



Les usages de drogues illicites en France depuis 1999

Vus au travers du dispositif TREND



Les usages de drogues illicites en France depuis 1999

Vus au travers du dispositif TREND



Sommaire ■

CONTRIBUTIONS	5
PRÉFACE	6
INTRODUCTION	7
LA TRANSFORMATION DES USAGES DE DROGUES LIÉE À LA DIFFUSION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS	10
<i>IMPACT SUR LA CONFIGURATION DES PRODUITS CONSOMMÉS EN FRANCE</i>	11
<i>IMPACTS SUR LA SANTÉ DES USAGERS DE DROGUES</i>	16
<i>IMPACTS SUR LA VIE SOCIALE</i>	18
<i>IMPACT SUR LE MARCHÉ DES DROGUES</i>	20
<i>CONCLUSION</i>	22
LES NOUVEAUX VISAGES DE LA MARGINALITÉ	26
<i>DIVERSIFICATION DES USAGERS</i>	26
<i>LES NOUVELLES FIGURES DE LA PRÉCARITÉ</i>	28
<i>FÉMINISATION DES PUBLICS</i>	32
<i>CONCLUSION</i>	35
L'ÉTAT DE SANTÉ DES USAGERS PROBLÉMATIQUES	38
<i>LES ACQUIS DE LA RÉDUCTION DES RISQUES</i>	39
<i>LA PERSISTANCE DE ZONES D'OMBRE</i>	42
<i>LES ÉVOLUTIONS EN COURS</i>	45
<i>CONCLUSION</i>	48

LA COCAÏNE ET LA DIFFUSION DE SES USAGES	51
<i>UNE NOUVELLE PHASE DE DIFFUSION DE LA COCAÏNE EN FRANCE</i>	51
<i>EXTENSION DES CHAMPS DE SA CONSOMMATION</i>	53
<i>CONCLUSION</i>	59
MARTINIQUE, GUYANE : LES SPÉCIFICITÉS DE L'USAGE DE DROGUES ULTRA-MARIN	62
<i>RAPPEL HISTORIQUE DU DÉVELOPPEMENT DE L'USAGE DES DROGUES</i>	62
<i>TRANSFORMATIONS DANS LES USAGES DES ANNÉES 1970 À 2000</i>	64
<i>UNE FAIBLE PRÉSENCE DES OPIACÉS</i>	67
<i>DES ÉVOLUTIONS ORIGINALES DE L'USAGE PAR RAPPORT À L'HEXAGONE</i>	68
<i>CONCLUSION</i>	71
LES « HABITUÉS » DU CANNABIS	73
<i>LES PRODUITS : ACQUISITION, ASSOCIATION, PRÉPARATION</i>	74
<i>LA DIMENSION SPATIALE ET TEMPORELLE DES CONSOMMATIONS</i>	76
<i>LES MOTIVATIONS ET LES CONSÉQUENCES DE L'USAGE RÉGULIER</i>	78
<i>CONCLUSION</i>	81
ÉVOLUTION DE LA SCÈNE TECHNO ET DES USAGES EN SON SEIN	84
<i>LA TECHNO, PLUS QU'UNE MUSIQUE, UN MOUVEMENT CULTUREL</i>	85
<i>TECHNO, TEUFEURS ET USAGES DE DROGUES</i>	87
<i>CONCLUSION</i>	93
L'ECSTASY, DE L'ENGOUEMENT À LA « RINGARDISATION »	96
<i>LES FACTEURS DE DÉVELOPPEMENT DE LA CONSOMMATION D'ECSTASY</i>	97
<i>UN DÉSENGOUEMENT PERCEPTIBLE</i>	100
<i>CONCLUSION</i>	104
LES MILIEUX FESTIFS GAYS : DES USAGES SPÉCIFIQUES ?	106
<i>LA CONSTRUCTION DE L'ESPACE FESTIF GAY COMME ESPACE D'OBSERVATION</i>	106
<i>DE L'USAGE FESTIF À L'USAGE SEXUEL</i>	108
<i>DE L'ESPACE FESTIF À L'ESPACE VIRTUEL</i>	110
<i>CONCLUSION</i>	111



« MYTHE-AMPHÉTAMINE » ET AUTRES MYTHES 114

QU'EST-CE QUE LA MÉTHAMPHÉTAMINE ? 114

À LA RECHERCHE DE LA MÉTHAMPHÉTAMINE 115

QUELLES PERSPECTIVES ? 119

CONCLUSION 120

AUTRES MYTHES AUTOUR DES PRODUITS 121

LES ÉVOLUTIONS DU PETIT TRAFIC D'HÉROÏNE ET DE COCAÏNE EN FRANCE 124

LA SITUATION DU PETIT TRAFIC D'HÉROÏNE ET DE COCAÏNE EN FRANCE
À LA FIN DES ANNÉES 1990 125

LA MONTÉE EN PUISSANCE DU PETIT TRAFIC DE COCAÏNE DEPUIS 2000 128

VERS UN « RETOUR » DE L'HÉROÏNE ? 132

CONCLUSION 135

**LES DÉPLACEMENTS TRANSFRONTALIERS LIÉS
AUX DROGUES DANS LE NORD ET L'EST DE LA FRANCE 137**

LA FIXATION DES FRONTIÈRES ET LEUR PASSAGE 137

CONCLUSION 144

ANNEXES

ORIGINE, ORGANISATION ET MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF TREND 146

Liste commentée des publications TREND 155

PARTICIPATION AU DISPOSITIF TREND DEPUIS 1999 171

GLOSSAIRE 180

SIGLES 189

À PROPOS DE L'OFDT 191

Contributions ■

Sous la direction de Jean-Michel Costes

Responsable du projet - Michel Gandilhon

Coordination rédactionnelle - Julie-Émilie Adès, Agnès Cadet-Taïrou, Michel Gandilhon.

Auteurs - Julie-Émilie Adès, Pierre-Yves Bello, Gwenaëlle Boscher, Agnès Cadet-Taïrou, Jean-Michel Costes, Jean-Michel Delile, Serge Escots, Sandrine Fournier, Michel Gandilhon, Guillaume Girard, Sandrine Halfen, Emmanuelle Hoareau, Emmanuel Lahaie, Sylvie Merle, Michel Monzel, Laurent Plancke, Anne-Cécile Rahis, Catherine Reynaud-Maurupt, Yvon Schléret, Guillaume Sudérie, Abdalla Toufik, Monique Vallart.

Annexes - Michel Gandilhon, Emmanuel Lahaie, Isabelle Michot, Valérie Mougnot.

Conception graphique - Frédérique Million

Remerciements pour leurs conseils et leur relecture - Matthieu Chalumeau (OFDT), Sylvain Dally (Hôpital Fernand-Vidal), Alain Épelboin (CNRS, Museum national d'histoire naturelle), René Fardin (Réseau addictions, Martinique), Isabelle Grémy (ORS Ile-de-France), Jérôme Lacoste (CHU Fort-de-France), Hélène Martineau (OFDT), Catherine Reynaud-Maurupt (GRVS), Guillaume Sudérie (CIRDD Midi-Pyrénées), Abdalla Toufik (OFDT).

Préface ■

Nouveaux produits, nouveaux comportements, les consommations de drogues, quoique remontant à la plus haute Antiquité, évoluent très rapidement au point de devenir parfois ésotériques pour le profane tant règnent les termes exotiques, bhang, yabaa, pikatchu... ou à défaut les anglicismes, free base, clubbing, binge... Cependant, un changement majeur est intervenu au cours de ces dernières décennies avec la modification de nos représentations et de nos priorités : la méconnaissance a fait place à un désir de comprendre bien plus efficace d'ailleurs pour la prévention et les soins.

Un observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a ainsi vu le jour qui, lui-même, a créé, en 1999, un dispositif d'étude des tendances récentes et nouvelles drogues (TREND). Le pari était risqué. D'abord parce qu'observer des usagers de produits illicites dans leurs différents contextes de consommation est complexe ; ensuite, parce que TREND est très novateur dans ses outils – il a d'ailleurs valeur de modèle au sein de l'Union européenne – en enrichissant les études épidémiologiques par une approche essentiellement qualitative.

Le pari est gagné, comme pourra s'en persuader le lecteur de ce livre. J'ai, pour ma part, retenu particulièrement le cas de l'ecstasy, produit neurotoxique qui avait suscité, à la fin des années 1990, d'autant plus d'inquiétudes, qu'il peut être assez facilement cloné par des chimistes amateurs en une multitude de dérivés aux effets imprévisibles. Les informations transmises aux décideurs par l'observatoire ont été utiles : après avoir dangereusement frôlé notre planète, l'astéroïde s'est éloigné.

Une difficulté demeure toutefois : pour décrire un mouvement, des observations successives sont nécessaires. Or, les tendances en matière de drogues mettent des années voire des décennies pour se former, ce qui entre parfois en contradiction avec le fonctionnement d'un dispositif que l'on veut particulièrement réactif... De surcroît, si l'observateur et l'observé ne se déplacent pas ensemble, la collecte d'informations subit des distorsions qui brouillent une image déjà passablement complexe. TREND serait-il dès lors condamné à l'immobilisme ? Certainement pas. Sa fonction doit être pérenne, mais sa méthodologie et ses outils doivent évoluer pour s'adapter à un paysage en constante mutation.

Sylvain Dally

Président du Collège scientifique de l'OFDT

Introduction ■

Jean-Michel Costes*, **Agnès Cadet-Tairou****, **Michel Gandilhon*****

**Directeur de l'OFDT*

*** Responsable du pôle TREND (OFDT)*

****Chargé d'études au pôle TREND (OFDT)*

Lorsqu'il est mis en place à l'OFDT en 1999, à l'initiative du plan triennal de la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) est chargé de répondre à une attente : fournir aux pouvoirs publics, dans des délais courts, des éléments de connaissance sur les phénomènes émergents – c'est-à-dire nouveaux ou non encore détectés – liés aux usages de drogues.

L'objectif est alors de compléter le système d'information existant, orienté vers la population générale, en centrant l'observation sur un nombre beaucoup plus réduit d'individus susceptibles d'appartenir à des groupes de population à forte prévalence d'usage. Dès la première année de fonctionnement, deux espaces d'observations sont distingués : l'espace « urbain » (rue, squats, structures d'accueil de première ligne) et « festif » (événements liés à la culture techno)¹. Le contexte de l'époque en matière de grandes tendances relatives à l'usage de psychotropes est marqué par le début d'un processus de diffusion des consommations de drogues de synthèse consécutives, entre autres, à l'émergence du courant musical techno et aux phénomènes de polyconsommation se développant sur fond de diversification de l'offre de produits. Les pouvoirs publics prennent acte de la profonde mutation du paysage des drogues en France à la fin des années 1990, qui voit l'usage traditionnel d'héroïne diminuer, du fait notamment de l'introduction en 1995 et 1996 des traitements de substitution à la méthadone et à la buprénorphine haut dosage, pour céder la place à des phénomènes émergents, comme la diffusion de l'usage du chlorhydrate de cocaïne, moins prévisibles, et touchant des populations et des publics nouveaux.

1. Voir descriptif de l'origine et des modalités de fonctionnement du dispositif dans les annexes, p. 146.



Depuis 1999, TREND conjugue trois types de données : celles issues de son réseau de sites locaux et du dispositif SINTES ; celles qui résultent d'investigations spécifiques sur une population ou une thématique particulière et celles en provenance de systèmes partenaires impliqués dans le champ. Cette démarche permet d'articuler de manière pertinente travaux qualitatifs et quantitatifs. Au fil des exercices, le dispositif, pour remplir sa mission, a été conduit à développer les fonctions de recueil et de synthèse des informations permettant de fournir une description plus fine des profils, des conditions de vie et des pratiques des usagers de drogues relevant des espaces d'observation privilégiés. La compréhension et la confrontation des situations locales a favorisé non seulement l'identification des évolutions, mais surtout leur compréhension. Pour ce faire, le réseau, créé au fil des ans, implique, et c'est sans doute là une de ces originalités les plus marquantes, les professionnels du champ, les acteurs institutionnels et les usagers, afin de créer une synergie sans laquelle toute connaissance du phénomène des drogues illicites ne peut rester que parcellaire voire lacunaire.

Cette position, à tous points de vue charnière, permet à TREND de documenter des évolutions décisives en matière d'usages de drogues illicites et d'éclairer systématiquement les événements qui jalonnent l'actualité du champ. À titre d'exemple récent, on citera le suivi des « nouveaux » usagers de l'héroïne ou le passage du GBL de la population festive gay aux jeunes fréquentant clubs et boîtes de nuit.

Plutôt qu'une synthèse des travaux effectués, l'exercice ici proposé, après dix ans d'activité du dispositif, consiste à présenter les transformations du paysage des drogues en France et leurs incidences éventuelles au-delà des publics initialement concernés.

Six grands thèmes transversaux majeurs, touchant à la place des produits et aux populations, ont été identifiés : les conséquences de la mise en place des traitements de substitution ; les nouveaux visages de la marginalité dans l'espace urbain ; la diffusion de la consommation de cocaïne ; l'usage régulier de cannabis ; les évolutions des consommations au sein de la scène techno ; et les transformations du trafic d'héroïne et de cocaïne.

En complément, six sujets, d'une portée moins générale mais justifiant un éclairage spécifique, ont été distingués : les problèmes sanitaires marquants associés à l'usage de drogues ; la spécificité des usages aux Antilles et en Guyane ; le désengouement pour l'ecstasy ; l'émergence du milieu festif gay ; les phantasmes liés aux drogues à travers le cas de la méthamphétamine ; et l'analyse des consommations transfrontalières.

Ces six « focus » viennent en complément des chapitres consacrés aux transformations majeures et permettent de donner un aperçu plus complet des bouleversements et des mutations dans les espaces explorés.

Ces constats mettent en lumière les apports de TREND, qui s'est révélé un instrument de connaissance précieux du monde des drogues en France. D'autant

plus qu'il a su être réactif et s'adapter aux mutations en cours en évoluant, notamment, de plus en plus vers des analyses non plus focalisées seulement sur les produits mais sur les différentes populations d'usagers de drogues dont les consommateurs socialement insérés non suivis par le dispositif de soins spécialisé. À l'heure où la diversification de l'offre de produits, le caractère extrêmement hétérogène et de plus en plus diffus des usages rendent l'appréhension du phénomène des drogues illicites particulièrement ardue, cette faculté d'adaptation est primordiale. Aujourd'hui, afin de développer une meilleure compréhension du paysage des consommations en France, l'avenir du dispositif passe par sa capacité à développer le suivi qualitatif des usages non visibles et d'ouvrir d'autres champs d'investigation comme l'espace rural ou les banlieues. Une mission complexe mais indispensable.



La transformation des usages de drogues liée à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés ■

Abdalla Toufik*, Serge Escots, Agnès Cadet-Taïrou*****

**Responsable du pôle International (OFDT)*

***Anthropologue (Institut d'anthropologie clinique)*

****Responsable du pôle TREND (OFDT)*

L'introduction des traitements de substitution aux opiacés, au milieu des années 1990, constitue un événement majeur dans l'histoire de l'usage de drogues en France et une rupture dans la conception dominante du traitement de l'héroïnomanie depuis la fin des années 1960. La diffusion de ces traitements a eu un impact sur l'ensemble de ce qui est considéré comme « le problème de la toxicomanie » en France.

Cet article a pour objectif d'analyser l'impact de cette introduction au travers de trois dimensions explorées par le dispositif TREND ces dix dernières années (1999-2009), à savoir la configuration des produits consommés en France ; la santé des usagers ; et enfin, le marché des drogues.

Le cadre de prescription des traitements de substitution aux opiacés (TSO)¹ mis en place en 1995 est structuré autour de deux médicaments : la méthadone, délivrée en CSST (Centre spécialisé de soins aux toxicomanes) et en médecine de ville, et la buprénorphine haut dosage (BHD), prescrite en médecine de ville. En 2007, le nombre de personnes remboursées par l'Assurance maladie pour une délivrance de BHD s'élève à environ 96 000, alors que celui des patients remboursés pour une délivrance de méthadone s'élève à environ 24 000, soit 20 % de personnes recevant de la méthadone sur les 120 000 remboursées pour un traitement de substitution [1].

1. Nous utiliserons le terme de TSO (traitement de substitution aux opiacés) pour désigner le cadre général de prescription, ou pour faire référence au protocole de soin qui accompagne sa prescription ; et MSO (médicament de substitution aux opiacés) lorsqu'il s'agit de désigner le produit pharmaceutique envisagé en tant que tel, indépendamment du cadre et des protocoles de prescription.

IMPACT SUR LA CONFIGURATION DES PRODUITS CONSOMMÉS EN FRANCE

L'introduction de la substitution n'a pas eu un impact homogène sur l'ensemble des produits consommés en France. Elle semble, en effet, avoir peu ou pas influencé la consommation du cannabis, des hallucinogènes et de manières différentes celle des médicaments psychotropes² non opiacés. En revanche, sur les opiacés et les stimulants, l'impact est très important.

Recomposition du paysage des opiacés et nouvelles figures de consommateurs

Depuis l'introduction des traitements de substitution, il n'est plus possible de se référer à l'évolution d'un produit opiacé sans prendre en compte celle des autres. La disponibilité accrue des médicaments de substitution, et notamment de la BHD, a contribué à modifier la place de chacun des opiacés. Ainsi, au cours des premières années qui ont suivi la mise en place du traitement, la demande d'héroïne et de Néo-Codion® (codéine) a fortement régressé, alors que celle des sulfates de morphine (Skénan®, Moscontin®) est restée constante dans un contexte où leur prescription diminuait. La disponibilité de la méthadone hors prescription médicale progressait, bien qu'elle restât très limitée.

Cette interdépendance entre opiacés est notamment remarquable pour des substances comme l'héroïne et la BHD, cette dernière semblant exercer une influence paradoxale sur la consommation d'héroïne. D'un côté, la facilité d'accès de la BHD (cadre de soin ou marché parallèle) a considérablement limité le retour à une grande disponibilité de l'héroïne. Mais, d'un autre côté, la BHD a favorisé l'accès de l'héroïne à de nouveaux consommateurs : primo usagers de BHD et ex-héroïnomanes déçus par ce médicament et à la recherche d'autres sensations. « Mis à l'abri » du syndrome de manque par la substitution, la prise d'héroïne revêt, pour le consommateur d'opiacés, un aspect plus ou moins festif voire récréatif car elle peut, désormais, devenir occasionnelle. Durant les premières années qui suivent la mise en place des TSO, les choses se passent comme si la BHD avait asséché le marché de l'héroïne tout en l'alimentant à la marge.

Si les usages de la BHD et de l'héroïne s'influencent mutuellement, les perceptions qu'ont les usagers des deux produits sont également interdépendantes. Deux principales phases ont été identifiées par le dispositif TREND.

2. En effet, les benzodiazépines étaient déjà utilisées par une partie des héroïnomanes avant l'extension des traitements de substitution. Ces dix dernières années ont vu la disponibilité de certaines molécules comme le flunitrazépam (Rohypnol®) régresser et de nouvelles comme le clonazépam (Rivotril®) augmenter et notamment parmi des usagers utilisant des médicaments de substitution. Pour autant, le flunitrazépam ayant connu une restriction de son AMM (Autorisation de mise sur le marché) en 2001, il est difficile de montrer l'impact de l'introduction des MSO sur la configuration des usages de benzodiazépines.



La première s'étend de l'introduction de la substitution jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix, pendant laquelle l'image de la BHD est plutôt positive et celle de l'héroïne plutôt négative. La seconde s'ouvre en 2000, période durant laquelle on observe une inversion de la perception entre les deux produits. Selon les dernières données disponibles, cette inversion perdure jusqu'en 2008. Le rapport TREND portant sur l'année 2000 signale : « Dans la majorité des sites, la perception du Subutex® est plutôt mauvaise ou a tendance à se dégrader. D'une part parce que beaucoup d'usagers sont conscients des risques induits par l'injection du produit en termes de santé (abcès, veinites) et d'autre part parce que le Subutex®, pour certains, accroche plus que l'héroïne et que le manque est plus difficile à supporter. Quand il fait l'objet d'une appréhension positive, le Subutex® le doit à son statut de médicament, de "drogue légale", peu chère et facile d'accès. [...] Cette amélioration en cours de l'image de l'héroïne, si elle se confirme et perdure, constituerait un phénomène nouveau méritant un suivi vigilant car elle pourrait contribuer à enclencher un nouveau cycle de diffusion de ce produit. » [2]

Trois facteurs semblent contribuer à ce « retour en grâce » de l'héroïne. Le premier serait essentiellement lié au développement de modes d'administration alternatifs à l'injection (sniff et inhalation) qui permettent de découpler la représentation de l'usage de l'héroïne de celle de la seringue. Le deuxième résiderait, pour les usagers les plus jeunes, dans la dissociation de la représentation de l'héroïne de celle, d'une part, de la contamination par le VIH et, d'autre part, de la marginalisation sociale ; l'accès aisé et rapide à des molécules opiacées de substitution qui évite à de nombreuses personnes une dégradation physique et sociale inhérente à une dépendance non maîtrisée. Le troisième tient, paradoxalement, dans son prix élevé, qui confère à l'héroïne un statut d'opiacé de luxe par comparaison au Subutex® vendu dans la rue à bas prix.

La BHD, en revanche, est considérée par de nombreux usagers comme une substance très addictive, au sevrage pénible et difficile, qui peut engendrer des dommages au cours de l'injection. Ce produit, enfin, est souvent assimilé à une *drogue de rue*, ce qui entraîne une disqualification croissante et une dévalorisation des consommateurs tant à leurs propres yeux qu'à ceux des autres usagers.

Par contraste, tout au long de cette même période, la méthadone conserve une image globalement positive auprès des usagers. Dans cette représentation positive, les usagers mettent en avant tant son efficacité contre le manque physique et psychique que le protocole plus rigoureux par lequel est organisée sa délivrance. Ces deux aspects renforcent son statut de médicament. Par ailleurs, sa moindre disponibilité sur le marché parallèle, contrairement à la BHD, fait de la méthadone un produit dont l'image est associée à des usagers plus intégrés socialement.

L'introduction des TSO, et notamment de la BHD, a largement influencé l'usage d'un autre opiacé, légal cette fois : le Néo-Codion®. Ce médicament disponible sans ordonnance a constitué pendant presque trois décennies, le

produit de *dépannage* des héroïnomanes. Depuis l'apparition du Subutex®, en dépit de quelques avantages comparatifs comme son prix et son accessibilité, les ventes de Néo-Codion® ont baissé de façon très significative, passant de douze millions de boîtes en 1996 à six millions en 2001 [3]. La saturation du marché des opiacés par le Subutex® est, du moins partiellement, responsable de cette désaffection.

La désaffection à l'égard du Néo-Codion® résulte d'un choix conscient des usagers. L'élargissement de l'offre de prescription de produits de substitution a progressivement réduit l'attrait pour ce médicament. Son usage n'a pas complètement disparu pour autant, et trois types de situations ont été observées : anciens héroïnomanes, plutôt âgés, socialement intégrés, qui consomment du Néo-Codion® dans le cadre d'une autosubstitution ; usagers très marginalisés qui l'utilisent faute d'héroïne ou de Subutex® ; et enfin, polyconsommateurs de tous médicaments psychotropes.

S'agissant des sulfates de morphine (Skénan®/Moscontin®), l'impact des TSO est indirect. Plus d'une décennie après leur introduction, les sulfates de morphine restent encore très appréciés par certains usagers. Mais la conséquence directe de leur exclusion de la liste des MSO et des mesures de restriction des prescriptions³, affecte leur disponibilité et leur accessibilité.

Les nouveaux visages des consommateurs d'opiacés

Trois ans après la mise en place du cadre des TSO, le dispositif TREND constate, simultanément, une désaffection de la consommation d'héroïne chez les anciens héroïnomanes [4] et une mutation profonde du profil des consommateurs d'opiacés. À mesure que la figure classique de l'héroïnomanes, injecteur et dépendant, disparaissait de nouvelles figures du consommateur d'opiacés apparaissaient. Entre 1999 et 2008, le dispositif en a identifié cinq principales [2-13] :

- *l'hybride*, mêlant à la fois consommation d'héroïne et prise de MSO. Cette figure est composée en partie de ceux pour lesquels le produit principal reste toujours l'héroïne, la BHD n'intervenant que comme substance de « régulation » en cas de manque ou de pénurie ; et en partie de ceux pour lesquels l'héroïne est l'objet d'une consommation épisodique, régulée et maîtrisée. Dans ce cas, la consommation peut être planifiée en fonction des revenus par exemple, ou opportuniste au gré des rencontres.
- Le « *primo usager* de Subutex® », identifié dès 2001⁴, pour lequel la BHD constitue la porte d'entrée dans l'usage d'opiacés et parfois dans la dépendance. Ainsi, certaines personnes deviennent dépendantes aux opiacés en utilisant

3. Note de la DGS (Direction générale de la santé) de juin 1995 imposant aux médecins la demande d'un accord préalable du médecin-conseil de la CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie).

4. Cette problématique a été reprise et conceptualisée par Escots et Fahet (2004) dans le cadre d'une étude spécifique de TREND.



d'abord, et parfois uniquement, de la BHD. Elles forment une population hétérogène, plutôt jeune, aux conditions de vie souvent précaires. Il s'agit d'une population de jeunes « errants » ou « nomades » et de personnes originaires d'Europe de l'Est et du Maghreb, notamment [8]. Mais le primo usage ou la primo dépendance à la BHD ne relèvent pas que de ces seules situations [14]. Les contextes festifs, l'incarcération, la relation conjugale ou amicale, y compris parmi des publics insérés socialement, peuvent fournir aussi des possibilités de démarrer un primo usage de BHD. L'usage non substitutif de BHD s'explique par sa grande disponibilité sur le marché parallèle, la modicité de son prix et ses propriétés pharmacologiques. Parmi les 448 personnes participantes à l'enquête « première ligne, 2003 » ayant consommé de la BHD au cours du mois écoulé, 13 % (59 personnes) déclaraient ne pas avoir consommé d'héroïne plus de 10 fois au cours de leur vie [9].

■ *L'ex-consommateur de BHD revenant à l'héroïne* : ancien héroïnoman qui a utilisé la BHD pendant une période (parfois plusieurs années) et qui se tourne à nouveau vers l'héroïne. Ces transferts résultent le plus souvent d'une certaine lassitude à l'égard de la buprénorphine haut dosage en raison de ses effets secondaires, de la crainte du sevrage et, enfin, de l'image stigmatisée du toxicomane à la BHD.

■ *Le nouveau consommateur d'héroïne de l'espace festif* : il s'agit de jeunes ayant recours à l'héroïne essentiellement pour réguler la prise de stimulants. L'étude de Catherine Reynaud-Maurupt [15] sur les consommations de substances psychoactives dans l'espace festif « électro » montre qu'en 2005, parmi les personnes rencontrées en milieu festif techno, 26 % 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).

Dans l'espace festif et le milieu des free parties notamment, le recours à ce produit a été favorisé, pour une nouvelle génération d'usagers, par une appellation moins connotée (« rabla⁵ »), peu ou pas connue de ces nouveaux consommateurs. Forger cette nouvelle appellation faisait probablement partie d'une stratégie de marketing, de la part des dealers, visant à donner une image plus rassurante d'un produit stigmatisé et dont la consommation dans ce milieu, jusqu'à la fin des années 1990, était taboue. À cela s'ajoute pour l'héroïne, l'adoption de modes d'administration valorisés dans cet espace. Les consommateurs ont pris conscience de la possibilité d'un usage « récréatif » de ce produit, principalement associé jusqu'alors à l'injection et à l'image dégradante du *junkie*. Enfin, il y a la définition d'une fonction bien identifiée : dans l'espace festif techno l'héroïne est rarement utilisée⁶ pour elle-même, mais

5. Dérivé du mot « ghabra », poudre en arabe.

6. Quoique de plus en plus fréquemment.

comme une substance de régulation, destinée à accompagner la descente de stimulants (cocaïne, crack, speed, ecstasy) et, dans une moindre mesure, d'hallucinogènes (LSD).

Le *nouveau consommateur d'héroïne de l'espace urbain*⁷ : jeunes en grande précarité sociale (« errance », « nomadisme »), évoluant aux frontières de l'espace festif et de l'espace urbain ; nouveaux arrivants en France provenant principalement d'Europe centrale et orientale, également en grande difficulté sociale ; usagers mieux intégrés sur le plan social que les deux groupes précédents, qui ont commencé, dans un cadre festif, un usage d'héroïne dont ils ont perdu le contrôle. Plus récemment, en 2008, se sont ajoutés des groupes minoritaires de personnes très insérées socialement, jeunes (souvent moins de 25 ans) qui, contrairement aux usagers du milieu festif, prennent de l'héroïne plutôt pour ses effets propres que pour réguler ceux d'autres substances.

Une dynamique, opiacés, cocaïne-crack, renouvelée

Les observations réalisées au fil des ans par le dispositif TREND ont régulièrement mis en évidence une augmentation constante de l'usage de cocaïne [16] parmi les personnes sous méthadone ou BHD [2, 14, 17, 18]. Un ensemble de raisons ont concouru à cet état de fait : une lassitude par rapport aux effets attendus des MSO, une disponibilité et une accessibilité accrues de la cocaïne, et une pharmacodynamique des produits, qui permet des associations régulatrices dans les deux sens (opiacés > cocaïne et cocaïne > opiacés). Subutex® et méthadone sont utilisés avec les stimulants (cocaïne et crack) de manière similaire à l'héroïne, avec l'avantage d'être moins chers et plus accessibles : les deux produits jouent le rôle de régulateur initialement tenu par l'héroïne (*speed-ball*⁸), pour adoucir la descente. Les prises de cocaïne et de médicaments de substitution peuvent être simultanées, séquentielles ou en alternance dans la même journée. Quand il s'agit du crack, les MSO aident à calmer l'angoisse que sa consommation engendre. En outre, la cocaïne fumée ou injectée procure un « flash » inaccessible avec les médicaments de substitution. Ainsi, pour un certain nombre de personnes utilisant un MSO ou en difficulté avec leur TSO, ou se livrant à un usage non substitutif, notamment de BHD [14], la cocaïne est parfois devenue l'occasion d'un nouvel usage problématique ou d'une addiction. À l'inverse, l'utilisation de MSO (notamment la BHD), dans une tentative de gestion d'un usage problématique de cocaïne souvent fumée ou injectée, peut induire une dépendance opiacée secondaire. C'est le cas chez des consommateurs de crack en France hexagonale [19].

7. Voir le chapitre suivant sur « Les nouveaux visages de la marginalité », p. 26.

8. Mélange d'héroïne et de cocaïne.



IMPACTS SUR LA SANTÉ DES USAGERS DE DROGUES

L'impact des TSO sur la santé des usagers sera évalué en fonction des données disponibles à l'échelle nationale. Si incomplètes qu'elles soient, elles donnent néanmoins un aperçu de cet impact, qui dépasse largement ce que ces données permettent d'apprécier.

L'impact, positif comme négatif, sera considéré à travers les thèmes les mieux développés par le dispositif TREND au cours de ses 10 ans de fonctionnement : infections au VIH et au VHC⁹ ; autres pathologies somatiques inhérentes aux pratiques d'injection intraveineuses ; mortalité par surdose ; addiction aux traitements de substitution ; aspects sanitaires et sociaux.

Infection au VIH et au VHC

De 1970 à 1995, l'injection a été en France le mode dominant d'administration de certains produits illicites chez les usagers problématiques de drogues, notamment les produits opiacés. Bien que la sérologie VIH déclarée soit passée de 20 % en 1996, à la veille de l'introduction des TSO [20], à 7,3 % dix ans après en 2006 [21], ce recul ne peut être attribué au seul impact de ces traitements. Il ne peut être apprécié qu'en tenant compte de l'ensemble des actions de réduction des risques introduites en France depuis la fin des années quatre-vingt.

En effet, la majorité des personnes ayant recours à l'injection vont adopter des conduites nouvelles réduisant les risques de contamination par le VIH et permettant une diminution des nouveaux cas de sida, sans toutefois parvenir à contenir l'épidémie de contaminations par le virus de l'hépatite C.

À partir de 1996, le développement des TSO va favoriser rapidement le changement et contribuer à maintenir sur le long terme les comportements de prévention acquis.

Dès 2003, le dispositif TREND était en mesure d'émettre l'hypothèse d'une possible diminution de la part des injecteurs parmi les usagers problématiques, notamment d'héroïne [9]. En 2008, seuls 20 % des usagers des structures de première ligne (CAARUD) qui ont consommé de l'héroïne au cours du mois précédent en prennent quotidiennement [21]. Pour les injecteurs dépendants aux opiacés, la suppression du syndrome de manque grâce aux traitements de substitution, peut limiter la fréquence des recours à l'injection. Ainsi, les pratiques d'injections pluriquotidiennes couramment observées, avant la mise en place des TSO, sont moins fréquentes, diminuant mécaniquement l'incidence de l'injection et les risques qui lui sont associés.

En outre, et c'est un des faits marquants de l'introduction massive des TSO, on peut remarquer que pour les usagers ayant commencé l'héroïne après 1996, la période de dépendance est fortement raccourcie. Le travail mené par le GRVS

9. Voir le focus consacré à ces deux pathologies chez les usagers problématiques, p. 38.

[22] montre que les personnes substituées ont bénéficié d'un TSO après une durée de consommation d'héroïne comprise entre un mois et deux ans. La majorité ayant été substituée après six mois de consommation d'héroïne. Le bénéfice de ces traitements administrés rapidement semble important pour plus de la moitié des personnes substituées. En effet, ils opèrent une sortie de la dépendance à l'héroïne plus « précoce » que leurs pairs des générations précédentes qui connaissaient en moyenne, une durée de dépendance d'une dizaine d'années.

