moindre mesure de Marseille font état en 2006 d'un intérêt croissant de certaines populations à l'égard de l'Iboga. Contrairement à d'autres plantes, qui en dépit d'une frange d'usagers attirés par leur vertu « chamaniques », sont surtout utilisées dans un objectif hédonique de recherche de sensations, l'usage de l'Iboga vise essentiellement, si ce n'est uniquement, le sevrage (opiacés, cocaïne, alcool...) et la cure psychanalytique.

Les personnes concernées sont donc essentiellement des usagers d'héroïne ou de cannabis de longue date souhaitant interrompre leur consommation et utilisant l'hallucinogène dans le cadre d'un sevrage « sauvage ».

De jeunes usagers marginalisés polyconsommateurs et injecteurs « relativement déstabilisés psychologiquement » et désirant eux aussi arrêter leur consommation ou rechercher des sensations plus fortes sont également signalés à Aix en Provence.

Les rares témoignages d'usagers mettent en avant le fait que l'Iboga permettrait de par ses effets une « introspection salvatrice » permettant au sujet de revenir sur les problèmes existentiels et psychiques qui l'ont conduit à la dépendance. La prise de produit aurait le même effet qu'une cure psychanalytique. Le plus souvent la prise du produit se réalise dans un cadre collectif, notamment de « séminaires » rassemblant des personnes soucieuses d'interrompre leurs consommations de drogues [45, 46]. Cependant, à Bordeaux<sup>59</sup>, la plupart des usagers déclarent avoir pratiqué la cure en solitaire grâce aux informations et aux produits acquis sur Internet

59. Des informations plus précises sur les cas de Bordeaux et Metz sont disponibles sur les rapports locaux de chaque site.

(10 g de substance pour 50 €). Un autre l'a pratiquée dans une autre région au sein d'une communauté gabonaise. Les deux témoignages de Metz évoquent trois cures, plus anciennes, pratiquées en Ardèche. Dans les trois cas évoqués, l'usage, dont on visait l'arrêt, a cessé temporairement puis repris.

Tous les témoignages mentionnent une cure éprouvante sur le plan physique.

Une dizaine de cas de décès étaient répertoriés dans la littérature (recherche en 2005) en Amérique du Nord et en Europe, dont un en France en 2005 en Ardèche dans un contexte communautaire ainsi qu'un autre en 2006 [5].

Depuis, l'Afssaps a rendu un avis favorable pour le classement de l'Iboga et de l'Ibogaine au tableau des stupéfiants ; il est devenu effectif le 12 mars 2007.

Une part de la substance reçue par Internet par l'utilisateur de Bordeaux a été analysée en septembre 2006. Cet échantillon ne contenait pas d'Ibogaine, mais de la yohimbine (vasodilatateur utilisée pour stimuler l'érection) contenue dans la plante *rauwolfia*. D'autres échantillons provenant de la région Midi-Pyrénées et de Lorraine ont été analysés en 2007 et contenaient tous de l'Ibogaine et de l'Ibogamine.

## Le chocolat à la psilocine

En France, un premier signalement de barres de chocolats fourrées à la psilocine a été réalisé par le Laboratoire interrégional de police scientifique (LIPS) de Lille après analyses de barres chocolatées saisies à Béthune en avril 2006. En juillet, un second signalement évoque l'interpellation en Lorraine, d'un couple en possession de plaques de chocolat également fourrées avec des champignons hallucinogènes qui, selon ses déclarations, proviendraient de Belgique.

Le rapport du LIPS de Lille comprend la description suivante :

La barrette était constituée de deux rangées de six carrés chacune.... La barrette n'était pas enveloppée dans une feuille d'aluminium, mais directement placée dans un étui en carton... Cet étui en carton porte les mentions suivantes : « Noir de noir 72 % cacao. Swiss made. All natural ingredients. 25 gram. High quality chocolate. Ingredients : sugar, cacao mass, cacao butter, fat-reduced cacao, emulsifier. May contain traces of nuts ». Un code-barres est également présent sur l'étui.

En août, à Amsterdam, des barres de chocolat de composition apparemment semblable à celles analysées par le LPS de Lille ont été saisies et analysées par le DIMS (Dutch drugs information and monitoring system). La police néerlandaise rapportait avoir été alertée par une personne prise de vomissements après avoir consommé des barres de chocolats retrouvées dans les poubelles. Ce produit serait disponible dans les *smart shops* aux Pays Bas.



## Les hallucinogènes synthétiques

Les hallucinogènes synthétiques que l'on peut trouver en France sont le LSD, la kétamine et le GHB.

### La situation

#### Le LSD

L'acide lysergique est naturellement produit par un champignon, l'ergot de seigle. En 1943, Albert Hoffman synthétise le diéthylamide de l'acide lysergique dont les initiales sont LSD en allemand et en expérimente accidentellement les effets hallucinatoires. Le LSD et son usage furent particulièrement associés à la contre-culture des années 60. Le LSD est classé comme stupéfiant en France.

#### Données de cadrage

L'expérimentation de LSD en **population générale** est encore plus marginale que celle des champignons (1,6 % des 18-64 ans). Le niveau est plus élevé (19 %) chez les 26-44 ans. Au cours de l'année, il a été consommé par 0,4 % des 18-25 ans (les plus consommateurs) [6].

Parmi les **jeunes de 17 ans** ayant répondu à l'enquête ESCAPAD en 2005, le LSD a été expérimenté par 0,9 % des filles et 1,3 % des garçons [7].

En 2006, un cas de décès par hallucinogène a été enregistré par le dispositif DRAMES [5]. En 2006, 62 **interpellations** pour usage simple de LSD ont eu lieu en France. Cette légère baisse par rapport à 2005 (75) interrompt une tendance ascendante depuis 2001 faisant elle-même suite à une forte chute à la fin des années 1990 [8].

Les **quantités saisies** de LSD demeurent à un niveau très faible par rapport au milieu des années 1990. Elles ont diminué en 2005 par rapport à l'année précédente avec 5 590 échantillons (ou supports) contre 6 323 en 2005 [8].

### Disponibilité

Le LSD est presque exclusivement présent dans l'espace festif techno, essentiellement dans le mouvement alternatif en particulier dans les free parties.

Cependant, les sites de Marseille et de Paris font état d'une présence occasionnelle dans l'espace festif commercial (clubs ou boîte de nuit).

La disponibilité du produit peut varier énormément d'une année sur l'autre. En 2002, le LSD avait, du fait du démantèlement d'un important laboratoire de production situé aux Pays-Bas, quasiment disparu du marché des substances illicites pour réapparaître ensuite dans les années suivantes. L'hétérogénéité est également géographique : certains sites du dispositif TREND, connaissant des phases de pénurie, les autres des arrivées importantes provoquant des périodes d'abondance ponctuelle.

Le LSD était disponible en France sous trois formes : le buvard (imprégnation d'un papier absorbant par la substance) ; la forme liquide dite goutte (imprégnation d'un sucre ou dilution dans un verre d'alcool) ; la forme micropointe (qui ressemble à une mine de crayon). Depuis 2005 existe la forme « gel » : une goutte de LSD est déposée sur de la gélatine et l'ensemble est placé dans un emballage d'aspect plastifié qui, une fois déposé sur la langue, fond rapidement. Cette forme est réputée pour être fortement dosée mais les quelques analyses réalisées dans le cadre du dispositif SINTES n'ont pas confirmé ce fait. Cependant, la forte volatilité du produit et l'absence d'information sur le mode de fabrication ne facilitent pas l'estimation des doses réellement présente au moment de l'ingestion.

Les prix des différentes formes de LSD apparaissent stables par rapport aux années précédentes à l'exception de la Bretagne où ils auraient faiblement augmenté. Le prix des buvards oscille entre 5 et 20 € selon les sites, avec un prix moyen se situant autour de 10 € (un peu plus cher à Metz, un peu moins à Lille et Toulouse).

## Fréquences d'usage et usagers

Quel que soit l'endroit où on les rencontre, les usagers de LSD sont en général « affiliés » au milieu techno alternatif.

Une étude réalisée en 2004-2005 [en milieu festif techno](#) fait état d'un taux d'expérimentation du LSD de 51 % dans cette population. Ce taux atteint 71 % en milieu alternatif. De plus, 13 % des personnes rencontrées en avaient consommé au cours du mois précédent (23 % dans le milieu alternatif) [13].

Les usagers des [structures de première ligne](#) sont 57 % à avoir expérimenté le LSD au cours de leur vie et 13 % à en avoir consommé au cours du mois dernier, fréquence stable depuis 2003 (14 %) [1]. Cependant, plus de 90 % des consommateurs de LSD au cours du dernier mois sont des familiers du milieu festif techno (fréquentation d'un événement techno alternatif plus de 10 fois dans la vie), ce qui confirme la faible présence de ce produit parmi les personnes non familières de ce milieu.

Les consommateurs de cette substance sont plutôt des jeunes adultes (autour de 20 ans) en situation de marginalité plus ou moins volontaire, relevant de la culture

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

alternative techno (free parties et teknival) attirés par la radicalité des effets attachés à la consommation de ce produit et relativement aguerris par rapport à l'usage de substances psychoactives.

En milieu festif, l'usage ou plutôt l'expérimentation dans ce cadre, pourrait concerner une population plus large et notamment des personnes plus jeunes (16-19 ans) insérées socialement.

Pour tous, ce sont surtout des consommations « à l'opportunité ».

## Perception

En dépit des fortes appréhensions qu'il suscite (voir faits marquants), l'image du LSD est plutôt bonne parmi les consommateurs. La substance bénéficie en effet de la mode actuelle liée à la recherche d'effets de type hallucinogène et de sa réputation de produit accessible uniquement aux « initiés » capables d'en maîtriser les effets.

### La kétamine

Le chlorhydrate de kétamine est un produit utilisé en France en anesthésie vétérinaire et humaine. Parmi les personnes adultes se réveillant d'une anesthésie par kétamine, une forte proportion souffre de cauchemars ou d'hallucinations, ce qui a conduit à une forte réduction de ses indications en médecine humaine où il reste cantonné aux usages analgésiques. Ce sont en partie ces sensations d'hallucinations qui amènent certaines personnes à l'utiliser de façon récréative. La kétamine est classée comme stupéfiant en France.

### Données de cadrages

En [population générale](#), l'usage de kétamine reste très rare. Seuls 0,4 % des jeunes de 17 ans l'ont déjà expérimentée en 2005 [7].

Les [saisies](#) sont rares et de faible ampleur. Cependant, en 2006, une des 3 saisies réalisées a porté sur une quantité « record » pour ce produit. Elle était destinée au trafic international. Ainsi atteignant 5,6 kg la quantité saisie en 2006 connaît une augmentation de plus de 500 % par rapport à 2004 Il n'y a pas d'interpellations pour usage de kétamine [8].

Contrairement à un pays comme l'Angleterre où les autorités sanitaires s'inquiètent de sa banalisation auprès des jeunes de 18-25 ans, la France ne connaît pas d'usages significatifs de kétamine. Celle-ci y reste un produit rare consommé uniquement dans des franges bien spécifiques de la population fréquentant l'espace festif techno.

Les usagers de kétamine sont en effet dans leur grande majorité des jeunes issus de la mouvance des voyageurs et des nomades. Les jeunes qui la consomment sont à la recherche d'effets euphorisants, d'hallucinations et d'effets radicaux de dissociation<sup>60</sup>. Ces usagers seraient particulièrement repérables en milieu festif du fait « de leurs mouvements saccadés ressemblant à ceux d'une personne alcoolisée sans cesse à la limite de s'écrouler » appelés « egyptian dancing ».

La kétamine serait également consommée (Paris, Marseille) par des hommes dans l'espace festif gay principalement pour ses effets anesthésiants et « cotonneux », dans le cadre de pratiques sexuelles « hard ».