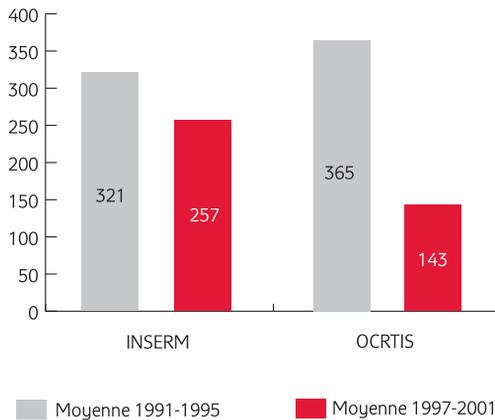
Mortalité par surdose

L'impact positif le plus spectaculaire porte sur la mortalité par surdose. Deux sources indépendantes (INSERM et OCRTIS) confirment cette baisse. La comparaison de la moyenne annuelle des cas de surdose enregistrés au cours des cinq années précédents l'introduction du traitement de substitution en 1996 (1991-1995) à celles des cinq premières années consécutives à cette introduction (1997-2001) montre une baisse significative de l'ordre de 20 % pour la première source et de 61 % pour la seconde.

Toutefois, à la différence de la baisse très prononcée de la mortalité par sida chez les usagers de drogues liée à l'introduction des trithérapies, « *il est plus difficile d'attribuer la baisse des surdoses à une cause unique* ».

Toutefois, si la relation de cause à effet entre l'introduction des TSO et la baisse des surdoses est difficile à démontrer, il est néanmoins légitime de faire le rapprochement entre les deux phénomènes [23].

Figure 1 - Comparaison des moyennes des cas annuels de surdose enregistrés par l'INSERM et l'OCRTIS avant (1991-1995) et après (1997-2001) l'introduction des TSO en France



Impacts sur la consommation d'autres substances chez les usagers de MSO

Plusieurs études mettent en évidence un moindre recours aux substances illicites et aux benzodiazépines chez des patients en TSO, et notamment pour ceux qui s'inscrivent dans un protocole. Une étude observationnelle rétrospective, réalisée en 1999-2000 dans trois régions (Île-de-France, Alsace, Aquitaine),



auprès de 665 patients bénéficiant d'un TSO et suivis en médecine de ville [24], a montré une réduction de la consommation de l'ensemble des substances psychoactives, 6 mois après le début du traitement. Les auteurs soulignent qu'à 28 mois en moyenne après l'initiation du traitement, cette réduction se poursuivait. Cette réduction concernait l'héroïne, les autres opiacés, les stimulants comme la cocaïne ou le crack, mais aussi, dans une moindre mesure, l'alcool.

IMPACTS SUR LA VIE SOCIALE

Au-delà des conséquences spécifiques en lien direct avec l'usage de drogues (consommations, usages problématiques, addictions, morbidités liés aux modes d'administration, surdoses, etc.) MSO et TSO ont eu un impact sur la santé et la vie sociale des usagers. Différents travaux permettent d'apprécier les aspects positifs de l'introduction des TSO de ce point de vue. L'article de synthèse de Costes et al [25] fait le bilan de ces impacts sur l'ensemble de la vie des usagers à partir des travaux disponibles.

Une meilleure insertion sociale

S'il ressort de ce bilan une amélioration globale de « l'insertion » socio-sanitaire des usagers grâce au TSO, celle-ci est inégale selon les études, les profils sociaux des usagers, et le type de démarche dans lequel ils s'inscrivent (protocoles de traitement ou en dehors). Des améliorations sont perceptibles sur le plan du logement, de l'activité professionnelle, de l'accès aux droits et aux soins, de la vie familiale, sociale et relationnelle, qui se voient confirmées dans les enquêtes qui renseignent la perception des usagers sur leur qualité de vie, comme celle de AIDES parue en 2002 [26]. L'étude observationnelle rétrospective de Bilal *et al.* [24], montre que la proportion de patients ayant un travail rémunéré, un logement personnel ou bénéficiant d'une protection sociale a augmenté après la mise en route du TSO. Alors que les durées d'hospitalisation pour des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives et le nombre moyen de condamnations par année a diminué. Après avoir débuté le traitement, les réseaux socio-familiaux des usagers évoluent, ils passent moins de temps libre avec des personnes qui rencontrent des problèmes avec l'alcool ou des drogues illicites.

Problèmes liés au « mésusage »

Les principaux impacts négatifs de l'introduction des TSO sont essentiellement liés à des pratiques de « mésusage » de ces médicaments. L'injection de BHD a été, et reste la pratique la plus préoccupante. En effet, l'impact sur les anciens usagers d'héroïne injecteurs est paradoxal : alors que l'accès à un TSO signifie pour certains l'arrêt de l'injection, pour d'autres, c'est la BHD qui va prendre le relais de l'héroïne comme produit principalement injecté.

Certains injecteurs ne parviennent pas à renoncer à ce mode d'administration et s'injectent tout ou partie de leur traitement par BHD. D'autres disent ne pas supporter le goût « amer » de la BHD prise par voie sublinguale [7, 14]. Un troisième groupe considère que les effets ressentis lors de l'injection sont plus « agréables ». En 2008, l'injection de ce produit a été pratiquée par 56,4 % des usagers récents de BHD rencontrés dans les CAARUD [21].

L'injection de BHD a engendré de nouveaux problèmes de santé. Dès 2001, le dispositif TREND identifie, chez les injecteurs de BHD, l'augmentation du nombre de cas caractérisés par le gonflement des mains et des deux côtés des deux avant-bras¹⁰, nommés parfois « gant de boxe » ou « syndrome de Popeye » [7]. L'enquête « première ligne » 2003 de TREND a démontré que la probabilité de présence d'abcès ou de ces gonflements est deux fois plus élevée chez les personnes s'injectant de la BHD que chez celles s'injectant d'autres produits au cours du mois écoulé, soit respectivement 31 % vs 19 % et 44 % vs 26 % [9].

Autre aspect que l'on peut considérer négatif : un pourcentage non négligeable des personnes substituées perçoit les MSO comme plus problématiques que l'héroïne elle-même. En 2008, la BHD apparaît comme le premier produit problématique aux usagers interrogés dans les CAARUD. Elle est en effet citée comme telle par 22,1 % des usagers de ces structures [21]. Pour 6,2 % des patients suivis dans les Centres de soins spécialisés (CSST) en 2007, le produit posant le plus de problème est un MSO¹¹ (plutôt la buprénorphine).

Comme on l'a vu, différents travaux tendent à montrer que le recours à un TSO a un impact sur la consommation d'autres substances. Toutefois, la question de l'effet des TSO sur la consommation d'alcool se distingue des produits illicites. Ainsi, dans différentes études, la réduction de la consommation semble plus nette pour les autres substances que pour l'alcool. Il est parfois suggéré que les TSO pourraient favoriser un accroissement de la consommation ou de la dépendance à l'alcool. De fait, les consommations problématiques ou l'alcoolodépendance observées parmi les usagers des structures de soins ou de première ligne sont significatives chez ceux qui bénéficient d'un MSO. Ainsi, le dispositif TREND note que « *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'utilisent "pour se défoncer" ou réguler une autre consommation uniquement et 45 % de ceux qui en ont un usage mixte* » [12]. Pour la méthadone, une analyse bibliographique internationale [27] concluait à l'absence de modification dans les

10. Une des explications de ces manifestations serait que l'amidon de maïs présent dans les comprimés de Subutex® provoquerait un blocage des petits réseaux veineux et entraînerait une inflammation chronique des tissus et du réseau lymphatique. Ces manifestations sont généralement bilatérales puisque les usagers s'injectent des deux côtés. Ces œdèmes seraient extrêmement longs à résorber.

11. Données non publiées du dispositif RECAP de l'OFDT.



comportements de consommation plutôt qu'à une augmentation de la consommation d'alcool après initiation du TSO¹². Quoiqu'il en soit des propriétés intrinsèques des MSO, on observe encore fréquemment, parmi leurs usagers, une morbidité et une mortalité liées à l'usage problématique d'alcool.

Enfin, si la mortalité par surdose d'héroïne s'est considérablement réduite ces dix dernières années, on a vu apparaître, dans le même temps, des décès liés à la méthadone et à la BHD [25]. Phénomène qui n'est pas exactement quantifiable dans le cadre actuel des recueils de données, et pour lequel l'attribution du rôle causal du MSO est rendue difficile par les consommations associées très souvent présentes, notamment des benzodiazépines. Cependant, si le risque lié au détournement de méthadone apparaît patent, celui associé à l'injection de BHD apparaît tout de même comme considérablement moindre que celui présenté par l'injection d'héroïne [28].

IMPACT SUR LE MARCHÉ DES DROGUES

Dès sa première année d'existence (1999), le dispositif TREND a pu observer l'impact considérable de la mise en place de la substitution sur le marché de l'héroïne [4]. Le large accès aux MSO a progressivement réduit la rentabilité du deal de rue d'héroïne et a désorganisé son système de petit trafic de rue.

Cette désorganisation s'est traduite dans les données de l'OCRTIS. À partir de 1996, en effet, les interpellations pour usage d'héroïne diminuent constamment. Par rapport à 1995, l'année 2000 enregistre une baisse de 64 % des interpellations ; le nombre de saisies de moins de 5 g (correspondant probablement au petit trafic de rue) chute presque de moitié (47 %) [2].

En effet, à mesure que la configuration classique du trafic de proximité « monopolaire » axé sur l'héroïne s'estompe, une configuration « multipolaire » apparaît lentement. L'héroïne, comme la cocaïne et le Subutex®, ne sont plus qu'un « pôle » parmi d'autres. Plusieurs évolutions sont alors notoires :

- l'abandon de la vente sur l'espace public au profit de l'espace privé (domicile, appartements) moins risqué. Ainsi, pour avoir accès au produit, l'acheteur consacre souvent plus de temps et/ou fait appel à des intermédiaires et/ou s'adresse à des vendeurs confinés dans l'espace privé ;
- la reconversion des vendeurs traditionnels d'héroïne dans la vente de cocaïne et d'autres substances, contribue à une forte réduction de son accessibilité¹³ ;
- l'établissement d'un rapport de force plus équilibré avec les revendeurs. Les usagers subissent moins leur emprise. Ils sont donc en position plus favorable pour négocier un produit de meilleure qualité à moindre prix ;

12. Il s'agissait plutôt de méthadone.

13. Sur cette question, voir le chapitre consacré aux « évolutions du petit trafic d'héroïne et cocaïne en France », p. 124.

■ enfin, la mise en place d'une forme de vente « occasionnelle » sur une courte période, en général, celle qui suit le début du mois (versement des prestations sociales). Cette modalité de vente constitue une adaptation au changement des modes de consommation des anciens clients réguliers devenus substitués et consommateurs occasionnels d'héroïne dans des finalités festives.

Pendant une décennie, cette situation a peu changé. À partir de 2004, et plus particulièrement depuis 2006, la disponibilité de l'héroïne a augmenté ; du trafic de rue apparaît de nouveau à petite échelle, sans aucune comparaison cependant, avec la période antérieure à 1996.

Naissance d'un marché parallèle de la BHD

Les données collectées dans le cadre de TREND au cours des 10 dernières années confirment le développement d'un marché parallèle important de la BHD et plus anecdotique de méthadone¹⁴ [2,13]. Tout au long de cette période, cette dernière est restée rare ou peu disponible sur le marché parallèle. Contrairement aux ventes de Subutex®, qui peuvent être l'œuvre de petits trafiquants non-usagers, la méthadone vendue provient presque exclusivement de stocks et de surplus accumulés par des patients substitués qui, pour diverses raisons, ne consomment pas la totalité des doses qui leur ont été prescrites et délivrées. Lorsqu'elle est disponible, elle est plus souvent échangée dans le cadre d'une économie de troc plutôt que marchande.

Dès l'année 2000, le Subutex® était décrit comme étant disponible et accessible au marché parallèle car ne nécessitant pas le recours à des intermédiaires dans la plupart des sites de surveillance du dispositif TREND [4]. Toutefois, à sa naissance, le petit trafic de proximité de Subutex® n'était pas particulièrement structuré (à l'exception de Paris) : dans la plupart des cas, il était l'œuvre des usagers eux-mêmes, qui écoulaient une partie de leur prescription, en la vendant ou la troquant contre d'autres produits (cocaïne).

À partir de 2001, le dispositif TREND observe l'apparition de petits trafiquants non-usagers (Paris et Marseille) [7]. Et à partir de 2002, il constate l'apparition de petites scènes ouvertes de Subutex®, dans lesquelles vendeurs et usagers se rencontrent aisément sans avoir recours à des intermédiaires. La vitalité du marché parallèle de BHD avait plusieurs causes : la facilité de l'accès à des prescriptions auprès de certains médecins ; une demande soutenue par une population très marginalisée, notamment de migrants, qui n'a pas ou ne souhaite pas avoir accès au système de soins ; l'insatisfaction de certains concernant le dosage du traitement, qui le complètent en s'approvisionnant dans la rue ; une offre abondante due à l'impécuniosité fréquente de la population en traitement. Ainsi, nombre de personnes revendent une part de leur traitement pour améliorer l'ordinaire ou pour se procurer d'autres substances [5].

14. S'il existe un marché parallèle de la méthadone, celui-ci, au fil des ans, s'est avéré marginal. Il se limite le plus souvent à des « dépannages » entre usagers. C'est une des raisons pour lesquelles, la méthadone, contrairement à la BHD, conserve son statut de médicament.



Entre 2000 et 2004, la disponibilité est telle que le prix médian estimé d'un comprimé de 8 mg de Subutex® au marché noir a été divisé par deux, passant de 6 € en 2000 à 3 € environ en 2004. À Paris, il baisse jusqu'à atteindre 1,50 € le comprimé. À cette époque, le Subutex® devient ainsi moins cher au marché noir qu'en pharmacie.

Le trafic de la BHD fonctionne alors selon deux modalités : une activité diffuse de « petite revente » par des patients traités qui s'assurent ainsi un petit revenu ; et une activité de « recueil » et de revente par un nombre réduit de personnes (pas nécessairement en traitement).

On estime, à la fin de l'année 2002, que les quantités revendues dans ce cadre représentaient entre 21 et 25 % des doses prescrites, avec des disparités importantes entre sites (et un maximum de 40 % à Paris) [29, 30].

Les contrôles successifs des CPAM (Caisses primaires d'assurance maladie) visant à identifier les trafiquants et à surveiller plus étroitement les patients recourant à plusieurs prescripteurs ou recevant une dose moyenne importante (supérieure à 32 mg), ainsi qu'à repérer certains prescripteurs jugés abusifs, modifient cette situation à partir de 2006. De fait, la part des bénéficiaires d'un remboursement de BHD recevant des doses supérieures à 32 mg, estimée à 6 % en 2002, est tombée à 2 % en 2006, puis à 1,6 % en 2007 [1, 31].

Ces mesures restrictives se heurtent au développement de nouvelles modalités d'approvisionnement destinées uniquement à alimenter le marché parallèle : recours au vol ; « location » de cartes Vitale ; missionnement par des dealers de différentes personnes (« mules ») auprès de médecins pour obtenir des prescriptions de BHD ou auprès de médecins hors département de résidence, afin que les CPAM (non connectées entre elles informatiquement) ne puissent détecter les prescriptions multiples (Rapport TREND 2009). Ainsi, même si le prix du comprimé a remonté (entre 5 et 6 € en 2008) le deal de rue de BHD est toujours observable.

CONCLUSION

L'introduction des traitements de substitution aux opiacés en France, au milieu des années 1990, a constitué une rupture avec les paradigmes qui avaient structuré le dispositif de soin aux toxicomanes. De fait, il ne s'agissait pas seulement de la mise sur le marché de MSO, mais de l'affirmation de la réduction des risques dans la politique publique de lutte contre les toxicomanies. Le contexte d'épidémie de sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse a largement contribué à ce changement. Cet élément est important, car à la différence d'autres pays, pour qui l'introduction des TSO n'était pas liée à l'épidémie de VIH mais aux conceptions dominantes en matière de dispositifs de traitement des toxicomanes, les débats qui précédèrent et accompagnèrent leur mise en place en France ont amalgamé ces deux dimensions. Ainsi, le cadre

des TSO « à la française » qui privilégia la BHD, considérée comme plus sûre dans son utilisation que la méthadone, par une délivrance en médecine de ville pour en faciliter l'accès, allait pour une part importante contribuer à façonner l'ensemble des phénomènes qui ont influencé le champ de l'usage de drogues et des toxicomanies.

Le bilan contrasté de la politique française, du fait d'impacts apparemment paradoxaux, peut être relativisé si l'on veut bien considérer plusieurs paramètres dont certains relèvent de phénomènes situés tant au niveau global que local. Ainsi, la demande contemporaine de *drogues* propres aux sociétés modernes peut transformer en usage de drogues toute nouvelle molécule qui aurait quelques propriétés pharmacologiques spécifiques et des vecteurs culturels aptes à en assurer la diffusion. Pour ce qui concerne la BHD, plusieurs facteurs sont à prendre en compte : son effet pharmacologique chez un sujet naïf ou peu sensibilisé aux opiacés ; la possibilité de l'injecter dans un contexte où cette pratique, en dehors du cadre médical, symbolise la toxicomanie ; son statut de substitut de l'héroïne qui en fait un équivalent symbolique dans l'imaginaire collectif ; et enfin, sa large accessibilité de par son mode de délivrance, ont créé les conditions pour faire de ce médicament une drogue.

En outre, les propriétés pharmacologiques de la buprénorphine n'interdisent pas l'utilisation de la cocaïne, dont l'association aux opiacés est valorisée depuis longtemps par les usagers de drogues. La disponibilité et le faible coût de la BHD ont multiplié les possibilités de ce double usage aux dynamiques pharmacologiques, psychologiques et sociales, favorisant chez les usagers des phénomènes de dépendances croisées.

En revanche, la diminution des contaminations à VIH et de la marginalisation bien souvent inéluctable des consommateurs d'héroïne par voie injectable, phénomènes qui apparaissaient comme une série de problèmes insolubles dans les années 1990, est dans tous les cas un résultat positif de la politique de réduction des risques dans laquelle s'inscrivent les TSO.

Pour autant, des aspects sanitaires et sociaux préoccupants demeurent, une fois ces problèmes résolus, comme les taux de contamination au VHC ou le développement de nouvelles formes de toxicomanies. Pour faire face à ces nouveaux problèmes, une compréhension du nouveau contexte créée par l'introduction des TSO et l'analyse des points forts et des limites de cette politique qui a rendu possible ces avancés, pourrait permettre de poser les bases des orientations à venir.



Références bibliographiques

- [1] CANARELLI (T.), COQUELIN (A.), « Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés - Premiers résultats d'une analyse de données de remboursement concernant plus de 4 500 patients en 2006 et 2007 », *Tendances* n° 65, OFDT, 2009.
- [2] BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, Rapport TREND*, OFDT, Paris, 2001.
- [3] BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001, Rapport TREND*, tome I, OFDT, Paris, 2002.
- [4] TOUFIK (A.), SARRADET (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, Rapport TREND*, OFDT, Paris, 2000.
- [5] BELLO (P.-Y.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, Quatrième rapport national du dispositif TREND*, Paris, OFDT, 2003.
- [6] BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), « Phénomènes émergents liés à l'usage de drogues », *Tendances* n° 15, OFDT, 2001.
- [7] BELLO (P.-Y.), et al., « Phénomènes émergents liés à l'usage de drogues en France en 2001 », *Tendances* n° 23, OFDT, 2002.
- [8] BELLO (P.-Y.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004 - Sixième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis La Plaine, OFDT, 2005.
- [9] BELLO (P.-Y.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003 - Cinquième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis La Plaine, OFDT, 2004.
- [10] CADET-TAÏROU (A.), et al., « Huitième rapport national du dispositif TREND », *Tendances* n° 58, OFDT, 2008.
- [11] CADET-TAÏROU (A.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005 - Septième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis La Plaine, OFDT, 2007.
- [12] CADET-TAÏROU (A.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 - Huitième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis La Plaine, OFDT, 2008.
- [13] GANDILHON (M.), et al., « Septième rapport national du dispositif TREND », *Tendances* n° 52, OFDT, 2006.
- [14] ESCOTS (S.), FAHET (G.), *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage : investigation menée en France en 2002-2003*, Saint-Denis La Plaine, OFDT, 2004.
- [15] REYNAUD-MAURUPT (C.), *Les pratiques et les opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif « Musique Électronique » - Étude de faisabilité d'une enquête « en population cachée » à partir d'un plan de sondage ethnographiquement raisonné*, Saint-Denis La Plaine, OFDT, 2007.
- [16] TOUFIK (A.), « Diffusion des drogues de synthèse en France », in *Drogues et toxicomanies, Indicateurs et tendances*, Paris, OFDT, 1999.
- [17] BELLO (P.-Y.), et al., « Tendances récentes et nouvelles drogues en France en 2002 - Résultats du quatrième rapport national », *Tendances* n° 31, OFDT.
- [18] BELLO (P.-Y.), et al., « Phénomènes émergents liés à l'usage de drogues en France en 2003 - Principaux résultats du cinquième rapport national », *Tendances* n° 40, OFDT, 2004.

- [19] ESCOTS (S.), SUDERIE (G.), *Usages problématiques de cocaïne/crack, Quelles interventions pour quelles demandes ?* À paraître, OFDT.
- [20] IREP, *Étude Multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le vih et les virus de l'hépatite*, 1996.
- [21] TOUFIK (A.), et al., « Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD - Profils et pratiques des usagers de drogues à partir de l'Enquête nationale « usagers » des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques », *Tendances* n° 61, OFDT, 2008.
- [22] REYNAUD-MAURUPT (C.), VERCHERE (C.), *Les nouveaux usages de l'héroïne*, Paris, OFDT, 2003.
- [23] LOPEZ (D.), MARTINEAU, (H.), « Mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack », *Tendances* n° 36, OFDT, 2004.
- [24] BILAL (S.), et al., « Traitements de substitution aux opiacés et vie sociale », *Annales de médecine interne*, 154 (hors série II), 2003.
- [25] COSTES (J.-M.), et al., « Du point de vue de la santé publique, quels sont les résultats positifs que l'on peut attribuer aux traitements de substitution aux opiacés en termes de prise en charge médicale, psychologique et sociale des usagers et quels sont leurs effets défavorables ou non souhaités (mésusages...) ? » *Alcoologie et Addictologie* n° 26, 2004.
- [26] AIDES, *Attente des usagers de drogues concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés*, Paris, 2002.
- [27] SRIVASTAVA (A.), « The effect of methadone maintenance treatment on alcohol consumption : A systematic review », *Journal of Substance Abuse Treatment* n° 34, 2008.
- [28] AURIACOMBE (M.), *Death attributable to methadone versus buprénorphine in France*, JAMA, 2001.
- [29] CADET-TAÏROU (A.), CHOLLEY (D.), *Approche régionale de la substitution aux opiacés à travers 13 sites français, 1999-2002, Pratiques et disparités régionales*, Paris, 2004.
- [30] 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* n° 37, OFDT, 2004.
- [31] CADET-TAÏROU (A.), CHOLLEY (D.), *Approche régionale de la substitution aux opiacés 1999-2002 : pratiques et disparités à travers 13 sites français*, OFDT, Saint-Denis, 2004.



Les nouveaux visages de la marginalité ■

Anne-Cécile Rahis*, **Agnès Cadet-Taïrou****, **Jean-Michel Delile*****

**Coordinatrice du site de Bordeaux (TREND)*

***Responsable du pôle TREND (OFDT)*

****Psychiatre (CEID), coordinateur du site de Bordeaux (TREND)*

La figure du « junkie héroïnomanie », considéré comme l'incarnation de la déchéance sociale, a longtemps représenté dans l'esprit du public l'image par excellence de l'usager de drogues. Même si aujourd'hui cet archétype n'a plus vraiment sa place dans la réalité, il survit, encore, non seulement dans les représentations de l'opinion mais aussi dans la structuration de l'actuel dispositif de soins spécialisé en addictologie.

Le dispositif TREND, centré en priorité sur les populations à forte prévalence d'usage, est bien placé pour témoigner du caractère caricatural de ces perceptions. En effet, depuis dix ans, les observateurs du réseau des sites implantés dans l'espace urbain et l'espace festif ont vu apparaître de nouvelles figures issues des marges et de la précarité et s'inscrire des changements notables dans le champ de l'usage de drogues. La première partie de ce texte dressera un état des lieux de la situation qui prévalait au moment de la création du dispositif ; la deuxième décrira les évolutions constatées depuis et notamment l'émergence des nouvelles populations – « jeunes en errance », « nouveaux migrants » – ; enfin, un troisième point s'attachera plus spécifiquement à la question des jeunes femmes en situation de précarité.

DIVERSIFICATION DES USAGERS

Entre le milieu des années 1970 et les années 1990, l'usage d'héroïne connaît un développement exceptionnel avec l'arrivée, notamment, sur le sol français, au début des années 1980, de la « brown sugar », héroïne de bien moindre pureté et moins chère que l'héroïne blanche¹ seule disponible jusque-là [1, 2]. L'usage

1. La blanche est sous forme chlorhydrate, le brune est sous forme base.

d'héroïne restera prépondérant une dizaine d'années avant de reculer devant la diversification des consommations à laquelle on assiste au seuil des années 1990.

À cette époque, en effet, le marché français des drogues illicites voit se développer les stimulants amphétaminiques², qui s'inscrivent dans le sillage du mouvement « techno ». Le prix de la cocaïne commence à amorcer sa chute du fait de l'accroissement des quantités disponibles en Europe³. Enfin, l'ouverture de la prescription des médicaments de substitution de l'héroïne, à partir de 1995, va permettre l'accès à un opiacé peu coûteux, la BHD, par le biais du marché noir.

Caractéristiques des usagers de drogues à la fin des années 1990⁴

Au seuil des années 2000, quand le dispositif TREND est créé, le profil du toxicomane est celui d'un homme âgé de 29 ans en moyenne, très majoritairement de nationalité française⁵ [1]. L'utilisateur type a vieilli par rapport à celui des années 1970, mais, surtout, son image est désormais celle d'un marginal, d'un zonard, véritable ombre portée des jeunes habitants des quartiers populaires des grandes villes et des banlieues, confrontés à la précarisation de masse consécutive à la crise économique qui signe la fin des Trente Glorieuses [2]. Les consommations sont alors centrées sur l'héroïne, injectée le plus souvent, même si celles-ci n'est pas exclusive. L'usage de cannabis est en effet fréquent de même que les consommations d'amphétamines, de LSD et de divers médicaments détournés. Ce phénomène témoigne déjà de la prégnance des polyconsommations au sein de ces populations.

Leur situation sociale est relativement dégradée du fait des effets combinés des usages et prises de risques, de conditions de subsistances très limitées et d'incarcérations répétées⁶.

Certains de ces usagers, toutefois, intègrent ces expériences comme autant d'attributs d'un style de vie, les consommations de produits participant en effet d'une sorte de « contre-socialisation » [2] où s'enchevêtrent vulnérabilité sociale, conduites délinquantes et rébellion. Cette période est également fortement marquée par l'épidémie du sida, qui va profondément modifier les pratiques



2. Dont le chef de file reste la MDMA (appelée ecstasy sous sa forme comprimé).

3. Voir le chapitre sur les « évolutions de l'offre », p. 124.

4. Les descriptions des usagers de drogues et de leurs caractéristiques en 1999 émanent alors essentiellement des structures de soins pour toxicomanes, de données policières et répressives et de recherches ponctuelles (INSERM, travaux universitaires).

5. Cette image tranche alors avec la description réalisée par l'INSERM en 1977 montrant des usagers de drogues très jeunes (20 % seulement ont au moins 25 ans), célibataires sans enfant, issus des classes moyennes et supérieures et hébergés chez leurs parents. Plus du tiers d'entre eux sont des femmes [1].

6. Un usager sur deux a été incarcéré au moins une fois en 1995-1996 selon l'enquête de l'IREP [1].

de consommation des usagers et l'approche des professionnels avec la mise en place des programmes de réduction des risques et des traitements de substitution⁷.

La décennie 2000 va voir, en premier lieu, se renforcer les évolutions déjà à l'œuvre avec :

- l'accroissement de la précarité, en dépit des progrès apportés par les programmes de substitution aux opiacés, dans un contexte global de récession économique, [1] ;
- le vieillissement des usagers, du fait aussi d'entrées tardives dans l'héroïnomanie, observés à travers les publics des structures de bas seuil (CAARUD)⁸ et de soins ;
- la persistance de figures, outre celles du junkie, attachées à l'extrême désaffiliation⁹, telles les usagers de crack du nord-est parisien et de la Seine-Saint-Denis.

À ces phénomènes va s'ajouter l'émergence de plus en plus visible dans la rue et en marge de l'espace festif (teknivals, free parties), dans les structures de bas seuil d'une nouvelle génération d'usagers très précarisés : les « jeunes errants », qui ont en commun avec la génération précédente le fait d'intégrer, pour certains, leurs usages dans un phénomène de contre-socialisation, cette fois-ci adossée au mouvement festif « techno ». Par ailleurs, l'ouverture des frontières à l'est de l'Europe favorise l'apparition de nouvelles populations issues de cette région, composés le plus souvent d'hommes jeunes ayant débuté leur consommation avant d'émigrer et vivant dans un dénuement extrême.

LES NOUVELLES FIGURES DE LA PRÉCARITÉ

Les jeunes, entre nomadisme et errance

Les premières observations du dispositif TREND relatives à la présence de jeunes, nomades ou en situation d'errance, apparaissent dès 2002 au sein de l'espace dit « urbain » dans un contexte national marqué par l'augmentation du nombre des jeunes adultes de moins de 30 ans, utilisant des substances ou pas, sans domicile fixe. Plusieurs études s'intéressent alors à ces publics, ce groupe de jeunes adultes étant nommé « errants » par les uns [4,5], « *homeless et runaway* » [6] par les autres ou encore « *jeunes sans domicile* » [7].

Loin d'être homogènes, ces groupes relèvent essentiellement de deux univers différents. Le premier ensemble, « les nomades » est le produit de l'émergence, au milieu des années 1990 du courant musical « techno », support ou expres-

7. Voir l'histoire de la naissance du dispositif dans les annexes, p. 146.

8. Les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques) sont les héritiers des structures de bas seuil. Ils ont été créés en 2005 par les pouvoirs publics.

9. Concept qui désigne pour Robert Castel le « mode particulier de dissociation du lien social, la rupture du lien social » [3].

sion d'un mouvement culturel de contestation du mode de vie dominant. Les *zones temporaires d'autonomie*¹⁰ créées le temps d'un long week-end en sont la manifestation la plus tangible. Les nomades, se déplacent ainsi, souvent en camion, aux rythmes des événements alternatifs, en optant pour le mode de vie libéré des « *travellers* ». Pour ces jeunes adultes, le plus souvent majeurs (18-35 ans), la marginalité est revendiquée comme un mode de vie. Celui-ci s'inscrit dans un cadre communautaire, et tend à se structurer autour de projets alternatifs. La précarité semble y être maîtrisée par l'accès au RMI quand l'âge le permet ou à de petits revenus liés à l'intégration au marché du travail précaire, et à une couverture sociale [8].

Le second groupe – les « errants » – plus jeune (15-25 ans), [9] est composé d'individus pour lesquels la marginalité, marquée par des situations de détresse sanitaire et sociale profondes, constitue l'aboutissement d'un processus de désaffiliation. Le plus souvent, c'est à la suite d'une rupture familiale ou après avoir quitté une institution que ces jeunes se retrouvent sans abris, sans revenus¹¹ et la plupart du temps sans protection sociale¹². Au sein de cette population, on retrouve aussi, à l'instar des jeunes ressortissant au groupe dit des « nomades », des individus qui évoluent en marge des manifestations festives alternatives et qui se revendiquent de l'idéologie des teufeurs. D'ailleurs, les codes vestimentaires, les revendications territoriales liés à l'occupation d'un espace donné, les us de consommations, plus fondés sur les stimulants que les hallucinogènes, rencontrés dans l'espace festif se retrouvent dans le discours de ces publics que l'on croise dans les rues des grandes villes.

Contrairement aux « nomades », leur mobilité est opportuniste et inscrite dans une immédiateté dictée par les besoins primaires. L'habitat revêt une grande diversité de situations qui se succèdent à un rythme rapide et font alterner rue, squat, hôtel, famille, pairs, camions, tentes et foyers [8,10].

Bien que la distinction entre ces deux groupes apparaisse opératoire sur le plan heuristique, leurs trajets évoquent néanmoins un continuum d'expériences partagées. Plusieurs sites ont fait état, en effet, chez des jeunes « nomades » de trajectoires de désaffiliation qui les rapprochent ainsi du public des « errants ».

Les usages de ces publics sont marqués tant par la multiplicité des produits consommés que par l'anarchie des modalités de consommation. Les substances psychotropes les plus consommées sont, en premier lieu, celles qui sont attachées au milieu festif, comme l'ecstasy et la cocaïne, mais également divers hallucinogènes, naturels ou non (*Salvia*, cactus, champignon, *datura*, kétamine). Ces usages, parmi lesquels l'on retrouve peu de médicaments, tranchent avec les habitudes de consommation des personnes fréquentant les CAARUD, pour

10. En référence au concept de TAZ d'Hakim Bey (*Temporary Autonomic Zone*), qui désigne les espaces, *free parties*, squats, temporairement affranchis des normes sociales dominantes.

11. À la date de rédaction de l'article, le Revenu minimum d'insertion n'est accessible qu'à partir de 25 ans. S'y substituent les revenus de la rue : mendicité, *deal*, prostitution...

12. Encore théoriquement couverts par leurs parents pour beaucoup, ils n'y ont pas accès.



lesquelles le polyusage reste centré sur les opiacés. Il n'en demeure pas moins qu'au fil du temps une convergence entre les usages des jeunes « errants » et du reste de la population des CAARUD va s'opérer dans le sens d'un recours de plus en plus fréquent aux divers opiacés disponibles, à savoir l'héroïne, les sulfates de morphines et la BHD.

Les modalités de consommation, quant à elles, tendent à se distinguer des pratiques majoritaires des usagers précaires alors rencontrés dans les centres-ville. Les voies orale, pulmonaire (fumette, chasse au dragon) et nasale sont en effet privilégiées par ces jeunes publics, qui ne recourent pas aussi fréquemment à la pratique d'injection que les usagers précaires rencontrés jusqu'alors dans l'espace urbain. Cependant, les dernières observations des sites TREND [11] réalisées en 2007 et 2008 et le dernier exercice de l'enquête PRELUD [12] font apparaître chez ces publics un développement des pratiques d'injection. Ainsi l'enquête sur les profils et les pratiques des usagers des CAARUD, menée en 2006, montre que la moitié des usagers ayant fréquenté plus de dix fois au cours de leur vie un événement festif alternatif a eu recours à l'injection le mois précédant l'enquête [12]. Il semble donc bien que ces populations, qui oscillent entre les deux milieux, urbain et festif, aient contribué à une sorte de convergence des usages et des pratiques. Cependant, malgré ce rapprochement tangible, il n'en reste pas moins qu'une des caractéristiques forte des jeunes en errance réside, comme l'a bien montré aussi Pascale Jamouille [13], dans leur souci de se démarquer de la figure classique du toxicomane en grande précarité pour lequel les dispositifs de première ligne (CAARUD) ont été mis en place [12]. Les modes de vie précaires et le recours au système de la débrouille leur donnent l'illusion d'une insertion paradoxale et alternative. D'ailleurs, leur fréquentation des CAARUD apparaît beaucoup plus occasionnelle que celles des autres usagers et leurs attentes sont plutôt tournées vers la couverture des besoins primaires. Les demandes de soins, au regard des besoins potentiels, sont le fait d'une petite minorité. En outre, beaucoup de ces jeunes usagers paraissent très ignorants des mesures de réduction de risques. Aussi leurs pratiques de partage du matériel d'injection, seringues et petit matériel, s'avèrent-elles, à la lumière de l'enquête nationale CAARUD menée en 2008, significativement plus fréquentes que celles des plus âgés [14].

Les nouveaux migrants

En France, le champ de l'exploration conjointe de l'usage de substances et des migrants, *a fortiori* lorsqu'ils sont en situation irrégulière, est vide de données chiffrées¹³. Toutefois, l'OEDT, afin de mieux comprendre les articulations entre usages de drogues et exclusion sociale que subissent les minorités ethniques et les immigrants, a publié un état des lieux sur la question [15, 16].

13. Les données des recensements relatives à l'immigration analysées par l'INSEE concernent une population intégrée socialement et économiquement [17].

Entre 2002 et 2004, la présence de nouvelles populations issues d'une immigration¹⁴ provenant essentiellement d'Europe centrale et orientale mais aussi du Maghreb et, dans une moindre mesure, d'Asie dans les structures de première ligne est de plus en plus marquante pour les observateurs du dispositif TREND¹⁵ situés dans l'espace urbain. Face à la récurrence des observations sur certains des sites du réseau, ces « nouveaux¹⁶ migrants » ont fait l'objet d'une attention toute particulière¹⁷ afin de mieux identifier leurs usages et leurs modalités d'usage de drogues, leurs conditions de vie et les problèmes de santé associés.

Si à Paris une grande diversité dans l'origine des personnes concernées a pu être relevée, il s'avère que dans l'ensemble des sites, ce sont les populations originaires d'Europe centrale et orientale qui sont majoritairement rencontrées, plus précisément des ressortissants des pays de l'ancien bloc soviétique (Russie, Bulgarie, Géorgie, Ukraine, Biélorussie, Roumanie, Moldavie et pays composant l'ex-Yougoslavie).

Les motivations déclarées par ces usagers pour justifier leur présence en France sont diverses. Elles sont liées le plus souvent à des traumatismes familiaux voire, pour certains, à des persécutions intervenues dans les pays d'origine suite notamment à des démêlés avec la justice locale. Les motivations d'ordre sanitaires sont aussi présentes avec la tentative d'accéder aux traitements des infections au VHC ou aux programmes de substitution.

Une précarité extrême

Les conditions de vie de ces populations s'apparentent à celles des usagers les plus désaffiliés. Cette désaffiliation est aggravée par le caractère irrégulier du séjour sur le territoire français¹⁸ pour l'écrasante majorité d'entre eux, la méconnaissance de la langue française venant accroître encore leur processus de marginalisation.

Vivant essentiellement dans des squats collectifs, l'accès au travail et aux soins de cette population, composée en grande partie par des hommes seuls, est très limité. Certains observateurs du dispositif TREND font ainsi état de l'existence de squats communautaires, situés le plus souvent à la périphérie des centres-ville, créés sur la base d'affinités nationales (infranationales quelques fois). Pour les enquêteurs ethnographiques qui ont pu avoir accès à ce type de logement, les conditions sanitaires qui y règnent sont le plus souvent déplorable et se trouvent aggravées par le recours aux pratiques d'injection de ces

14. On parlera de l'immigration au sens administratif du terme comme catégorie descriptive.

15. Île-de-France, Bordeaux, Lyon, Marseille et Metz.

16. Nouveau au sens de derniers arrivés.

17. Quatre sites du dispositif TREND en 2005 Paris, Bordeaux, Marseille et Rennes ont mené une investigation thématique rendant compte de la situation locale. Une synthèse de ces investigations devrait paraître en janvier 2010 : GANDILHON (M.), Nouvelles populations migrantes et addictions, TREND, OFDT.

18. Depuis l'entrée de la Bulgarie et de la Roumanie dans l'Union européenne, les migrants en provenance de ces pays ont accès depuis le 1^{er} janvier 2007 au droit à la libre circulation des personnes.



consommateurs qui, outre le partage du matériel, provoquent les pathologies propres à ce mode d'administration (œdèmes, abcès).

S'agissant des usages de produits psychoactifs, les observations font apparaître une tendance commune à reproduire, dans la situation française, des comportements liés aux contextes relatifs à la toxicomanie de leur pays d'origine, qui sont, dans le cas présent, très fréquemment marqués par la stigmatisation et la criminalisation des conduites addictives avec, en outre, un accès aux soins très limité et des mesures de réductions des risques très controversées [15]. La plupart d'entre eux ont en effet débuté leurs consommations, d'héroïne injectée notamment mais aussi d'amphétamines, dans leur pays d'origine [18]. Une fois en France, les médicaments, au premier rang desquels se situe la BHD, semblent représenter les substances de prédilection d'une grande majorité de ces individus qui composent cette population. Les médicaments sont le plus souvent obtenus par le biais du marché parallèle, au sein duquel un certain nombre de ressortissants de l'Europe de l'Est sont actifs, hormis pour la petite minorité qui est parvenue à avoir accès à la CMU (Couverture médicale universelle) ou à l'AME (Aide médicale d'État). Quoi qu'il en soit, l'extrême précarité des conditions d'existence de cette population l'amène à privilégier dans les structures de bas seuil les services de première nécessité (bains, douches, nourriture, etc.) plutôt que le matériel de prévention du risque de transmission des infections virales. Ce phénomène mobilise d'ailleurs l'attention des équipes de réduction des risques, qui s'efforcent de sensibiliser ces populations exposées aux risques de contaminations aux virus du sida et des hépatites du fait de leurs conditions de vie et de la réprobation dont fait l'objet l'injection au sein des groupes auxquels elles appartiennent.

FÉMINISATION DES PUBLICS

Si l'usage de drogues illicites se décline plutôt au masculin, environ un cinquième de la population fréquentant les diverses structures de soins et de réduction des risques sont des femmes [14, 19,20].

Bien que l'approche du dispositif TREND ne soit pas particulièrement tournée vers les questions de genre, des observations spécifiques sur la présence de femmes au sein de l'espace urbain, qui contrastent avec celles de la décennie précédente [2,8], ont conduit plusieurs sites à en faire régulièrement mention à partir de 2002. Cela s'inscrit dans une dynamique plus globale au niveau national où la question de la présence des femmes dans la rue mobilise les chercheurs et les pouvoirs publics, *a fortiori* quand la précarité se marie à la consommation de drogues. L'intérêt suscité par les spécificités du rapport qu'entretiennent les femmes avec les phénomènes d'addiction [21,22], longtemps resté mineur, est, en effet, grandissant actuellement. Les dernières publications en la matière témoignent d'une volonté de l'ensemble des acteurs, intervenants, poli-

tiques et chercheurs d'éclairer ces usages spécifiques afin d'y adapter au mieux les mesures de préventions, de réductions des risques et d'accès aux soins ; afin d'être peut-être plus globalement en capacité d'entendre les « voix des femmes », comme le préconise l'OEDT [23].

Une réalité complexe

La présence féminine, essentiellement rapportée par les équipes des structures de bas seuil et les travailleurs de rue, est un sujet majeur de préoccupation des observateurs, compte tenu du cumul de vulnérabilités qu'elles présentent. Pour autant, il semble que la proportion des femmes qui fréquentent les structures de réduction des risques ou de soins spécialisés, si l'on en croit les diverses enquêtes réalisées depuis 20 ans, varie peu et tourne toujours autour de 20 % [14, 19, 20, 24], à l'exception de groupes spécifiques (les plus jeunes, les usagers de crack...) où il semble que cette proportion soit plus importante [14, 20, 22]. Si les données sociodémographiques relatives aux usagers des structures de premières lignes depuis 2002 indiquaient déjà que le nombre de femmes diminuait avec l'âge [25], en revanche, depuis 2006, les données de l'enquête nationale portant sur les CAARUD témoignent d'une présence féminine nettement plus importante chez les usagers de moins de 25 ans. Ce constat est confirmé en 2008 avec 38,0 % de femmes chez les moins de 25 ans contre 18,2 % chez les 25 ans et plus [14]. L'autre phénomène remarquable est l'instauration d'une sorte de « parité » hommes-femmes chez les moins de 20 ans fréquentant les CAARUD (51 % de femmes, N = 95).

Un premier élément explicatif, mais qui n'est pas nouveau, réside dans le fait que les femmes, dont les rapports aux produits sont différents que ceux des hommes, suivent probablement des trajectoires différentes et sont de moins en moins rencontrées par les dispositifs de réduction des risques au fil de leur avancée en âge.

Par ailleurs, la tendance à l'égalisation des niveaux de consommation chez les jeunes pourrait constituer une réelle nouveauté après des années de prépondérance masculine dans l'usage de drogues illicites. Cependant, on ne constate pas, en population générale, de réduction du différentiel de comportement entre les sexes, y compris chez les jeunes générations. Les observations du dispositif TREND, concernant l'émergence d'une féminisation des usagers précaires, pourraient être le fruit de l'accroissement progressif du poids des publics jeunes et précaires. C'est, en effet, essentiellement parmi ces groupes de jeunes précaires que l'on observe une forte présence féminine.

Les jeunes femmes en errance

La plupart des jeunes femmes, dont la présence sur la scène des usages de rue est rapportée par le dispositif TREND, font partie des groupes de jeunes gens désaffiliés évoqués plus haut. Bien que partageant les mêmes conditions de vie que les hommes, elles se caractérisent, sauf exception, par certaines spécifi-



cités telles leur faible présence sur les lieux de deal et, en revanche, une implication plus importante dans les démarches visant à rapporter de l'argent au groupe (mendicité, voire prostitution) ; dans la fréquentation des structures de première ligne (matériels d'injection) et des services administratifs.

Contrairement à ce qui a pu être constaté en population générale [26], où les consommations féminines et masculines revêtent certaines spécificités, les usages des femmes au sein de ces groupes se différencient peu de ceux des hommes. Plusieurs sites TREND ont même fait état d'une radicalisation des comportements d'usage de ces femmes avec notamment une escalade très rapide vers des pratiques à fort risque (injection) [8, 11, 12]. Situation d'autant plus préoccupante que l'étude de leur comportement, s'agissant de l'utilisation du matériel stérile, montre que ces femmes partagent¹⁹ davantage leur matériel (eau, cuillère... et seringues dans une moindre mesure) que les hommes [14, 20, 22]. Une sur six, en effet, déclare partager ses seringues au cours du dernier mois et plus d'une sur trois a partagé au moins un élément du matériel d'injection [14]. Les données de l'enquête Coquelicot [14] éclairent, en partie tout au moins, ces éléments car elles mettent en évidence la place centrale du partenaire sexuel lors du contexte de l'initiation et dans la trajectoire de consommation des femmes, et les stratégies de protection différenciées selon les partenaires de partage.

Outre le recours à la prostitution²⁰, rapporté par les observateurs, il paraît indéniable que les femmes sont confrontées à des problématiques spécifiques²¹ liées à la promiscuité et aux violences propres au monde de l'errance (infections vaginales, grossesses non désirées, absences de contraception). Les représentations de la femme en situation d'errance renvoient, comme l'indique Pierre Bourdieu, à des attentes, des rôles assignés, des statuts incorporés qui s'inscrivent dans une domination masculine peut-être encore plus pesante dans ces milieux que dans le reste de la société [27].

Face à cette situation, les initiatives se multiplient afin d'adopter une approche particulière en termes de soins et de réduction des risques. [28]. Un site parisien est par exemple doté depuis 1996 d'un accueil spécifique dédié aux femmes, dont les usagères de crack²², prostituées pour certaines, constituent la plus

19. Ces résultats ont été établis par des analyses statistiques multivariées prenant en compte à la fois le sexe, l'âge et le niveau de précarité. Les femmes ont donc davantage tendance (environ deux fois plus) à partager leur matériel à âge égal et à niveau de précarité égal [14].

20. Dans l'enquête ENa-CAARUD 2008, 47 % des jeunes femmes de moins de 25 ans déclarent ne disposer d'aucune ressource légale [14].

21. Les données épidémiologiques et socio-anthropologiques issues de l'enquête « Coquelicot » confortent cette observation : les femmes usagères de drogues sont dans une situation de double fragilité face à la précarité du fait des risques liés à la sexualité/maternité et ceux inhérents aux usages de drogues [22].

22. Outre la population des jeunes en errance, il est important de noter qu'un autre groupe d'utilisateurs présente une part de femmes tout à fait inhabituelle dans le paysage des usages de drogues : les usagers de crack du nord-est parisien. Ainsi 26 % des usagers de crack qui fréquentent les CAARUD, en 2006, appartiennent au sexe féminin [14].

grande part [29]. D'autres villes sont en passe de suivre cette démarche fondée sur la reconnaissance d'une spécificité féminine en matière d'usages de drogues dans un contexte de grande précarité.

CONCLUSION

Dix ans de regards et d'observations croisés au sein du dispositif TREND sur le monde urbain de la précarité et des usages de drogues ont permis d'appréhender les mutations à l'œuvre dans cet espace, notamment marquées par la multiplicité des visages qui le composent. Au fil du temps, en effet, aux côtés de l'héroïnomane et de ses figures apparentées, le toxicomane ou zonard, les jeunes désaffiliés, errants ou sédentaires, français ou migrants, femmes ou hommes, ont modifié l'appréhension des problématiques de drogues et de la précarité. Porteurs de l'usage de « nouvelles » substances, de nouveaux codes, ces jeunes ont engagé par leur présence les structures de réductions des risques à recomposer et réinventer leurs modalités d'intervention afin de s'adapter aux besoins nouveaux de ces publics et à leurs spécificités. Spécificités qui n'empêchent pas d'ailleurs des traits communs et notamment, au-delà de la question pressante que pose la précarité de leur existence, un faible accès à l'information en matière de réduction des risques.

Références bibliographiques

- [1] INGOLD (R.), « Une rétrospective des tendances de la toxicomanie : de 1970 à l'an 2000 » in *Drogues et Toxicomanies - Indicateurs et tendances*, OFDT, 1999.
- [2] BOUHNİK (P.), « Héroïne et consommations de précarité dans la France des années 1990-2000 » in *Déviance et Société*, vol. 32, n° 3, 2008.
- [3] CASTEL (R.), *Les Métamorphoses de la question sociale*, Fayard, Paris, 1995.
- [4] CHOBEAUX (F.), *Les nomades du vide*, La Découverte, 2004.
- [5] PATTEGAY (P.), « L'actuelle construction, en France, du problème des jeunes en errance - Analyse critique d'une catégorie d'action publique », *Déviance et Société*, vol. 25, n° 3, 2001.
- [6] GREENE (J.-M.), ENNETT (S.-T.), RINGWALT (C.-L.), « Substance Use among Runaway and Homeless Youth in Three National Samples », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 2, 1997.
- [7] FIRDION (J.-M.), « Différentes approches du phénomène des personnes sans domicile », *Population* n° 4, 2005.
- [8] BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004, Sixième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2005.



- [9] CADET-TAÏROU (A.), CANARELLI (T.), JANSSEN (E.), « Vulnerable groups of young people » in *National Report*, 2006.
- [10] BOUILLON (F.), *Les mondes du squat*, PUF, 2009.
- [11] GIRARD (G.), BOSCHER (G.), CHALUMEAU (M.), *Les pratiques d'injection en milieu festif - État des lieux en 2008*, Saint-Denis, OFDT, 2009.
- [12] CADET-TAÏROU (A.), GANDILHON (M.), TOUFIK (A.), EVRARD (I.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006, Huitième rapport national du dispositif TREND*, OFDT, 2008.
- [13] JAMOUILLE (P.), *Drogues de rue*, De Boeck, 2003.
- [14] CADET-TAÏROU (A.), COQUELIN (A.), TOUFIK (A.), *Profils, pratiques des usagers de drogues ENa -CAARUD*, Saint-Denis, OFDT, 2010.
- [15] EMCDDA, Annual report 2003, *The state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*, Lisbon, 2004.
- [16] EMCDDA, *Mapping Available Information on Social Exclusion and Drugs, Focusing on "Minorities" Across 15 EU Member States*, Lisbonne, 2000.
- [17] BORREL (C.), DURR (J.-M.), *Enquêtes annuelles de recensement : premiers résultats de la collecte 2004 - Principales caractéristiques de la population et des logements*, INSEE n° 1001, Paris, 2005.
- [18] HALFEN (S.), GRÉMY (I.), *Tendances récentes sur la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2005*, ORS Île-de-France, 2006.
- [19] PALLE (C.), LEMIEUX (M.), PRISSE (N.), MORFINI (H.), *Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2006*, RECAP, OFDT/DGS, 2008.
- [20] TOUFIK (A.), CADET-TAÏROU (A.), JANSSEN (E.), GANDILHON (M.), *Profils et pratiques des usagers de drogues ENa-CAARUD, Résultats de l'enquête nationale 2006 réalisée auprès des « usagers » des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques*, Saint-Denis, OFDT, 2008.
- [21] FACY (F.), VILLEZ (M.), DELILE (J.-M.), DALLY (S.), *Addictions au féminin*, EDK, Paris, 2004.
- [22] JAUFFRET-ROUSTIDE (M.) et al., « Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique, Enquête Coquelicot 2004-2007 », *BEH* n° 10-11, mars 2008.
- [23] OLSZEWSKI (D.), GIRAUDON (I.), HEDRICH (D.), MONTANARI (L.), *Women's voices: experiences and perceptions of women who face drug-related problems in Europe*, EMCDDA, 2009.
- [24] PALLE (C.), TELLIER (S.), *Les usagers de drogues illicites pris en charge par le système de soins en novembre 1997*, DRESS études et résultats n° 59, 2000.
- [25] BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, Quatrième rapport national du dispositif TREND*, Paris, OFDT, 2003.
- [26] BECK (F.), LEGLEYE (S.), MAILLOCHON (S.), DE PERETTI (G.), « La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre santé 2005 », *BEH* thématique 10-11/10, mars 2009.

[27] FRIDRION (J.-M.), « Une revue de la littérature sur les jeunes sans domicile », *Recherches et prévisions* n° 60, 2000.

[28] GOLLUB (E.), *A neglected population: drug-using women and women's methods of HIV/STI prevention -AIDS Education and Prevention*, The Guilford Press 20(2).

[29] GARNIER-MULLER (A.), « Un lieu d'accueil pour les consommatrices de drogues du 18^e arrondissement de Paris : Spécificités et limites », in FACY (F.) et al., *Addictions au féminin*, Éditions EDK, Paris, 2004.



L'état de santé des usagers problématiques ■

Pierre-Yves Bello*, **Agnès Cadet-Tairou****, **Sandrine Halfen**

**Médecin de santé publique (DRASS)*

***Responsable du pôle TREND (OFDT)*

****Médecin de santé publique (ORSIF)*

La santé¹, au sens que lui donne l'OMS (Organisation mondiale de la santé), n'est que difficilement mesurable et les données disponibles ne permettent que des abords parcellaires largement dominés par les thématiques sanitaires. Sous cet angle, l'état de santé des usagers de drogues (UD) est une résultante de leurs prises de risque en lien ou non avec l'usage de drogues, de leurs conditions de vie fréquemment précaires ou de leurs difficultés d'accès à une prise en charge².

L'image que l'on perçoit de la santé des usagers de drogues est d'abord un reflet des indicateurs accessibles et des priorités de santé publique. Ainsi, les pathologies concentrant l'attention des politiques sont particulièrement documentées, telles les infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou celui de l'hépatite C (VHC) de même que leurs facteurs de risques ou les décès directement liés à l'usage de drogues, tandis que d'autres aspects de la santé

de ces populations (infections bactériennes, état de santé général, morbidité psychique) suscitent moins d'intérêt collectif ou sont plus difficiles à mesurer et apparaissent moins documentés.

Au cours de ces dix dernières années, le dispositif TREND a participé par des explorations qualitatives et quantitatives à l'observation de l'état de santé des UD problématiques et ce essentiellement auprès des populations les plus fragiles socialement qui fréquentent « l'espace urbain »³. Le dispositif a notamment pu percevoir à quel point des éléments marquants de cet état de santé

1. La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

2. Quelles que soient les raisons : absence ou méconnaissance des droits ; inadaptation aux contraintes du soin ou du système de santé ; absence de perception du besoin ou encore par défiance de certains professionnels de santé.

3. Voir dans l'annexe, la partie consacrée à l'origine et aux outils du dispositif TREND (p. 146).

pouvaient être liés aux contextes et aux politiques socio-sanitaires.

LES ACQUIS DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

L'évolution du dispositif de réponses aux problèmes de santé des usagers de drogues au cours des deux dernières décennies s'est largement structurée autour des deux épidémies majeures (VIH, VHC) touchant particulièrement les populations injectrices.

L'objectivation, dans les années 1980, d'une épidémie liée à des pratiques de partage de matériels d'injection et les craintes de dissémination vers la population générale amènent par étape à la construction d'une stratégie de réduction des risques⁴. Dès 1987 s'amorce une libéralisation de l'accès aux seringues en pharmacie, suivie, au début des années 1990, par la mise en place des programmes d'échanges de seringues (PES) et des « boutiques » pour usagers de drogues.

Parallèlement au développement de ces structures, de nombreux usagers de drogues, percevant les risques qu'ils encourent, modifient leurs modalités de consommation. L'usage du sniff (consommation de drogues par voie nasale), moins risqué que l'injection, se développe chez les nouveaux usagers, de même que la pratique de la fumette⁵. Ainsi, la décennie 2000 est marquée par la poursuite de la diminution régulière de la fréquence de la pratique récente de l'injection, notamment chez les usagers en traitement [1-4].

Entre 1993 et 1995, les traitements de substitution des opiacés (méthadone

et buprénorphine haut dosage) sortent de l'expérimentation et sont proposés à de nombreux usagers. Cet autre volet majeur de la politique publique en direction des usagers d'opiacés entraîne des modifications profondes des modalités de prise en charge de la toxicomanie. Il « médicalise » une part de celle-ci, jusqu'alors largement dominée par des approches psychothérapeutiques ou psychanalytiques [5]. Cette politique permet à des personnes dépendantes des opiacés de s'inscrire dans un processus de prise en charge de leur état de santé, leur situation personnelle, familiale et professionnelle, et de se libérer des affres du manque et des contraintes financières et délictuelles liées à la recherche de stupéfiant sans qu'un sevrage préalable leur soit imposé. Enfin, l'objectif de réduction des risques (RDR) va légitimer une délivrance d'informations aux usagers, non plus tournée exclusivement vers le rappel de l'interdit et des dangers, mais vers la maîtrise des risques pour réduire les dommages. Ces informations pratiques sont nécessairement élaborées avec des groupes d'auto-support d'usagers de drogues, dont la connaissance des croyances et des pratiques est incontournable. Les associations prônant l'éducation par les pairs occupent notamment une place primordiale dans l'éducation des usagers de drogues à travers l'édition de brochures, de journaux ou encore de sites internet, [6]. L'allègement, à l'époque, de la pression répressive sur les usagers semble favoriser également cet accès à la prévention et aux soins.

4. Voir Annexe, p. 148.

5. Inhalation du produit chauffé.



L'ensemble de ces actions, même si une mesure exhaustive de leur impact est difficile, débouchera néanmoins sur plusieurs résultats tangibles.

Recul des contaminations par le VIH

En France, on observe un développement des cas de sida survenant chez des UDI (usagers de drogues par voie intraveineuse) à partir de la seconde moitié des années 1980 [7]. Toutefois, la diminution du recours à l'injection, du partage et de la réutilisation du matériel d'injection [Graphique 3] et la politique publique de RDR se combinent, dès 1996, avec le début des prescriptions de trithérapies antirétrovirales qui ralentissent drastiquement l'évolution l'infection, et auront un impact certain sur la contamination par le VIH des UDI et sur l'évo-

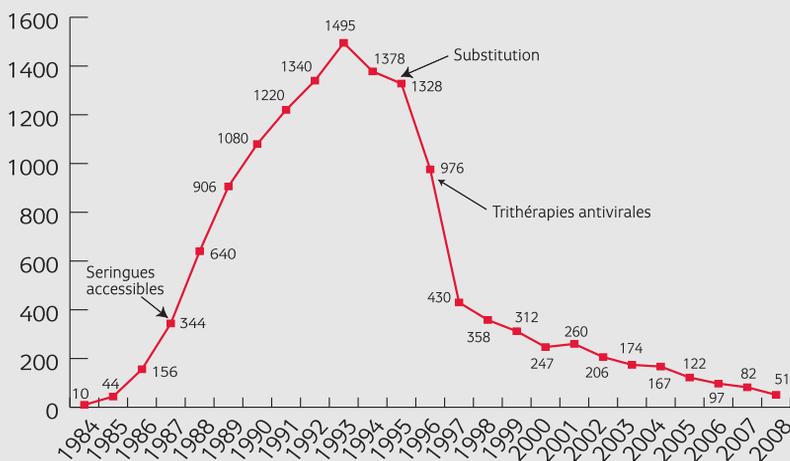
lution vers le stade sida pour ceux qui sont déjà contaminés.

Le nombre de cas de sida attribués à l'usage de drogues par voie injectable connaît un maximum de 1 495 nouveaux cas en 1993 pour diminuer jusqu'à 51 en 2008⁶ [Graphique 1] [8].

Au cours du temps, l'évolution des données de prévalence déclarée de l'infection par le VIH au sein de populations d'usagers de drogues en France dessine une tendance décroissante, reflet d'une fréquence de plus en plus rare des nouvelles contaminations [Graphique 2].

Si ces évolutions sont satisfaisantes, il n'en reste pas moins que le problème n'est pas résolu. En effet, le taux de nouvelles contamination par le VIH chez les UDI de 18 à 69 ans, estimé à 91 pour 100 000 UDI, est 18 fois supérieur à celui de la population du même âge (et hété-

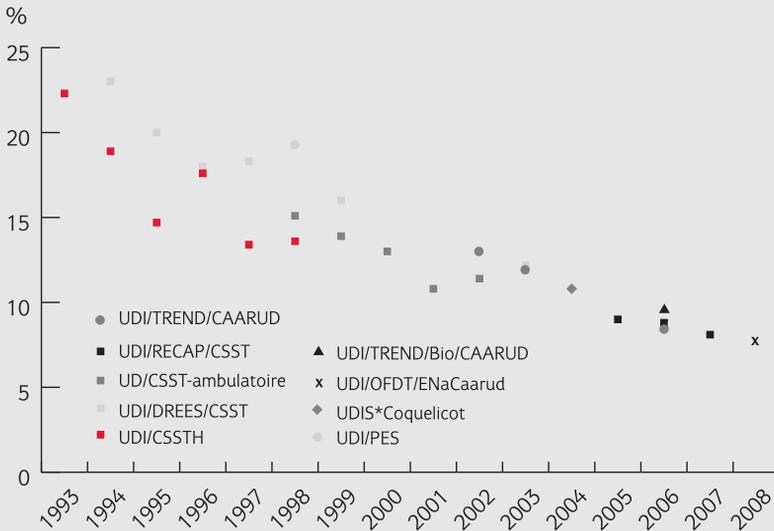
Graphique 1 - Nombre de cas de sida chez des personnes contaminées par usage de drogues injectées en France entre 1984 et 2008



InVS. Données au 31 décembre 2008 ; années 2007 et 2008 non corrigées pour la sous-déclaration ni pour les délais de déclaration

6. Données au 31 décembre 2008 ; années 2007 et 2008 non corrigées pour la sous-déclaration ni pour les délais de déclaration.

Graphique 2 - Prévalence déclarée de l'infection à VIH chez les usagers de drogues en France de 1992 à 2008



*Usagers de drogues par voie injectable ou sniff

Sources : voir note 7

rosexuelle) [16]. Par ailleurs, la poursuite d'une augmentation de l'incidence des contaminations dans certains pays d'Europe de l'Est [17] incite à une vigilance continue et à une poursuite des actions de prévention, de réduction des risques et de prise en charge.

Baisse de la mortalité par surdose

La politique de réduction de risques, sans doute du fait du développement de la substitution, va également s'accompagner, à partir de 1995, d'une diminution spectaculaire du nombre des surdoses après près de 10 ans de croissance continue [Graphique 4]. Les usages d'héroïne vont rapidement diminuer sous l'effet de l'entrée des usagers de drogues dans des processus de soins

mais également du fait du remplacement progressif, chez les consommateurs les plus précaires, de l'usage quotidien d'héroïne par celui de la buprénorphine haut dosage (BHD) hors du cadre strictement thérapeutique,

7. UDI/CSSTH : Usagers de drogues injectables en hébergement [9]

UD/CSST-ambulatoire : Usagers de drogues pris en charge en CSST [10]

UD / RECAP/CSST : [11]

UDI/TREND/CAARUD : Usagers de drogues injectables utilisant des structures de bas seuil (données à champ géographique constant) [12]

UDI/Ena-CAARUD : Usagers de drogues injectables utilisant les CAARUD [11,20]

UDI/PES : Usagers de drogues injectables utilisant un PES [13]

UIDS /Coquelicot : Usagers de drogues, données biologiques [14]

UDI/TREND bioPRELUD : usagers de drogues utilisant les CAARUD, données biologiques [15]



particulièrement accessible et peu onéreux à cause du trafic de rue⁸ [18-19]. Or, la BHD, outre son dosage maîtrisé puisqu'il s'agit d'un médicament, a pour particularité pharmacologique d'entraîner très peu de surdoses. Celles-ci surviennent presque toujours lors du recours à d'autres psychotropes en association. En quatre ans (1995-1999), le nombre de décès par surdose va ainsi être divisé par quatre [5].

Quid des autres causes de décès ?

Hormis les surdoses, les usagers de drogues connaissent une surmortalité liée à un ensemble d'autres causes (prise de risque, précarité, etc.) dont l'évolution a été beaucoup moins observée. Une étude de mortalité réalisée à partir de deux cohortes rétrospectives intégrant des personnes interpellées en 1992 et 1993, puis en 1996-1997 pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack, si elle ne décrit pas la mortalité strictement liée à l'usage de drogues, montre clairement une division par deux du taux annuel de mortalité, toute cause confondue, entre 1994 et 1999, avant de se stabiliser. Cependant, ce travail montre également une surmortalité importante par rapport à la population générale liée aux accidents, aux suicides (risque multiplié par douze chez les femmes par rapport à la population générale du même âge), ainsi qu'aux pathologies des sphères cardiovasculaires, respiratoires, digestives, etc. [20].

LA PERSISTANCE DE ZONES D'OMBRE

L'accès facilité aux matériels d'injection et aux traitements de substitution n'a évidemment pas résolu l'ensemble des problèmes de santé des usagers de drogues. Les consommations, principalement centrées sur l'héroïne dans les années 1980, se sont diversifiées, notamment par l'usage plus fréquent des stimulants et la polyconsommation. L'approche thérapeutique par la substitution opiacée apparaît désormais insuffisante. D'autant plus que certains héroïnomanes, sous traitement de substitution, tendent à rentrer dans d'autres addictions, notamment vis-à-vis de l'alcool et de la cocaïne.