L'usage est essentiellement observé dans le cadre des teknivals et des free parties ou dans les squats occupés par des populations de type « nomade ».

En milieu festif techno, selon une étude réalisée en 2004-2005, 20 % des personnes l'ont expérimentée au moins une fois dans la vie. Au sein du courant alternatif techno, la fréquence d'expérimentation s'élève à 32 %. L'usage dans le mois est plus rare, puisqu'il concerne 2,3 % des personnes du milieu techno et 6,5 % de celles qui évoluent dans l'espace alternatif [13].

Dans les structures de première ligne, 30 % des usagers ont déjà expérimenté la kétamine et 9 % en ont consommé au cours du mois précédent (stable par rapport à 2003, 10%). Plus de 90 % d'entre eux ont fréquenté les fêtes techno alternatives plus de dix fois au cours de leur vie [1].

Le mode d'administration le plus répandu de la kétamine est le sniff suivi de l'injection, la voie orale et la fumette. Les usagers fréquentant les structures de première ligne sont 79 % à la sniffer, 24 % à l'injecter et 12 % à l'avalier.

Comme le LSD, l'image de la kétamine est ambivalente. Celle-ci fascine et effraie à la fois. À Lille et à Marseille, il semble que des utilisateurs expérimentés, plus âgés que la moyenne des usagers de kétamine (30 ans) véhiculent un discours sur le fait qu'ils maîtriseraient désormais la gestion de la prise de kétamine, celle-ci ne devant plus apparaître aussi risquée qu'il y a quelques années.

La kétamine est disponible en poudre ou sous une forme liquide, qui correspond à la forme vétérinaire. Lorsqu'elle est disponible sous forme liquide, elle est chauffée afin de cristalliser le liquide puis réduite en poudre. En cas d'injection, elle ne serait pas injectée directement sous forme liquide, car les usagers maîtriseraient mieux ainsi les quantités de principe actif, l'injection étant considérée comme une pratique à haut risque.

La kétamine est en général importée d'Angleterre, de Belgique ou de Hollande et diffusée par les Français qui s'y rendent ou par les étrangers qui viennent participer aux événements festifs organisés en France. Le prix moyen du gramme de poudre de kétamine s'établit autour de 40 €. Il est stable par rapport aux années précédentes.

60. La dissociation constitue l'un des volets d'un syndrome psychotique et consiste en une rupture de l'unité psychique.

### Le GHB

Le GHB (gamma-hydroxybutyrate) est un anesthésique possédant une double action : euphorisante puis sédative et amnésiante. Cette molécule est donc utilisée de manière récréative par certains et de manière criminelle par d'autres (dans le cadre de tentatives de soumission chimique d'une personne par une autre). Il est classé comme stupéfiant en France.

#### Données de cadrage

La fréquence déclarée d'expérimentation du GHB chez les **jeunes de 17 ans** est égale à 0,3 % en 2005 et n'a pas évolué depuis 2003 [7].

Les **saisies** de GHB sont très faibles : 0,003 en 2006 [8]. Le GHB est impliqué dans trois **interpellations** [8].

En France, le GHB a surtout acquis une notoriété à travers les campagnes de presse mettant en garde les usagers des clubs et des discothèques contre la diffusion de la « drogue du viol », allusions à l'usage criminel du GHB. Concernant cet usage criminel du GHB, l'Afssaps relève au cours de son enquête nationale « Soumission chimique », 6 cas avérés de soumission chimique avec usage du GHB (sur 119 cas avérés, notifiés entre octobre 2003 et mars 2005) et 1 cas seulement entre avril 2005 et fin décembre 2006 (sur 123 cas de soumission chimique avérée) [47].

Son usage toxicomane est relativement peu observé.

Depuis l'existence du dispositif TREND, un usage de cette substance est rapporté notamment à Paris et à Marseille dans les milieux restreints du clubbing homosexuel, parmi une population bien insérée appartenant à des catégories socioprofessionnelles plutôt élevées. Il semblerait que le GHB soit consommé pour ses fonctions désinhibantes, relaxantes et enivrantes ainsi que pour l'augmentation des sensations de plaisir pendant les rapports sexuels.

Le site de Lille signale depuis 2005 un développement, de l'usage de GHB dans le cadre de discothèques belges, proches de la frontière française et largement fréquentées par les Français. En 2006, 2 ou 3 cas d'absorption non volontaire y ont été signalés.

Dans les **structures de première ligne** pour les usagers de drogue, son usage (plus de 10 fois dans la vie) est rapporté pour moins de 2 % des usagers [7].

Le GHB peut être commandé sur Internet.

## Hallucinogènes synthétiques, phénomènes marquants 2006

### Hausse de la disponibilité du LSD

La quasi-totalité des sites, à l'exception de Marseille, font état d'une augmentation de la disponibilité du LSD dans l'espace festif alternatif. L'essentiel des usagers se recrutent en effet dans le milieu des free parties où le produit bénéficie d'une bonne image liée à son statut de substance « reine » du mouvement underground des années 70.

Les sites de Toulouse et de Bordeaux, où le LSD paraît être particulièrement disponible en 2006, signalent une extension de son public habituel.

Face à ce que certains n'hésitent pas à qualifier de « retour » et qui s'accompagne d'un regain des discours sur le produit, les rapports locaux insistent cette année sur le caractère ambivalent de l'image du LSD. Il bénéficie à la fois d'une image mythique, mais suscite la crainte liée à la possibilité d'un *bad trip* et de troubles psychologiques (« rester perché »).

### Confirmation de la présence d'une nouvelle forme de LSD

En 2005, les sites de Paris, Lille et Rennes rapportaient l'apparition d'une nouvelle présentation du LSD consistant à déposer une goutte sur de la gélatine, celle-ci étant ensuite prise par voie orale pour fondre dans la bouche. Cette année, il semble que la présence de cette forme dite « gélatine » se confirme dans les sites susmentionnés. Le site de Toulouse signale également la présence du produit dans les établissements festifs commerciaux où, habituellement, l'usage du LSD est plutôt rare. Il semblerait qu'il y aurait un effet de mode lié à la « nouveauté » du produit.

### Augmentation de l'usage de kétamine dans deux sites

En 2006, alors que les autres sites la déclarent très rare et difficile à trouver, deux sites, Bordeaux et Marseille, rapportent une augmentation de la disponibilité de la kétamine, notamment dans le milieu des free parties. À Marseille, l'usage de produit se développe aussi dans les milieux festifs gays où il est également présent à Paris.

### Accroissement de la présence du GHB dans les milieux festifs gay de Paris et Marseille

À l'exception de la région de Lille où le GHB est consommé autour des mégadancings belges, son usage est un phénomène bien spécifique lié au milieu du clubbing homosexuel notamment à Paris et dans une moindre mesure Marseille. À Marseille on note l'utilisation du GHB de plus en plus fréquente dans les *backrooms*<sup>61</sup> et les lieux de rencontres sexuelles. Les observateurs du site de Paris rapportent surtout un développement de l'usage de GHB dans le cadre des « after » et font état d'une augmentation des malaises et des comas consécutifs à la consommation de cette substance et aux difficultés de dosage du produit. Ces comas prendraient un caractère « habituel » tant pour les services d'urgence qui les reçoivent (essentiellement l'hôpital de l'hôtel-Dieu à Paris du fait de sa proximité avec un quartier fortement fréquenté par la population gay) que pour les consommateurs de GHB. L'intoxication au GHB serait généralement isolée (alcoolémie et recherche d'autres drogues le plus souvent négative aux urgences). Un observateur va jusqu'à comparer le rôle social du coma dans cette petite population avec celui de la cuite concernant l'alcool.

### Apparition d'un usage de GBL dans l'espace festif gay parisien

Le GBL (gamma butyrolactone) est un solvant industriel, précurseur du GHB et métabolisé en GHB par l'organisme après absorption. À ce titre, il semble qu'il fasse l'objet d'un usage détourné dans le cadre du clubbing gay et tende à y remplacer le GHB du fait de ses effets identiques. Le GBL ne faisant l'objet d'aucun classement juridique du fait d'une utilisation courante dans l'industrie, l'approvisionnement se ferait essentiellement et très facilement par Internet ou par de petites filières de détournement auprès de l'industrie.

<sup>61</sup>. Une *backroom*, ou *salle arrière*, appelée aussi *Darkroom*, est une salle présente dans certains bars gays, où les consommateurs peuvent se rencontrer dans l'obscurité pour des relations sexuelles anonymes sans pour autant se déshabiller (définition Wikipedia).

## À signaler en 2006

### « On a vu passer »...du 2C-B

Le site de Marseille fait état d'une consommation, très marginale, de 2C-B dans un petit milieu d'usagers relevant des milieux urbains alternatifs.

Le 2C-B est une substance hallucinogène de synthèse dont les effets sont à la fois semblables à celles du LSD (hallucinations visuelles colorées, sensations psychédélics, distorsions des formes et des surfaces) et de la MDMA (empathie, stimulation de la libido). Ce produit, très peu disponible, circule sous la forme de gélules, voire de cachets, à des prix compris entre 10 et 20 € l'unité. Ce n'est pas la première fois que le 2C-B est signalé dans le cadre du dispositif TREND. En octobre 2001, une note d'information<sup>62</sup> avait été rédigée dans le cadre du dispositif SINTES, suite à la collecte de trois échantillons dans le milieu festif techno par les partenaires socio-sanitaires.

<sup>62</sup>. disponible sur le site Internet de l'OFDT : [http://www.ofdt.fr/BDD\\_len/sintes/ir\\_020219\\_2cb.xhtml](http://www.ofdt.fr/BDD_len/sintes/ir_020219_2cb.xhtml)



## Les médicaments psychotropes non opiacés détournés de leur usage

Les médicaments psychotropes regroupent plusieurs classes de substances destinées à agir sur l'activité cérébrale. Ceux-ci sont largement diffusés dans la population française. Pour la majorité des usagers, la consommation fait suite à une prescription médicale dans le cadre d'un traitement [20]. Seule une minorité les consomme en dehors d'un cadre thérapeutique avec pour objectif le soulagement de symptômes par le biais d'une automédication ou la recherche d'une modification de l'état de conscience.

D'une manière générale, les médicaments les plus détournés de leur usage sont les benzodiazépines (BDZ) ou les molécules apparentées, principes actifs de la plupart des médicaments à visée anxiolytique ou hypnotique. Elles ont, outre leurs propriétés hypnotiques et anxiolytiques, des effets myorelaxants et anticonvulsivants. Leur utilisation continue est susceptible d'engendrer le développement d'une tolérance et un risque de dépendance physique et psychique pouvant entraîner un syndrome de sevrage.

D'une manière générale, dans les populations particulièrement usagères de drogues les antidépresseurs et les anti-psychotiques ne sont pas détournés. Ainsi dans les CSST en 2005, bien que consommés chacun par 8 % des personnes rencontrées, ces médicaments ne font pas, selon l'enquête Oppidum 2006 l'objet de détournement [3].

Il faut noter que tout usage d'un médicament psychotrope tel que les BZD par un usager ou un ex-usager de drogue n'est pas synonyme de recherche de défonce. La fréquence importante des co-morbidités psychiatriques chez les usagers de drogue s'accompagne souvent d'une symptomatologie anxieuse motivant un usage, encadré ou non. Si certains mésusages sont patents, il est dans d'autres cas difficile de faire la part de la recherche de défonce ou du soulagement d'un symptôme. Ainsi, il est difficile d'interpréter, le niveau des usages mesuré en structures de soins, une bonne part d'entre eux s'intégrant probablement au cadre thérapeutique. En 2005, 83 % des personnes prises en charge en CSST consommaient des médicaments psychotropes non opiacés.