De plus, en dépit de la régression de la pratique d'injection, celle-ci persiste à un niveau important, en particulier parmi les groupes d'usagers les plus précaires. En 2008, 46 % des usagers fréquentant les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues) ont déclaré l'avoir utilisée au cours du mois précédent [21]. Ainsi, une part de la morbidité liée à l'injection n'a pas régressé. Enfin, les autres pathologies liées à l'usage de drogues et à la précarité perdurent.

La « résistance » de l'hépatite C

La découverte du virus de l'hépatite C (VHC) en 1989 [22] permet de disposer de tests diagnostiques et d'expliquer de nombreux cas d'hépatites mal documentés déjà fréquentes chez les UD. Cette hépatite présente une évolution

8. Voir chapitre sur la substitution, p. 10.



naturelle longtemps silencieuse mais souvent péjorative à long terme : évolution vers la cirrhose dans 5 à 25 % des cas en 10 à 20 ans, puis vers le cancer ou une insuffisance hépatique (25 % des cirrhotiques) [23]. Cependant, l'hépatite C est une infection dont on peut guérir à l'aide d'un traitement relativement lourd et contraignant.

C'est principalement l'injection qui pérennise l'épidémie d'infection par le VHC, que la moindre fréquence du partage des seringues n'a pas réussi à endiguer. La forte résistance et contagiosité du virus de l'hépatite C exige en effet de porter aussi une attention particulière au petit matériel d'injection, à la propreté des mains et de l'environnement. En France, les données disponibles depuis les années 1980 montrent des taux estimés de prévalence très élevés chez les injecteurs : entre 40 et 65 % selon les enquêtes [Graphique 5].

Des complications locales plus fréquentes liées à l'injection

La diffusion très large de la buprénorphine haut dosage (BHD) s'accompagne aussi d'usages en dehors des normes thérapeutiques. Rapidement après l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, la BHD est en effet devenu

un opiacé particulièrement disponible et accessible dans la rue [13]. Une enquête auprès de 202 personnes utilisant la BHD en dehors d'un usage thérapeutique montre, dès 2001, que les voies d'usage sont l'injection (65 %), suivi du sniff (40 %), de la voie sublinguale (34 %) et enfin de la voie pulmonaire (4 %) [24].

La fréquence des complications liées à l'injection est restée assez élevée parmi les usagers des structures de première ligne [Tableau 1] et les données disponibles témoignent d'un accroissement pendant les années 2000. Une des raisons de cette évolution réside vraisemblablement dans la diffusion de son injection et de son usage comme drogue de rue. En effet, au cours de ces dix dernières années, des complications, assez spécifiques de l'injection de BHD, sont décrites et en particulier des lymphoedèmes⁹ des avant-bras (syndrome dit de « Popeye ») ou des jambes [2, 18, 24]. On constate que ces complications sont plus fréquentes chez les injecteurs récents de BHD que chez ceux d'autres produits n'ayant pas injecté récemment de BHD [Tableau 2, page suivante].

Tableau 1- Évolution de la fréquence des complications récentes (au cours du dernier mois) liées à l'injection chez les usagers fréquentant les structures de première ligne

	TREND 2002	TREND 2003	TREND 2006
Difficultés à s'injecter	40 %	61 %	62 %
Bleus, hématomes	30 %	41 %	51 %
Veines bouchées, thrombose, phlébite	17 %	36 %	38 %
Abcès cutané	16 %	27 %	29 %
Poussière	10 %	22 %	27 %

Note : Données à champ géographique constant

Première ligne et PRELUD / TREND / OFDT

9. Ils se traduisent pas des gonflements importants.

Cependant, à partir de 2005, les professionnels sanitaires ou de la prévention participant au dispositif TREND à Rennes, Toulouse, Metz et Paris évoquent une diminution de la fréquence des problèmes habituels liés à l'injection de BHD. Certains l'attribuent à la diffusion du recours à un filtre (Stérifilt®) lors des injections. Celui-ci est conçu en effet pour éviter le passage dans la seringue des composants responsables de l'apparition des abcès, tout en laissant passer la totalité du principe actif. Cela évite aussi aux injecteurs la récupération des cotons ou filtres usagés afin d'en extraire à nouveau du produit. En dépit de certaines résistances des usagers de drogues à l'utilisation de cet outil (liées aux croyances et aux rites des injecteurs), il semble que celle-ci progresse en 2008. Cependant, à ce jour, les données quantitatives manquent pour étayer ces observations empiriques [15].

D'autres pathologies moins documentées

Si on dispose de peu d'éléments pour estimer une tendance concernant les très

nombreuses autres pathologies dont peuvent souffrir les usagers de drogues, on sait en revanche que persiste un fort niveau de morbidité en comparaison avec la population générale du même âge. Ainsi, en 2008, 38 % des usagers des CAARUD ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année (hors urgences), cette part atteignant 44 % pour les femmes (vs 37 % pour les hommes) [3].

Plus du tiers des usagers des CAARUD (35 % en 2006) se considère en mauvaise ou très mauvaise santé physique et cette proportion reste stable entre 2001 et 2008. La morbidité infectieuse est fréquemment rapportée (bronchites, rhumes, abcès, etc.), mais également les problèmes traumatologiques (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. Enfin, certaines personnes évoquent leurs usages problématiques : alcoolisme, rechute, surdoses, etc. [15].

Tableau 2 - Conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures de première ligne en 2006

Injection durant le dernier mois	BHD N = 239	Autre(s) produits(s) N = 232	Ensemble N = 471
Difficultés à l'injection	68 %	56 %	62 % **
Abcès cutanés	36 %	22 %	29 % **
Bleues, hématomes	56 %	46 %	51 % *
Veines bouchées, thrombose, phlébite	46 %	29 %	38 % **
Gonflement des mains et avant-bras	43 %	30 %	37 % **
Poussière (poussée fébrile)	31 %	24 %	27 %
Gonflement des pieds ou des jambes	16 %	12 %	14 %

** différence significative avec un risque d'erreur < 1 % * avec un risque d'erreur < 5 %

PRELUD 2006, Trend / OFDT



Cependant, les données illustrent également la fréquente morbidité psychique qui affecte ces usagers de drogues. En 2006, 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). Les symptômes psychiques occupent en effet une place importante parmi les problèmes de santé cités spontanément par les usagers des CAARUD. Ils évoquent par exemple la dépression, les pulsions suicidaires, l'anxiété ou des épisodes de délire [15]. Près d'un quart des hospitalisations dans l'année mentionnées par les usagers des CAARUD en 2008 est lié à des problèmes psychiatriques. Dans les CSST (Centres de soins spécialisés pour les usagers de drogues), près d'une personne sur trois, prise en charge pour un problème autre que le cannabis, a déjà été hospitalisée en psychiatrie (hors sevrage). Un quart de ces usagers (24 %) a fait une tentative de suicide [11].

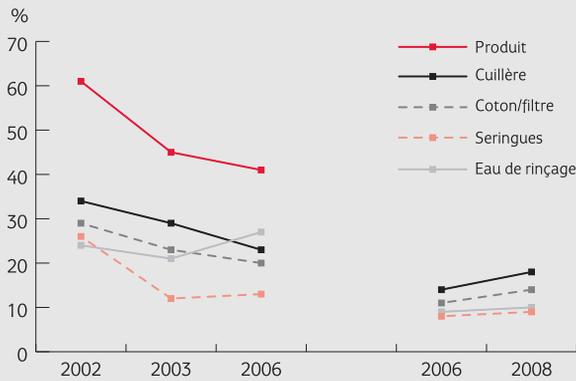
Ainsi, la morbidité psychiatrique (préalable, aggravée ou provoquée par les drogues ou des conditions de vie à la marge) reste un problème sanitaire extrêmement présent dans la vie de ces usagers de drogues.

LES ÉVOLUTIONS EN COURS

La montée d'une nouvelle précarité

Si la substitution a permis une sortie de la précarité pour un certain nombre d'usagers de drogues, les dispositifs de réduction des risques ont vu, particulièrement à partir de 2002, de nouveaux groupes de populations précaires recourir à leurs services. « Jeunes errants » dépourvus de tout soutien familial et institutionnel ou migrants totalement démunis notamment en provenance d'Europe de l'Est. Ces usagers de drogues adoptent souvent des conduites d'usage radicales (poly-usage anarchique, injection), vivent dans des conditions de précarité souvent extrêmes, et se rapprochent peu des systèmes de soins¹⁰ [1]. Ainsi, la nouvelle génération d'usagers des CAARUD (de moins de 25 ans) est celle qui partage le plus le matériel d'injection

Graphique 3 - Prévalence du partage au cours du mois précédent l'enquête du matériel d'injection chez les usagers des CAARUD, 2001 à 2008



Première ligne 2002, 2003, PRELUD 2006, ENaCAARUD 2006, 2008

10. Voir le chapitre précédent sur les « nouveaux visages de la marginalité », p. 26.

(entre deux à trois fois plus selon l'élément concerné que les 35 ans et plus). Entre 2006 et 2008, on assiste d'ailleurs à une stagnation – voire à une légère remontée – de la prévalence du partage récent chez les usagers des CAARUD [Graphique 3] [12, 21]. Ces nouveaux usagers précaires cumulent d'autant plus les risques sanitaires qu'ils méconnaissent les pratiques de réduction des risques et qu'ils recourent fréquemment à la prostitution. En 2008, plusieurs sites TREND décrivent, parmi les groupes les plus précaires, des injections pratiquées collectivement en urgence (pour ne pas être porteurs du produit et donc coupable d'une infraction) réalisées dans des conditions sanitaires dramatiques où les contaminations paraissent inévitables [3, 25]. Enfin, parmi les jeunes désaffiliés, la présence croissante d'une population féminine observée également par le dispositif TREND depuis 2002 pose des questions spécifiques sur le plan sociosanitaire : violences, infections, grossesses non désirées, prostitution, etc.

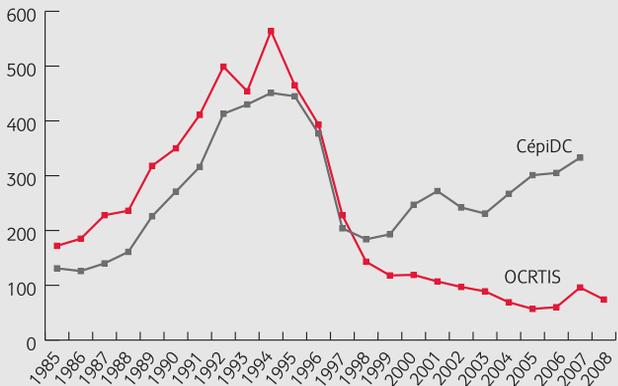
Une reprise des surdoses

Si la baisse du nombre de décès par surdose apparaît incontestable dans la seconde moitié des années 1990, en revanche, de 1999 à 2003, la situation apparaît moins claire¹¹. En 2006, alors

que des éléments qualitatifs issus du dispositif TREND évoquent de plus en plus une recrudescence des décès en lien avec les usages de drogues, cette impression semble confirmée par les données de mortalité de l'INSERM, qui montrent une remontée effective du nombre des décès à partir de 2003¹² [26].

Plusieurs éléments peuvent expliquer ce phénomène. L'extension de l'usage des psychotropes et notamment des opiacés, premiers responsables de surdoses¹³, vers des populations de plus en plus diffuses, dépourvues de connaissances et d'expérience concernant ces produits, constitue un premier élément d'explication. La croissance de la consommation d'héroïne, observée clai-

Graphique 4 - Évolution du nombre de surdoses entre 1985 et 2007 selon les données OCRTIS et les données INSERM (CépiDC).



Données OCRTIS et INSERM / CépiDC

11. Les deux sources disponibles, dont l'une améliore son mode de recueil et de codage (CépiDC) alors que l'exhaustivité de l'autre semble régresser) fournissent des évolutions divergentes.

12. La croissance de la courbe entre 1999 et 2001 est plutôt attribuée aux évolutions du mode de codage des causes de décès mis en œuvre en 2000.

13. L'héroïne notamment est présente dans 45 % des surdoses [28].

rement sur un plan quantitatif depuis 2006 vient soutenir ce phénomène en particulier du fait de la forte hétérogénéité de la pureté des poudres en circulation (de 0 à 60 % selon une enquête réalisée en 2007 par le dispositif SINTES¹⁴ de l'OFDT). En outre, la généralisation des pratiques de polyconsommation rend la maîtrise des quantités absorbées et des effets, difficiles voire, impossibles [3, 14, 27].

Une éclaircie possible du côté de l'hépatite C

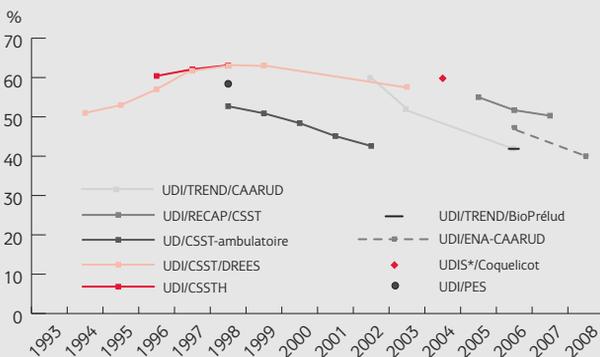
Il semble que, depuis le début des années 2000, on observe un fléchissement de la prévalence de cette infection chez les usagers de drogues injecteurs. Cela peut s'expliquer par l'impact des mesures de santé publique prises en France (voir plus haut) et par des évolutions des pratiques des usagers de drogues. L'accessibilité du traitement a aussi fait l'objet d'efforts importants. En 2008, 70,5 % des usagers des CAARUD, porteurs du virus de l'hépatite C, ont

consulté dans l'année pour cette pathologie chronique et plus du quart est sous traitement (28,0 %) soit 5,5 points de plus qu'en 2006 [12, 21].

Parallèlement la pratique du dépistage se diffuse. Elle permet à l'utilisateur infecté de bénéficier d'un suivi et le cas échéant d'un traitement. Si la part des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD n'ayant jamais pratiqué de dépistage du VHC a diminué, c'est surtout la régularité des dépistages, nécessaire tant que le risque persiste, qui constitue un facteur efficace pour la précocité du suivi et la protection d'autrui. La part des dépistages récents s'est en effet accrue pendant la décennie 2000 [3].

Toutefois, ces données doivent être considérées avec prudence. La plupart de ces études s'appuient sur des données déclaratives des usagers, alors qu'il est établi que la méconnaissance d'une séropositivité pour le VHC n'est pas rare, ce qui entraîne une sous-estimation de la prévalence réelle [14].

Graphique 5 - Évolution de la prévalence déclarée de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les UD en France



*UDIS : Usagers de drogues par voie intraveineuse ou snif.

Sources : voir note 7

Par ailleurs, la prévalence est une mesure qui ne reflète qu'indirectement la dynamique de l'épidémie et l'on ne dispose pas d'estimation nationale de l'incidence du VHC chez les usagers de drogues en France.

14. Système national d'identification des toxiques et des substances [29].



CONCLUSION

L'examen des vingt-cinq dernières années en matière de problèmes de santé des usagers de drogues fait apparaître des évolutions diversifiées. L'amélioration de la situation concernant les contaminations par le VIH ne doit pas en effet masquer les autres aspects de l'état de santé des usagers de drogues précaires, populations qui connaissent une morbidité et une mortalité beaucoup plus élevées que la population générale. Si la focalisation initiale sur le VIH et le VHC a certainement été bénéfique, le dispositif de prise en charge sanitaire doit tendre à une appréhension plus globale de la santé des usagers de drogues. Les consommations et les pratiques des populations d'usagers problématiques de drogues

évoluent à un rythme plus rapide que celui des réponses associatives et institutionnelles. Cette situation engendre un décalage récurrent entre des problèmes émergents et les réponses accessibles. Pourtant, le dispositif français de prise en charge a connu de véritables bouleversements organisationnels et fonctionnels entre 1980 et 2009. L'architecture médico-sociale (CSAPA et CAARUD) et sanitaire qui va émerger en France en 2010 devra développer une adaptabilité aux conséquences des usages de drogues de demain pour conserver leur pertinence. Pour autant, ce dispositif spécialisé pourra difficilement à lui seul, faire face à des problèmes sociaux (accès au logement et au travail, désaffiliations de certains jeunes, etc.) qui dépassent largement le champ de l'usage de drogues.

Références bibliographiques

- [1] BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004, sixième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2005.
- [2] BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND*, Paris, OFDT, 2003.
- [3] CADET-TAÏROU (A.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2007 et 2008, neuvième rapport national du dispositif TREND*, OFDT, Saint-Denis, 2010.
- [4] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFFSAPS) et Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), OPPIDUM, résultats de l'enquête 20 (octobre 2008), AFSSAPS, Saint-Denis, 2009.
- [5] Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Substitution aux opiacés, synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France*, OFDT, Paris, 2003.
- [6] JAUFFRET (M.), *L'auto-support des usagers de drogues en France*, Toxibase, 1997.
- [7] Direction générale de la Santé, *Étude des cas de SIDA domiciliés en France métropolitaine par groupe exposé au 30 septembre 1987*, BEH n° 42, 1987.
- [8] Institut de veille sanitaire (InVS) *Recueil des notifications des cas de SIDA, novembre 2009*, disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>.
- [9] SIX (C.), HAMMERS (F.), BTUNET (J.-B.), *Infections à VIH, VHB et VHC chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement*, BEH n° 3, 1999.

- [10] PALLE (C.), BERNARD (C.), *CSST en ambulatoire, tableaux statistiques 1998-2002, exploitation des rapports d'activité des CSST*, OFDT/DGS Documents statistiques, Paris, 2004.
- [11] PALLE (C.), VAISSADE (L.), « Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCA en 2005 », *Tendances* n° 54, OFDT, 2007.
- [12] TOUFIK (A.) et al., « Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD. Profil et pratiques des usagers de drogues à partir de l'Enquête ENa-Caarud », *Tendances* n° 61, OFDT, 2008.
- [13] EMMANUELLI (J.), LERT (F.), VALENCIANO (M.), *Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*, OFDT, Paris, 1999.
- [14] 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 n° 33, 2006.
- [15] CADET-TAÏROU (A.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006, huitième rapport national du dispositif TREND*, OFDT, Saint-Denis, 2008.
- [16] LE VU (S.) et al., *Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH en France à l'aide d'un test d'infection récente*, 2009.
- [17] WIESSING (L.) et al., HIV among injecting drug users in Europe : increasing trend in the East, *Euro.Surveill* 13.50, 2008.
- [18] BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003, cinquième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2004.
- [19] ESCOTS (S.), « Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage en France, les traitements de substitution en France, résultats récents 2002-2003 », *Tendances* n° 34, Saint-Denis, 2004.
- [20] LOPEZ (D.), MARTINEAU (H.), et PALLE (C.), *Mortalité liée aux drogues illicites. Étude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants*, Saint-Denis, OFDT, 2004.
- [21] CADET-TAÏROU (A.), COQUELIN (A.), *Profil et pratiques des usagers de drogues fréquentant les CAARUD à partir de la deuxième édition de l'enquête nationale ENa CAARUD*, OFDT, Saint-Denis, à paraître, 2010.
- [22] CHOO (Q.-L.) et al., *Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome*, *Science*, 244.4902, 1989.
- [23] THOMAS (D.L.), RAY (S.C.), LEMON (S.M.), « Hepatitis C », in *Infectious diseases*, G.L. Mandell, J.E. Bennet, and R. Dolin, Editors, Elsevier, Philadelphia, 2005.
- [24] BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*, Paris, OFDT, 2002.
- [25] HALFEN (S.), GREMY (I.), *Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux et évolutions en 2008*, TREND, ORS Île-de-France/OFD, Paris, 2009.
- [26] Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *2008 National report to the EMCDDA by the REITOX national focal point*, FRANCE, New development, trends and in-depth information on selected issues, OFDT, Saint-Denis, 2009.



[27] REYNAUD-MAURUPT (C.), VERCHERE (C.), *Les nouveaux usages de l'héroïne*, OFDT, Paris, 2003.

[28] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), 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 2008*, Saint-Denis, 2009.

[29] LAHAIE (E.), *Composition de l'héroïne circulant en France, Résultats de l'enquête nationale SINTES, Observation 2007-2008, 2009*, OFDT, Saint-Denis, à paraître.

La cocaïne et la diffusion de ses usages ■

Serge Escots*, **Catherine Reynaud-Maurupt****, **Agnès Cadet-Taïrou*****

**Anthropologue (Institut d'anthropologie clinique)*

***Sociologue (Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale)*

****Responsable du pôle TREND (OFDT)*

Le dispositif TREND s'est mis en place à une époque charnière où la cocaïne entrait dans une nouvelle phase, beaucoup plus large que les précédentes, de diffusion. Comme d'autres pays occidentaux, et plus particulièrement européens, la France a connu, en effet, plusieurs cycles de consommation, dont le premier se situe aux alentours de 1910 jusqu'à la fin des années 1920 où le dérivé de la feuille de coca avait investi les milieux festifs de l'époque en s'appuyant à la fois sur la délinquance, la criminalité et le monde artistique. La « coco » fait, alors, partie de la vie noctambule des « années folles » [1]. Après la Seconde Guerre mondiale, la cocaïne reste confinée à certains milieux aisés de la bourgeoisie économique, intellectuelle ou artistique, ou à l'univers parallèle du banditisme et de la prostitution. Elle n'occupera pas, en France, une place centrale parmi les consommations des années 1960 et 1970. Néanmoins, durant cette période, elle est consommée, au-delà du cercle habituel de ses amateurs, par les héroïnomanes qui l'associent à l'héroïne. Entre 1980 et le milieu des années 1990, au seuil de cette nouvelle phase de diffusion, la cocaïne est déjà présente dans des milieux sociaux assez diversifiés car le mouvement de diffusion de l'usage de drogues dans la jeunesse commence à concerner une large frange de cette population.

UNE NOUVELLE PHASE DE DIFFUSION DE LA COCAÏNE EN FRANCE

La situation à partir du tournant de l'an 2000

En 2000, 1,9 % des 15-34 ans déclarent avoir consommé de la cocaïne au cours de la vie et 0,5 % au cours de l'année (INPES, Baromètre santé, OFDT). À 17 ans, à la même époque, son niveau d'expérimentation s'élève à 1 % de la



classe d'âge (ESCAPAD, OFDT) [2]. C'est à partir de cette période que les courbes d'usage de la cocaïne vont sensiblement s'orienter vers la hausse. Ainsi, dans le groupe d'âge le plus concerné par ces usages, les 18-44 ans, le niveau d'expérimentation triple entre 1992 et 2005, passant de 1,2 % à 3,8 % (INPES, Baromètre santé, OFDT) [3].

Dès son premier rapport, le dispositif TREND considère qu'au tournant des années 2000 la cocaïne est entrée dans une phase de « *diffusion large* » car sa disponibilité s'accroît sur l'ensemble des sites (« *toutes les données convergent pour indiquer une augmentation nette de la disponibilité* ») et sa consommation concerne des classes d'âge différentes et des catégories sociales hétérogènes [4].

On assiste alors, non seulement à l'élargissement de la diffusion de la forme chlorhydrate (poudre), mais aussi à l'émergence puis au développement de son utilisation après transformation sous sa forme base par l'utilisateur (free base). Rapportée des États-Unis, cette pratique est connue, dès 1980, dans des milieux plutôt aisés qui utilisent la voie nasale. Au cours des dix dernières années suivantes, les investigations du dispositif TREND mettront en évidence l'extension de cette pratique, portée par une volonté d'intensifier les effets du produit, tant dans l'espace urbain que festif. Quant au crack, qui désigne de façon usuelle la forme base lorsque celle-ci est déjà préparée au moment de son achat (après adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque au chlorhydrate de cocaïne), le développement de sa consommation dans la zone des Caraïbes servira de point de départ à sa diffusion en direction de Paris dès la fin des années 1980 [5].

Concernant les consommateurs, on constate qu'au-delà des usagers bien insérés socialement et des héroïnomanes qui associent héroïne et cocaïne, de nouveaux profils apparaissent. De jeunes consommateurs découvrent la cocaïne lors d'événements festifs. Dans ce groupe, le « prestige social » attaché au produit en fait un objet de fascination. Le dispositif observe également des personnes recevant un traitement de substitution (méthadone ou BHD¹) qui consomment de façon plus ou moins régulière de la cocaïne chlorhydrate ou base et utilisent l'opiacé comme une substance de régulation des effets stimulants [6,7].

Globalement, l'image de la cocaïne tout au long de la période est extrêmement positive. Perçue comme une drogue festive, et somme toute peu dangereuse, elle semble en phase avec une période où la performance est socialement très valorisée. Illustration du phénomène, la couverture médiatique de la cocaïne est abondante et dans le fond peu critique pour un produit en cours de « démocratisation ». « *Elle n'est plus l'apanage de la jet set* » constate *le Nouvel Observateur* du 29 janvier 2004, tandis que *le Monde* du 13 avril 2006 indique que « *la drogue des riches se banalise* ».

1. Vendu à l'époque sous le seul nom de spécialité Subutex®.

Une nouvelle dynamique de l'offre et de la demande

Alors qu'au plan mondial les quantités de cocaïne en direction de l'Europe sont en hausse, le trafic local de cocaïne, soutenu par la forte demande, attire de nouveaux acteurs et certains revendeurs de cannabis et d'héroïne s'y intéressent de plus en plus. En effet, avec le développement sans précédent de l'offre médicale d'opiacés (BHD, méthadone), le trafic local d'héroïne s'effondre... Les saisies de cocaïne, qui atteignent plus de 8,2 tonnes en France en 2008, et le nombre de personnes interpellées pour usage et usage-revente de cocaïne/crack ont considérablement augmenté ces dernières années². Ainsi le nombre d'interpellations pour usage de cocaïne crack, qui s'élève à 5 214 en 2008, a été multiplié par 5 depuis 1995. Dans le même temps, les prix de la cocaïne connaissent une forte baisse et se stabilisent au milieu de la décennie 2000 à environ 60 € le gramme après avoir été divisés par 2 par rapport aux années 1990³.

Offre et demande se renforcent mutuellement et la France, à l'instar de ses voisins européens comme le Royaume-Uni, l'Espagne, l'Italie, l'Irlande, le Danemark, la Norvège ou les Pays-Bas, voit sans cesse augmenter le niveau d'expérimentation chez les jeunes, bien qu'à des niveaux de prévalence inférieurs⁴ [8]. En France, en 2005, parmi les 12-75 ans, le nombre d'expérimentateurs de cocaïne au cours de la vie était estimé à environ un million de personnes, pour environ 250 000 qui en ont consommé au cours de l'année (INPES, Baromètre santé, OFDT) [9]. Des chiffres selon toute vraisemblance en hausse aujourd'hui puisque chez les jeunes de 17 ans on constate qu'en 2008 le niveau d'expérimentation a plus que triplé par rapport à l'an 2000 pour atteindre 3,3 % de cette classe d'âge.

EXTENSION DES CHAMPS DE SA CONSOMMATION

La tranche d'âge la plus concernée par les usages de cocaïne est celle des jeunes adultes. Concernant les jeunes, les données d'ESCAPAD montrent toutefois que le niveau d'expérimentation à 17 ans a plus que triplé entre 2000 et 2008 [14]. Rappelons que plus d'un usager sur deux fréquentant l'espace festif électro est âgé de moins de 24 ans et que 62 % d'entre eux ont expérimenté la cocaïne [11]. Ce phénomène n'est pas spécifique à l'espace festif techno mais touche de plus en plus des milieux jusque-là plutôt épargnés. Si l'on en croit en effet le travail conduit en 2006 sur la consommation de stimulants chez les jeunes des cités de la région parisienne [15], la consommation de cocaïne aurait

2.. Sur les problématiques liées aux prix, aux saisies de cocaïne et aux interpellations pour usage, usage-revente et trafic, voir le chapitre sur les évolutions de l'offre.

3. Au prix de 150 € environ au début des années 1990, le gramme de cocaïne se négocie à 80 € en 2000.

4. Alors que l'usage au cours de l'année concerne en France, en 2005, 1,2 % des 15-34 ans, la moyenne européenne s'élève à 2,3 %.



augmenté ces dernières années et l'expérimentation interviendrait à un âge plus jeune qu'auparavant.

La diffusion de la cocaïne au sein des publics « insérés »

Dès 1999, une première enquête de l'IREP (Institut de recherche épidémiologique en pharmacodépendance) s'intéresse aux usagers de l'espace festif au travers de leurs consommations d'« *ecsta, trip, coke et speed* » [8]. Les usagers de l'enquête sont pour deux tiers des hommes. Ils sont âgés en moyenne de 26 ans, sont plutôt insérés socialement et fréquentent, selon les cas, les clubs, les teknivals, les free parties, les raves commerciales ou encore les festivals rock. Si la cocaïne a été consommée une fois dans la vie pour 72 % d'entre eux, et si elle fait partie dans certains teknivals des produits parmi les plus disponibles, il n'en reste pas moins qu'avant 2000, dans ces espaces, la cocaïne demeure une consommation de type opportuniste. En général, à cette époque, elle circule discrètement dans les lieux festifs et son initiation se réalise, comme encore souvent aujourd'hui, en contexte privé. À la fin des années 1990, le prix du gramme de cocaïne dans l'espace festif est instable et oscille autour de valeurs allant de 500 à 1 000 F⁵ [8].

Dans l'espace festif électro et rock...

L'observation de l'espace festif en général, depuis 1999, montre une augmentation constante de la disponibilité et de la consommation de la cocaïne dans cet espace. Cela est particulièrement vrai pour l'espace « électro », qu'il s'agisse de l'espace « alternatif » ou du « clubbing gay », qui sont les plus documentés.

Un travail, publié par l'OFDT en 2007 [11], est venu confirmer les constats des observateurs situés dans cet espace. Ainsi, avec plus de 62 % de personnes déclarant en avoir consommé au moins une fois dans la vie, la cocaïne non basée est le troisième produit expérimenté après le cannabis et l'ecstasy, par les usagers fréquentant cet espace festif. Près de 35 % des usagers ont consommé au cours des trente derniers jours de la cocaïne non basée et 7 % de la cocaïne base ; 50 % dans l'espace défini comme alternatif (free parties, teknival) et 27 % pour les autres espaces (pubs et bars de nuit, « clubbing » et club select). Enfin, 16 % des usagers de l'espace « alternatif » ont déclaré utiliser la cocaïne plus d'une fois par semaine, 10 % pour les usagers qui fréquentent l'espace « clubbing », « select » ou non ; et 8 % des personnes fréquentant les pubs et bars de nuit. Pour les usagers fréquentant cet espace festif, la cocaïne est à la fois un produit très expérimenté, consommé régulièrement par plus d'un tiers et dont les risques d'usages problématiques concernent une part non négligeable d'entre eux.

L'espace festif « gay électro », pour sa part, a fait l'objet d'une investigation en 2007 [12], qui met en évidence la place importante qu'occupe la cocaïne parmi les différentes consommations de substances psychoactives. Le travail

5. Soit entre 3 500 et 6 700 € environ.

de l'IREP, en 1999, avait montré qu'à cette époque, déjà, la cocaïne jouissait dans le milieu festif gay parisien d'une réputation positive. Dix ans plus tard, la cocaïne reste un produit très demandé dans une multiplicité de contextes de consommation possibles. De fait, au-delà du produit qui favoriserait la rencontre par la désinhibition sociale ou la résistance à la fatigue, la cocaïne est aussi intégrée aux pratiques sexuelles, notamment dans une recherche de performance ou dans le cadre de pratiques plus extrêmes. La faible modification perceptuelle, l'intensification des processus cognitifs, l'exaltation du sentiment de soi, la stimulation qu'elle procure font dire à certains usagers de l'espace festif gay que la cocaïne est la « *drogue de toutes les situations* ».

En revanche, Sylvain Aquatias, dans son travail sur les consommations de produits psychoactifs dans l'espace festif de la culture rock, publié en 2001 [13], fait état de peu d'observations concernant la présence de la cocaïne, sa disponibilité et ses usages. Sans être absente, il semble qu'elle n'occupe pas une place comparable à celle que l'on pouvait observer dans l'espace festif « électro » à la même époque. Toutefois, il n'est pas impossible que le dispositif de l'enquête qui n'utilisait pas l'entretien biographique, l'image moins banalisée de la cocaïne à cette époque et le caractère plus individuel de sa consommation, aient pu contribuer à une sous-évaluation de sa diffusion dans cet espace.

... et auprès des jeunes en général

Hors des milieux festifs proprement dit, la cocaïne connaît aussi une phase de développement de l'usage dans les milieux populaires et notamment au sein de certaines fractions de la jeunesse vivant dans les quartiers périphériques des grandes agglomérations. La « phase de deuil » que connurent ces cités, consécutive au décès des héroïnomanes par le VIH au milieu des années 1980, avait pourtant renforcé une série de représentations péjoratives qui rejetaient les consommations de « drogues dures » et stigmatisaient leurs consommateurs. De ce fait, les usagers de cocaïne de cette période étaient contraints à une certaine clandestinité. Il semble qu'au cours de ces cinq dernières années, une génération plus jeune s'affranchit de ces représentations négatives attribuées aux « vieux toxicomanes injecteurs » et assume plus ouvertement ses consommations et la revente de cocaïne. En outre, l'intégration du trafic local de cocaïne aux réseaux de deal du cannabis implantés dans les cités dites « sensibles » a probablement participé à une familiarisation des jeunes avec le produit. Ce phénomène est d'ailleurs confirmé par les observateurs du dispositif TREND en 2008 du fait de l'accroissement de la présence, dans les free parties, les teknivals, voire les clubs et les discothèques, de dealers issus des quartiers « sensibles ». Enfin, au sein de la jeunesse favorisée, dotée d'un pouvoir d'achat significatif, un nombre plus important de jeunes consomme de la cocaïne de façon plus ou moins régulière en contextes festifs et au-delà.