### Données de cadrage

Dans la [population générale](#), l'usage de médicaments psychotropes, principalement anxi-hypnotiques et antidépresseurs est très répandu. La fréquence de cet usage<sup>63</sup> en population adulte (18-75 ans) au cours d'une année s'établit autour de 19 % [6, 48]. En 2005, on estime qu'environ 9 millions de personnes ont consommé un médicament psychotrope dans l'année [6]. L'usage au cours d'un mois donné concerne 14 % des 18 ans et plus, les femmes deux fois plus que les hommes et l'usage en particulier d'un anxiolytique ou d'un hypnotique est le fait de 11 % de la même population.

La prévalence de la consommation tendrait à décroître légèrement concernant les anxiolytiques/hypnotiques alors que celle des antidépresseurs continue à augmenter [20].

À 17 ans, en 2005, 29 % des filles et 11 % des garçons ont déjà pris des médicaments psychotropes. Ces fréquences apparaissent significativement inférieures à celles mesurées en 2003 puisqu'elles étaient alors égales respectivement à 35 % et 14 %. Les filles sont 12 % et les garçons 4 % à en avoir pris au cours du mois précédent [7].

Parmi les personnes prises en charge par les [CSST](#), la part des médicaments psychotropes non opiacés comme produits à l'origine de la prise en charge (hors alcool et cannabis) suit une pente très légèrement descendante depuis 1998 [42]. Elle est égale à 4,5 % en 2006 chez l'ensemble des consultants et à 2,8 % chez les primo consultants [4].

En 2005, les BZD constituent le premier produit ayant entraîné une dépendance pour 3,0 % des patients suivis en CSST [3].

Le dispositif OSIAP qui observe les [détournements d'ordonnances](#) observe en 2006 que 8 molécules benzodiazépines ou apparentée sont présentes parmi les 10 premières molécules détournées. Les anxiolytiques et les hypnotiques et sédatifs représentent respectivement 29 % et 20 % des cas. Le bromazépam (Lexomil® et génériques) et le Zolpidem (Stilnox®) sont les plus détournés de cette manière en 2006 [30]. Ce dispositif observe les détournements d'ordonnances « en population générale » et il est difficile de savoir si ces détournements concernent les populations poly-usagères observées par le dispositif TREND.

L'enquête « [Soumission chimique](#) » de l'Afssaps, retrouve la présence de BZD dans 82 cas des 119 cas possibles ou probables de soumission chimique (prise d'un produit par la victime à son insu, dans le cadre d'un usage criminel) pour l'édition 2003-2004 [47]. Pour l'édition 2005-2006, le rapport précise que les substance les plus utilisées sont encore les BZD avec une prédominance du clonazépam (Rivotril®), du Zolpidem (Stilnox®) et du bromazépam (Lexomil®) [47].

63. On mesure l'usage des deux classes citées (anxi-hypnotiques et antidépresseurs).

## La situation

La totalité des médicaments mentionnés dans ce chapitre font l'objet d'un détournement dans l'espace urbain. Ceux-ci sont consommés par des usagers de rue fortement marginalisés, en général en association avec d'autres substances psychotropes comme l'alcool et le cannabis. Les effets recherchés, le plus souvent, visent à lever les inhibitions pour faire face aux conditions de vie éprouvantes du monde de la rue.

Parmi les usagers des structures de première ligne début 2006, 30 % ont consommé des BZD (y compris du flunitrazépam ou Rohypnol®) au cours du mois précédent. Une chute de la fréquence de l'usage des BDZ par rapport à 2003 est notée puisque l'usage déclaré au cours du mois précédent s'élevait à 48 % en 2003. Cette observation pourrait être liée à l'accroissement progressif de la part d'usagers issus du milieu festif dans les structures de première ligne, qui sont peu consommateurs de ces produits. Cependant, parmi les patients fréquentant le dispositif de soins spécialisé, la proportion de personnes consommant des médicaments psychotropes non opiacés est en baisse constante depuis 2001 (89 % en 2001, 83 % en 2005).

En 2006, les BDZ (hors Rohypnol®) sont utilisées par 44 % des usagers du dernier mois fréquentant les structures de première ligne dans un but thérapeutique, par 39 % dans un objectif de défonce, les autres mêlant les deux objectifs [1]. Elles sont essentiellement consommées par voie orale (91 % des usagers de derniers mois) et par voies fumée (100 % des usagers du dernier mois). L'injection ne concerne que 10 % des usagers et le sniff 1,9 %.

Hormis le site de Paris où existent encore, notamment dans le nord de la capitale, des zones de trafic, les usagers reçoivent le plus souvent ces psychotropes par prescription. Ainsi au début de l'année 2006, les BDZ autres que le Rohypnol® sont obtenues exclusivement par prescription par 62 % des usagers qui fréquentent les structures de première ligne. Ils sont 38 % à se fournir partiellement (26 %) ou exclusivement (12 %) sur le marché parallèle [43].

Par contre, dans les structures de soins spécialisées, la proportion les ayant obtenus de manière illégale était estimé à 13 % seulement contre 17 % en 2003 [3].

Les molécules, principalement des benzodiazépines, détournées sont nombreuses et les spécialités en vogue varient selon les sites. Elles ont globalement les mêmes fonctions pour les usagers.

### *Le flunitrazépam (Rohypnol®)*

Le flunitrazépam appartient à la famille des benzodiazépines. Il est prescrit dans le cadre des traitements contre l'insomnie ou les convulsions. A fortes doses, le flunitrazépam peut induire une euphorie avec une levée des inhibitions et une amnésie antérograde (perte totale ou partielle de la mémoire des faits survenus après la prise de produit).

Depuis 2001<sup>64</sup>, du fait des nouvelles dispositions prises par les pouvoirs publics encadrant plus strictement la prescription du Rohypnol®, la disponibilité du médicament est en baisse sur le marché parallèle des grands centres urbains. Deux sites, Marseille et Paris, rapportaient encore ces dernières années, l'existence d'un marché parallèle un tant soi peu significatif. En 2006, la tendance à la baisse se poursuit. En 2006, à Paris ou à Marseille, le comprimé serait vendu entre 2 et 3 € et la plaquette de 7 comprimés entre 10 et 15 € à Marseille, plutôt 15 € à Paris. Ailleurs, on décrit de rares disponibilités occasionnelles ou sa quasi-disparition du marché. Parallèlement, les données OSIAP sur les détournements d'ordonnances continuent de montrer un recul du Rohypnol® parmi les médicaments en cause (6ème position en 2006, 4ème en 2004) à l'exception de Marseille où ce dernier est toujours la première molécule faisant l'objet de falsification d'ordonnances [30].

La population encore consommatrice est composée essentiellement d'hommes, très marginalisés sur le plan social. Le Rohypnol® est recherché pour la levée des inhibitions que sa consommation suscite, laquelle permet des passages à l'acte liés aux stratégies de survie dans la rue (vols à l'étalage, mendicité). À fortes doses, mélangé à de l'alcool, le médicament prodigue des effets de type « Rambo » à savoir une désinhibition importante et un sentiment de toute puissance. Les usagers deviendraient alors violents et difficiles à encadrer pour les structures de soins. À doses plus faibles, l'effet serait sédatif, anxiolytique et provoquerait un effet de bien-être permettant de supporter le froid, notamment en association avec l'alcool et le cannabis.

Ce mélange à l'alcool est mentionné comme très fréquent. Des usages en association avec l'héroïne, à visée anxiolytique ont été décrits à Rennes mais sont tout à fait marginaux.

Parmi les usagers fréquentant les structures de soins, interrogés en 2006, seuls 57 sur 3 743 patients ont cité l'usage de Rohypnol®. La part de cette molécule parmi les médicaments non substitutifs consommés a été divisée par 8 depuis 1998. Cependant, dans cette population, il est encore consommé à 82 % dans le cadre d'un abus et/ ou d'une dépendance [3].

Les usagers de flunitrazépam (Rohypnol®) au cours du mois représentent 8 % de l'ensemble des usagers des **structures de première ligne** début 2006. Ils étaient 16 % en 2003. Plus de la moitié d'entre eux (54 %) déclare l'utiliser pour se défoncer et 27 % pour se soigner, les autres mêlant les deux objectifs.

À l'instar des autres benzodiazépines, le Rohypnol® est essentiellement avalé et fumé (respectivement 95 % et 10 % des usagers du dernier mois) rarement injecté ou sniffé (respectivement 5,4 % et 1,9 % des usagers du dernier mois) [1]

64. En février 2001, l'AFSSAPS a décidé l'utilisation d'ordonnance sécurisée avec une durée maximale de prescription limitée à quatorze jours et une délivrance fractionnée par période de sept jours.

### Le clonazépam (Rivotril®)

Le clonazépam est une BZD anti-épileptique commercialisée sous forme de comprimés, de solution buvable ou injectable, sous le nom de Rivotril®.

Depuis deux ans, les observateurs relevant de l'espace urbain du dispositif TREND notent un développement de l'usage détourné de clonazépam (Rivotril®). Ce phénomène est loin de toucher l'ensemble des sites participant au dispositif. En 2003 et 2004, seuls trois sites métropolitains rapportaient une apparition significative du Rivotril® dans le spectre des consommations des usagers de drogues (Paris, Marseille, Toulouse).

En 2006, il semble que la situation évolue peu. Seuls quatre sites signalent son usage comme un phénomène significatif, Marseille, Paris, Toulouse et à un faible niveau, Rennes. Le Rivotril® est souvent obtenu directement par prescription, d'autant que certains médecins jugeraient son effet anti-épileptique utile dans cette population usagère de drogues. La présence de Rivotril® sur le marché parallèle ne concerne en effet que Paris et Marseille dont la situation semble tout à fait particulière. Cette spécialité y serait très disponible et très facilement accessible et à Marseille, le Rivotril® serait maintenant le premier médicament psychotropes consommé par les usagers de drogues.

Cependant, il semble, d'après les observateurs, que le détournement et le trafic n'atteignent pas les mêmes proportions que celles qu'a connu le Rohypnol®. À Lille, Bordeaux, Metz et Rennes, le phénomène paraît encore marginal.

La plaquette de 10 cp de 2mg se vendrait entre 2 et 5 € à Marseille et 1,5 € à Paris. À Paris où les prix sont signalés en baisse depuis 2005, la boîte de 4 plaquettes se négocierait autour de 5 €.

L'hypothèse avancée pour expliquer la présence de la benzodiazépine sur le marché parallèle des centres urbains des villes susmentionnées tient à la diminution des prescriptions du Rohypnol® par les médecins généralistes depuis l'encadrement plus strict des conditions de sa délivrance en 2001. On assisterait donc depuis deux ans à un processus qui verrait le Rivotril® remplacer progressivement le Rohypnol® dans les milieux les plus marginalisés.

Son usage détourné touche plutôt, comme celui du Rohypnol®, un public d'usagers très marginalisés, vivant dans des conditions de vie très précaires. Cependant, l'effet « défonce » du Rivotril® ne serait pas aussi marqué que celui du Rohypnol®. À Paris, il semblerait que le détournement du médicament affecte plus particulièrement la population des usagers de crack qui le prennent pour amortir la descente ou atténuer le besoin impulsif (« craving ») de réitérer la prise.

La consommation du Rivotril® peut venir en régulation ou en association avec d'autres produits comme l'alcool (potentialisation des effets d'ébriété) ou le Subutex® (accentuation de la défonce).

Le mode d'administration le plus répandu semble être la voie orale, l'injection n'étant pratiquement pas rapportée par les observateurs.

La perception du médicament par les usagers apparaît meilleure que celle du Rohypnol®, d'une part, parce qu'il prodigue, mélangé à l'alcool des effets « défonce » moins violents que ce dernier et d'autre part parce qu'il semble relativement facile de l'obtenir quand on connaît bien les réseaux.

A Paris, Marseille et Rennes, l'accroissement de l'impact sanitaire des mésusages telles que des dépendances, nécessitant des cures de sevrage ou des convulsions liées à des arrêts brutaux est signalé. Les malaises, comas et décès dans cette population poly consommatrice sont difficiles à rapporter au Rivotril® en particulier.