Il apparaît ainsi que ce sont toutes les classes sociales d'une tranche d'âge qui au cours de ces dernières années se sont vu concernées par l'usage de



cocaïne. Il n'est pas étonnant, au terme de cette décennie, que les dispositifs de soins, spécialisés ou non, soient de plus en plus fréquemment interpellés pour des adolescents ou de jeunes adultes en difficultés sanitaires ou sociales avec l'usage de cocaïne (voir encadré ci-dessous sur les populations cachées) [16].

Cocaïne et travail

Dans l'imaginaire collectif la cocaïne est synonyme de performance et jouit encore aujourd'hui d'une réputation plutôt valorisante. Supposée être la drogue des populations les plus en vues, elle est aussi censée être celle de la performance et ce dans tous les domaines et notamment dans celui du monde du travail.

Dans la réalité, la situation est plus contrastée. Contrairement à des croyances très répandues, l'analyse des données en population générale montre que la cocaïne n'est pas actuellement surconsommée par les catégories sociales à fort pouvoir d'achat [a]. On observe même une sur-expérimentation des chômeurs et des inactifs par rapport aux actifs et aux étudiants. De façon générale, en population insérée, il existe peu de différences entre les diverses professions et catégories sociales et ce sont les classes moyennes qui sont les plus concernées.

L'usage de substances illicites, dont la cocaïne, par des personnes intégrées à un milieu professionnel constitue un champ de recherches encore récent en France. À quelques années de distance, deux études menées au sein du dispositif TREND ont permis d'aborder ces questions. Le premier travail [b], publié en 2002, est l'occasion de démystifier la légende de la performance liée à la cocaïne. Si « *la cocaïne apparaît comme la drogue de la performance dans l'imaginaire des usagers et non-usagers*, elle « *semble plutôt correspondre dans la réalité à la drogue de l'image de la performance* », explique l'auteur en poursuivant : « *En effet, pour beaucoup, l'usage de cocaïne vise à tenir éveillé mais aussi à améliorer son image plutôt qu'à augmenter ses capacités cérébrales et physiques.* »

La deuxième étude [c] va également à l'encontre des schémas de pensée les plus répandus. Ainsi, l'insertion professionnelle censée caractériser une grande partie des usagers de cocaïne inconnus des services de soins n'est pas si franchement inscrite dans l'échantillon rencontré, qui comprend un grand nombre de jeunes diplômés sans emploi ou bénéficiant d'allocations d'insertion, ainsi que de nombreuses personnes travaillant avec le statut d'intérimaires. En outre, la cocaïne est loin d'être le seul produit illicite consommé par ces usagers. Le plus souvent, il s'agit du dernier produit expérimenté par des personnes ayant des pratiques régulières de polyusage, parmi lesquelles un certain nombre a déjà éprouvé des difficultés de gestion des consommations avec des produits comme l'ecstasy. Toutes les personnes rencontrées débutent leur usage de cocaïne dans des contextes festifs au sens large. Au fil du temps, la moitié des personnes rencontrées est parvenue à maintenir un usage exclusivement festif.

Schématiquement, il apparaît donc au vu de l'analyse de ces deux études que les usagers intégrés dans une sphère professionnelle ont, dans la plupart des cas, un

objectif commun : séparer le moment de la fête, et les usages qui l'accompagnent, du moment « travail », perçu comme une dimension essentielle, à sauvegarder, de l'insertion sociale.

Quand rencontre il y a et que la prise du produit « déborde » sur le champ du travail, c'est que le consommateur, trop fatigué par le temps de loisirs (les sorties) doit alors se doper pour aller travailler ou que sa consommation n'est plus récréative. S'il existe pour certains des usages courts et ponctuels, dans un objectif précis, par exemple « finir » un travail, la présence de la cocaïne au travail semble se circonscrire à deux cadres professionnels : le premier concerne les univers dans lesquels la frontière s'avère floue entre sorties et travail, et où l'usage est « normalisé » dans la sphère professionnelle tels que les professions liées aux arts et spectacles... Le second est celui de personnes qui connaissent des conditions de travail particulières comme celles, par exemple, intervenant dans le secteur de la restauration en zone touristique.

[a] Baromètre santé 2005 INPES /OFDT.

[b] FONTAINE (A.), Usages de drogues et vie professionnelle, recherche exploratoire, OFDT, 2002.

[c] REYNAUD-MAURUPT (C.), HOAREAU (E.), Les usages de la cocaïne chez les consommateurs cachés, à paraître, OFDT/GRVS, Saint-Denis.

L'usage de la cocaïne au sein des publics marginalisés

Depuis le premier rapport TREND, le constat de la plus grande disponibilité de la cocaïne au sein des populations les plus marginalisées n'a cessé, d'année en année, d'être réitéré. En 1999, les observateurs de l'espace urbain rapportaient en effet la visibilité de plus en plus grande « *des personnes substituées à la méthadone et au Subutex® qui, pour des raisons diverses, sont passées à la consommation de cocaïne* » [4].

Depuis ce constat ne s'est jamais démenti et le dispositif TREND a mis en évidence, au cours de ces dernières années, une augmentation de la consommation de cocaïne parmi les personnes qui utilisent la méthadone ou la BHD. Ainsi, pour un nombre important de personnes s'inscrivant plutôt dans le suivi d'un traitement de substitution ou en difficulté avec celui-ci ou encore dans des usages non substitutifs notamment de BHD [17], la cocaïne est devenue parfois l'occasion d'un nouvel usage problématique ou d'une nouvelle addiction. À l'inverse, c'est aussi la tentative de gestion de l'usage de cocaïne, souvent sous sa forme base (crack ou free base), en utilisant des opiacés, (héroïne, méthadone et sulfate de morphine et souvent BHD), qui induit une dépendance opiacée secondaire. Les liens entre usage d'opiacés et de cocaïne sont d'ailleurs anciens. Ainsi, la disponibilité des médicaments de substitution a créé une situation nouvelle du point de vue de la diffusion des pratiques d'injection de la cocaïne, tout particulièrement parmi les utilisateurs de BHD⁶. Une part signi-

6. Voir le premier chapitre consacré à « La transformation des usages de drogues liés à la diffusion de la substitution », p. 10.



ficative des usagers qui consomment de la BHD l'injecte et notamment les plus précaires. C'est le cas pour 56,4 % des usagers de BHD de l'enquête Ena-CAARUD de 2008 [18]. Ces usagers, dépendants de la pratique même de l'injection, tendraient à injecter également la cocaïne. Pour autant, l'injection de la BHD ne précède pas nécessairement celle de la cocaïne notamment. L'étude PRELUD 2006 estimait que la cocaïne était le premier produit injecté dans la vie pour 13 % de ses usagers fréquentant les CAARUD [19].

Dans la population des CAARUD, interrogée en 2008, si les usagers de crack utilisent préférentiellement la voie pulmonaire (à plus de 95 %), parmi les consommateurs de chlorhydrate, la voie injectable est utilisée par plus d'un individu sur deux (53,3 %) ⁷ [18]. Cette proportion est moindre dans la population qui fréquente les CSST ⁸ participant à l'enquête OPPIDUM. Néanmoins, en 2007, 27 % des usagers de cette enquête déclaraient qu'ils injectaient la cocaïne [21]. Quoi qu'il en soit, le recours à la voie veineuse pour l'usage de cocaïne pose différents problèmes. D'abord la dimension compulsive de la consommation injectée de cocaïne implique bien souvent une répétition des injections qui augmente les risques sanitaires à différents niveaux. La multiplication des injections de cocaïne est un facteur de dégradation du capital veineux, particulièrement si les conditions d'asepsie sont insuffisantes ou lorsqu'il y a des injections de BHD concomitantes. Les injections sont responsables de la plupart des décès brutaux liés à la cocaïne et induisent des endocardites aux pronostics parfois sévères [14]. Ainsi, le dispositif TREND notait en 2005 que l'injection de cocaïne est souvent corrélée à « *l'usage solitaire compulsif et toxicomaniaque (...) en dehors même des populations plus ou moins marginalisées* » [22]. Enfin, l'injection est un vecteur de contamination des maladies virales, quel que soit le produit que contient la seringue. L'injection d'opiacés que l'on retrouve aussi chez un grand nombre d'injecteurs de cocaïne a tendance, dans la représentation de nombreux acteurs, à éclipser l'injection de cocaïne comme facteur de risque infectieux.

Diffusion de la cocaïne base

La cocaïne base est obtenue par adjonction au chlorhydrate de cocaïne (poudre) d'un composé alcalin (bicarbonate ou ammoniac). Si d'un point de vue pharmacologique free base et crack sont identiques, le contexte social de leur consommation en détermine la nomination. Ainsi, aux États-Unis, alors que le *free basing* concernait plutôt des usagers blancs et insérés, la cocaïne base s'est diffusée dans les ghettos noirs et urbains sous le nom de crack. Cette distinction sémantique s'est importée en France où lorsqu'un usager transforme sa cocaïne, il considère qu'il s'agit de free base et se définit plutôt comme un

7. Dans la même population, 42,1 % utilisent le sniff et 23,3 % basent leur cocaïne pour la fumer.

8. Quelques médecins généralistes significativement impliqués dans la prise en charge de l'addiction incluent également les patients suivis pour une pathologie addictive.

usager de cocaïne [18] tandis que le toxicomane plutôt précaire de Martinique⁹ ou du nord-est de Paris qui achète un « caillou » fume du crack. Depuis 1999, l'image négative du crack ne s'est jamais démentie. Le crack est porteur en effet de représentations négatives associées à la dépendance, à la folie et à la désocialisation. Cette image est sous-tendue par la réalité d'une vie marquée par la grande précarité. Seuls un tiers des usagers de crack en 2003 dispose d'un mode de logement stable (pour six mois) et 38,4 % sont SDF où vivent en squat [18].

Le free base, en revanche, est attaché, encore pour certains, au prestige de l'usager qui connaît les secrets de la transformation qui « purifie » la cocaïne même si ceux qui l'ont expérimenté adoptent souvent un discours plus nuancé du fait de l'envie impérieuse de consommer à nouveau qu'il provoque, compte tenu de son fort potentiel addictif [23]. Au fil du temps, l'idée d'une différence entre les produits tend à s'estomper chez les usagers expérimentés, mais si elle demeure encore très présente, y compris chez les intervenants [16].

Le crack reste très localisé à Paris et sa banlieue, notamment le département du 93, qui a vu, en 2009, à Saint-Denis une scène ouverte s'enraciner, et les départements d'outre-mer caribéens. L'étude EnaCAARUD 2008 permet d'ailleurs de constater que si 4,9 % des usagers de province déclarent avoir consommé du crack au cours du mois précédent, cette part s'élève à 43,4 % en Île-de-France et à 83,9 % dans les DOM. La consommation de free base, en revanche, est une pratique qui a connu une certaine extension au cours de ces dernières années aussi bien chez des usagers relativement insérés fréquentant plutôt dans l'espace festif alternatif [11] que chez des usagers marginalisés. Lors d'une étude menée en 2004-2005, 13,4 % des personnes rencontrées dans l'espace festif alternatif disaient en avoir fait usage au cours du mois précédent [11]. Dans les CAARUD en 2008, 8,3 % des usagers disent avoir basé leur cocaïne le mois passé [18].

CONCLUSION

Depuis la fin du XX^e siècle, la cocaïne, favorisée par les réorientations du trafic international¹⁰, est entrée en France dans une nouvelle phase de diffusion. Cependant, la nouveauté du phénomène réside dans le fait que, contrairement au cycle précédent des années 1910, elle touche des milieux sociaux extrêmement hétérogènes auprès desquels elle jouit d'une excellente image. Les usages des formes chlorhydrate et base connaissent en effet un développement significatif et ce dans une pluralité de contextes sociaux, correspon-

9. Voir le chapitre suivant consacré aux usages de drogues en Martinique et en Guyane, p. 62.

10. Voir le chapitre sur l'offre de cocaïne et d'héroïne en France, p. 124.



dant eux-mêmes à une grande diversité de profils de consommateurs. Toujours très présente dans les milieux festifs commerciaux ou underground, elle s'est progressivement diffusée, à mesure que son prix diminuait, parmi les populations les plus précaires observables dans l'espace urbain, et notamment parmi celles qui bénéficient d'un médicament de substitution aux opiacés. Ainsi, c'est dans de nombreux groupes de consommateurs pas toujours ou faiblement connectés entre eux que la diffusion de l'usage de cocaïne se développe. Par ailleurs, l'augmentation de la diffusion de la cocaïne en France accroît les risques sur le plan sanitaire et social. Une étude récente sur l'usage problématique de cocaïne et les réponses des acteurs professionnels [14] montrent que des impacts négatifs sur la santé physique et psychique des usagers sont déjà observables. Des dommages sociaux et des problèmes d'addiction sont repérables et les demandes de soins augmentent notamment lorsqu'il existe une offre lisible. Une prise de conscience de cette situation nouvelle émerge progressivement à l'heure où les dispositifs sanitaires et sociaux sont confrontés désormais à des problèmes liés à une large diffusion de la cocaïne, comme dans de nombreux pays européens.

Références bibliographiques

- [1] RETAILLAUD-BAJAC (E.), *Les drogues, une passion maudite*, Gallimard, 2002.
- [2] BECK (F.), LEGLEYE (S.), *Usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes - ESCAPAD 2002*, Paris, OFDT, 2003.
- [3] BECK (F.), et al., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, exploitation du baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances* n° 48, mai 2006, OFDT.
- [4] *Tendances récentes, rapport TREND*, OFDT, mars 2000.
- [5] CHARLES-NICOLAS (A.), *Crack et cannabis dans la Caraïbe : la roche et l'herbe*, L'Harmattan, 2000.
- [6] BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), EVRARD (I.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*, Saint-Denis, OFDT, 2002.
- [7] REYNAUD-MAURUPT (C.), VERCHERE (C.), TOUFIK (A.), BELLO (P.-Y.), « Les usages de l'héroïne en France chez les consommateurs initiés à partir de 1996. La contribution d'une étude qualitative exploratoire menée en 2002 », *Psychotropes*, vol. 9, n° 3-4, 57-78, 2003.
- [8] OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies), *Rapport sur l'état du phénomène de la drogue en Europe*, OEDT, novembre 2008.
- [9] *Drogues, chiffres clés*, OFDT, 2008.
- [10] IREP, *Ecsta, Trip, Coke et Speed... Approche ethnographique de la consommation d'ecstasy et de ses dérivés, les méthylènedioxyamphétamines, ainsi que des autres drogues licites et illicites associées*, OFDT, 1999.

- [11] REYNAUD-MAURUPT (C.), CHAKER (S.), CLAVERIE (O.), MONZEL (M.), MOREAU (C.), *Les pratiques et les opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif « Musiques Électroniques »*, Saint-Denis, OFDT, 2007.
- [12] FOURNIER (S.), ESCOTS (S.), *Homosexualité masculine et usage de substances psychoactives en contextes festifs gay à Paris et Toulouse en 2007*, OFDT, à paraître.
- [13] AQUATIAS (S.) et al., *Les consommations de produits psychoactifs dans les milieux festifs de la culture rock*, OFDT, décembre 2001.
- [14] LEGLEYE (S.), SPILKA (S.), LE NEZET (O.), LAFFITEAU (C.), « Les drogues à 17 ans, résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 », *Tendances* n° 66, OFDT, juin 2009.
- [15] COPPEL (A.), *Enquête exploratoire sur la consommation de stimulants auprès de jeunes habitants des cités de la région parisienne*, Sida parole, AFR (Association française de réduction des risques), 2006.
- [16] ESCOTS (S.), SUDERIE (G.), *Usages problématiques de cocaïne/crack, Quelles interventions pour quelles demandes ?*, OFDT, à paraître.
- [17] ESCOTS (S.), FAHET (G.), *Usages non substitutifs de la BHD, Investigation menée en France en 2002-2003*, OFDT, 2004.
- [18] CADET-TAÏROU, (A.), COQUELIN (A.), TOUFIK (A.), *Profils, pratiques des usagers de drogues ENa -CAARUD*, 2010, à paraître, OFDT, Saint-Denis. [17]
- [19] *Enquête 19 OPPIDUM*, réseaux des CEIP, sous la coordination du CEIP de Marseille, AFSSAPS, mars 2009.
- [20] CADET-TAÏROU (A.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006, Huitième rapport national du dispositif TREND*, OFDT, Saint-Denis, 2008.
- [21] *Enquête 19 OPPIDUM*, réseau des CEIP, sous la coordination du CEIP de Marseille, AFSSAPS, mars 2009.
- [22] BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), EVRARD (I.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004*, op. cit., p. 58.
- [23] REYNAUD-MAURUPT (C.), HOAREAU (E.), *Les usages de la cocaïne chez les consommateurs cachés*, OFDT/GRVS, Saint-Denis, à paraître.



Martinique, Guyane : les spécificités de l'usage de drogues ultra-marin ■

Sylvie Merle*, Monique Vallart**

*Directrice de l'ORS (Martinique)

**Psychiatre (Cayenne)

Trois départements d'outre-mer ont participé au dispositif TREND : la Guyane et la Martinique de 2001 à 2004 [1, 2] et La Réunion de 2001 à 2003. Si cette dernière se rapproche plus de l'Hexagone en termes de consommation, il n'en va pas de même pour les Antilles¹ - Guyane qui se démarquent fortement qu'il s'agisse des substances et des formes d'usage.

Si les modèles antillais et guyanais sont proches, ils présentent toutefois quelques dissemblances pour des raisons aussi bien historiques ou géographiques que socio-économiques et démographiques, lesquelles viennent interférer sur les modes de consommations, les trafics et leurs conséquences.

Ce chapitre, commun aux deux régions (Martinique et Guyane), a pour objet de rappeler les constatations faites avant et pendant la période d'observation et de mesurer les évolutions apparues depuis l'arrêt de l'activité du dispositif dans les deux départements

d'outre-mer en exposant les similitudes et les divergences entre les deux sites.

RAPPEL HISTORIQUE DU DÉVELOPPEMENT DE L'USAGE DES DROGUES

L'usage de substances psychoactives aux Antilles-Guyane s'est développé en dehors des schémas observés en France métropolitaine, très loin des vagues de consommations des années 1960-1970 en Europe, ce qui leur a permis d'échapper ainsi aux usages d'héroïne et aux conséquences désastreuses du sida et des hépatites dues aux pratiques d'injections. Jusque dans les années 1980-1990, l'usage de drogues illicites ne présentait pas de réels problèmes aux Antilles-Guyane,

1. Même si le dispositif TREND n'a été implanté qu'en Martinique, la proximité des situations, des types et des niveaux de consommations justifie que l'on puisse ici parler d'« Antilles ».

hormis pour quelques personnes consommant de l'héroïne (usage importé de l'Hexagone), du cannabis ou de la cocaïne.

De ce fait, ces régions ont été longtemps considérées comme épargnées expliquant d'une part que le système spécialisé de soins y ait été réduit, voire inexistant avant les années 1980-1990 et d'autre part l'absence de prévention et de réduction des risques (cette dernière notion étant parfois même difficilement acceptée dans les représentations locales...). Ainsi, il a fallu de nombreuses années pour qu'une prise de conscience et des réponses se mettent en place alors que des dommages étaient déjà bien établis.

Usages traditionnels et « magico-religieux »

En Guyane (voir encadré *supra*), des coutumes culturelles associant la consommation de plantes hallucinogènes (fumées ou ingérées) à des rites sociaux et magico-religieux au sein de groupes de population bien spécifiées, sont connues depuis longtemps. De nos jours, elles ne revêtent plus qu'un caractère marginal, qui peut être considéré comme folklorique par certains car confiné dans des groupes ethniques amérindiens ou buschinenge (noirs « marron », issus des communautés africaines s'étant libérées elles-mêmes de l'esclavage).

La Guyane

- Territoire situé au nord-est du continent sud-américain, fleuves frontières avec le Brésil et le Surinam.
- Superficie : 83 534 km² recouverts à 94 % par la forêt amazonienne.

- Démographie : 155 760 habitants au recensement de 1999, 221 500 habitants au 1er janvier 2008 (INSEE), région de France ayant la plus faible densité de population et la structure de population la plus jeune

- Population : pluriethnicité culturelle traditionnelle (Amérindiens, Noirs « marron », créoles) majorée par des vagues migratoires successives (Chinois, H'mongs, Surinamais, Brésiliens)

- Population étrangère : 33 % (essentiellement originaire du Surinam, d'Haïti et du Brésil) mais nombreux clandestins

- Taux de chômage : 21,8 % (enquête Emploi 2008, INSEE), fortes inégalités sociales accentuées depuis 1980-90 (fin des chantiers du spatial et conflit du Surinam)

- Espérance de vie à la naissance : 74,4 ans pour les hommes et 81,0 ans pour les femmes (INSEE, 2006)

De même, au sein des populations créoles de Guyane et de Martinique (voir encadrés), les croyances et coutumes issues des racines africaines ont favorisé lors de la période esclavagiste un rapport magico-religieux au monde environnant. Cette influence peut être retrouvée par le biais de mécanismes projectifs ou de déviance, dans les choix implicites ou non de modes de consommation ou de substances.

La Martinique

- Île des petites Antilles située entre Sainte-Lucie au sud et la Dominique au nord.
- Superficie : 1 128 km².
- Démographie : 380 863 habitants au



recensement de 1999, 402 000 habitants au 1^{er} janvier 2008 (INSEE), plus forte densité de population après l'Île-de-France et vieillissement marqué.

- Population issue du métissage des populations amérindiennes, noires, blanches et indiennes qui l'ont occupée au fil des siècles.

- Population étrangère : 3 % (originaire de Sainte Lucie et d'Haïti principalement)

Taux de chômage : 22,4 % (enquête Emploi 2008), forte proportion de personnes vivant de minima sociaux.

- Espérance de vie à la naissance : 76,2 ans pour les hommes et 84,6 ans pour les femmes (INSEE, 2006).

Jusqu'aux années 1970, prédominance de l'alcool et du tabac

Pendant longtemps, les seules problématiques addictives connues dans ces territoires (en dehors des usages coutumiers décrits ci-dessus) furent le tabac et l'alcool.

Le tabac, fumé le plus souvent, roulé sur des feuilles (tabac local) mais aussi prisé ou en décoction, pouvait aussi être inhalé dans le cadre d'un usage « thérapeutique » s'inscrivant dans les soins traditionnels en Guyane. L'alcool était consommé essentiellement sous forme de rhum (boisson locale par excellence) et de tafia (résidu d'alcool de canne) comme dans toute la Caraïbe. Sous l'effet des importations en provenance de France métropolitaine, l'usage s'est largement diversifié (bière et boissons importées comme le champagne, le whisky, etc.) L'alcool, considéré de manière très positive dans un cadre plus festif (fêtes

familiales, période carnavalesque...) avec une forte méconnaissance des prises de risque, peut aussi avoir une fonction plus mystique, vecteur d'autres substances hallucinogènes dans certaines pratiques culturelles, symbolique du « sacré », pouvant renvoyer au syncrétisme religieux en vigueur dans ces territoires.

TRANSFORMATIONS DANS LES USAGES DES ANNÉES 1970 À 2000

À partir des années 1970, cependant, le paysage antillo-guyanais avec l'arrivée de nouvelles substances (le cannabis d'abord, puis le crack, qui vont trouver un ancrage fort dans un tissu social très fragilisé) [3, 4] en est irrémédiablement modifié.

Le cannabis et la période « rasta »

Aux Antilles-Guyane, l'herbe de cannabis fut le premier produit illicite à faire l'objet d'un usage relativement important. La consommation, qui avait commencé à se développer dans l'Hexagone au cours des années 1960 avec le mouvement hippie, est apparue avec un décalage chronologique dans les DOM puisque sa diffusion s'est faite dans le sillage du mouvement rasta et de la musique reggae, lors de la seconde moitié des années 1970 aux Antilles, puis au début des années 1980 en Guyane. Le mouvement rastafari, revendiquant sa spécificité culturelle caribéenne et ses racines africaines, fut un des porteurs majeurs de cette contestation identitaire.

S'appuyant sur la musique, vecteur culturel fort pour les populations issues de l'esclavage, et des pratiques mystiques, la consommation d'herbe de cannabis prenant dans ce contexte une dimension presque « sacrée », le mouvement a trouvé un écho symbolique important dans toute une frange de la jeunesse de l'époque.

Si cette consommation faisait alors l'objet d'une désapprobation sociale unanime, ce n'est qu'ultérieurement, à partir des années 1990, avec le passage à des consommations beaucoup plus visibles par des plus jeunes et une banalisation confirmée que l'usage du cannabis commence à être perçu comme un problème social.

L'apparition de scènes ouvertes de consommation et de vente d'herbe de cannabis dans la rue et les espaces festifs signe cette banalisation, encore impensable quelques années plus tôt.

En 2001, le cannabis est le produit le plus consommé par les jeunes aux Antilles-Guyane [5, 6, 7]. À la différence de l'Hexagone, il est presque toujours fumé sous forme d'herbe (dénommée *kali* en Guyane et *zeb* en Martinique). Son prix est relativement modéré : en 2001, en Martinique, une enveloppe de 10 g coûte environ une centaine de F (15 €) alors qu'en Guyane, l'herbe est vendue en sachet (environ trois joints) pour 10 francs (1,5 €). Certaines variétés (skunk, djamming) à teneur plus forte en tétrahydrocannabinol (THC), sont très recherchées et plus chères (4 à 6 € le gramme). La résine de cannabis, quant à elle, est quasi inexistante (hormis de rares usages rapportés à la suite d'échanges aériens ou

postaux), car la production dans la zone caraïbe ne se fait que sous forme d'herbe. L'association cannabis-tabac est moins observée qu'au niveau national du fait d'une incidence moindre du tabagisme dans les DOM. En revanche, on retrouve déjà une fréquence des associations avec l'alcool et une tendance au mélange cannabis-crack (*black-joint* en Martinique ou *blaka-jango* en Guyane), pouvant être un mode d'initiation fréquent à l'usage du crack.

Les années « crack »

Aux Antilles-Guyane, le trafic et la consommation de crack se sont développés au cours des années 1983-1985, avant de s'intensifier dans la première moitié des années 1990.

Ce phénomène affecte l'ensemble de la zone caraïbe. Son origine serait à mettre en lien avec des événements géopolitiques complexes et un bouleversement du marché des drogues dans la région marqué notamment par la baisse des approvisionnements en cannabis due à l'intensification de la lutte contre le trafic par les États-Unis. La proximité des zones de production (Amérique andine) et des îles hispanophones et anglophones, devenues les principales zones de transit de la cocaïne vers l'Europe et l'Amérique du Nord, vont contribuer à une implantation locale du crack.

La référence culturelle aux modes de consommation « fumé » ou « inhalé » a largement favorisé le développement d'une transformation locale du chlorhydrate de cocaïne en crack (cocaïne-base). En outre, son implantation en tant que produit de consom-



mation majeur fut, semble-t-il, lié à la convergence de facteurs socio-identitaires liés en partie à l'identification aux noirs américains ; d'éléments contextuels corrélés à la relative pénurie de cannabis et de facteurs liés au produit en tant que tel, en particulier ses effets puissants correspondant aux attentes des usagers.

La possibilité de disposer d'un produit qui se fumait rencontra des habits de consommation locale, mais eut surtout pour conséquence de créer chez les usagers une dépendance beaucoup plus rapide que par la voie d'administration sniffée ou injectée. Sa facilité de fabrication, un prix très bas, la rapidité et la puissance des effets firent du crack, en quelques années, le produit de la rue dans des régions jusqu'alors épargnées par les ravages des autres drogues.

Avec le crack, produit illicite le plus répandu après le cannabis, le paysage des Antilles et de la Guyane connaît alors une véritable révolution en matière d'usages de drogues et conjointement l'apparition de dommages socio-sanitaires qui seront à l'origine de la mise en place progressive de moyens de prise en charge et d'une politique de réduction des risques.

Le crack est la substance qui pose dans ces départements le problème de santé publique le plus important en matière d'usages de drogues. Ainsi, selon l'enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et social du mois de novembre 1999, le crack représente près d'une prise en charge sur deux en Martinique et neuf sur dix en Guyane.

En Martinique, le crack est très disponible en ville et dans certaines zones rurales. Le prix du caillou est de l'ordre de 10/20 F² et l'éventail social des consommateurs est assez large. Toutefois, cet usage semble plutôt être le fait de personnes en grande difficulté sociale, même si cela n'exclut pas sa diffusion auprès de couches sociales plus aisées, lesquelles fréquentent peu ou pas du tout le système de soins spécialisé [8].

En Guyane, le crack est très disponible dans les trois principales communes (Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni) et son usage s'étend progressivement à des petites communes du littoral et à certaines communes plus éloignées. Quel que soit le lieu, l'accessibilité est grande. Du fait de la proximité du Surinam (fleuve à traverser), zone de transformation et de transit du chlorhydrate de cocaïne et du crack, le prix du caillou est peu élevé (entre 10 et 30 F³). Un caillou se consommant en trois fois, le prix est nettement plus bas qu'en Martinique et surtout qu'à Paris (40 à 50 F la dose⁴).

À l'opposé, et contrairement à ce qu'on aurait pu supposer vu l'implantation du crack et la situation géographique de ces DOM en pleine zone de trafic, la cocaïne est moins disponible et son usage semble réservé à des cercles d'initiés appartenant aux milieux aisés, aux adeptes des activités festives nocturnes et aux milieux artistiques. Cette situation engendre une

2. Entre 1,5 et 3 €.

3. Entre 1,5 et 4,5 €.

4. De 6 à 7,5 €.

perception positive de la cocaïne considérée comme une drogue d'élite, peu accessible en dehors des cercles d'initiés, et relativement chère. Contrairement au crack qui se vend dans l'espace public ouvert, la cocaïne s'échange dans des lieux fermés (boîtes de nuit, livraison à domicile). Son prix est plus élevé en Martinique (600 à 800 F le gramme⁵) qu'en Guyane (200 F le gramme⁶).

UNE FAIBLE PRÉSENCE DES OPIACÉS

En 2001, le premier rapport TREND revient sur la place particulière de l'herbe de cannabis et du crack dans le paysage de ces territoires. Dans le même temps, TREND rappelle que les DOM se distinguent par une faible diffusion des opiacés en général et de l'héroïne en particulier bien que cette dernière semble être un peu plus présente en Guyane qu'en Martinique. La consommation par la population martiniquaise est en effet très faible et s'observe essentiellement chez des métropolitains mais aussi chez des « néropolitains » (Martiniquais nés en France ou y ayant vécu plusieurs années qui retournent au pays), qui viennent dans l'île dans l'espoir d'un sevrage puisque le produit est peu présent. Le principal risque pour eux est souvent constitué par un passage au crack. D'ailleurs, les très rares cas d'utilisation de crack par voie intraveineuse ont été rapportés chez des usagers ayant des antécédents d'héroïnomanie par injection. Les opiacés tels que les sulfates de morphine sont totalement absents et les codéinés,

quoiqu'en vente libre, font l'objet de très peu de demandes auprès des pharmaciens. Un autre groupe d'usagers est également décrit : celui de personnes issues d'un milieu aisé, faisant usage d'héroïne en sniff dans un contexte festif (après la consommation de cocaïne et d'alcool).

En Guyane, jusqu'au milieu des années 1990, l'héroïne était considérée comme un phénomène très rare concernant une population identique à celle de Martinique. Vers la fin des années 1990, des demandes de soins commencent à apparaître, en lien probablement avec l'émergence des premières structures spécialisées sur le département. Deux formes d'héroïne circulent, l'héroïne blanche, sous forme chlorhydrate, rare et chère alors que la forme base (héroïne brune) est plus fréquente. À Cayenne et Kourou, cette héroïne brune coûte entre 200 et 400 F le gramme⁷, alors qu'à Saint-Laurent, ville frontalière avec le Surinam, le prix n'est que de 100 à 200 F⁸. Parallèlement, depuis les années 1990, le marché de l'héroïne est alimenté par une culture directe du pavot en Amérique latine.

Du fait de cette forme base, le mode d'administration dominant est l'inhalation (chasse au dragon ou dans une cigarette contenant du crack ou du tabac). Les cas d'injection sont très rares et concernent le plus souvent des héroïnomanes venus de l'Hexagone.

5. Entre 90 et 120 €.

6. Environ 30 €.

7. Entre 30 et 60 €.

8. Entre 15 et 30 €.



Le petit trafic d'héroïne, quant à lui, demeure marginal comparé à celui du cannabis ou du crack. L'étroitesse du marché et sa discrétion en font une activité invisible dans la rue. En Guyane, également, les sulfates de morphine et les codéinés sont rares ou inexistantes.