#### *Le diazépam (Valium®)*

Le diazépam est une BZD anxiolytique commercialisée sous le nom de Valium®. Le médicament existe sous trois formes : comprimés, solutions injectable et buvable. Son usage détourné touche essentiellement des populations similaires à celles qui consomment du Rohypnol®, de l'Artane® ou du Rivotril®, à savoir des personnes appartenant à l'espace urbain et plutôt marginalisées sur le plan social. Généralement, le Valium® est pris afin de gérer la descente de produits stimulants ou en association avec de l'alcool afin de produire des effets de type « défonce ». Depuis l'apparition du dispositif TREND, la présence de Valium® est surtout notée à Paris et à Rennes. La forme liquide y est recherchée par les injecteurs.

#### *Le trihexyphenidyle (Artane®)*

La trihexyphénidyle est un anticholinergique ayant une action antiparkinsonnienne, essentiellement sur le tremblement. Elle dispose donc d'une autorisation de mise sur le marché en France pour la maladie de Parkinson et pour le syndrome parkinsonien des neuroleptiques. On peut la trouver commercialisée sous les noms de marque Artane® ou Parkinane®. Un surdosage entraîne, entre autres, une confusion mentale et des hallucinations, effets recherchés par certains usagers.

L'usage détourné d'Artane® est essentiellement le fait d'une population extrêmement marginalisée sur le plan social et fréquemment affectée de troubles psychiatriques. Deux raisons essentielles expliquent le détournement du médicament :

- la recherche d'un effet de toute puissance et d'invulnérabilité qui permettrait quand l'Artane® est pris à petites doses d'affronter l'univers de la rue ;
- la recherche d'effets hallucinogènes, lesquels sont extrêmement puissants quand l'Artane® est pris à hautes doses et/ou associé à l'alcool.

L'image du médicament est de toute façon très négative, l'usage rimant avec désinsertion et déchéance.

Depuis l'existence du dispositif TREND, la présence de l'Artane® sur le marché parallèle n'est rapportée que sur deux sites : Marseille et Paris. Sur les autres sites de France métropolitaine, le médicament peut faire des apparitions sporadiques mais ne semble jamais vraiment s'inscrire durablement dans le spectre des consom-

### *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006*

mations des usagers de drogues marginalisés. En 2006, plusieurs sites (Paris, Marseille, Lille, Rennes) évoquent une certaine disponibilité sans que l'on identifie de variation de l'usage. Ce médicament serait assez facile à obtenir auprès des médecins généralistes mais son image très négative auprès des non consommateurs en limite l'usage.

Le comprimé de 5 mg serait vendu environ 1 € à Marseille, 2 €, à Paris et entre 1 et 10 € à Lille.

## Médicaments psychotropes non opiacés, phénomènes marquants 2006

### Hausses localisée et modérée de la disponibilité ou du mésusage de Rivotril®

Comme en 2005, cette benzodiazépine est très disponible et très présente à Marseille où elle constitue un des premiers médicaments psychotropes non opiacés consommés. A Paris, la division par deux de son prix de rue entre 2005 et 2006 indique également une certaine extension du marché. Les usages de cette molécule, également visibles à Toulouse sont maintenant apparus à Rennes, même s'ils restent minoritaires. L'impact en termes de santé, semble également se faire plus visible (dépendances, convulsions). Quel que soit le site, elle est consommée par une population particulièrement désocialisée.

Contrairement à l'hypothèse émise il y a deux ou trois ans, le Rivotril® ne semble pas compenser la disparition progressive du Rohypnol® du champ des usages « toxicomaniaques », à l'exception de l'agglomération marseillaise.



## Cannabis

Le cannabis possède du point de vue de l'observation des usages une position particulière dans le champ des drogues illicites. En effet, sa consommation est assez largement étendue en population générale et le dispositif TREND n'offre que très peu d'informations spécifiques quant à ses usages<sup>65</sup>.

### Données de cadrage

En France, l'expérimentation de cannabis en population générale (18-64 ans) est le fait de près d'une personne sur trois (30,7 %) alors que c'est presque une sur deux qui est concernée à 17 ans (49,5 %). Parmi les 18-64 ans, la proportion d'usagers au cours du mois atteint 4 %. A 17 ans, elle concerne 22 % des filles et 33 % des garçons). Entre 18 et 25 ans, 9 % sont des usagers réguliers (10 consommations de cannabis dans le mois) et 4 % des usagers quotidiens.

En 2005, le nombre d'expérimentateurs de cannabis est estimé à 12,4 millions de personnes, le nombre d'usagers au cours de l'année écoulée à 3,9 millions et le nombre d'usagers quotidiens à 550 000.

En 2006, le cannabis constituait le produit posant le plus de problème pour 46 % de l'ensemble des consultants du dispositif de soins spécialisés en addictologie (hors alcool) et 61 % chez les nouveaux consultants [4].

Parmi les personnes pharmacodépendantes, fréquentant les structures de prises en charge sanitaire et sociale, le cannabis est le premier produit psychotrope consommé dans la vie dans 74 % des cas et le premier produit ayant entraîné une dépendance dans 18 % des cas [3].

Par ailleurs, en février 2005, les pouvoirs publics ont mis en place un réseau permettant de réaliser des consultations anonymes et gratuites (280 points répartis sur l'ensemble du territoire). Ce réseau est destiné en particulier aux adolescents et aux jeunes adultes entretenant un rapport problématique avec leur consommation de cannabis. De mars 2005 à février 2006, près de 28 000 personnes sont venues consulter qu'elles soient consommatrices ou qu'elles appartiennent à l'entourage des usagers. Parmi les consommateurs reçus, les garçons sont très majoritaires (80 %). L'âge moyen des consomma-

65. L'ensemble des informations disponibles sur cette substance peuvent être trouvées dans l'ouvrage suivant : Costes J.M. (Dir.) Cannabis Données essentielles, OFDT, 2007 [49].

teurs reçus est de 21 ans et la majorité d'entre eux (63 %) fait état d'un usage régulier ou quotidien de cannabis. Plus du tiers fait l'objet d'un diagnostic de dépendance [44]. En 2006, 83 980 personnes ont été interpellées en France pour usage simple de cannabis soit une baisse de près de 8 % par rapport à l'année 2005. L'augmentation continue des interpellations qui était constatée depuis 1993 connaît donc une interruption depuis deux ans. L'écrasante majorité des consommateurs interpellés sont des consommateurs de résine de cannabis (84 %). Les usagers de cannabis sont plus de neuf sur dix des hommes. L'âge moyen est de 22 ans et huit mois [8]. En 2006, 10 942 trafiquants de cannabis (résine, herbe et huile) ont été interpellés et 71 762 kg de cannabis ont été saisis par les forces de l'ordre [8].

## La situation

### Usage et usagers

Parmi les populations poly consommatrices rencontrées dans les structures de réduction des risques en 2006, l'usage du cannabis est la règle. Moins de 2 % des personnes interrogées n'ont jamais fumé de cannabis et 81,5 % en ont consommé au cours du mois précédent. La moitié de l'ensemble des personnes rencontrées en fait un usage quotidien (51 %). La quantité médiane fumée s'élève à 4 joints par jour (6 en moyenne) pour l'ensemble des fumeurs du dernier mois et à 5 pour les fumeurs quotidiens (7 en moyenne). Des usages extrêmes de 20 à 45 joints par jours sont cités (4 % de l'ensemble des usagers interrogés). Le cannabis consommé dans cette population est de la résine dans 86 % des cas [10].

### Disponibilité

Le cannabis, qu'il se présente sous la forme d'herbe ou de résine, est un produit très disponible en France. On a assisté au cours des décennies précédentes à la banalisation de cette substance, laquelle touche désormais les milieux sociaux les plus divers. S'agissant de la disponibilité des différentes formes de cannabis, de nombreux observateurs rapportent une hausse de la disponibilité de l'herbe, qui s'expliquerait notamment par le développement de l'autoproduction<sup>66</sup> qui consiste pour les usagers à assurer eux-mêmes la culture du chanvre.

Il semblerait que l'essor de l'auto-production d'herbe de cannabis soit lié principalement à l'inquiétude croissante des consommateurs vis à vis de la qualité des produits qu'ils consomment et notamment du haschisch (résine). Cependant, la résine de cannabis importée du Maroc reste la forme de cannabis la plus disponi-

66. Il existe deux types de culture du cannabis en autoproduction. Une en milieu naturel que l'on retrouve plutôt dans le sud de la France et une en placard qui est l'apanage des zones urbaines. La culture en placard est plus sécurisante pour le producteur compte tenu du caractère visible par les gendarmes de la culture à l'air libre.

## *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006*

ble sur le marché des substances illicites. La prédominance du haschisch s'explique notamment par l'existence de réseaux de deal bien structurés, ce qui n'est pas le cas, pour le moment, pour l'herbe produite dans des conditions artisanales, qui ne circule pas en général au delà de l'entourage des producteurs.

### *Modes d'usage*

Plusieurs modalités d'usage du cannabis sont répertoriées par le réseau des sites. La forme la plus rencontrée est le joint, cigarette roulée dans laquelle l'herbe, ou la résine, est mélangée à du tabac. Le cannabis peut être fumé aussi à l'aide d'une pipe ou en bhang, sorte de pipe artisanale qui peut être fabriquée à partir d'une simple canette. Viennent ensuite des modes d'administration beaucoup plus rares comme l'infusion ou l'ingestion (« space cake »).

### *Perception*

L'image du cannabis varie selon la forme du produit. Il semblerait que l'herbe soit la plus plébiscitée par les usagers. Ce constat s'inscrirait dans la tendance observée depuis quelques années chez les usagers à privilégier des produits d'origine naturelle. Ainsi l'herbe apparaît comme un produit « bio », exempt de produits de coupage contrairement à la résine.

## Cannabis, phénomènes marquants en 2006

### Des phénomènes localisés de pénurie de résine de cannabis

Un certain nombre de sites, Lille, Rennes, Paris, font état, comme en 2005, de phénomènes de pénurie de résine de cannabis plus durables que ceux habituellement constatés au moment des vacances estivales. Deux types d'explications sont avancés par les observateurs participant au réseau des sites. D'une part la politique d'éradication de la production de cannabis menée par l'Etat marocain commencerait à porter ses fruits [50]<sup>67</sup>, d'autre part certains réseaux de revendeurs tendraient à délaisser la résine pour le trafic de cocaïne qu'ils considèrent comme beaucoup plus lucratif.

### Un développement de l'autoculture de cannabis qui s'appuie sur la recherche de produit « sain »

Certains sites, Lille, Metz, Toulouse, évoquent le développement, dans la continuité des années précédentes, de l'autoculture d'herbe de cannabis. Le terme d'autoculture recouvre de fait des réalités très différentes. Celle de simples usagers pratiquant la culture de quelques pieds en placard afin de satisfaire leur consommation personnelle et celles de revendeurs s'inscrivant dans des logiques commerciales. Il semblerait que ces deux types d'autoculture soient en développement même s'il convient d'être prudent compte tenu du caractère clandestin de cette activité.

Comme déjà mentionné, l'autoculture s'appuie essentiellement sur une recherche de qualité des produits. Elle permet d'obtenir de l'herbe qui apparaît à une part sans cesse croissante d'usagers comme de meilleure qualité que la résine que l'on dit fortement coupée avec toutes sortes de produits peu attractifs. En 2006, la quasi-totalité des sites fait état d'une accentuation de cette tendance. Face à un doute qui s'installe, y compris sur le coupage de l'herbe, l'autoculture permet également d'obtenir un produit totalement contrôlé par l'utilisateur.