Les traitements de substitution sont destinés majoritairement à des personnes venant de l'Hexagone séjournant pour une durée plus ou moins longue en Martinique ou en Guyane. Des formes d'échanges, de prêts ou de dépannages peuvent exister sans qu'il s'agisse de trafic notable. Le « mésusage » de Subutex® apparaît dans les années 2000 en Guyane. Sniffé ou injecté par certains, le comprimé est parfois revendu ou échangé pour du crack. Il est aussi recherché pour calmer les effets du crack. En Martinique, son usage concerne très peu d'usagers, les quantités disponibles sur le marché sont très faibles, le mésusage est donc rarissime (des cas de Subutex® fumé après avoir été réduit en poudre ont été décrits à la prison).

Sur le plan sanitaire, d'après l'enquête DRESS portant sur l'année 1999, le recours aux soins pour opiacés ne représente que 5 % des demandes en Martinique et 3,5 % des demandes en Guyane.

Enfin, l'état des lieux mettait en évidence la rareté d'un usage détourné de médicaments psychotropes (benzodiazépines, tranquillisants) aux Antilles-Guyane, de la faiblesse de la diffusion des hallucinogènes naturels ou synthétiques et des éléments montrant que, bien qu'en augmen-

tation, l'usage d'ecstasy, demeure marginal

DES ÉVOLUTIONS ORIGINALES DE L'USAGE PAR RAPPORT À L'HEXAGONE

Depuis 2000, les constats réalisés dans le cadre du dispositif TREND ont relativement peu évolué. Si la cocaïne sous la forme « crack » continue d'être prégnante, notamment parmi les usagers les plus marginalisés, les opiacés en général, et l'héroïne en particulier, sont toujours aussi minoritaires aux Antilles-Guyane. L'héroïne (brune, utilisée en inhalation) représente 5 à 10 % des files actives en Guyane et beaucoup moins encore en Martinique. Dans ce département, la substitution ne concerne pas plus d'une vingtaine de personnes par an et le mésusage de Subutex® est toujours quasi absent.

Le crack toujours présent...

Le crack, en revanche, du fait de la modicité de son prix et de sa grande disponibilité, demeure toujours le principal produit consommé par les usagers problématiques de drogues (entre 60 et 80 % des files actives de soins) dans les deux départements⁹. En outre, certaines tendances déjà identi-

9. L'enquête NEMO estime le nombre d'usagers problématiques de drogues en Martinique en 2006 à près de 2 000. Presque tous sont des consommateurs de crack [8]. Cette enquête, également réalisée dans six agglomérations de l'Hexagone, situe la Martinique parmi les sites où la prévalence de l'usage problématique de drogues est la plus basse (7,7 pour 1 000 personnes de 15 à 64 ans contre 7,6 à Rennes mais 10,8 à Metz et Lille).

fiées au cours de la période d'activité de TREND ont trouvé leur confirmation. On peut citer le rajeunissement des usagers, avec l'émergence des 18-25 ans ; la féminisation de l'usage en dehors des milieux de prostitution déjà identifiés en Guyane ; la persistance d'une population errante, marginalisée (psychotiques, errants, « toxicos », clandestins...), pour une majorité poly-consommateurs (crack, alcool, cannabis...) ; et une diffusion géographique de l'usage en direction de communes rurales.

Sur le plan sanitaire¹⁰, les comorbidités psychiatriques restent toujours au premier plan et ne facilitent pas la prise en charge des consommateurs de crack [13, 14]. Depuis quelques années, les phénomènes marquants sont constitués par des cas de tuberculose en Guyane chez certains usagers de crack précarisés (CAARUD, structures de soins, centre pénitentiaire) tandis qu'en Martinique, des cas de syphilis ont fait leur apparition chez les usagers de crack. Après une première vague épidémique en 2005, la réémergence de la syphilis en Martinique a été confirmée par une deuxième vague épidémique en 2007/2008 [15]. Le fait déterminant est constitué par le changement de profil épidémiologique des personnes atteintes. En 2005, l'épidémie n'avait concerné que des personnes infectées par le VIH et/ou des hommes homos ou bisexuels et leurs partenaires. En 2007 et 2008, l'épidémie s'est étendue à un deuxième groupe, celui des personnes précarisées le plus souvent toxicomanes au crack. Cette

réémergence a entraîné des actions de dépistage et d'information auprès de la population susceptible de se contaminer.

Sur le plan social, cette consommation de crack a entraîné une augmentation de l'errance et de la précarité. Même si ce phénomène est difficile à quantifier avec précision, le nombre d'errants a progressivement augmenté en raison du crack, mais aussi de l'alcool, des troubles mentaux et des difficultés sociales. En corollaire de l'errance et de la précarité, il est devenu banal de voir se dérouler des scènes de consommation de crack, en toute impunité, dans des lieux publics très fréquentés, par des usagers errants, seuls ou en petits groupes, au milieu d'une foule blasée et lassée de ce triste spectacle. Par ailleurs, on note une augmentation d'un sentiment d'insécurité de la part de la population tout autant que l'augmentation de la violence envers les errants. La visibilité des consommateurs de crack les plus désocialisés et la multiplication des agressions et délits ont créé un fort sentiment d'insécurité au sein de la population. De plus, en Guyane, les liens avec le trafic de drogues et les clandestins ont donné cours à tous les

10. Comparativement à ce qui est observé au plan national, on peut souligner que les usagers problématiques de drogues sont relativement peu contaminés par les virus des hépatites ou le VIH. Cela a été confirmé en Martinique par l'enquête CAME [10] et s'explique notamment par un recours très peu fréquent à l'injection. Même en comparant uniquement avec des consommateurs de crack comme ceux du nord-est parisien (enquête « Coquelicot »), ces différences persistent [11, 12]. Le très faible usage actuel ou passé d'opiacés ainsi que des pratiques de consommation à risque qui n'existent pas (ou peu) en Martinique (partage de matériel, utilisation de fils électriques pour fabriquer le filtre de la pipe à crack) expliquent certainement ces différences.



amalgames. Du côté des usagers, surtout ceux de la rue, la violence est omniprésente et les exactions en tous genres font toujours partie de leur quotidien (agressions, viols, meurtres...).

... Et une moindre visibilité de la cocaïne

Même si la consommation de chlorhydrate de cocaïne semble s'être développée, elle ne s'est pas autant diffusée que dans l'Hexagone [16] malgré l'augmentation des flux provenant des zones de production. La cocaïne reste, en effet, encore un produit destiné majoritairement aux classes aisées même si l'on assiste, en Martinique, à un processus de démocratisation de l'usage, lequel toucherait de plus en plus de consommateurs appartenant à la catégorie socioprofessionnelle des employés. En revanche, la cocaïne, contrairement à la situation qui prévaut ailleurs en France, est un produit peu utilisé par les plus jeunes et sa consommation est plutôt l'apanage des trentenaires et surtout des quadragénaires. De même, en Guyane, on assiste, dans certains milieux socioprofessionnels insérés, à une désaffection pour le crack en raison des conséquences néfastes dorénavant bien connues et à un retour vers la cocaïne dans une recherche de gestion de l'usage.

L'herbe et l'alcool toujours là

En matière de disponibilité et d'usage de cannabis, la situation a peu évolué depuis le début des années 2000. L'herbe est en effet toujours le produit illicite dominant. Son accessi-

bilité demeure toujours très grande du fait de la diffusion d'un petit trafic qui opère de plus en plus ouvertement. Il faut néanmoins signaler, en Martinique, une installation du marché de résine de cannabis, qui permet désormais de proposer, pour un prix plus élevé, du cannabis fortement dosé en THC. La présence de cette résine s'expliquerait par les échanges avec l'Hexagone, certains réseaux organisant le transport de la résine marocaine dans un sens contre de la cocaïne dans l'autre.

L'usage d'herbe, quant à lui, est de plus en plus ostensible et ne fait plus l'objet de l'opprobre qui prévalait dans les années 1990. Un autre élément marquant depuis dix ans concerne le poids de l'alcool chez les adolescents. Les constats des consultations jeunes consommateurs de cannabis et les enquêtes en milieu scolaire font apparaître une forte banalisation des conduites d'alcoolisation associées à l'usage d'herbe, souvent dans un objectif de *défonce*. Les prises de risques liées à ces conduites et leurs possibles conséquences (accidents, bagarres, viols, rapports sexuels non protégés...) paraissent moins identifiées par les jeunes à l'inverse des dangers du cannabis qui commencent à être mieux perçus. S'agissant de pratiques associées à la consommation d'alcool, certains observateurs de Martinique et Guyane rapportent des pratiques consistant à mélanger bière et essence sans plomb. Ces phénomènes, quoique marginaux, sont observés depuis plusieurs années, de manière transversale, chez des adolescents de la zone caraïbe et en Haïti notamment. Cette recherche de

défoncé par l'ingestion d'un mélange artisanal peu onéreux mérite vigilance et concerne plutôt des jeunes fragilisés socialement (errance, communautés traditionnelles). En Guyane, des pratiques d'inhalation de solvants ou de détergents sont toujours signalées dans certains groupes (enquêtes en milieu scolaire) et peuvent peut-être s'expliquer en partie par des pratiques importées du Nord-Brésil voisin.

CONCLUSION

Des premières observations, menées au début des années 2000, dans le cadre du dispositif TREND jusqu'à aujourd'hui, force est de constater la pérennité des spécificités observées aux Antilles et en Guyane : un attrait préférentiel pour des produits inhalés ou fumés (cannabis, crack) et un recours rarissime à l'injection. On peut cependant souligner le développement du marché de la résine de cannabis et la montée de la consom-

mation de cocaïne, bien que beaucoup moins marquée que celle observée au plan national. Quoi qu'il en soit, le crack représente toujours le produit principal des usagers problématiques de drogues, même si l'on observe depuis deux, trois ans une stabilisation des demandes de soins, tandis que les opiacés semblent toujours aussi peu présents. L'usage d'alcool, souvent en association avec le crack, la cocaïne ou le cannabis, est à prendre en compte également, notamment chez les plus jeunes. Sur le plan sanitaire et social, différentes réponses ont été mises en place ces dernières années, surtout en Guyane où le dispositif de prise en charge était moins développé qu'en Martinique. Malgré cela, les usagers les plus désocialisés sont toujours très visibles dans les rues de Cayenne ou de Fort-de-France et les conditions économiques difficiles que connaissent la Guyane et la Martinique ne favorisent pas la réinsertion des usagers qui souhaitent arrêter leur consommation.

Références bibliographiques

- [1] Réseau T+ sous la coordination de Monique Vallart, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001, 2002, 2003 et 2004, Tendances récentes sur le site de Guyane*, Rapports de site, OFDT.
- [2] Observatoire de la Santé de la Martinique, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001, 2002, 2003 et 2004, Tendances récentes sur le site de Martinique*, Rapports de site, OFDT.
- [3] CHARLES-NICOLAS (A.), *Crack et cannabis dans la Caraïbe*, L'Harmattan, 1997.
- [4] VALLART (M.), *Toxicomanie en Guyane française, Drogue(s) et Société(s), épiphénomène médico-social dans un contexte pluriculturel*, Faculté de médecine, Université Paris-Nord, Bobigny, 1996.
- [5] Observatoire de la santé de la Martinique, *ETADAM 2003-2004 : enquête tabac, alcool et autres drogues chez les jeunes scolarisés en Martinique*, Rapport d'étude, 2005.



- [6] MERLE (S.), PIERRE-LOUIS (K.), CHATENAY (S.), « Consommations de cannabis en Martinique et en France métropolitaine », *Le Courrier des addictions*, 2005.
- [7] Observatoire régional de la santé de Guyane, « La santé des adolescents, Enquête réalisée en milieu scolaire en 2003 », *Bulletin santé* n° 4, 2005.
- [8] BALLON (N.), SOFFER (D.), BOUISSE (F.), MERLE (S.), SLAMA (F.), CHARLES-NICOLAS (A.), « Profil de toxicomanes au crack suivis à Fort-de-France », *Le Courrier des addictions*, 2000.
- [9] MERLE (S.), RHINAN (S.), VAISSADE (L.), « Estimation locale de la prévalence de l'usage problématique de drogues : l'enquête NEMO », *OSM Flash* n° 40, Observatoire de la santé de la Martinique, 2007.
- [10] MERLE (S.), *Enquête CAME, Crack à la Martinique : état des lieux, Observatoire de la santé de la Martinique, rapport d'étude*, 2008.
- [11] HALFEN (S.), VINCELET (C.), *Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux en 2007 et évolutions*, Observatoire de la santé d'Ile-de-France, juin 2008.
- [12] JAUFFRET-ROUSTIDE (M.), « Le crack selon l'enquête Coquelicot », *SWAPS*, octobre 2006.
- [13] SLAMA (F.), SLAMA (R.), BALLON (N.), DEHURTEVENT (B.), LACOSTE (J.), MERLE (S.), EVEN (J.-D.), CHARLES-NICOLAS (A.), « Toxicomanie et comorbidité psychiatrique à la Martinique : une spécificité, le crack », *Le Courrier des addictions* n° 3, 2001.
- [14] MANGON (E.), GRABOT (D.), CHARLES-NICOLAS (A.), « Données descriptives d'usagers de crack en Martinique », *Alcoologie et Addictologie* n° 4, 2006.
- [15] CABIE (A.), ROLLIN (B.), PIERRE-FRANÇOIS (S.) et al., « Réémergence de la syphilis en Martinique : une nouvelle vague épidémique différente de celle de 2005 », *Bulletin d'Alerte et de Surveillance Antilles Guyane*, 2008.
- [16] COSTES (J.-M.), « La cocaïne en France : une nette progression au cours des dix dernières années », in *Cocaïne*, revue *Toxibase* n° 21, 2006.

Les « habitués » du cannabis ■

Jean-Michel Costes* Catherine Reynaud-Maurupt**

*Directeur de l'OFDT

**Sociologue (GRVS)

La France a connu, au cours des années 1990, une progression rapide de la consommation de cannabis, notamment parmi les adolescents et les jeunes adultes (voir encadré ci-dessous). Ce phénomène de hausse de la diffusion, constaté antérieurement par d'autres États européens, connaît un pallier voire une légère régression depuis 2002-2003. Parallèlement au nombre de jeunes qui expérimentent ce produit, le nombre de ses consommateurs réguliers s'est également fortement accru.

Si le cannabis ne figurait pas au centre des produits étudiés par TREND, il est rapidement apparu que la méthodologie du dispositif était particulièrement adaptée pour éclairer le phénomène des usages réguliers encore imparfaitement documentés par les outils d'investigation plus classiques tels que les enquêtes en population générale. Pour progresser dans cette compréhension, les attitudes, les perceptions et les représentations sociales, que se construisent les usagers de cannabis, ont été examinées à travers deux études. Ainsi, une première enquête quantitative a été réalisée en 2004-2005 auprès de consommateurs réguliers de cannabis, interrogés dans 11 sites différents (Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse, Guyane et Martinique) [1]. Elle a été suivie d'une seconde étude, fondée sur une approche qualitative de l'usage régulier de cannabis, qui examine plus particulièrement la place de ce produit dans la vie quotidienne des usagers réguliers (pratiques, motivations, stratégies de contrôle, dynamique des parcours) et les conséquences sociales et sanitaires de cet usage [2].

Données en population générale

Le cannabis est le produit illicite le plus fréquemment consommé. En 2005, 27 % des Français âgés de 18-75 ans l'ont expérimenté dont 7 % qui en ont consommé au cours de l'année. Parmi ces derniers, un peu plus d'un tiers en consomment régu-



lièrement (au moins 10 fois par mois) ; on estime à 1,2 million le nombre de ces consommateurs réguliers, dont 550 000 consommateurs quotidiens [3].

Au cours de la dernière décennie, la part de la population adulte ayant expérimenté le cannabis ne cesse d'augmenter ; elle est passée de 18 % en 1992 à 40 % en 2005, chez les 18-44 ans. Cette augmentation est en partie due à la banalisation de l'expérimentation du cannabis chez les jeunes [4]. À la suite de cette évolution, la France se situe dans le groupe des pays à forte prévalence en Europe.

Chez les jeunes Français, les niveaux de consommation sont actuellement très élevés. En 2008, 42,2 % des jeunes de 17 ans déclaraient avoir déjà pris du cannabis au cours de leur vie ; 24,7 % au cours des trente derniers jours ; 7,3 % de façon régulière (au moins 10 fois dans le mois passé) ; et 3,2 % en avoir consommé quotidiennement. La consommation de cannabis reste pour une majorité de ces jeunes occasionnelle. Néanmoins, plus du tiers des consommateurs en consomment régulièrement (dix fois par mois et plus) [5].

Après une décennie (1990) de forte hausse régulière qui a conduit les jeunes Français à figurer parmi les plus gros consommateurs de cannabis en Europe [6], les données des dernières enquêtes indiquent une stabilisation voire l'amorce d'une inversion de tendance [5].

LES PRODUITS : ACQUISITION, ASSOCIATION, PRÉPARATION

Pourquoi s'intéresser aux usages réguliers de cannabis ? Pour deux raisons essentielles : d'une part, ceux-ci représentent une grande partie des volumes consommés et des problèmes sanitaires rencontrés consécutifs à une consommation. D'autre part, l'étude de la trajectoire des « habitués » du cannabis permet de mieux cerner la dimension dynamique des « usages » et comprendre, notamment, quels peuvent être les facteurs qui amènent un individu à passer d'un type d'usage à un autre.

Sociabilité et résine de cannabis

En matière d'approvisionnement, la place occupée par le « groupe d'amis », également consommateurs de cannabis, est centrale dans les stratégies déployées pour se procurer le produit. Une majorité d'usagers réguliers déclarent en effet acheter le produit à des proches, un tiers à des dealers qu'ils ne fréquentent que pour se procurer le produit tandis qu'un sur dix s'adonne à la culture personnelle. Il apparaît ainsi que chaque usager dispose d'un réseau de « connaissances », plus ou moins proches, pour obtenir la quantité et la qualité de ce qu'il recherche.

Le « passage » par un dealer qui ne fait pas partie du cercle amical ne s'effectue qu'en dernier recours, situations que la plupart des usagers essayent

d'éviter au maximum en réduisant les rencontres car elles sont jugées « à risque ». La culture personnelle des plantes est, à cet égard, jugée par certains comme une bonne alternative au recours au dealer et permet une prise de distance par rapport au marché illicite. Des considérations de qualité sont aussi avancées pour justifier cette pratique.

Au cours du mois écoulé, près de 9 usagers réguliers sur 10 ont consommé à la fois de l'herbe et de la résine de cannabis, la consommation d'huile de cannabis restant assez rare [1]. L'usage d'herbe était bien moins répandu dix ans auparavant [14]. Néanmoins, la plus grande part des volumes consommés le sont sous forme de résine en raison d'une plus grande accessibilité de cette dernière sur le marché parallèle.

Alcool, tabac et produits illicites

L'usage régulier de cannabis, s'agissant des produits associés, se conjuguent plus volontiers au tabac et à l'alcool. Ces associations sont par ailleurs plus fréquentes chez les consommateurs réguliers que dans le reste de la population générale. C'est particulièrement vrai pour le tabac, qui est très majoritairement associé au cannabis lors de son usage. Ainsi, parmi les consommateurs réguliers de cannabis âgés de 15 à 29 ans, 8 sur 10 fument du tabac en dehors de leur consommation de cannabis, les deux tiers étant fumeurs quotidiens. L'alcool est parfois consommé de manière concomitante avec le cannabis pour renforcer ou modifier l'effet du cannabis [1].

Par ailleurs, ils expérimentent plus fréquemment d'autres drogues illicites. Les prévalences d'expérimentation sont, en effet, selon les produits, entre 5 à 8 fois plus fortes chez les consommateurs réguliers de cannabis qu'en population générale du même âge. Ce fait peut être lié aux contextes d'usage du cannabis offrant des opportunités d'expérimenter d'autres produits [15].

La consommation actuelle (au moins une fois dans l'année) et récente (au moins une fois par mois) d'autres drogues illicites est aussi plus fréquente qu'en population générale. C'est le cas notamment des stimulants comme la cocaïne, l'ecstasy et les amphétamines [1].

Joints et bhang

Le cannabis, dans la quasi-totalité des cas, est fumé sous forme de joint, avec du tabac. Certains modes de consommation apparaissent marginaux ou épisodiques tels que les consommations par voie orale (mangé ou bu) ou à l'aide d'une pipe sèche. Le recours à une pipe à eau, souvent dénommée « bhang », semble s'être développé au cours des dernières années. Près d'un tiers des consommateurs réguliers de cannabis adopte cette modalité de consommation dont la fréquence est plus importante chez les plus jeunes. Cela correspond en général à une période particulière dans les trajectoires de consommation, marquée notamment par les phases d'excès et une volonté de perte de contrôle. En effet, les effets recherchés et engendrés par ce mode de



consommation apparaissent sensiblement différents de ceux du joint. Ils sont plus puissants et violents, ce qui peut entraîner une perte de contact avec la réalité. Cependant, une grande part des utilisateurs de ce mode de consommation s'en écarte en avançant dans leur parcours d'usagers.

LA DIMENSION SPATIALE ET TEMPORELLE DES CONSOMMATIONS

Les contextes, l'intensité et la fréquence de consommation

Chez les consommateurs réguliers âgés de 15 à 29 ans, les lieux dominants de consommation de cannabis sont l'espace privé (domicile) et l'espace festif (lors de fêtes, en boîte¹). Le domicile est un lieu plus utilisé par les plus âgés (96 % des plus de 25 ans vs 75 % des 15-19 ans). Les moments festifs sont propices à la consommation de cannabis, ceci un peu plus fréquemment chez les plus jeunes (89 % des 15-19 ans vs 81 % des plus de 25 ans). La consommation dans la rue concerne une majorité mais est essentiellement épisodique. Elle est plus fréquente chez les plus jeunes (86 % des 15-19 ans vs 63 % des plus de 25 ans). La consommation pendant le temps de travail ou d'études est minoritaire et épisodique [1, 2]. Chez les jeunes de 17 ans, rencontrés dans le cadre des enquêtes en population générale, le contexte public des usages est aussi important que le cadre privé puisque la moitié d'entre eux déclare consommer dans les lieux public et un tiers à l'école ou sur le lieu de travail. [5]. En outre, la dimension collective de l'usage est majoritaire.

L'intensité de la consommation peut être approchée par le nombre de joints fumés lors de la dernière occasion. Près de la moitié (44 %) des consommateurs réguliers de cannabis majeurs ont « fumé la dernière fois » trois joints ou plus [15]. À 17 ans, les usagers réguliers, mais non quotidiens, de cannabis, sont environ deux fois moins nombreux que les usagers quotidiens à avoir consommé 5 joints ou plus la dernière fois [5].

Le calendrier des consommations

Pendant la semaine (du lundi matin au vendredi après-midi), les consommateurs réguliers, âgés de 15 à 29 ans qui n'en consomment pas tous les jours, fument en majorité 1 à 2 joints les jours où ils consomment. Il pourrait s'agir alors d'une consommation de fin de journée permettant de faire une transition entre le temps de travail ou d'études et le temps privé. En revanche, les fumeurs quotidiens consomment plus : 36 % fument trois ou quatre joints et 36 % cinq ou plus [1,15].

La fin de la semaine (du vendredi soir au dimanche soir) est marquée par une augmentation du nombre de joints consommés par rapport aux jours de

1. À l'époque de l'enquête, il était encore permis de fumer dans les lieux publics tels que les bars et les discothèques.

semaine. Le temps libre et les moments festifs offrent de nouvelles opportunités. L'intensité de cette consommation reste liée à sa fréquence : les personnes consommant 1 à 4 joints par semaine fument en majorité entre 3 et 9 joints au cours du week-end alors que près de la moitié des personnes consommant tous les jours fume fréquemment 10 joints et plus au cours du week-end, la consommation étant surtout concentrée le samedi [1,15].

Dans la journée, la période de prédilection pour la consommation est la soirée. Néanmoins, on observe une très grande diversité des moments de consommation qui sont eux-mêmes très liés à la diversité des fonctions accordées au cannabis. Par exemple, les sessions de consommation nocturnes se déroulent soit dans le cadre de soirées intimes, soit dans celui de soirées festives. Dans les deux cas, ce sont les fonctions de détente et de convivialité qui sont recherchées [2].

Les trajectoires de consommation

Les jeunes Français, en moyenne, s'initient au cannabis à l'âge de 15 ans. Généralement, cette initiation se fait après l'expérimentation de l'alcool et celle du tabac. Parmi eux, ceux qui passent à une consommation régulière le font, en moyenne, deux ans plus tard, c'est-à-dire vers 17 ans [1, 2, 5].

Chez les usagers réguliers de cannabis, l'initiation, très souvent à partir de résine plutôt que d'herbe, ne se fait pas forcément lors d'une occasion festive mais s'inscrit plutôt dans le cadre de la sociabilité habituelle diurne (sortie du collège ou lycée, au café ou au domicile, etc.). Les raisons mises en avant sont principalement la curiosité et le désir d'insertion dans un groupe d'amis. Le cannabis est plus perçu par ses consommateurs comme un moyen d'être en conformité avec les normes qui ont cours dans son entourage que comme une déviance [2]. Par ailleurs, la pression informelle du groupe des pairs joue un rôle essentiel dans l'installation d'un usage régulier de cannabis de même que la volonté d'intégrer un groupe qui représente un style de vie recherché [2].

Les étapes d'une « carrière » d'usage régulier varient fortement d'un individu à l'autre. Elles peuvent se différencier en fonction des stratégies de contrôle de l'intensité de la consommation. Ainsi, certains usagers se fixent des limites temporelle (jamais le matin), sociale, professionnelle (jamais au travail) ou économique. D'autres ne s'en fixent aucune. L'intensité de la consommation peut fluctuer dans le temps. La fin de l'adolescence et période de prise d'indépendance sont fréquemment des moments à forte intensité. Ces épisodes de consommations compulsives, rencontrées en début de trajectoire, se réduisent au fil du temps pour une majorité de consommateurs. Toutefois, s'imaginer ne plus en consommer apparaît difficile pour un très grand nombre d'entre eux. Par contre, certains expriment le souhait de revenir à une consommation plus occasionnelle, comptant souvent pour cela sur des circonstances extérieures (travail, grossesse...) [2].



LES MOTIVATIONS ET LES CONSÉQUENCES DE L'USAGE RÉGULIER

Les effets recherchés et ressentis

Les motifs de consommation de cannabis, déclarés par les consommateurs réguliers, sont multiples : la relaxation, le partage, la fête, l'habitude, la recherche du sommeil et la défonce. Cette variété est une traduction de la diversité des effets recherchés [1].

Les motivations récréatives dominent en général au début de l'usage. Le cannabis est alors utilisé pour renforcer la convivialité lors de soirées entre amis. Il facilite des états d'euphorie dans un contexte de groupe. Fortement lié à des contextes d'usage collectifs, ce type de motivation peut aussi être rencontré pour des usages plus intimes ou solitaires au cours desquels le cannabis permet de « s'évader » [2].

Le cannabis peut aussi être utilisé pour renforcer sa motivation ou développer son imagination. Dans cette configuration, il exerce en quelque sorte une fonction d'amélioration des performances, qui permet d'accomplir certaines tâches, voire une activité routinière [2].

D'autres effets fréquemment recherchés par les usagers réguliers sont d'ordre autothérapeutiques dans le but notamment de contrôler son stress, « décompresser », supporter une situation psychologique personnelle ou sociale difficile telles que celles intervenant lors d'une séparation amoureuse ou une perte d'emploi. Dans un tel cas, le cannabis faciliterait la prise de distance avec des émotions douloureuses. Enfin, une des principales fonctions autothérapeutiques du cannabis est son rôle de somnifère. Cela peut devenir, dans la durée, le principal motif d'usage et agir comme un frein majeur à l'arrêt ou à la réduction de l'usage [2].

Ces différents sens accordés à la consommation de cannabis, essentiels pour cerner les motivations des usagers, varient d'un individu à un autre et peuvent, pour une même personne, changer selon le contexte. Ce dernier influence les effets recherchés par l'usager et donc, en grande partie, les « effets obtenus ». Tout comme l'alcool, consommé aussi bien lors d'un moment festif que dans un moment de souffrance psychique, le cannabis peut avoir une dimension festive mais aussi « thérapeutique » quand il contribue à soulager une tension interne. L'usage de cannabis s'inscrit ainsi dans des contextes aussi divers que le matin, pour se motiver au travail, à midi, pour se détendre à la pause, le soir durant un moment convivial avec des amis ou encore avant de se coucher, pour s'endormir. [2]. Derrière ces fonctions d'apparence contradictoire, il y a un effet commun d'amplification ou de renforcement d'un état d'esprit préexistant [2]. Le cannabis peut produire des effets d'apparence contradictoires tels que : stimuler ou relaxer. En fait, le contexte des consommations est un élément majeur de détermination des « effets recherchés » et, corrélativement, de leur obtention.

Perceptions de la dangerosité des substances psychoactives

La perception de la dangerosité du cannabis est très liée à la proximité avec le produit. Aussi, les opinions des usagers de cannabis en la matière, et plus encore celles des consommateurs réguliers, sont-elles toutes autres que celles de la population générale. Ainsi, une majorité de la population française considère que l'expérimentation du cannabis à elle seule est dangereuse même si la proportion de personnes qui estime que le cannabis n'est pas dangereux dès la première prise mais seulement à partir d'une consommation quotidienne a augmenté entre 1999 et 2002 (passant de 28 à 33 %). Cette opinion majoritaire dans l'ensemble de la population ne l'est plus chez les jeunes (30 % des 15-17 ans pensent que le cannabis est dangereux dès l'expérimentation) et devient même rare lorsque l'on interroge les individus ayant des usagers dans leur entourage, voire les usagers eux-mêmes [16].

Une majorité de consommateurs réguliers de cannabis considère que l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy et les champignons hallucinogènes sont dangereux dès la première consommation ou en cas de consommation épisodique. En revanche, le tabac, l'alcool et le cannabis ne sont considérés comme dangereux par une majorité que lorsqu'il s'agit d'un usage quotidien ou pluriquotidien. Seules 7 % des personnes interrogées qui fument régulièrement du cannabis estiment que ce produit est dangereux dès l'expérimentation. Près d'un quart d'entre elles considère même que la consommation de cannabis n'est jamais dangereuse [1].

Pour beaucoup d'usagers, l'herbe bénéficie d'une meilleure image que la résine. Elle est considérée comme un produit « naturel », non transformé, en opposition à la résine supposée être fréquemment coupée par des produits psychoactifs ou par des matériaux divers (graisse de mouton, résidus de pneus). Malgré cette préférence, les consommations de résine restent majoritaires en raison de la moindre accessibilité de l'herbe [2].

Si la perception d'une dangerosité en soi du cannabis, de par ses propriétés psychoactives, est globalement niée par les usagers réguliers, ceux-ci reconnaissent les risques sanitaires attachés à son mode de consommation (fumé). S'ils ne font pas mention de dommages psychologiques ou sociaux, ils redoutent avant tout des conséquences pulmonaires ou respiratoires. La dangerosité du cannabis est rapportée à celle du tabagisme. Comme pour le tabac, on retrouve aussi une relativisation du risque, qui ne surviendrait que tardivement dans leur vie et qui pourra être pris vraiment au sérieux plus tard. [2].

Difficultés rencontrées

Les différentes enquêtes abordent la question des éventuels dommages liés au cannabis à travers la perception que peuvent en avoir les usagers. Les « comportements problématiques » ou « problèmes déclarés » (voir encadré p. 80) sont plus réguliers quand la fréquence de la consommation s'accroît.



La prise en charge des usages problématiques

La banalisation de la consommation de cannabis a entraîné une augmentation des difficultés rencontrées par certains de ses usagers.

Une grande part des problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation de cannabis concerne les consommateurs réguliers. À 17-18 ans, la moitié des usagers réguliers est considérée comme « problématique » par le CAST (*Cannabis Abuse screening Test*), test statistique de repérage précoce des « usages problématiques » et nocif de cannabis. Les principaux problèmes relevés sont : la perception de troubles de la mémoire, un manque d'énergie, une certaine dégradation des relations avec ses proches, les amis ou la famille, la conduite d'un véhicule après avoir consommé du cannabis. Enfin, un quart des usagers réguliers montre des signes qui pourraient suggérer une potentielle dépendance. Les conséquences sociales négatives de l'usage de cannabis sont majorées pour des personnes déjà en difficulté sur le plan social [8].

L'usage de cannabis conduit une partie des consommateurs à avoir recours au système médico-social en raison de cette consommation. En 2005, le cannabis est mentionné comme étant le produit consommé posant le plus de problèmes pour 32 % des patients accueillis dans un centre de soin spécialisé pour toxicomanes (CSST). La part de ce public a doublé au cours des cinq dernières années [9, 10]. Cette augmentation s'explique aussi par les injonctions de soins prononcées par les magistrats.

Les patients décrits dans les prises en charge pour usage de cannabis en produit primaire ont des caractéristiques qui s'opposent à celles des usagers d'opiacés. Les usagers de cannabis forment une population plus masculine (85 % vs 78 %), sont en moyenne beaucoup plus jeunes (23 ans vs 32 ans) ; 80 % d'entre eux sont pris en charge pour la première fois (vs 25 %). Une majorité de ces usagers sont des consommateurs quotidiens dont 30 % consomment plus de 7 joints par jour. La moitié de cette clientèle est adressée dans les structures de soins par l'institution judiciaire. Enfin, quand ces données sont renseignées, 14 % de patients pris en charge pour leur consommation de cannabis dans ces structures ont des antécédents d'hospitalisation pour un motif psychiatrique, 10 % ont déjà fait une tentative de suicide et 12 % ont déjà été incarcérés [10].