67. En quatre ans, au Maroc, les surfaces cultivées de cannabis ont diminué de moitié en passant de 134 000 à 72 000 ha.

## À signaler en 2006

Au cours de l'année 2006, certaines associations de consommateurs de cannabis se sont fait l'écho d'une rumeur faisant état de la circulation d'une « herbe coupée avec du verre pilé » et des cas d'hospitalisation, en Bretagne, consécutifs à cet usage.

Après une série d'investigations menées dans le cadre du dispositif SINTES de l'OFDT, les constats suivants ont pu être réalisés :

- aucune hospitalisation pour troubles pulmonaires dues à l'inhalation de chanvre coupé au verre pilé n'a été retrouvée ;
- aucune trace de verre pilé n'a été retrouvée dans les échantillons d'herbe recueillis à fin d'analyse.

En revanche, les différentes analyses d'échantillons recueillis ont mis en évidence la présence de microbilles de verre, lesquelles seraient utilisées comme produit de coupe par des trafiquants hollandais principalement. Les herbes coupées ont abondamment circulé dans le nord de la France (régions dont le marché clandestin est au moins partiellement alimenté par des produits en provenance des Pays-Bas).

Trois communiqués de presse ont été mis en ligne par l'OFDT en septembre, octobre et novembre 2006 pour répondre aux interrogations sur la nature des produits de coupe.

La Direction générale de la santé a lancé en mars 2007 un message d'alerte sanitaire à l'attention des directeurs des établissements de santé après avoir été informée de deux cas de pathologies respiratoires sérieuses. Des investigations complémentaires seront aussitôt mises en œuvre et une requête d'expertise déposée auprès d'une société savante de pneumologie qui devra évaluer la dangerosité à court et moyen terme de ces microparticules sur la santé des usagers.

## Alcool

Lorsqu'il n'est pas le produit principalement consommé, l'alcool reste très présent dans la palette des substances visant à la «défonce» et ce sur la plupart des sites du dispositif TREND. Aussi ne peut-il être ignoré.

### La situation

Plusieurs sites font état en 2006, dans la continuité des années antérieures, d'un accroissement des signalements des problèmes d'abus d'alcool parmi les usagers les plus désinsérés de l'espace urbain mais également parmi une population de très jeunes usagers de l'espace festif.

Dans l'espace urbain, certains professionnels à Marseille, Paris, Toulouse, Lille notamment, font état d'abus importants dans le cadre de poly consommations, qui peuvent apparaître plus problématiques même que l'usage des drogues associées. On constate en effet que parmi les personnes fréquentant les structures de première ligne, l'alcool apparaît en 2006 comme la deuxième substance consommée après le cannabis : 74 % d'usagers en ont consommé au moins une fois dans le mois, et parmi eux 65 % boivent au moins 5 verres à chaque occasion. En outre si 36 % «seulement» de l'ensemble des personnes interrogées consomment quotidiennement, 21 % d'entre elles boivent plus de 10 verres par jour. Parmi les seuls usagers d'alcool au cours du dernier mois, ils sont 41 % à boire plus de 10 verres d'alcool par occasion [1].

On notera également pour prendre la mesure de son poids dans les consommations, qu'il occupe par ordre de fréquence la deuxième position après la buprénorphine haut dosage comme produit posant le plus de problème aux usagers qui fréquentent les structures de première ligne [2].

Dans les structures de soins spécialisées pour les usagers de drogues en 2006, le produit principalement en cause est l'alcool pour 9 % d'entre eux.[4]. Cependant, en 2006, Oppidum montre que la dépendance alcoolique concerne 20 % des usagers de ces structures [3].

Enfin, on peut noter que dans 45 % des décès liés directement à l'abus de substances psychoactives (hors alcool seul) la présence d'alcool est retrouvée.

Chez certains anciens usagers substitués, « non stabilisés », l'alcool constitue ainsi l'une des dépendances alternative ou conjointe marquant leur

parcours et compliquant les prises en charge. Parmi les usagers de buprénorphine dans les structures de première ligne en 2006, l'usage quotidien d'alcool concerne 28 % de ceux qui en ont un usage thérapeutique uniquement; 41 % de ceux qui l'utilise « pour se défoncer » ou réguler une autre consommation uniquement et 45 % de ceux qui en ont un usage mixte.

Parmi les patients rencontrés en structures de soins spécialisées, 18 % des usagers de BHD sous contrôle médical souffrent d'une dépendance alcoolique de même que 16 % des usagers hors cadre médical [3].

Dans l'espace festif, le recours à l'alcool a toujours été observé : depuis plusieurs années, le développement des pratiques de *binge drinking* est rapporté par les observateurs du dispositif TREND. Cette pratique consiste à absorber de grandes quantités d'alcool dans un délai de temps réduit, de manière à accéder rapidement à un état d'ivresse.

Il semble en effet, comme l'observe le site parisien, que, quel que soit le lieu festif (clubs, discothèques ou free parties), la consommation d'alcool soit de plus en plus souvent orientée vers la recherche d'effets de « défonce ». Une enquête réalisée dans l'espace festif « Electro » (Quant festif) en 2006 rapporte que 13 % des personnes interrogées ont consommé plus de 5 verres par occasion le mois précédant l'enquête [13]. Cette pratique, généralement hebdomadaire, est décrite dans des populations relativement jeunes et notamment au cours des fêtes estudiantines. Le site de Toulouse constate l'étendue d'une telle pratique d'alcoolisation massive à toutes les fêtes en zones rurales des départements adjacents.

Qu'elle survienne ou non dans le cadre du *binge drinking*, l'ivresse alcoolique apparaît relativement courante. La majorité (61 %) des personnes rencontrées lors de l'enquête « Quanti festif » déclare avoir été ivre au moins une fois pendant l'année et 70 % d'entre elles l'ont été à plusieurs reprises [13]. La recherche d'ivresse est largement anticipée. Certains individus arrivent déjà alcoolisés à la fête, après avoir consommé en chemin dans la voiture. D'autres (ou les mêmes) viennent avec des « réserves ». Ainsi, le site de Lille décrit au festival de Dour (Belgique) de nombreux jeunes arrivant (notamment de France) avec leurs propres mélanges alcoolisés dans des bouteilles d'1,5 l. De même, certains jeunes se rendent aux fêtes avec un cubitainer de vin rouge.

Si l'alcool peut être consommé seul, la recherche d'effets conduits certains à l'accompagner d'autres produits. L'alcool est ainsi le plus souvent – certains observateurs disent systématiquement - potentialisé par le cannabis voire d'autres produits en fonction des opportunités.

## Alcool, phénomène marquant 2006

### **Une alcoolisation de plus en plus orientée vers la défonce »**

Il semble en effet que, quel que soit le lieu festif (clubs, les discothèques ou les free parties), la consommation d'alcool soit de plus en plus souvent orientée vers la recherche d'effet de « défonce ». La particularité de l'usage, pour les observateurs qu'ils soient du champ social, sanitaire ou répressif, est sa proximité avec la « recherche d'une modification rapide et puissante de l'état de conscience des héroïnomanes « à l'ancienne » [32]. Les acteurs sanitaires et répressifs font état d'une banalisation de ces pratiques d'usage massif qui tendent à se régulariser.



## Bibliographie

1. TREND / OFDT, *Enquête PRELUD (Première ligne usagers de drogue)*, 2006, (données non publiées).
2. Toufik (A.), *Résultat de l'enquête Ena-caarud*, 2008, à paraître, OFDT, Saint-Denis.
3. Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) de Marseille, *OPPIDUM, résultats de l'enquête 18 (octobre 2006)*, 2007, AFSSAPS: Saint-Denis, p. 8.
4. Palle,(C.), Vaissade (L.), « Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCA en 2005 », *Tendances*, 2007, 54, p. 6.
5. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) and Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), *DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances)*, résultats de l'enquête 2005, 2007, Saint Denis, 4.
6. Beck (F.), et al., « Les niveaux d'usage de drogues en France en 2005, Exploitation des données du Baromètre Santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, 2006, 48, p. 6.
7. Beck (F.), Legleye (S.), Spilka (S.), « Les drogues à 17 ans, évolution, contextes d'usage et prises de risque », *Tendances*, 2006, 49, p. 6.
8. Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2006*, 2007, Nanterre, OCRTIS, 122 p.
9. Castel (R.), *Les métamorphoses de la question sociale*, Folio, ed. Gallimard, 1999, Paris.
10. Bello (P.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. 6ème rapport national du dispositif TREND*, 2005, Saint-Denis, OFDT, 176 p.
11. Jauneau (Y.), *L'indépendance des jeunes adultes : chômeurs et inactifs cumulent les difficultés*, INSEE Première, 2007(1156), p. 4.
12. Ministère de l'Education Nationale, Bac 2007, dossier de presse, 2007, p. 108.
13. Reynaud-Maurupt (C.), *Les pratiques et les opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif «Musique Electronique»*. Étude de faisabilité d'une enquête «en population cachée» à partir d'un plan de sondage ethnographiquement raisonné, 2007, Saint-Denis La Plaine, OFDT.
14. Suderie (G.), *Phénomènes émergents liés aux drogues, tendances récentes sur les usages de drogues à Toulouse en 2006*, 2007, Graphiti - CIRDD Midi-Pyrénées, Toulouse.

15. Bello (P.-Y.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. 5ème rapport national du dispositif TREND*, 2004, Saint-Denis, OFDT, 277 p.
16. Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) de Marseille, *OPPIDUM, résultats de l'enquête 17* (octobre 2005). 2006, AFSSAP, Saint-Denis, p. 13.
17. Jauffret-Roustide (M.), et al., « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot 2004 », *BEH*, 2006, 33: p. 244-247.
18. Institut de veille sanitaire (InVS). *Recueil des notifications des cas de SIDA*, [cited; Available from: <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>].
19. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *2006 National report to the EMCDDA by the REITOX national focal point, FRANCE, New development, trends and in-depth information on selected issues*, 2007, OFDT, Saint Denis.
20. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Drogues et dépendances, données essentielles*, 2005, Paris, La Découverte, 202 p.
21. Bello (P.-Y.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002. 4ème rapport national du dispositif TREND*. 2003, Paris, OFDT, 287 p.
22. Escots (S.), Fahet (G.), *Usages non substitutifs de la Buprénorphine haut dosage investigation menée en France en 2002-2003*. 2004, Paris, Graphiti/ORSMIP/OFDT, 115 p.
23. Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2005*, 2006, Nanterre, OCRTIS.
24. Bello (P.-Y.), Cadet-Taïrou (A.), « Les mésusages de BHD, les traitements de substitution en France, résultats récents 2004 », *Tendances*, 2004(37), p. 4-7.
25. Cadet-Taïrou (A.), Cholley (D.), *Approche régionale de la substitution aux opiacés à travers 13 sites français, 1999-2002, Pratiques et disparités régionales*, 2004, Paris, CNAMTS / OFDT, 118 p.
26. Escots (S.), « Usages non substitutifs de la Buprénorphine haut dosage en France, les traitements de substitution en France, résultats récents 2002-2003 », *Tendances*, 2004(37), p. 7-8.
27. Bello (P.-Y.), Toufik (A.), Gandilhon (M.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*, 2002, Paris, OFDT, 292.
28. Halfen (S.), Vincelet (C.), Grémy (I.), *Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux et évolutions en 2006*, *TREND*, 2007, ORS Ile de France, Paris.
29. Cadet-Taïrou (A.), et al., « Quel est le nombre d'usagers d'opiacés sous BHD ? Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004 », *Tendances*, 2004(37), p. 1-2.
30. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), *OSIAP (Ordonnances suspectes indicateurs d'abus possibles), résultats de l'enquête 2006*, 2007, Saint Denis, p. 8.
31. Parfitt (T.), « Designers drug Subutex takes its toll in Tbilisi », *The Lancet*, 2006, 368(July 22), p. 273-4.

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

32. Plancke (L.), *Usages de drogues sur le site de Lille en 2006. Tendances récentes 2007*, Le Cèdre Bleu, Lille.
33. Beck (F.), Cytrynowicz (J.), *Usages de drogues illicites, in Baromètre Santé 2005, premiers résultats*, INPES, Editor. 2006, Saint denis, p. 49-58.
34. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Cocaïne and crack cocaïne : a growing public health issue*, 2007, EMCDDA, Lisbon.
35. Legleye (S.), Spilka (S.), Le Nezet (O.), « Drogues », in *Baromètre Santé 2006*, 2008, à paraître, INPES, Saint Denis.
36. Espoir Goutte d'Or (EGO), *Projet d'un CSST «cocaïne base»*, 2005, Paris, p. 18.
37. Espoir Goutte d'Or (EGO), *Crack, pathologies associées et soins*. 2005, non publié, Paris.
38. Evrard (I.), Cadet-Taïrou (A.), *Enquête SINTES cocaïne 2006*, 2008, données OFDT non encore publiées.
39. SINTES / OFDT (2007) *Phénacétine, produit de coupe de la cocaïne en augmentation*. Note d'information SINTES du 29 novembre 2007, Volume 6.
40. SINTES / OFDT (2005) *Cocaïne et atropine, 29 cas d'intoxications en France, 2ème vague de signalement en Europe*, Volume 5.
41. Reynaud-Maurupt (C.), *Les usages contemporains des plantes et des champignons hallucinogènes, une étude ethnographique conduite en France*, ed. OFDT, 2006, Saint Denis.
42. Palle (C.), Prisse (N.), *CSST en ambulatoire - tableaux statistiques 2005. 2007*, Saint-Denis, OFDT.
43. SINTES / OFDT (2006) *mCPP, nouvelle identification*, Volume 5.
44. Obradovic (I.), « Premier bilan des consultations cannabis », *Tendances*, 2006(50), 6 p.
45. Rahis (A.C.), Delile (J-M.), *Phénomènes émergents liés aux drogues sur le site de Bordeaux*, 2007, CEID de Bordeaux.
46. Romain (O.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006, tendances récentes sur le site de Metz*, 2007, CMSEA, ORSAS Lorraine.
47. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps) CEIP de Paris, *Soumission chimique, résultat de l'enquête nationale 2003-2005*, 2005, Paris.
48. Gasquet (I.), et al., « Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000 », *L'encéphale*, 2005. 31, p. 195-206.
49. Costes (J-M.) (Dir.), *Cannabis, données essentielles*, 2007, Saint-Denis, OFDT. 232.
50. Fakhani (A.), « Le Maroc souhaite venir à bout de la culture du cannabis » (PAPIER D'ANGLE) *AFP international*, 2007, 29 juin 2007, p. 1.

## Lexique

### **2C-B (4-bromo-2,5-diméthoxyphénéthylamine)**

Substance, appartenant à la famille des phénéthylamines, dont les effets seraient proches à la fois de ceux de la MDMA et du LSD, procurant à la fois énergie physique et hallucinations. Classé comme stupéfiant

### **4-MTA (4-méthylthioamphetamine)**

Substance – encore peu connue – qui aurait un effet stimulant relativement léger sans engendrer ni hallucinations ni distorsions visuelles. Le 4-MTA procurerait un sentiment de calme sans euphorie. Classé comme stupéfiant.

### **Accessibilité perçue**

Désigne le degré d'effort à fournir par un consommateur moyen, possédant l'argent nécessaire, pour se procurer la substance recherchée. Une substance peut être disponible mais peu accessible. Il existe en effet plusieurs degrés d'accessibilité, lesquels peuvent se mesurer à partir d'éléments comme le temps nécessaire pour accéder à la substance ; la nature des lieux de vente (lieux fermés comme les discothèques, les bars voire les appartements ; lieux ouverts/espace public à savoir les rues, les parcs, les gares etc.) ; la plage horaire (jour/nuit, matin/soir) durant laquelle le consommateur peut se procurer la substance ; et l'obligation ou non, pour un consommateur, même averti, d'avoir recours à un ou plusieurs intermédiaires pour contacter le vendeur. Agoniste Molécule qui mime l'action d'une molécule physiologique (ici des neurotransmetteurs) sur son site récepteur et entraîne par conséquent des effets identiques.

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

### **Amphétamine, amphétaminiques**

Chef de file d'une famille de molécules, les amphétaminiques, l'amphétamine est le plus souvent appelée « speed ». Celui-ci se présente généralement sous forme de poudre le plus souvent sniffée. Les autres amphétaminiques sont, entre autres, la méthamphétamine (ice, crystal-meth, yaba...), la MDMA (méthylènedioxy-méthamphétamine, ecstasy), etc. Produits stimulants, les amphétaminiques effacent la sensation de fatigue et entraînent une insomnie, donnent un sentiment de vigilance, d'euphorie et d'hyperconcentration, suppriment la sensation de faim et augmentent la confiance en soi. L'ecstasy, à forte dose, peut en outre modifier les perceptions sensorielles. La consommation chronique entraîne une dépendance psychique et une tolérance. Utilisée de façon thérapeutique par le passé, l'amphétamine n'est plus prescrite que dans le syndrome d'hyperactivité de l'enfant (Ritaline®), uniquement par des spécialistes hospitaliers. La MDMA et la méthamphétamine sont classées comme stupéfiants en France.

### **Antagoniste**

Réduit ou supprime l'action d'une molécule physiologique donnée (ici, des neuromédiateurs) – et du ou des agonistes correspondants – en se fixant au niveau de son site récepteur sans le stimuler.

### **Ayahuasca**

Boisson hallucinogène issue de l'infusion de deux plantes d'Amérique centrale : Banisteriopsis caapi (une liane) et Psychotria viridis (arbuste de la famille du caféier). La combinaison des deux permet la libération de diméthyltryptamine (DMT), molécule hallucinogène. La DMT est classé comme stupéfiant en France.

### **Benzodiazépines (BDZ)**

Famille de molécules apparues dans les années 1960 en France. Produits sédatifs, les BZD sont prescrites essentiellement comme anxiolytiques (exemple : Valium®, Lexomil®) et comme hypnotiques (exemple : Rohypnol®, Halcion®) à plus forte dose. Elles favorisent en outre la relaxation musculaire et entraînent des troubles de la mémoire (voire des amnésies de quelques heures). Les

différentes BZD se caractérisent également par des durées de vie variables dans l'organisme, qui déterminent la durée de leurs effets. Elles entraînent très rapidement une dépendance physique. La dépendance est plus problématique lorsqu'il s'agit d'une dépendance psychique, qu'elle survienne dans un cadre d'abus et/ou de mésusage et/ou de dépendance associée à d'autres produits (alcool en particulier). Ils peuvent induire une tolérance.

### **Boutiques**

Lieux d'accueil créé en 1993 pour les usagers de drogues en situation de grande précarité ne souhaitant ou ne pouvant pas encore stopper leur consommation de produits. Les boutiques offrent l'accès à des installations sanitaires, du matériel de prévention (préservatifs, seringues), des soins infirmiers, une écoute et des services sociaux et/ou juridiques. L'occasion peut être mise à profit pour engager un suivi social et sanitaire avec l'aide d'une équipe pluridisciplinaire.

### **Buprénorphine haut dosage (BHD) / Subutex®**

Molécule opiacée agoniste et antagoniste de la morphine disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) dans les traitements substitutifs des pharmacodépendances majeures aux opiacés depuis 1995. La BHD est disponible sous le nom de marque Subutex® sous forme de comprimés destinés à un usage sublingual. La prescription du produit doit se faire sur ordonnance sécurisée pour un maximum de 28 jours avec des délivrances fractionnées par 7 jours. La BHD neutralise partiellement les effets de l'héroïne et calme le syndrome de manque. Elle n'expose pas à un risque de tolérance mais donne lieu à une dépendance physique. Son classement comme produit stupéfiant est actuellement en discussion.

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

### **Cannabis**

Plante comprenant plusieurs espèces, le cannabis est surtout connu pour la production de marijuana (herbe), de résine (haschisch) et d'huile de cannabis. La teneur en principe actif (Delta9-tétrahydrocannabinol ou Delta9-THC) est très variable selon les zones de production, les parties de la plante utilisées et le degré de « coupe ». Le plus souvent fumé sous forme de cigarette (joint), le cannabis peut être consommé sous forme de gâteau (« space-cake ») ou d'infusion, ces modes de consommation restant très marginaux. Souvent classé parmi les hallucinogènes, il possède des effets euphorisants, désinhibants, relaxants. La substance peut induire une dépendance psychique chez les consommateurs quotidiens. Le Delta9-THC est classé comme produit stupéfiant en France.

### **CAARUD**

Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues.

### **Structures de réduction des risques, anciennement appelé structure de première ligne ou structure bas seuil**

Structure d'accueil pour les usagers de drogues dites de « bas seuil », c'est-à-dire qu'elles appliquent des critères d'admission à faible niveau d'exigence. Ces structures offrent des prestations à des toxicomanes qui ne souhaitent ou ne peuvent pas suivre une prise en charge classique. Elles assurent également des activités liées à la promotion de la santé et à la réduction des dommages : il s'agit par exemple des boutiques, des programmes d'échange de seringues...

### **Champignons hallucinogènes**

Champignons contenant des substances hallucinogènes. Ils induisent des distorsions des perceptions sensorielles, voire des hallucinations. Il existe de nombreuses espèces, certaines proviennent de l'étranger (Hawaï, Colombie, Mexique...), d'autres poussent en France. Ils sont presque exclusivement utilisées par voie orale soit tel quel, soit au sein d'une préparation culinaire. Les champignons les plus consommés en France sont les psilocybes. Ils n'induisent pas de dépendance. Les genres stropharia, conocybe et psilocybe sont classés comme produits stupéfiants.

### **Cocaïne**

Stimulant obtenu chimiquement à partir de la feuille de coca (chlorhydrate de cocaïne). Le chlorhydrate de cocaïne se présente sous forme de poudre blanche, généralement sniffée et parfois fumée ou injectée ; on peut également le trouver sous forme de crack. La consommation de cocaïne induit une stimulation importante de la vigilance, une sensation d'accélération de la pensée et entraîne une dépendance psychique forte. La substance, quelle que soit sa forme, est un produit classé comme stupéfiant en France.

### **« Cocaïne base »**

Voir crack

### **Codéine**

Médicament opiacé, dérivé synthétique de la morphine et utilisé comme analgésique soit seul (Dicodin<sup>®</sup>, Codenfan<sup>®</sup>) soit combiné à d'autres molécules (exemple : Codoliprane<sup>®</sup>), ou contre la toux à doses très faibles (exemple : Néo-Codion<sup>®</sup>). Les comprimés sont avalés, parfois injectés. En cas d'injection, l'action pharmacologique de la codéine et ses effets sont comparables à ceux de la morphine ; administrée par voie orale, elle développe une action analgésique environ dix fois plus faible. L'accès possible à plusieurs de ces médicaments sans prescription a permis à certains héroïnomanes, surtout avant l'accès aux traitements de substitution, de les utiliser comme substitut à l'héroïne (mais cela nécessitait des quantités très importantes). La codéine est classée comme stupéfiant en France.

### **Crack**

Stimulant obtenu par adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque à du chlorhydrate de cocaïne. Le produit est également dénommé « free-base » ou « cocaïne base » par les usagers. Il est généralement fumé mais peut aussi être inhalé (pipe), plus rarement injecté (après avoir été dissous dans de l'eau additionnée à un milieu acide). Le crack se présente sous forme de « galette » aisément débitable en morceaux (dits « rochers » ou « cailloux »). Le produit provoque une sensation fulgurante de flash plus



## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

puissante que celle induite par la cocaïne. La dépendance psychique s'installe plus rapidement qu'avec la cocaïne. Cette forme dérivée de cocaïne est un produit classé comme stupéfiant.