En 2005, plus de 250 consultations destinées aux jeunes consommateurs de produits psychoactifs (cannabis principalement) sont ouvertes et proposent un repérage/diagnostic, orientation/intervention brève. Elles ont attiré environ 16 000 usagers au cours de la première année, public nouveau qui n'aurait probablement pas eu recours aux structures préexistantes. Ce public est composé de trois groupes distincts : mineurs accompagnés par un parent, démarches spontanées, consommateurs adressés par la justice (public très masculin et au profil de consommation moins lourd que les deux autres). Près de la moitié de ces consultants consomme du cannabis tous les jours, un tiers est diagnostiqué comme « dépendant » [11].

Les contextes de consommation « problématiques » – usage solitaire ou tôt dans la journée² – sont souvent rencontrés parmi les consommateurs réguliers. La conduite d'un véhicule, après un usage de cannabis, est aussi fréquemment rapportée, un tiers des consommateurs réguliers déclarant prendre souvent le volant après un épisode de consommation. Parmi les problèmes psychiques associés au cannabis, les plus fréquents sont la perception de troubles de la mémoire et un manque d'énergie. Une certaine dégradation des relations avec ses proches, les amis ou la famille est aussi relevée. Enfin, un quart des usagers réguliers montre des signes qui pourraient suggérer une potentielle dépendance [1, 15].

Quand on les interroge sur les éventuels effets indésirables à leur pratique, les usagers réguliers de cannabis en décrivent spontanément peu. Les plus nombreux sont constitués par la fatigue, l'apathie, la perte de réactivité et l'amplification d'un état physique ou mental négatif [2].

Une étude qualitative menée au milieu des années 1990 dans des cités de la banlieue parisienne a mis en évidence des formes « d'usages durs » (conjonction entre la régularité et l'intensité des consommations) de cannabis, en liaison avec des situations d'indétermination sociale et de désœuvrement. Si l'intégration familiale, sociale et professionnelle ne garantit pas l'absence de consommation intensive, elle n'en constitue pas moins un facteur important de régulation des consommations et influe donc sur celles-ci. Pour des personnes déjà en difficulté sur le plan social (absence de statut social ou de situation professionnelle, déscolarisation), les difficultés rencontrées renforceraient la progression vers un usage plus intensif (« usage dur ») lui-même générateur de nouvelles difficultés sociales [17]. Ce constat, formulé il y a plus de vingt ans, semble rester toujours d'actualité.

CONCLUSION

Au-delà des stéréotypes sur le cannabis, l'étude des consommateurs réguliers permet de mesurer la complexité du phénomène de l'usage et d'en souligner les multiples facettes. À ce titre, la diversité constatée des motivations et des effets ressentis est édifiante et conduit parfois à réviser un certain nombre d'*a priori* sur ce produit. Les fonctions accordées au cannabis varient d'un individu à l'autre et, pour une même personne, peuvent changer selon le contexte. Cette disparité fonctionnelle pourrait être sous-tendue par un rôle commun que le cannabis jouerait pour tous les individus, celui de renforcer un état psychique préexistant. Enfin, au-delà de l'appétence pour le produit et le rituel qui entoure sa consommation, lorsque l'usage s'inscrit dans la durée, les motivations et le

2. Ces phénomènes, en eux-mêmes, ne constituent pas forcément un indice d'usage problématique mais des indicateurs d'un caractère éventuellement problématique de la consommation.



sens accordé à celui-ci s'estompent. Une routine s'installe. Fumer du cannabis devient alors « normal » au double sens d'un acte « non réfléchi », « automatique » et d'une adhésion à la « norme » du groupe social auquel appartient l'individu. L'usage désormais normalisé du cannabis fait alors pleinement partie d'un style de vie.

Références bibliographiques

- [1] BELLO (P.-Y.), PLANCKE (L.), CAGNI (G.), DELILLE (J.-M.), ESCOTS (S.), KEMPFER (J.), MERLE (S.), MIACHON (C.), MUSSO (S.), PFAUS (G.), POULINGUE (G.), ROMAIN (O.), TOUFIK (A.), VALLART (M.), « Les usages fréquents de cannabis, éléments descriptifs, France », 2004, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 20, 2005.
- [2] REYNAUD-MAURUPT (C.), *Les habitués du cannabis. Une enquête qualitative auprès des usagers réguliers*, Saint-Denis, OFDT, 2008.
- [3] BECK (F.), GUILBERT (P.), GAUTIER (A.), *Baromètre santé 2005*, Saint-Denis, INPES, 2008.
- [4] BECK (F.), LEGLEYE (S.), SPILKA (S.), « Niveaux d'usage et profils des usagers en France en 2005 », in *Cannabis, données essentielles*, COSTES (J.-M.), Saint-Denis, OFDT, 2007.
- [5] LEGLEYE (S.), SPILKA (S.), LE NEZET (O.), *Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France - Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD*, Saint-Denis, OFDT, 2007.
- [6] HIBELL (B.) et al., *The ESPAD Report 2003, Alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, 2004.
- [7] BECK (F.), LEGLEYE (S.), SPILKA (S.), *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003*, Saint-Denis, OFDT, 2005.
- [8] LEGLEYE (S.), BECK (F.), « Le repérage des consommations problématiques », in *Cannabis, données essentielles*, COSTES (J.-M.), Saint-Denis, OFDT, 2007.
- [9] PALLE (C.), OBRADOVIC (I.), VAISSADE (L.), « Prise en charge sanitaire pour un problème lié au cannabis », in *Cannabis, données essentielles*, COSTES (J.-M.), Saint-Denis, OFDT, 2007.
- [10] PALLE (C.), VAISSADE (L.), « Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005 », *Tendances* n° 54, OFDT, 2007.
- [11] OBRADOVIC (I.), « Premier bilan des consultations cannabis », *Tendances* n° 50, OFDT, 2006.
- [12] OBRADOVIC (I.), MARTINEAU (H.), « Cannabis et risques routiers », in *Statut légal du cannabis et traitement pénal des usagers et des trafiquants*, COSTES (J.-M.), Saint-Denis, OFDT, 2007.

- [13] Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS), *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2005/2006*, ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire, Direction générale de la police nationale, Direction centrale de la police judiciaire, Nanterre.
- [14] INGOLD (R.), TOUSSIRT (M.), *Le cannabis en France*, Anthropos, 1998.
- [15] BECK (F.), LEGLEYE (S.), SPILKA (S.), « Drogues », in *Baromètre santé 2005*, INPES, Saint-Denis, 2008.
- [16] BECK (F.), LEGLEYE (S.), « Drogues et politiques publiques : évolution des perceptions et des opinions, 1999-2002 », *Tendances* n° 28, 2003.
- [17] AQUATIAS (S.), et al., *L'usage dur des drogues douces, Recherche sur la consommation de cannabis dans la banlieue parisienne*, GRASS-IRESKO, DGLDT, 1997.



Évolution de la scène techno et des usages en son sein ■

Guillaume Sudérie*, **Michel Monzel****, **Emmanuelle Hoareau*****

*Anthropologue, coordinateur du site de Toulouse (TREND)

**Responsable du recueil ethnographique du site de Metz (TREND)

***Sociologue, coordinatrice associée du site de Marseille (TREND)

L'objectif principal du dispositif TREND est la détection des phénomènes émergents en matière d'usages de drogues. Pour ce faire, la stratégie la plus opérationnelle a consisté à inscrire l'observation dans des espaces de consommation connus, en faisant l'hypothèse que si des évolutions apparaissaient, elles y auraient d'abord lieu [1].

Le début des années 2000 fut une période qui vit le mouvement techno prendre une place non négligeable dans une société où depuis longtemps aucun mouvement culturel spontané et auto-organisé ne revendiquait un usage libre des psychotropes. Phénomène marginal au cours des années 1990, la musique électronique changea alors de statut en devenant rapidement la référence pour une génération au même titre que le jazz, le rock, la pop, le rap à d'autres époques.

En vingt ans, l'évolution de la techno s'est exprimée au travers de trois vecteurs. Le premier est celui du club, de la musique électronique intégrée commerciale ; le second de la free partie gratuite en extérieur, dans un modèle alternatif, où le mode de vie nomade des *travellers* fait référence. Entre les deux, des événements légaux, appelés rave, déclarés ou non, organisés parfois dans de grands établissements de nuit, rassemblent une jeunesse soucieuse de faire la fête autrement. C'est à partir de cette configuration que l'étude, réalisée dans le cadre de TREND, *Substances psychoactives chez les amateurs de l'espace festif électronique* [2, 3] a élaboré une typologie distinguant, en fonction des espaces fréquentés, quatre groupes d'affinité : « alternatif », « soirées urbaines », « clubbing » et « sélect », qui constituent des sous-populations homogènes tant du fait du vécu identitaire que par la perception du groupe par les observateurs extérieurs. C'est cette typologie qui servira de fondement à l'analyse des évolutions des usages au sein de la scène techno.

LA TECHNO, PLUS QU'UNE MUSIQUE, UN MOUVEMENT CULTUREL

Émergence de la musique techno

La musique techno a vu le jour à Détroit en 1986. Novatrice par l'utilisation exclusive de l'électronique et du *sampling*¹, elle est issue du croisement d'influences diverses. Cette musique répétitive, presque hypnotique, est rapidement associée par ses adeptes à la notion de transe. Ce courant musical va toucher l'Europe en passant essentiellement par l'Angleterre où les clubs « branchés » constitueront les lieux de naissance des différents styles.

À la fin des années 1980, l'Angleterre vote une loi imposant la fermeture des clubs après deux heures du matin. Le public, désireux de poursuivre la fête malgré cet interdit est contraint de sortir des clubs pour investir des lieux plus inhabituels². Cette sortie des clubs va donner naissance aux premières raves.

En 1992, une jeune fille décède lors d'une rave. Les médias s'emparent du sujet. Le gouvernement anglais saisit l'occasion et tente de juguler le phénomène. Le « *Avon Free Festival* » qui accueille plusieurs milliers de personnes donne lieu à une répression énergique qui aboutit à une migration vers l'Europe continentale des fondateurs du mouvement « free partie ».

Les relations difficiles entre les ravers et la société civile anglaise se concluront par la promulgation, en 1994, de la clause 58 du *Criminal Act of Justice and Public Order Act*, autorisant l'interruption de tout événement spontané, la saisie du matériel et l'interpellation d'une partie des organisateurs et des participants. Cette réglementation renforcera la revendication contre-culturelle du mouvement en Angleterre, mais aussi un peu partout en Europe.

La techno en France

Le mouvement techno apparaît en France à partir de 1990. Les premières raves sont payantes. Elles sont organisées dans des lieux inhabituels (châteaux, catacombes, forêts...) et rassemblent quelques centaines de personnes, notamment de la communauté homosexuelle. Parallèlement, les *Spiral Tribe*, *sound system* anglais, émigrent en France et introduisent le modèle britannique des raves parties, important ainsi une nouvelle manière de faire la fête « hors des murs ». En 1993 s'organise le premier teknival français³. La société civile via la presse associe la techno aux usages de drogues et à l'ecstasy en particulier. Dans ce contexte une action publique est mise en œuvre à l'encontre des free parties, avec parfois, un arrêt brutal de la fête accompagné d'une saisie du matériel.

1. Un échantillon (sample en anglais) est un extrait de musique ou un son réutilisé, souvent joué en boucle, dans une nouvelle composition musicale. L'extrait original peut être une note, un motif musical ou sonore quelconque. Il peut être original ou réutilisé en dehors de son contexte d'origine.

2. Usines désaffectées, entrepôts, lieux de plein air isolés.

3. Il s'agit d'un événement d'envergure, organisé sans autorisation et rassemblant plusieurs sound systems, fédérant à cette occasion plusieurs milliers de personnes.



En 1995, la circulaire interministérielle « *les soirées raves : des situations à hauts risques* » aura le même effet que le « *Criminal Act of Justice and Public Order Act* ». Les organisateurs d'événements se divisent, créant là encore deux espaces. Ceux qui choisissent la légalité commercialisent leurs soirées, les « raves » ; ceux qui refusent tout contrôle social continueront à organiser des free parties. Notons que dans ce contexte répressif, le terme « free » prendra alors le sens de « liberté » au-delà de la simple gratuité [4].

En 1998, une seconde circulaire interministérielle reconnaît une partie des organisateurs de rave à savoir ceux qui ont accepté de se conformer à un cadre légal et commercial et qui se sont fédérés dans le collectif Technopol. Cette année-là, la première Techno parade rassemble 130 000 personnes. La deuxième édition l'année suivante, 200 000. En janvier 2000, le « Collectif des *sound systems* » pour la promotion de la techno libre rassemble une centaine de *sound systems*⁴ français. Ils réclament la reconnaissance des free parties par les autorités. La communication entre l'État et les organisateurs semble s'apaiser jusqu'au mois de mai 2001 et l'amendement dit « Mariani »⁵ « *relatif à certains rassemblements festifs à caractère musical* ». Ce texte vise à soumettre toutes les free parties à une déclaration en préfecture, précisant l'identité des organisateurs, le lieu de la fête, les mesures de sécurité et d'hygiène prises, le nombre de personnes attendues. Cette approche ne satisfait pas les revendications des acteurs concernés. Ils poursuivent leurs activités en dehors de l'ordre établi. L'attractivité qu'exerce ce milieu sur le jeune public se renforce du fait de l'image transgressive qu'il véhicule. En mai 2002, un décret précise le dispositif et prévoit un régime différencié selon que les organisateurs souscrivent ou non à un régime de bonnes pratiques. Les *sound systems* se mobilisent et obtiennent la nomination de « médiateurs départementaux » chargés de faciliter les relations entre organisateurs et autorités administratives. Dans ce contexte est proposée l'organisation de « teknivals officiels », rapidement baptisés – alors que Nicolas Sarkozy est devenu ministre de l'Intérieur – par leurs détracteurs « sarkoval ». Le premier a lieu à Marigny, le 1^{er} mai 2003. On dénombre 40 000 participants.

En 2004, le teknival de Chambley rassemble jusqu'à 97 000 personnes, sans qu'il y ait de problèmes sanitaires majeurs. La mise à disposition par l'État d'un terrain suscite des protestations de la part des riverains même si cet événement est encadré par un impressionnant dispositif policier cantonné à l'extérieur

4. Au sens strict, le terme *sound system* (en français « système de sonorisation ») désigne le matériel de sonorisation utilisé lors d'une fête. Par extension, il désigne également le groupe d'organisateur de soirées mettant ce matériel à disposition.

5. Cet amendement, une fois voté à l'initiative de Daniel Vaillant, ministre de l'Intérieur du gouvernement de Lionel Jospin, correspondra à l'article 53 de la loi sur la sécurité quotidienne (LSQ) n° 2001-1062 du 15 novembre 2001.

du teknival. On assiste à une médiatisation certaine de l'événement, contribuant à son succès. Cette surmédiatisation va ouvrir cet espace alternatif à des populations de curieux, très éloignées du mouvement. Une marchandisation de l'espace, inconnue jusque-là, se développe. Cela poussera ultérieurement un certain nombre de teufers à se replier vers l'espace des free parties, plus confidentiel et favorisant « l'entre soi ». À cette période, en réaction à cette démocratisation, des contre-manifestations sont organisées parallèlement aux événements autorisés, les « Contre Teknival », ou « Fuck Teknival » en langage indigène, s'inscrivant dans une tradition de proposition d'événements alternatifs (« Fuck Borealis » *versus* « Borealis » en 1999, ou le « Teknival des insoumis » en 2008).

Les teknivals officiels sont organisés, jusqu'en 2008, à raison de quatre par an. Ils continuent de rassembler des populations importantes, mais qui diminuent graduellement, 40 000 personnes à Toul Rozières en 2007, 20 000 à 30 000 personnes à Crucey en 2008. En 2009, aucun teknival officiel n'a été organisé. En revanche, le Collectif des sounds systems a impulsé un teknival « free » le 1^{er} mai 2009, aux Andély, dans l'Eure. Cet événement a été promu, par le biais de sites internet spécialisés, sous l'appellation « Les Ravers Libres ». Il se voulait : « Organisé à l'ancienne, afin de prouver notre force (les organisateurs) et notre détermination à ne pas être privés de nos droits fondamentaux : la culture et la liberté ». L'événement a rassemblé 26 000 personnes, dans des conditions sanitaires difficiles. Le décès d'un jeune homme, qualifié par les médias d'overdose⁶, a été constaté et certains sounds systems se sont vu confisquer leur matériel.

TECHNO, TEUFEURS ET USAGES DE DROGUES

Tous les teufers ne se ressemblent pas...

En se centrant sur la culture techno, TREND a mis en évidence des disparités selon les groupes d'affinité (voir encadré). En resserrant la focale sur la question des drogues, les investigations ont permis l'identification d'une césure nette entre les groupes d'affinité « alternatif » et des « soirées urbaines » et les groupes « sélect » et « clubbing » [3]. Les caractéristiques sociales, économiques et culturelles de chaque groupe étant vraisemblablement à l'origine de ces différences.

6. Information de l'AFP publiée le 02/05/09 à 15h54, modifiée le 03/05/09 à 12h01 et reprise par Le Point.fr ainsi que le site internet de presse Rue89.



Les usages de drogues sont portés par des vecteurs culturels. La revendication d'une appartenance à une culture alternative, quelle qu'elle soit, est au centre de représentations et de comportements particuliers par rapport aux drogues. Si les usages dits récréatifs renvoient à une dimension hédoniste chez les membres des groupes « select » et « clubbers », ceux des groupes des « soirées urbaines » et « alternatifs » développent une tonalité plus revendicative et identitaire inscrite dans une logique de distinction contre-culturelle hédoniste.

Typologie des groupes d'affinités

Le groupe dit « alternatif » rassemble les amateurs de free parties, de raves et de teknivals. Le plus souvent organisées à l'extérieur, les free parties regroupent 200 à 800 personnes environ, sont gratuites ou sur donation. Les amateurs de free revendiquent une image décalée et leur appartenance à une « contre-culture ». Les compositions musicales appréciées lors de ces rassemblements se classent dans les tendances les plus agressives de la famille électro : hardcore, hardteck, tribe. Les raves parties, à entrée payante, regroupent jusqu'à 6 000 personnes dans des lieux couverts loués pour l'occasion. Les amateurs de rave se perçoivent également comme porteurs d'une contre-culture, mais teintée d'une composante hédoniste. 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 *hardcore* et *hardteck*.

Le groupe « soirées urbaines » se retrouve dans des bars musicaux, et parfois en festival électro. Ses membres choisissent avant tout un lieu pour sa programmation musicale. La proportion d'étudiants est plus importante que dans les autres groupes. Les courants musicaux appréciés sont variés et couvrent pratiquement le panel de ce qui s'écoute par ailleurs dans l'espace alternatif.

Le groupe « clubbing » se réunit dans des boîtes de nuit dédiées à la musique électronique et étiquetées « Club électro » dont certains sont labellisés « *gay friendly* ». Ce groupe est essentiellement constitué d'une population hédoniste, qui consacre un budget important à ses sorties et à son habillement. Les musiques diffusées sont généralement de la house et de la dance, courants musicaux rarement ou jamais entendus en soirées urbaines ou alternatives. Cependant, des styles plus appréciés par les esthètes du son électronique peuvent être diffusés, *trance*, *jungle electro*, *dub*, *drum'n'bass*.

Le groupe « sélect » fréquente des lieux accessibles le plus souvent par cooptation et cultive « l'entre soi » et une image chic et branchée. Les autres groupes d'affinité qualifient les lieux de prédilection « select » de « bourgeois », et décrivent leur programmation musicale composée essentiellement de house et de dance. Le groupe « select » ne se recoupe que peu ou pas avec les autres.

Un teufeur, en effet, est une personne pour laquelle les soirées de la mouvance techno alternative, quelle que soit leur régularité, constituent le lieu de prédilection. Très attaché à la musique électronique, qu'il n'écoute d'ailleurs pas uniquement dans les soirées, il a ses *sounds systems* préférés. Bien entendu, les teufeurs ne constituent pas un groupe homogène et se distinguent suivant les courants musicaux. Les quatre principaux milieux s'organisent autour du *hardcore*, du *breakbeat*, de la *jungle* et de la *trance*. Les frontières y sont poreuses, et il est fréquent chez les teufeurs de circuler entre plusieurs espaces musicaux. Ainsi, au cours de leur trajectoire de participants, ils peuvent fréquenter successivement de façon privilégiée tel ou tel espace (free partie, rave partie, teknival) ; au fur et à mesure de l'avancée en âge, on observe une tendance à privilégier les soirées urbaines ou les soirées privées au détriment des soirées *free*.

Durant vingt ans, les événements festifs techno ont évolué du fait du renouvellement de ses acteurs. La culture techno, souvent perçue comme uniforme par les profanes, se décompose en réalité en courants musicaux, mais aussi en groupes sociaux construits selon le degré d'affiliation à ce mouvement culturel : ses modèles, ses codes, son histoire. Autrement dit, au-delà même des cultures musicales, des sous-groupes plus ou moins homogènes peuvent être identifiés revendiquant une appartenance à cet univers. L'analyse de ce lien d'appartenance permet de mieux comprendre et de différencier les types de populations qu'englobe cette vaste notion de culture techno. Du *traveller* qui parcourt l'Europe au « jeune errant en quête d'affiliation alternative », en passant par celui qui sort occasionnellement « en teuf » après une semaine de travail ou d'études, les écarts sont en effet immenses.

En 2007, le dispositif TREND [5] a tenté de catégoriser la population de l'espace festif électronique alternatif. Cette classification dépend de critères culturels, économiques et sociaux. Combinés entre eux, ils définissent l'appartenance aux groupes des *fondateurs*, des *expérimentateurs* et des *satellites*.

Les *fondateurs* estiment souvent appartenir à l'histoire de l'underground, et se sentent les héritiers des mouvements hippie et punk. Minoritaires, ils forment le noyau dur du mouvement et constituent des modèles identificatoires aux populations plus périphériques de cette mouvance. En règle générale, l'espace festif commercial ne les a jamais attirés ou satisfaits. Sensibles aux valeurs que véhicule la musique, ils apprécient souvent les textes revendicatifs ou critiques envers la société. Les *fondateurs* vivent totalement la dimension contre-culturelle aussi bien pour le temps de la fête que pour le quotidien. Il n'y a pas de discontinuité entre la semaine et le week-end contrairement au groupe des *expérimentateurs*. Ces derniers vivent plus en conformité avec les normes de la société, mais préfèrent bien souvent l'espace festif techno alternatif à celui dit « commercial ». Ils s'inscrivent plutôt dans une démarche d'opportunité (« faire la fête autrement ») que dans une véritable affiliation identitaire. Ils vont dans l'espace alternatif pour sa gratuité, sa liberté et la « déconnexion »



qu'il représente par rapport à leur quotidien, et évidemment aussi pour la disponibilité des produits psychoactifs dont certains ne sont accessibles que dans cet espace. Le groupe des *satellites* apparaît comme étant à part et est composé de personnes inscrites dans des parcours d'errance ou de précarité. Si pour certains, le nomadisme, relatif dans les faits, se construit par une identification à la culture techno et structure un mode de vie précaire, pour d'autres, le fait de faire la fête dans cet espace constitue un moment du parcours d'errance, à un instant donné, sans qu'il y ait une réelle affiliation alternative. Ce groupe représente une part des nouvelles populations en grande vulnérabilité sociale, repérées par les acteurs de la réduction des risques de l'espace festif et par les dispositifs de bas seuil situés dans les zones urbaines. La porosité entre espace festif et espace urbain⁷, identifiée dès 2000 par le dispositif TREND, concerne essentiellement ce groupe des *satellites*.

Cocaïne, héroïne : résurgence des problématiques addictives

Depuis l'origine du mouvement techno, les acteurs de santé publique se préoccupent du développement de la consommation de drogues et plus particulièrement des drogues de synthèse. En effet, le couple musique techno et ecstasy est au cœur de la « transe électronique ». Ce produit, finalement encore peu connu à l'époque, est au centre des usages du début des années 2000. La transformation de l'espace, le renouvellement des acteurs et la perte progressive des valeurs originelles, en lien direct avec le phénomène de massification du milieu, vont avoir un impact majeur sur la transformation des consommations [6].

Dans cet espace, l'héroïne a longtemps incarné le « diable » et la cocaïne la drogue du « showbiz ». Lorsque les investigations TREND débutent dans le monde de la techno, les ethnographes, comme les premiers acteurs de la réduction des risques, témoignent du rejet de ces molécules dites « traditionnelles » au profit des drogues de synthèse. Dans un processus contre-culturel, toutes les pratiques, y compris celles concernant le choix des psychotropes se veulent différentes du reste de la société.

Rappelons qu'à cette période, la figure sociale du toxicomane, autrement dit de l'usager de drogues à problème, était essentiellement celle de l'héroïnomane injecteur désocialisé. Même si, déjà, TREND faisait état de la présence de ce produit dans les free parties, le milieu de la techno niera longtemps et de manière très virulente la présence des opiacés et contribuera à la stigmatisation des consommateurs d'héroïne d'autant plus, s'ils utilisaient la voie intraveineuse.

Concernant la cocaïne, symbole de la drogue de la fête « traditionnelle », son usage représentait, en creux, l'impossibilité de s'émanciper des usages des

7. L'espace urbain, pour TREND, recouvre les lieux fréquentés par la population en contact avec les structures de soins, autrement dit des personnes ayant une consommation « à problème » (voir l'annexe méthodologique).

drogues festifs classiques. Faire la fête autrement, c'est faire la fête « hors des murs », sur une musique nouvelle, avec des pratiques différentes, excluant de fait, les usages de drogues de la fête commerciale.

La diabolisation de l'héroïnomanie et le rejet des psychotropes festifs traditionnels comme la cocaïne mais aussi certains types de consommation d'alcool vont structurer les usages de drogues dans cet espace. En ce sens, le jeune teufeur prenant des drogues stimulantes et hallucinogènes, peu connues hors de ce milieu, s'inscrit dans une expérience festive nouvelle. Les dommages, comme les états de conscience modifiés spécifiques, mettent à distance les modèles d'usage de drogues festifs traditionnels.

Parallèlement, des fonctions et des contextes d'usage différents opposent les usages récréatifs aux usages de défonce. Les dangers associés aux drogues, pensés exclusivement du côté de la dépendance voire de la surdose, furent longtemps minimisés voire niés ou attribués aux produits de « coupe » même si l'usage de substances, comme l'ecstasy, le LSD, les champignons hallucinogènes, les amphétaminiques, ont été rapidement associées à des problèmes psychologiques, à savoir les « bad trip »⁸, à des états dépressifs ou anxieux post-prise, ainsi qu'à des risques neurotoxiques à long terme [6]. En effet, les représentations ne donnent pas le même statut à la surdose létale qu'aux « bad trips » qui littéralement ne sont que de « mauvais voyages ». Seules les actions de la réduction des risques et l'autorégulation des problèmes auront permis de limiter les dégâts, dégâts qui sont rarement à l'origine d'une demande d'aide à l'arrêt des consommations.

Progressivement, les parcours d'usage, les échanges de pratiques en lien direct avec la massification du mouvement ont créé une dynamique transformant les représentations, les molécules consommées ainsi que les modalités d'usage. Les « vieilles drogues traditionnelles », opiacés et cocaïne entre autres, ainsi que les modalités d'usage associées, ont rattrapé certains « teufeurs » engendrant des problèmes très classiques. L'exemple de la « rabla », perçue un temps comme un produit spécifique (elle reprendra rapidement son appellation d'origine, l'héroïne), qui sera à l'origine de débuts de dépendances [7] est à cet égard symptomatique. Il en va de même pour la consommation de free base⁹, autrement dit de crack, qui ne va cesser de se diffuser dans cet espace jusqu'au milieu des années 2000. L'apparition d'intoxications à l'ammoniaque, phénomène décrit régulièrement aujourd'hui par les acteurs de la réduction des risques, en est la preuve.

8. Le bad trip, terme apparu dans les années 1970, décrit la profonde angoisse parfois ressentie lors de la prise d'hallucinogènes, notamment le LSD.

9. Encore aujourd'hui les usagers de free base considèrent pour une grande majorité qu'ils ne consomment pas du crack même si la connaissance du fait qu'il ne s'agit que d'une distinction sémantique progresse depuis peu.



L'injection en milieu festif : la fin d'un tabou ?

Les pratiques d'injection, longtemps niées, sont décrites aujourd'hui clairement par les investigations du réseau TREND [8]. La hausse constatée du nombre de matériels de prévention (kits ou seringues) délivrés à l'occasion de ces événements par les acteurs de la réduction des risques, peut renforcer ce constat relatif à la hausse de l'injection. Cet indicateur peut également témoigner du renforcement des pratiques d'injection à moindre risque par les consommateurs, même si l'on observe des pratiques d'injection à risque plus importantes parmi la jeune génération ; population majoritairement représentée lors de ces événements festifs.

L'héroïne et la cocaïne sont les deux produits principalement injectés, même si, de façon encore plus rare, des produits comme la kétamine, la MDMA ou des médicaments de substitution aux opiacés sont parfois consommés par voie intraveineuse ou intramusculaire.

Toujours fortement stigmatisé, difficilement dicible même sur un stand de réduction des risques, ce mode d'administration représente une question centrale en termes de santé publique et demeure un problème très sensible en 2009. La mise à l'écart de ces « teufeurs injecteurs » rend d'autant plus difficiles les conditions de salubrité dans lesquelles ces pratiques se réalisent.

Loin des drogues de transe et d'introspection potentiellement à l'origine d'autres types de problèmes, les dynamiques de dépendances et de compulsion associées à l'héroïne, la cocaïne chlorhydrate et base, exportent les usages de drogues hors des fonctions et des contextes d'usage festif originels. Il faut noter toutefois que ces scénarios de perte de contrôle des consommations ne concernent qu'une petite proportion des acteurs de cette mouvance culturelle.

En termes quantitatifs, l'étude réalisée dans le cadre de TREND, *Substance psychocatives chez les amateurs de l'espace festifs Électro* [2,3], indique que, parmi les groupes d'affinités, « alternatif » et « soirée urbaine », autrement dit les teufeurs, l'usage récent¹⁰ d'héroïne est déclaré par 15,5 % des « alternatifs » et 3,5 % des « amateurs des soirées urbaines ». Les membres de ces groupes sont, en outre, respectivement 13,4 % et 4,5 % à déclarer consommer de la cocaïne base.

En termes qualitatifs, l'observation des polyconsommations d'hallucinogènes, de psychostimulants et d'opiacés, fait apparaître des spécificités d'usage selon les groupes sociaux. Les modalités, les motivations et les contextes de consommations des opiacés agissent ainsi comme des marqueurs qui viennent différencier les acteurs. Comme l'adhésion à la culture de la musique électronique, comme le degré de précarité, l'usage d'opiacés structure la catégorisation des acteurs de l'espace festif techno.

10. Consommation au cours du dernier mois.

Dans le monde alternatif, les *fondeurs* comme les *expérimentateurs* sont plus généralement dans une approche festive des drogues, la molécule important peu. Ils associent les produits à un discours autour de la musique et de la fête. Les usages, organisés principalement autour de consommations de psychostimulants et d'hallucinogènes, les préservent des dynamiques de dépendance à l'exception des usagers de cocaïne base. Une minorité utilise les opiacés, le plus souvent dans une optique de régulation de la prise d'autres produits ou lors de « descentes » consécutives à la prise de stimulants. Cependant, les périodes de pertes de contrôle de l'usage sont susceptibles de mettre en difficulté un certain nombre d'entre eux. Souvent conscients et informés des risques, ils peuvent être à l'initiative du recours à des interventions d'équipes de réduction des risques lors d'événements festifs, soit par volonté de réduire les dommages, soit par contrainte légale lorsqu'il s'agit d'événements plus importants. Pour ceux qui le souhaitent, la formulation d'une demande de prise en charge n'est pas simple. Ces populations, peu concernées par la question de la dépendance aux opiacés, plus par des usages compulsifs, de cocaïne en particulier, ont des difficultés à entrer dans un dispositif de prise en charge qui a du mal à appréhender ce type de problème [9].

Les usages de drogues de la population des *satellites* sont plus radicaux. Les observations permettent de décrire un groupe caractérisé par des usages de psychotropes quotidiens, marqueurs de l'addiction, et des situations sociales et sanitaires parfois lourdes. Ici, les prises de drogues de l'espace festif techno du type ecstasy, LSD, kétamine s'articulent à des usages plus classiques d'alcool, de médicaments psychotropes et d'opiacés. La consommation de ces derniers, héroïne voire Subutex®, dans le cadre d'usages non-substitutifs [10], peut être quotidienne et s'effectuer par la voie intraveineuse. Les « drogues des teufeurs » ne constituent pas, dans ces populations, le cœur des usages de psychotropes mais plutôt des usages réalisés en fonction des opportunités.

On le voit, l'hétérogénéité des usages de psychotropes au sein de l'espace techno reflète la diversité des types de populations qui le fréquentent. De la dimension alternative et contre-culturelle, s'appuyant parfois sur un discours idéologique fondé sur une expérimentation d'une forme de fête différente, aux processus de désaffiliation subis, l'expérience en matière de drogues recouvre des significations différentes qui embrassent un spectre très large : de l'hédonisme à tonalité libertaire à la défonce pure et simple à visée d'oubli.