### **Crystal**

Voir Ice

### **Datura stramonium**

Plus connue en Europe sous l'appellation « herbe au diable » les feuilles de cette plante sont utilisées en infusion ou fumées pour leurs propriétés hallucinogènes. Les espèces de datura stramonium sont répandues sur tous les continents. Cette plante a longtemps été utilisée comme médicament, notamment contre l'asthme (sous forme de cigarettes) mais son utilisation pharmaceutique est interdite depuis 1992.

### **Descente**

Période de décroissance des effets d'une substance, en général stimulante. Cette phase, selon les substances, peut-être vécue très désagréablement sur le plan psychologique en s'accompagnant notamment de symptômes dépressifs. Les usagers utilisent fréquemment d'autres substances, notamment opiacées pour en atténuer les effets.

### **Disponibilité perçue**

Présence globale d'une substance dans un espace géographique donné. Cette disponibilité est dite perçue dans la mesure où elle est appréciée par les observateurs sentinelles participant au projet TREND. Cette appréciation peut être parfois en décalage avec une réalité souvent difficile à appréhender compte tenu du caractère illicite de la plupart des substances. C'est la raison pour laquelle nous faisons appel à plusieurs observateurs sentinelles sur chacun des sites choisis.

### **Ecstasy**

Dénomination la plus fréquente pour des comprimés dont le principe actif est la MDMA. Errants (usagers errants) Population jeune, aux conditions de vie souvent précaires, poly consommatrice, fréquentant l'espace festif alternatif mais recourant aussi, de manière plus ou moins fréquente aux dispositifs sociaux et sanitaires d'urgences présents dans les centres des

grandes villes. Ils présentent la particularité d'être visibles dans les deux espaces d'investigation du dispositif TREND. Les « errants » se distinguent des « nomades » par le caractère davantage subi de leur situation et une moindre maîtrise de l'ensemble de leurs pratiques [10].

**Expérimentation**

Avoir consommé une substance psychoactive au moins une fois dans sa vie.

**« Free-base »**

Voir crack.

**Free -party**

Rassemblement des adeptes de musique techno organisé souvent sans autorisation des pouvoirs publics ; et qui dure généralement un ou deux jours. Elles se déroulent le plus souvent sans autorisation légale, à l'extérieur dans un coin de nature, quelles que soient les conditions climatiques, ou sur des sites industriels abandonnés. Ces manifestations réunissent le plus souvent deux cents à deux mille personnes. L'entrée est gratuite ou sur donation. Les compositions musicales les plus appréciées lors de ces rassemblements se classent dans les tendances les plus agressives de la famille Electro, qualifiées de « techno punk » par les profanes : Hardcore, Hard-teck, Tribe.

**Hallucinogène (ou psychodysleptique )**

Substance psychoactive dont l'usage est recherché pour sa capacité à induire des distorsions des perceptions en agissant sur les neurones du cerveau. Celles-ci peuvent être visuelles, auditives, spatiales, temporelles ou concerner la perception que l'individu a de son propre corps. La plupart des hallucinogènes sont des végétaux ou des alcaloïdes extraits de ceux-ci et, plus rarement, des produits obtenus par synthèse chimique. On distingue : les phényléthylamines (mescaline, ecstasy à forte dose), les dérivés indoliques (DMT, psilocybine, ayahuasca, LSD) ou d'autres hallucinogènes à structures diverse : sauge divinatoire, cannabis, poppers, kétamine. L'alcool est souvent classé dans ce

groupe. Les hallucinogènes n'entraînent ni dépendance, ni tolérance. Héroïne Molécule opiacée, synthétisée à partir de la morphine, elle-même produite à partir du pavot. Introduite en 1878 en thérapeutique humaine dans les traitements de la douleur, sous le nom de Héroïne®, mais également en tant que médicament de substitution de pharmacodépendance à la morphine, son usage médical a rapidement été interdit. L'héroïne peut se présenter sous forme de poudre blanche (sel acide) ou marron (sel basique). Elle peut être injectée en intraveineuse, fumée ou sniffée. Les propriétés pharmacologiques de l'héroïne, substance sédatrice, sont comparables à celles de la morphine mais elle agit plus vite, plus intensément et plus brièvement. Du fait de sa forte capacité à générer une dépendance psychique et physique ainsi qu'une tolérance, elle est devenue dans les années 1970 le principal produit illicite d'addiction en France. L'héroïne est un produit classé comme stupéfiant en France.

**Iboga**

L'iboga est une préparation à base de racines d'un arbuste des forêts équatoriales d'Afrique de l'ouest, Tabernanthe Iboga. Son principal principe actif est l'ibogaïne. Celle-ci a une demie de 7,5 heures et une durée d'action pouvant atteindre 48 heures. Elle provoque des nausées, des vomissements intenses potentiellement graves, une hypotension et des troubles du rythme cardiaque pouvant conduire à l'arrêt cardiaque, une dépression respiratoire, une hyper ou une hypothermie. Psychostimulante, elle est à l'origine d'agitation, de tremblement, d'incoordination des mouvements parfois de convulsions. La notion du temps peut être perturbée ; un état de somnolence, une ébriété ainsi que des états comateux sont également rapportés. A dose plus élevée, des hallucinations visuelles et auditives peuvent survenir ainsi qu'un sentiment de dépersonnalisation (bib). Son usage est très marginal en France. Il vise la réalisation de traitement psychothérapeutique « express » ou de sevrages radicaux chez les personnes dépendantes à un produit.

**Ice**

Dénomination populaire d'une forme cristallisée de la méthamphétamine, plus facile à fumer que la forme poudre. Elle se présente en général sous forme de cristaux transparents dont elle tire son nom (« glace » ou « crystal »). Les usagers dénomment parfois par erreur « ice » ou « crystal » d'autres substances lorsqu'elles sont sous forme de cristaux.

**Kava ou Kava Kava**

Dit aussi Kawa ou Kawa Kawa (Nom allemand). Plante tropicale utilisée historiquement dans les îles du pacifiques dans le cadre de rituels récréatifs. Consommée pour ses propriétés anxiolytiques sous forme de boisson préparée à partir de ses racines. Interdit en France en 2002 par mesure de prévention d'une éventuelle hépatotoxicité.

**Kétamine**

Produit hallucinogène utilisé en France, en anesthésie vétérinaire et humaine (chlorhydrate). Les cauchemars ou hallucinations consécutifs aux anesthésies ont conduit à une forte réduction de son utilisation en médecine humaine. Ce sont en partie ces sensations d'hallucinations qui amènent certaines personnes à utiliser la kétamine de manière récréative. On la trouve le plus souvent sous forme de poudre, parfois sous forme liquide. Elle est principalement sniffée, mais peut être avalée et beaucoup plus rarement injectée ou fumée. La kétamine est classée comme produit stupéfiant.

**Khat**

Le khat est une plante (*catha edulis*) dont les feuilles sont utilisées comme stimulant nerveux. Celles-ci sont en général consommées fraîches, mastiquées ou consommées en infusion. L'alcaloïde principal contenu dans la plante est la cathinone, laquelle agit comme un stimulant du système nerveux central dont les effets sont similaires à ceux des amphétamines. Classé comme stupéfiant.

**LSD (acide lysergique)**

Hallucinogène synthétique, le LSD se présente le plus souvent sous forme de buvard destiné à être

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

avalé. Plus rarement, on le trouve sous forme de micro-pointes ou de liquide (« gouttes »). Il a accompagné le mouvement psychédélique et la montée de la contre-culture américaine des années 1960-1970. Ce produit n'entraîne ni dépendance, ni tolérance. Le LSD est classé comme stupéfiant en France.

### **MDMA Ou Méthylène-dioxy-3,4-méthamphétamine**

Principe actif de l'ecstasy, il s'agit d'une molécule appartenant à la famille des amphétaminiques. Son usage s'est développé en Europe parallèlement à celui de la culture techno. Les dénominations sont variées, reprenant souvent le logo ou la couleur du comprimé. Si la forme dominante est le comprimé, un développement de poudres supposées contenir de la MDMA a récemment été observé. La MDMA est avalée dans 9 cas sur 10, rarement fumée ou injectée. Les effets recherchés sont un renforcement de la résistance physique pour pouvoir faire la fête plus longtemps et un effet empathogène pour se sentir mieux avec les autres. La MDMA est un produit sédatif à doses modérées et hallucinogène à fortes doses. Elle est classée comme stupéfiant en France.

### **Médiane**

Valeur d'une série statistique ordonnée qui la partage en deux groupes de même effectif (par exemple, le prix médian d'un ensemble d'échantillons d'un produit partage la série en deux : 50 % des échantillons observés sont moins chers et 50 % sont plus chers).

### **Médicaments psychotropes**

Médicaments dont l'effet recherché est de modifier le psychisme. Les principales classes de médicaments psychotropes sont : les hypnotiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les neuroleptiques et les thymorégulateurs (régulateurs de l'humeur). Les médicaments psychoactifs constituent une classe plus large que les psychotropes. Lorsque l'on ne parle pas des médicaments, les mots « psychotrope » et « psychoactif » ont la même signification.

### **Mescaline**

Principe actif du peyotl (*echinocactus williamsii*) et d'autres plantes hallucinogènes, la mescaline provoque des distorsions de la perception visuelle, spatiale et tempo-

relle. Sa consommation peut occasionner crises de panique, angoisse, paranoïa et autres troubles psychiatriques, de manière plus ou moins durable. Classée comme stupéfiant.

### **Méthadone**

Molécule agoniste des récepteurs opiacés disposant d'une Autorisation de mise sur le marché pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. Elle est disponible en France sous forme de flacons de sirop de différents dosages. Sa prescription doit se faire sur ordonnance sécurisée pour un maximum de 14 jours avec des délivrances fractionnées par 7 jours. La prescription initiale de méthadone doit être faite par un médecin exerçant en Centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) ou en hôpital. La méthadone est un médicament classé comme stupéfiant.

Méthamphétamine Les dénominations les plus connues de cette molécule amphétaminique sont ice (cristal de méthamphétamine appelé encore crystal ) et yaba (comprimés de méthamphétamine). Les effets stimulants de la méthamphétamine sont plus puissants et plus durables que ceux de l'amphétamine. La consommation chronique entraîne une dépendance psychique et une augmentation des doses consommées. La méthamphétamine est classée comme stupéfiant.

### **Morphine (sulfate de)**

Molécule agoniste opiacée disposant d'une Autorisation de mise sur le marché pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits analgésiques. Le traitement est disponible sous forme à action brève et sous forme à action prolongée (Moscontin LP® et Skenan LP®). Les présentations d'action prolongée sont parfois utilisées comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. La morphine est un sédatif classé comme stupéfiant.

Nomades (usagers nomades) Population jeune, aux conditions de vie souvent précaires, poly consommatrice, fréquentant l'espace festif alternatif mais

recourant aussi , de manière plus ou moins fréquente aux dispositifs sociaux et sanitaires d'urgences présents dans les centres des grandes villes. Ils présentent la particularité d'être visibles dans les deux espaces d'investigation du dispositif TREND. Les « nomades » se distinguent des « errants » par le caractère choisi et revendiqué de leur forme de vie et une meilleure maîtrise de l'ensemble de leurs pratiques qui apparaissent dans l'ensemble moins subies que choisies [10].

**Opiacés**  
Famille de produits obtenus à partir de l'opium, produit sédatif d'origine naturelle provenant de cultures de pavot (*Papaverum somniferum*). Leurs effets au niveau de la cellule sont transmis par des récepteurs spécifiques (opiorécepteurs). Leur action peut être agoniste et/ou antagoniste à l'opiacé de référence (la morphine). Outre la morphine, l'héroïne, la codéine, la méthadone, la buprénorphine haut dosage, la nalorphine, la naloxone et la naltrexone sont des opiacés. Une des caractéristiques majeures de certains opiacés est leur capacité à induire une dépendance psychique et physique.

### **Opium**

Suc épaissi obtenu par incision, avant la maturité du fruit, des capsules d'un pavot. L'opium a donné lieu au XIXe siècle au développement d'une toxicomanie spécifique, l'opiomanie. En France, avant la première guerre mondiale, il était moins coûteux de recourir à l'opium qu'aux alcools forts. La loi du 12 juillet 1916 a mis un terme à la consommation du produit dans les fumeries. En pratique, l'opium est traditionnellement fumé ou inhalé sous forme de vapeurs, plus rarement ingéré (généralement pour une utilisation thérapeutique) ou prisé (pour la poudre d'opium).

Conduite toxicomaniaque associant de façon simultanée ou séquentielle la consommation de plusieurs substances psychoactives. Ce comportement a des conséquences d'autant plus redoutables que les signes caractéristiques de l'usage d'un seul produit ne sont plus visibles. Le diagnostic clinique devient alors difficile à établir en cas d'intoxication aiguë. Le traitement de ces intoxications est également souvent délicat.

**Poppers**

Préparations contenant des nitrites d'alkyl (amyle, butyle, propyle, cyclohexyle), dissous dans des solvants organiques se présentant sous la forme de petit flacon ou d'ampoule à briser pour pouvoir en inhaler le contenu. Ces produits circulent dans le milieu homosexuel depuis les années 1970, puis se sont progressivement étendus à d'autres usagers. Classés comme hallucinogènes, ils produisent une euphorie éventuellement accompagnée de rire, une dilatation intense des vaisseaux et une accélération du rythme cardiaque. Les poppers sont utilisés par certains pour améliorer les performances sexuelles. Ceux contenant des nitrites de pentyle ou de butyle sont interdits à la vente en France et à la distribution gratuite. D'autres, non mentionnés dans le décret d'interdiction (nitrite d'amyle, de propyle par exemple), ne sont pas réglementés et sont encore disponibles de manière licite.

**Primo-usagers de BHD**

Personne ayant utilisé la BHD comme premier opiacé sans avoir jamais consommé d'héroïne auparavant.

**Programme d'échange de seringues (PES)**

Mise en œuvre d'une distribution de seringues à l'unité ou de trousse de prévention dans des lieux fixes (associations, pharmacies) ou mobiles (bus, équipes de rue). Par extension, sont nommés PES les lieux où sont distribuées les seringues. Ces programmes ont été mis en place à la fin des années 1980.

**Psilocybine**

Hallucinogène d'origine naturelle, issu des champignons de type psilocybe. Ingérés crus ou cuits (dans une omelette par exemple), ces derniers provoquent des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle. Leur consommation peut occasionner crises de panique, angoisse, paranoïa et autres troubles psychiatriques de manière plus ou moins durable. La psilocine et la psilocybine sont classées produits stupéfiants en France.



## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

### **Psychoactif(ve) (produit, substance)**

Qui agit sur le psychisme en modifiant le fonctionnement du cerveau, c'est-à-dire l'activité mentale, les sensations, les perceptions et le comportement. Au sens large, beaucoup de produits possèdent un effet psychoactif (chocolat à forte dose et café par exemple), mais tous ne posent pas problème. Dans un sens plus restreint, les substances psychoactives sont celles dont l'usage peut être problématique. On classe habituellement les substances psychoactives en trois catégories : les sédatifs, les stimulants et les hallucinogènes. En dehors du cas particulier des médicaments (voir médicaments psychotropes), les termes psychotropes et psychoactifs ont la même signification.

### **Rachacha**

Résidu d'opium obtenu par transformation artisanale du pavot. Cet opiacé se présente sous forme de pâte molle de couleur marron ou rouge qui peut être fumée (voie pulmonaire) ou ingérée en décoction (voie orale). Ce produit est classé comme stupéfiant. Rave party Les rave parties rassemblent jusqu'à six mille personnes pour des soirées événementielles organisées dans de grands espaces loués pour l'occasion, voire en plein air pendant la saison estivale. L'entrée est payante et de prix variable en fonction de la programmation. Les styles de musique écoutée sont différenciés et le plus souvent, plusieurs plateaux de son et dance floors laissent le choix des genres : Trance, Jungle, Drum'n'bass, mais aussi des courants musicaux plus 'durs' comme le Hardcore et le Hard-teck.

### **Rose des bois**

Plante qui produit des graines qui contiennent, entre autres, un principe actif hallucinogène, le LSA (D-Lysergic acid amine ou ergine), proche chimiquement du LSD. Les graines sont utilisées en petites quantités par mastication, mais elles se prêtent aussi à une extraction, aisée, du LSA. Les effets induits par le LSA durent entre 6 et 8 heures. Le classement du LSA comme stupéfiant est actuellement en discussion. *Salvia divinorum* (ou sauge divinatoire) Plante appartenant aux nombreuses espèces de sauge (*salvia*). Elle doit son nom à ses effets hallucinogènes. Les feuilles fraîches de la sauge

peuvent être mâchées, chiquées ou infusées. Une fois séchées, elles peuvent être fumées (avec une pipe à eau ou mélangée avec du tabac), ou encore réhydratées et mâchées. Le principal principe actif est la salvinorine A.

**Scène ouverte de drogue**

Lieu de vente et consommation de drogues où habitants et citoyens non-consommateurs sont confrontés à l'usage et au petit trafic en public des produits illicites.

**Stimulants (ou psychoanaleptiques)**

Produit qui ont pour particularité d'augmenter l'activité psychique. Les principales substances addictogènes stimulantes sont la cocaïne (dont crack), les amphétamines (dont l'ecstasy à doses modérées). D'autres produits sont considérés comme des stimulants mineurs : caféine et nicotine par exemple.

**Structure de première ligne**

Voir CAARUD

**Stupéfiants (produits ou substances)**

Substance inscrite dans l'une des listes de stupéfiants telles qu'elles ont été définies par la Convention unique de 1971 sur les stupéfiants. Si ces derniers constituaient initialement un groupe de substances réunies par leur propriété commune à inhiber les centres nerveux et à induire une sédation de la douleur (opiacés essentiellement), ils rassemblent aujourd'hui, au sens juridique, un ensemble de produits, variables quant à leur structure, leurs propriétés pharmacologiques et leur capacité à induire une pharmacodépendance. Les critères de classement d'une substance comme stupéfiant reposent sur deux principes : son potentiel à induire une pharmacodépendance et les dangers qu'elle représente pour la santé publique.

**Surdose**

Intoxication aiguë, à l'issue parfois fatale, découlant de la consommation d'une drogue.

## Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006

### **Synthèse (drogue, produit ou substance de)**

Drogue produite artificiellement et non extraite de végétaux. Couramment, le terme de « drogues de synthèse » constitue l'appellation générique de diverses drogues spécifiquement conçues (synthétisées) pour leurs effets euphorisants, stimulants ou psychodysléptiques par exemple : LSD, ecstasy, kétamine, dérivés du fentanyl, GHB... Ces produits se présentent généralement sous la forme de comprimés ou de gélules. Teknival Rassemblement des adeptes de musique techno organisés souvent sans avec autorisation des pouvoirs publics. Un teknival (festival techno) peut durer jusqu'à sept jours et rassembler de cinq à quinze mille personnes.

### **Traitement de substitution aux opiacés**

Modalité de traitement médicamenteux d'un sujet dépendant, reposant sur l'administration d'une substance ayant une activité pharmacologique similaire à celle de la drogue addictive (l'héroïne ou un autre opiacé en l'occurrence). La substitution vise à stabiliser la consommation d'opiacés illicites ou, pour le moins, à la diminuer, à insérer le patient dans une logique de soins psychiques et physiques. En limitant ou en supprimant le manque psychique (besoin compulsif de consommer le produit illicite), elle permet d'échapper aux risques de cette consommation et offre surtout un répit qui facilite l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de vie. Depuis 1995, les médecins disposent de deux médicaments : la méthadone et la buprénorphine haut dosage. Quelques rares patients sont également traités avec des sulfates de morphine, mais il n'existe pas pour ce dernier médicament d'Autorisation de mise sur le marché. Usage récent Consommation d'une substance psychoactive au moins une fois dans les 30 derniers jours.

Forme de méthamphétamine répandue en Asie du Sud-Est.

## Liste des sigles

AAH	Allocation adulte handicapé
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
BHD	Buprénorphine haut dosage
BZD	Benzodiazépines
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue
CEIP	Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CépiDc	Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès
CIM	Classification internationale des maladies
CMU	Couverture maladie universelle
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centre de soins spécialisés pour toxicomanes
DRAME	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances
EnaCARRUD	Enquête Nationale Caarud (OFDT)
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (OFDT)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (INSERM- OFDT-MJENR)
INPES	Institut national de prévention et d'éducation à la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut de veille sanitaire
MDMA	Méthylènedioxymétamphétamine
OCTIS	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (ministère de l'Intérieur, de la Sécurité intérieure et des Libertés locales)
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OPPIDUM	Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse (CEIP)

### *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006*

OSIAP	Ordonnances suspectes indicateur d'abus et de pharmacodépendance
PRELUD	Première ligne Usagers de drogues (enquête OFDT)
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge
RMI	Revenu minimum d'insertion
SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution (Invs)
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances (OFDT)
THC	Tétrahydrocannabinol (agent actif du cannabis)
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues (OFDT)
UDIV	Usagers de drogues par voie intraveineuse
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

**Citation recommandée**

CADET-TAIROU (A.), GANDILHON (M.), TOUFIK (A.), EVRARD (I.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 - Huitième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2008, 189 p.

**Observatoire français  
des drogues et des toxicomanies**

3, avenue du Stade de France  
93218 Saint-Denis La plaine Cedex  
Tel : 01 41 62 77 16  
Fax : 01 41 62 77 00  
Courriel : ofdt@ofdt.fr

**Site Internet : [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)**

Ce huitième rapport national présente les résultats issus du fonctionnement du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) pendant l'année 2006. La synthèse figurant au début du rapport intègre pour sa part les premières observations portant sur l'année 2007.

TREND, mis en place en juin 1999, a pour objectif d'identifier et décrire l'évolution des tendances et des phénomènes émergents liés aux produits illicites ou détournés de leur usage. Ce travail permet de fournir une information précoce destinée à tous les acteurs engagés dans le champ de la toxicomanie, qu'ils soient professionnels ou usagers. Pour ce faire, le dispositif s'appuie notamment sur un réseau de sept coordinations locales en France métropolitaine, un dispositif d'observation centré sur l'étude de la composition toxicologique des produits illicites circulant en France (SINTES) ainsi que sur des partenariats avec des organismes publics relevant du domaine des substances psychoactives.

Concernant la période étudiée trois phénomènes méritent une attention particulière :

- un brouillage croissant des repères s'agissant des produits et des modes d'usage, qui tend à estomper les différences entre l'espace festif et l'espace urbain. De plus en plus de pratiques comme le sniff ou l'injection et de produits comme l'héroïne, la cocaïne ou l'ecstasy, que l'on pensait attachés spécifiquement à un univers donné, se retrouvent là où on les attendait pas. Ainsi l'injection dans certains milieux festifs ou l'usage d'ecstasy au sein de couches très marginalisées de l'espace urbain.
- le deuxième point marquant est lié au retour significatif de l'usage d'héroïne « brune », non seulement au sein des usagers précarisés mais aussi de certains usagers fréquentant l'espace festif.
- enfin, troisième élément, qui s'inscrit pleinement dans les constats établis les années précédentes, la diffusion et l'augmentation de l'usage de cocaïne dans toutes sortes de couches sociales, des plus favorisées au plus marginalisées.

Hormis ces tendances, le lecteur trouvera dans ce rapport une synthèse, pour chaque grande famille de produits, accompagnée de données quantitatives permettant d'apprécier et de mesurer leur impact sanitaire et social dans la population française.