CONCLUSION

Les concepteurs de TREND ne s'étaient pas trompés : depuis l'espace festif techno, les observateurs ont pu appréhender une partie des nouvelles tendances, des phases de diffusion et des évolutions du phénomène des drogues en France. L'émergence des substances stimulantes comme la MDMA, la cocaïne chlor-



hydrate et base, le « retour » de l'héroïne, la diffusion plus large de la kétamine sont des phénomènes que TREND a pu décrire grâce aux investigations développées dans cet espace. Elles ont permis aussi au programme SINTES l'identification de la plupart des nouvelles molécules apparues ces dernières années ainsi que le recueil des échantillons à l'origine d'intoxications plus ou moins graves chez des usagers actifs.

Si les drogues de synthèse furent longtemps la référence, l'émergence de nouveaux usagers, du fait de l'arrivée de nouvelles générations peu marquées par l'expérience originelle des *fondateurs* et l'ouverture de cet espace à d'autres milieux festifs et urbains, a diversifié les molécules consommées et les modalités d'usage. Ainsi, l'ecstasy, la MDMA, le « speed », le LSD, la kétamine, la cocaïne, l'héroïne, la benzylopipezazine ou d'autres molécules de synthèse, parfois très confidentielles, sont des psychotropes consommés dans des contextes et pour des fonctions bien spécifiques qui renvoient de plus en plus non à un monde homogène mais à des réalités très contrastées. Les investigations menées ces dix dernières années ont permis de mettre en évidence la présence d'acteurs très hétérogènes, s'inscrivant dans des rapports particuliers avec cet espace culturel, et engendrant des logiques d'usage de drogues spécifiques et tout aussi éclectiques. Cette mutation a eu un impact sur les évolutions des carrières d'usage des « teufeurs », les renvoyant parfois à des problèmes très classiques de dépendance. Elle a attiré aussi l'attention des pouvoirs publics et concouru à une certaine stigmatisation du mouvement, fondée sur l'assimilation systématique entre techno et usages de drogues. Quoi qu'il en soit, quinze ans après son émergence, le mouvement techno en France est à la croisée des chemins.

Il a été victime de son succès car la massification et la récupération commerciale ont tué en partie les utopies originelles. La volonté actuelle de nombreux *sound systems* de revenir à des scènes de plus petites tailles, plus underground, en somme de faire un retour aux sources, en est une preuve. La difficulté alors sera du côté de la réduction des risques qui devra multiplier ses efforts pour couvrir un maximum d'événements qui risquent à l'avenir de se révéler de plus en plus dispersés et inaccessibles.

Références bibliographiques

- [1] TOUFIK (A.), SARRADET (A.), GANDILHON (M.), *Tendances Récentes*, Paris, OFDT, 2000.
- [2] REYNAUD MAURUPT (C.), CADET-TAÏROU (A.), « Substances psychoactives chez les amateurs de l'espace festif Électro », *Tendances* n° 56, OFDT, 2007.
- [3] REYNAUD-MAURUPT (C.) et al., *Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif « musiques électroniques »*, Saint-Denis, OFDT, 2007.

- [4] GRYNNSZPAN (E.), *Bruyante techno. Le son de la free party*, Mélanie Sétun, 2000.
- [5] CADET-TAÏROU (A.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 - Huitième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2008.
- [6] HOAREAU (E.), *La réduction des risques liés à l'usage de substances psychoactives dans les espaces festifs techno de la région PACA en 2003-2004*, Marseille, 2005.
- [7] PARQUET (P.-J.), *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives*, Vanves, CFES, 1998.
- [8] BOSCHER (G.), GIRARD (G.), *L'évolution des pratiques d'injection en milieu festif, synthèse de l'investigation spécifique TREND*, 2009, à paraître.
- [9] ESCOTS (S.), SUDERIE (G.), *Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes*, OFDT/ORSMIP, 2009, à paraître.
- [10] ESCOTS (S.), FAHET (G.), *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage*, OFDT, 2004.



L'ecstasy, de l'engouement à la « ringardisation » ■

Guillaume Girard*, **Gwenaëlle Boscher****

*Coordinateur associé du site de Rennes (TREND)

**Psychologue

L'ecstasy, produit emblématique des « nouvelles drogues »¹ dans les années 1990 [1], a fait son chemin pour se banaliser progressivement au point, dans certains milieux, d'être considérée comme une substance démodée. Initialement consommée dans le cadre du milieu festif techno, l'ecstasy bénéficiait alors d'une image positive – la pilule de l'amour – corrélée à sa facilité d'usage (ingestion) et au caractère récréatif de sa consommation. Dans ce contexte, les consommateurs semblaient restreindre leurs usages au seul espace festif.

Depuis la création du dispositif TREND en 1999, ce produit a été soumis à de nombreuses évolutions, que ce soit en termes de disponibilité, de profil d'usagers, de modes de consommation et de représentations. L'image relativement anodine de l'ecstasy évoquée ci-dessus a rapidement laissé place à une image plus nuancée. En effet, de « nouveaux usages » sont

apparus, dépassant le cadre des consommations récréatives. Des usages abusifs, voire problématiques, ont été en effet identifiés dès le début des observations ethnographiques menées dans le cadre du réseau TREND, lesquels concernaient à la fois des usagers festifs qui se sont retrouvés dépassés par leurs consommations et des usagers du milieu urbain consommant quotidiennement ce produit.

Produit illicite le plus consommé après le cannabis et la cocaïne², l'ecstasy a connu une phase de développement avant d'être délaissé par certains usagers plus expérimentés,

1. En matière de drogues, les produits réellement nouveaux sont plutôt rares. En revanche, on assiste depuis les années 1990, à l'émergence de nouveaux comportements de consommation de produits déjà existants. L'ecstasy s'inscrit dans cette tendance.

2. Entre 2000 et 2005, l'ecstasy et la cocaïne ont connu une diffusion croissante passant respectivement de 0,9 à 2,0 % et de 1,6 à 2,6 % parmi les 15-64 ans, (Baromètre santé 2005, INPES).

LES FACTEURS DE DÉVELOPPEMENT DE LA CONSOMMATION D'ECSTASY

mécontents de sa popularisation et de sa qualité. Tout indique donc qu'après une phase où ce produit est sorti du cercle d'initiés pour s'inscrire durablement dans le paysage des consommations s'est ouverte une ère nouvelle qui voit l'usage se stabiliser voire décliner, dans certains milieux, au profit d'autres formes ou d'autres produits.

L'image d'un produit « festif »

La consommation d'ecstasy est apparue en France au milieu des années 1980 et a connu une phase de progression importante jusqu'en 2002 environ (voir encadré ci-dessous).

La consommation d'ecstasy en France depuis le début des années 1990

Depuis le début des années 1990, la part des expérimentateurs d'ecstasy a plus que triplé bien que celle-ci demeure faible par rapport au nombre d'expérimentateurs d'autres produits psychoactifs tels que le tabac, l'alcool ou encore le cannabis. Ainsi, on estime qu'il y avait en France en 2005, un nombre d'expérimentateurs d'ecstasy proche de 900 000 dont 200 000 sont des usagers occasionnels (au moins un usage au cours de l'année). Ce chiffre est en très forte progression par rapport à 2002, où le nombre d'expérimentateurs était évalué alors à 350 000 personnes dont 150 000 consommateurs occasionnels (a).

Ce sont principalement les jeunes qui déclarent consommer de l'ecstasy. En effet, en 2005, sur l'ensemble de la population, la part des expérimentateurs chez les 18-25 ans représente 4 %, elle est de 2,8 % chez les 26-44 ans et de 0,2 % chez les 45-64 ans (OFDT, 2005) (b).

Les enquêtes menées plus particulièrement auprès des jeunes de 17 ans indiquent que la proportion d'expérimentateurs déclarés est en baisse significative depuis 2005 (- 18 %), alors qu'une hausse importante avait pu être notée entre 2000 et 2002. Au-delà de cette évolution, des différences entre garçons et filles sont à souligner, ces dernières étant presque deux fois moins nombreuses que les garçons à indiquer une expérimentation d'ecstasy. Enfin, les niveaux d'usage occasionnel sont, quant à eux, en baisse puisqu'ils passent, entre 2005 et 2008, de 2,6 % à 2 % (c).

[a] BECK (F.), LEGLEYE (S.), « Les adultes et les drogues en France : niveaux d'usage et évolutions récentes », *Tendances* n° 30, OFDT, juin 2003.

[b] BECK (F.), et al., *Baromètre santé 2005*, INPS, novembre 2007.

[c] LEGLEYE (S.) et al., « Les drogues à 17 ans, résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 », *Tendances* n° 66, OFDT, juin 2009.



La diffusion de ce produit est liée à l'émergence de la scène musicale techno. Ce milieu, où la consommation de psychotropes est souvent perçue comme une dimension essentielle de la fête, a constitué, en effet, un espace de prédilection pour l'expérimentation de ce produit. L'ecstasy y est consommée pour ses vertus empathogènes, entactogènes et psychostimulantes [2]. Ainsi, les effets procurés semblent correspondre aux aptitudes requises pour faire la fête, à savoir la capacité à prolonger la danse en limitant la sensation de fatigue, ressentir une certaine osmose avec la musique (trance) et développer une sociabilité exacerbée (contact facilité)... L'ecstasy est aussi, aux yeux des usagers, un produit psychoactif, relativement inoffensif au regard de l'héroïne ou de la cocaïne et de leur potentiel addictif respectif, ce qui a contribué au renforcement de cette image de produit « festif ».

D'une commodité d'usage...

Consommer de l'ecstasy par voie orale, mode d'administration le plus courant, est assez simple. Cela ne nécessite en effet aucun outil particulier (paille, seringue...). En outre, au regard du sniff et de l'injection, la voie orale est un mode d'administration relativement propre car il présente peu de risques vis-à-vis des contaminations par les virus du sida ou des hépatites B et C. Il suffit de boire une gorgée de boisson quelconque et d'absorber l'ecstasy en entier ou fractionné (1/4, 1/2), ce qui constitue une barrière en moins à franchir pour l'usager, rendant donc l'usage de ce produit accessible,

commode et discret... Notamment lors de soirées légales, encadrées, en lieu clos (discothèque) où il est parfois difficile de se retirer de l'espace collectif de la fête (*dance floor, chill out, bar*) pour consommer des produits. Avaler un comprimé d'ecstasy peut donc se faire publiquement sans être vu. À ce niveau, l'inhalation à chaud, le « sniffing », comme l'injection représentent davantage de risques, les usagers étant la plupart du temps contraints de s'extraire des espaces collectifs pour privilégier des lieux à l'abri des regards (véhicules, tentes, toilettes).

... À un accès facilité

Entre 1999 et 2009, la disponibilité, comme l'accessibilité de l'ecstasy, a toujours été relativement forte et en augmentation lors des événements relevant, notamment, de la culture techno dite alternative (free partie, teknival). Il en allait de même lors des événements plus conventionnels (clubs, festivals, discothèques, etc.), même si le phénomène avait un peu moins d'ampleur. Après le cannabis, l'ecstasy est en effet le produit illicite le plus répandu en France dans l'espace festif alternatif ou commercial. Concernant le milieu festif conventionnel, la modification du contexte légal de l'organisation des raves en 2002 semble avoir augmenté la disponibilité des produits illicites. La raréfaction des free parties et des teknivals a conduit, d'une part, les usagers du milieu alternatif à fréquenter d'autres espaces festifs augmentant de surcroît la demande, et, d'autre part, les revendeurs, présents

sur la scène festive alternative, à rechercher de nouveaux débouchés. S'agissant de l'espace urbain, l'ecstasy s'est diffusée chez les usagers (jeunes errants, patients suivis en CSST, etc.), qui pour beaucoup d'entre eux, ont découvert le produit via le milieu festif. La consommation d'ecstasy revêt chez ces publics des significations différentes (défonce, stimulation pour affronter l'univers de la rue...) des usages récréatifs, observés en milieu festif. Parallèlement à cette augmentation de la disponibilité sur ces deux espaces, une baisse sensible du prix du comprimé a été relevée sur cette période. En 2000, le comprimé se négociait aux alentours des 10 € l'unité contre 5 à 6 € en 2005.

L'attrait pour le logo

Les consommateurs identifient les comprimés vendus sous l'appellation « ecstasy » grâce à leur appellation dépendante à la fois du logo inscrit sur la face du comprimé et de la couleur. (« Euro blanc », « Mitsubishi rose », « Lacoste vert »).



Planches de logo : Mitsubishi, Couronne - Rolex, Pikatchu, Cheval - Ferrari.

Les comprimés sont rarement vendus sous l'unique appellation géné-

rique d'ecstasy. Lors de la transaction, la couleur et le logo tiennent une place essentielle dans le choix d'achat d'un comprimé. Les logos³ permettent de différencier les comprimés entre eux, conférant à certains usagers expérimentés une sorte de qualité d'« experts ». Ils donnent aussi l'impression de la nouveauté, voire de l'exclusivité lorsqu'une nouvelle série de comprimés se rencontre sur le marché des drogues. Le marché des ecstasys, en effet, de par leur facilité de fabrication dans les laboratoires clandestins installés dans les pays frontaliers (Belgique, Pays-Bas) se caractérise par son adaptabilité aux attentes des consommateurs. De nouveaux logos apparaissent ainsi régulièrement tenant compte parfois d'éléments d'actualité (« Ben Laden », « Pikatchu »).

« Les nouveaux noms, logos, couleurs donnent une impression d'offre toujours renouvelée. Cette richesse permet aux consommateurs de parler des produits en "connaisseur", en citant les logos et les noms, en repérant les nouvelles "séries" de comprimés qui arrivent sur le marché, et en comparant les produits entre eux. Le marketing des produits passe par cette diversité qui semble offrir sans cesse du nouveau : nouveaux noms, "nouveaux produits", nouvelles expériences » [3].

3. Pourtant, la réalité au sujet des logos est tout autre, un même logo ne signifiant pas un contenu équivalent. Des disparités importantes ont été observées pour un même logo. Au cours de l'enquête SINTES (1999/2002) [1] portant sur les drogues de synthèses, les analyses ont démontré une très grande variabilité dans les dosages en MDMA (molécule psychoactive de l'ecstasy). Pour un même logo, l'écart entre le dosage minimum et maximum peut passer du simple au triple.



UN « DÉSENGOUEMENT » PERCEPTIBLE

À partir de 2001, toutefois, l'image de l'ecstasy, sous sa forme comprimé, commence à évoluer dans un sens moins favorable. Les observateurs du dispositif TREND rapportent, en effet, trois phénomènes émergents : une différenciation en cours au sein des usagers ; un développement de l'usage parmi les franges marginalisées

évoluant aux frontières des espaces festif et urbain ; et une composition incertaine des comprimés d'ecstasy.

Entre lassitude et désir de se distinguer des fondateurs

À l'heure actuelle, même si le milieu festif demeure toujours l'espace privilégié de la consommation d'ecstasy, les observateurs constatent une césure à l'œuvre parmi les usagers s'agissant de leur appréciation du

Entre produit d'adultération et arnaques : une qualité problématique

Différentes sources de données (SINTES, OCRTIS) indiquent sur la période 1999/2009 une diminution régulière au fil des ans des dosages moyens de MDMA dans les comprimés d'ecstasy. En 2003, le dosage moyen en MDMA des comprimés collectés dans le cadre du dispositif SINTES se stabilise autour de 54 mg contre 56 mg en 2002, 63 mg en 2001 et 74 mg en 2000. Ce dosage moyen correspond à une teneur de 24 % de principe actif, ce qui implique dans la composition des comprimés la présence de nombreux produits de coupe. Depuis, les données montrent qu'en 2009 la teneur a encore diminué et s'établit à 21 %. L'adultération des comprimés est soit partielle, c'est-à-dire que l'on retrouve une amphétaminique et des produits de coupe (pour 8 comprimés sur 10 de la base SINTES, 1999/2002), ou totale (pour 2 comprimés sur 10 de la base SINTES, 1999/2002), c'est le cas de médicaments vendus en lieu et place de l'ecstasy, tels que des comprimés de chloroquine (Nivaquine®), de betaméthasone et dexchlorpheniramine (Célestène® et de Célestamine®) (a). Dans tous les cas, les usagers sont trompés sur le contenu des comprimés, ces derniers pensant acheter des ecstasys. En effet, ces derniers comportent des logos, faisant penser à des ecstasys. D'autres substances sont aussi retrouvées dans les ecstasys analysés, tel que du paracétamol, de la caféine et plus récemment du mcpp (b). Ceci est d'autant plus risqué qu'un surdosage de certaines de ses multiples arnaques « médicamenteuses » peut avoir de graves conséquences (e.g. coma, arrêt cardiaque...).

(a) Médicaments utilisés respectivement dans le traitement préventif ou curatif du paludisme et pour des rhinites allergiques saisonnières ou des crises d'urticaire.

(b) M-chlorophénylpipérazine (MCP) augmentation de la diffusion, note d'information du 29 avril 2009, Paris, SINTES, OFDT.

comprimé d'ecstasy. Ainsi, alors que les primo-consommateurs (âgés de 15 à 20 ans) continuent de faire usage de cette substance, les plus expérimentés, les « fondateurs », considèrent ce produit, sous cette galénique, comme démodé et souvent peu fiable quant à sa qualité (voir encadré ci-contre) [2].

L'ecstasy constitue bien souvent pour les expérimentateurs une porte d'entrée, après le cannabis, dans une carrière d'usagers de produits illicites du fait de sa facilité d'accès et de son mode d'administration. Cependant, au fil des expériences, ces jeunes consommateurs, souvent déçus par la qualité des comprimés, recherchent des effets plus puissants et souhaitent se démarquer, voire se distinguer, des novices dans la consommation en faisant usage d'autres formes. C'est pourquoi, beaucoup d'entre eux vont se tourner vers d'autres galéniques (poudre, voire cristaux de MDMA), réputées pour être de meilleure qualité, et recourir aussi à d'autres modes d'administration tels le sniff, grâce auquel la montée des effets est plus rapide qu'avec l'ingestion. D'autres usagers, quant à eux, délaisseront carrément l'ecstasy pour se tourner vers des substances telles que la cocaïne.

De nouveaux publics, de nouvelles significations d'usage

L'autre facteur susceptible d'expliquer le désintérêt pour l'ecstasy réside dans sa diffusion en direction de publics de plus en plus éloignés de la sphère festive, dont l'image, auprès des teufeurs est relativement négative. À partir de 2002, en effet, une partie

des observateurs du réseau TREND notent que l'ecstasy commence à être davantage visible dans l'espace urbain. Ce passage d'un milieu à l'autre s'est réalisé par l'entremise d'une population un peu plus âgée (25-30 ans), composée principalement d'errants, et de polyconsommateurs, habitués des structures de premières ligne. Ainsi, l'étude PRELUD, réalisée en 2006 dans le cadre du dispositif TREND [2] auprès des usagers de drogues fréquentant les structures de première ligne, montrait que 65 % des personnes enquêtées avaient expérimenté l'ecstasy, et que 20 % d'entre elles en avaient consommé au cours du mois qui avait précédé l'enquête. Dans 80 % des situations, les usagers récents d'ecstasy déclaraient fréquenter à la fois le milieu urbain et le milieu festif, mais 9 % répondaient ne pas fréquenter du tout le milieu festif. Ces derniers, pour justifier l'usage d'une substance *a priori* très éloignée de l'univers de la rue, mettait en avant les effets stimulants et désinhibants, un peu similaires en cela à ceux du Rohypnol®, utiles « pour affronter l'univers de la rue ». L'étude mettait aussi en évidence dans ces populations une prévalence non négligeable de l'injection, 13 % en 2003 [4] et 19 % en 2006) [5].

Enfin, chaque année, quelques décès faisant suite à une prise de MDMA conjointement à d'autres substances (alcool, cannabis, médicaments psychotropes) sont à noter. Peu d'entre eux sont liés à une prise unique de MDMA (2 sur 168 en 2006). Le plus souvent, c'est la composition très variable des comprimés d'ecstasy qui est mise en cause dans les décès ou les



accidents survenus à l'issue d'une prise.

Quoi qu'il en soit, le développement des usages non festifs au sein de ces « nouveaux publics » a mis à mal l'image relativement anodine et peu dangereuse qu'avait ce produit.

Un glissement vers d'autres galéniques

Afin de répondre aux nouveaux besoins des usagers et à la désaffection pour le comprimé, visible également dans les statistiques publiées par

l'OCRSTIS, (voir encadré données OCRSTIS), les formes galéniques de la MDMA ont évolué. Ainsi, initialement proposée sous forme de comprimés, elle est apparue, depuis quelques années, sur le marché des drogues sous forme de poudre, de gélules mais aussi sous formes de cristaux (à ne pas confondre avec le crystal, nom donné à la méthamphétamine⁴).

Ces différentes formes sont hiérarchisées dans l'esprit des usagers, qui opèrent une distinction entre le comprimé, c'est-à-dire l'ecstasy, et la

Une baisse significative du nombre de saisies et d'interpellations pour usage d'ecstasy

Parallèlement à l'augmentation des consommations déclarées en France, la décennie 1990 est marquée par la hausse conjointe des interpellations pour usage et des saisies. Si le nombre de personnes interpellées pour usage atteint un pic : 1 659 en 2005, on note une nette décélération depuis avec 619 usagers interpellés en 2008.

Nombre d'interpellations pour usage d'ecstasy entre 1990 et 2007



Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (OCRSTIS)

4. Voir le chapitre consacré à la méthamphétamine, p. 116.

Le nombre de saisies a, quant à lui, très fortement progressé pendant la période 1987-2006. Les courbes de saisies et d'interpellations présentent d'ailleurs des profils très proches, avec deux périodes spécifiques de très fortes augmentations des saisies au début puis à la fin des années 1990. Pendant deux ans, le nombre de saisies a été supérieur à deux millions de comprimés. Une baisse notable est à souligner à partir de 2004. Cette baisse semble s'amplifier puisque le nombre de comprimés d'ecstasy saisis en 2008 (a) revient à son niveau de 1997 : 342 000 comprimés, contre 1,3 million en 2007, soit une baisse de 75 %. Cette évolution est corroborée par l'ensemble des sites TREND, qui, depuis 2006, notent une diminution constante de la disponibilité d'ecstasy sur les deux champs d'observation (urbain et festif). Ce phénomène peut s'expliquer en partie par un délaissement des ecstasys par les trafiquants au profit de produits plus lucratifs telles que la cocaïne et l'héroïne, mais aussi par les usagers eux-mêmes, qui se dirigent vers d'autres galéniques ou produits.

Évolution des quantités d'ecstasy saisies depuis 1993 (en nombre de comprimés)



Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (OCRTIS)

(a) OCRTIS, Les grandes tendances de l'usage et du trafic illicite des produits stupéfiants en France, extrait du rapport annuel 2008, OCRTIS, avril 2009.

MDMA, présentée sous forme de gélule, poudre ou cristal. Pour sa part, la MDMA fait elle-même l'objet d'une hiérarchisation puisque les usagers

estiment que la forme « cristal » est la plus pure des trois :

« L'image du cristal est celle d'une forme encore plus pure, car, selon les



uns (usagers), sa présentation empêcherait le coupage et selon les autres (usagers), il s'agirait du produit précurseur de la poudre » [5].

En termes d'image, la forme « comprimé » est souvent considérée comme de piètre qualité (« arnaques »), tandis que la « poudre » et le « cristal », et dans une moindre mesure la « gélule », bénéficient pour leur part d'une image de produits de meilleure qualité. Cette question est d'ailleurs un des facteurs qui expliquent la désaffection relative que connaît le comprimé chez un nombre, au demeurant toujours croissant, de consommateurs. Alors que la MDMA (poudre et cristal) semble être l'apanage d'usagers plus expérimentés et plus âgés, l'ecstasy est davantage consommé par les « novices », lesquels font l'objet d'une certaine condescendance de la part des premiers. Il est probable que cette adaptation de l'offre de MDMA à la demande a par ricochet poussé certains usagers à adapter leur mode d'usage et à se tourner vers le sniff [5], qui, soit dit en passant, bénéficie aux yeux de certains, d'un prestige attaché à son lien avec une substance aussi bien perçue que la cocaïne... La forme « poudre » et dans une moindre mesure la forme « cristal » facilitant le passage à ce mode d'administration.

CONCLUSION

Objet de tous les superlatifs, au début des années 1990, l'ecstasy a vu son statut évoluer depuis l'émergence de son usage chez les amateurs de musiques techno. Le cycle de diffu-

sion entamé à cette époque nous enseigne en effet qu'il en va des substances psychoactives comme des produits de consommation les plus banals : elles connaissent des cycles de vie, scandés par des successions temporelles marquées par la naissance, l'apogée et le déclin. D'un produit réservé à un cercle d'initiés, l'ecstasy est devenue dans un premier temps, le produit illicite, après le cannabis, par lequel des centaines de milliers de jeunes en France sont entrés dans la consommation de substances illicites. Parallèlement, sa disponibilité s'est accrue alors que son prix diminuait. Arrivée à une phase « plateau », la consommation d'ecstasy a commencé ensuite à connaître un processus de déclin, objectivé tant dans les enquêtes en population générale [6] et les études de terrain menées par TREND [5] que dans les statistiques de la police [7]. Plusieurs facteurs ont contribué, semble-t-il, à ce phénomène. D'une part les usagers les plus expérimentés ont commencé à s'en détourner du fait de la baisse continue de sa qualité et aussi dans un souci de démarcation, de distinction vis-à-vis des nouvelles générations d'arrivants dans l'espace festif techno. D'autre part, l'usage d'ecstasy a commencé à revêtir d'autres significations du fait du développement d'un usage non festif au sein de populations plus familières de l'espace urbain que de l'univers festif. D'une phase de développement longue d'une dizaine d'années, il semble ainsi que l'ecstasy soit passée à une période de désamour perceptible allant même jusqu'à une forme de « ringardisation ». Ces constats doivent cependant

être nuancés, car elle n'en demeure pas moins, encore, pour beaucoup de consommateurs novices la porte d'entrée « idéale », du fait, entre autres, de son prix, sa présentation et son mode d'administration (voie orale), dans l'usage récréatif ou pas de substances

psychoactives. En outre, l'ecstasy réapparaît sous de nouvelles formes (poudre et cristaux ce MDMA), qui malgré leurs prix plus élevés, bénéficient d'une image de plus en plus favorable.

Références bibliographiques

- [1] IREP, *L'ecstasy, recherche-pilote*, 1997, Paris, OFDT.
- [2] Médecin du monde, *Usages de drogues de synthèse (ecstasy, LSD, dance-pills, amphétamines...), rapport de recherche-action*, 1999.
- [3] GIRAUDON (I.), BELLO (P.-Y.), *Regards sur l'ecstasy et d'autres produits de synthèse en France, analyse de la base d'identification du Système d'identification nationale des toxiques et des substances (SINTES) de 1999 à la fin du premier trimestre 2002*, Paris, OFDT, 2003.
- [4] BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003*, OFDT, Paris, 2004.
- [5] CADET-TAÏROU (A.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006*, Paris, OFDT, 2008.
- [6] LEGLEYE (S.), SPILKA (S.) et al., « Les drogues à 17 ans, résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 », *Tendances* n° 66, OFDT, 2009.
- [7] OCRTIS, *Les grandes tendances de l'usage et du trafic illicite des produits stupéfiants en France*, extrait du rapport annuel 2008, OCRTIS, 2009.



Les milieux festifs gays : des usages spécifiques ? ■

Sandrine Fournier*, **Serge Escots****

**Doctorante en anthropologie (EHESS)*

***Anthropologue (Institut d'anthropologie clinique)*

Pourquoi interroger spécifiquement l'usage de psychoactifs en milieu festif gay ? Cette question, légitime du point de vue de l'observation des pratiques, est aussi récurrente chez les usagers gays sollicités pour participer à des enquêtes. L'investigation de comportements socialement perçus comme déviants suscite toujours la crainte d'une stigmatisation du groupe concerné. Mais cela est vrai pour tous les groupes où se rencontrent des consommations de substances psychoactives et notamment au sein de l'espace festif « musique électronique » [1] dont l'espace festif gay n'est qu'un sous-ensemble.

LA CONSTRUCTION DE L'ESPACE FESTIF GAY COMME ESPACE D'OBSERVATION

L'idée généralement admise d'une prévalence plus élevée des consomma-

tions de produits illicites chez les gays, comparativement à celles relevées en population « générale » [2], mérite une discussion. En effet, les populations sont difficilement comparables, dans la mesure où les enquêtes menées auprès des gays sont principalement renseignées par des hommes s'identifiant comme gay, majoritairement âgés de 30 à 40 ans, habitant l'Ile-de-France, fréquentant les lieux de sociabilité gay, etc. [1, 5, 16]. Ce qui revient à comparer des usages en population générale avec ceux de groupes qui fréquentent des espaces de sociabilité où les consommations de substances illicites sont de fait particulièrement significatives. L'examen des usages tels qu'ils apparaissent dans certains milieux comparables, sans spécification de l'orientation sexuelle, c'est-à-dire dans les clubs diffusant de la musique électronique [1], montre des niveaux d'usage visiblement proches de ceux observés dans les soirées gay « électro ».

De fait, l'intérêt pour les consommations des gays en contextes festifs tient à la proximité de cet espace avec le mouvement techno qui a, depuis les années 1990 en France, regroupé différents groupes sociaux autour des musiques électroniques.

Lors de ses enquêtes sur les consommations d'ecstasy et autres produits psychoactifs illicites en 1997 et 1998, l'IREP avait trouvé utile d'explorer « *les milieux de la nuit à Paris et notamment le milieu "gay"* » [13, 14]. C'est cette perspective d'une observation de l'espace festif techno au sens large, qui conduit le dispositif TREND à ne pas construire *a priori*, le festif gay comme espace spécifique d'investigation.

Par ailleurs, en 2000 la veille média du dispositif TREND consacrée aux représentations véhiculées par les médias sur les drogues illicites avait noté que *Têtu*, le magazine destiné à la communauté homosexuelle, abordait spontanément l'utilisation de substances psychoactives, mais plutôt moins fréquemment que les autres périodiques¹ et avec une approche moins « scandaleuse » [7].

Cependant, les premières observations de terrain réalisées à Paris montrèrent que des usages spécifiques existaient dans ce milieu. C'est ce qui a conduit, dès 2003, le site TREND de Paris à investiguer plus particulièrement les soirées gays [10]. Le recueil des données permet alors la mise en lumière de l'importance, d'une part, des consommations, principalement de stimulants (ecstasy), et de l'usage, d'autre part, de produits associés généralement à l'amélioration des perfor-

mances sexuelles (GHB, kétamine et poppers). Les observations soulignent également la présence d'usages associés avec des médicaments stimulateurs de l'activité sexuelle (Viagra®). Des modes d'usages spécifiques (voie anale) sont par ailleurs décrits. Bien que les espaces gays ne fassent pas l'objet d'investigation spécifique en Île-de-France en 2004, on observe une plus grande visibilité des consommations, signalée par la multiplication des comas liés à aux surdoses de GHB/GBL (*G hole*) [11] tandis que la presse gay se fait l'écho de « l'arrivée du crystal »². Par ailleurs, la première étude portant sur les consommations en milieu festif gay et lesbien est réalisée en Île-de-France [5]. Celle-ci conclut à l'absence de relation causale entre prise de psychoactifs et prise de risques contrairement aux résultats de différentes études internationales [15]. C'est dans ce contexte que l'OFDT commande, en 2006, une première étude exploratoire portant plus spécifiquement sur l'usage de substances psychoactives en milieu festif gay [8]. Il s'agit alors de mieux comprendre le sens de ces usages particuliers (kétamine, GHB et poppers en club), de déterminer si ce milieu pourrait créer de nouvelles tendances en termes de produits et d'usage, susceptibles de se diffuser plus largement. Il s'agit enfin d'éclairer la nature du lien entre consommation de substances psychoactives et prises de risques sexuels. En effet, la réapparition ces

1. En l'occurrence L'Affiche, Max, Technikart, Coda, TRAX et Nova.

2. Voir le focus suivant consacré à la Mythe-amphétamine.



dernières années des infections sexuellement transmissibles et la dégradation de certains indicateurs de comportements de prévention montrée dans plusieurs enquêtes en milieu gay [3, 16] inquiètent [12].

DE L'USAGE FESTIF À L'USAGE SEXUEL

Des usages festifs si différents ?

La « culture rave » valorise la libre parole sur la sexualité comme sur la consommation de drogues. Cette propension à la production d'un discours décomplexé sur l'usage de produits psychoactifs n'est pas propre à ce groupe. Elle se rencontre dans l'ensemble de l'espace festif musique électronique [6]. On constate en effet dans les groupes ayant pour vecteur commun la musique électronique, la similitude des discours décrivant les effets attendus des produits sur le corps, l'écoute de la musique, la danse, la relation aux autres, etc. L'enquête spécifique réalisée en 2007 montre que de nombreux usagers gays ont débuté leur consommation dans le contexte des raves des années 1990. La désinhibition, l'annihilation de la sensation de fatigue, le renforcement de la confiance en soi, l'empathie vis-à-vis des tiers, l'amplification du ressenti de la musique et de la danse sont pareillement évoqués dans ces différents contextes. L'illusion de la maîtrise de l'usage en vue de modifier les états de conscience et d'augmenter les capacités de performance corporelle se retrouvent chez les gays comme chez les teufeurs, en parfaite cohérence avec

certaines valeurs normatives en vigueur dans la société française en 2007 [4].

Mais si la culture rave a pour trait distinctif d'être « asexualisée », la sexualité, en revanche, est au cœur du milieu festif gay, lequel met en scène la masculinité comme objet de désir. Pour les usagers gays interrogés, les effets des produits sont associés aux contextes festifs autant qu'aux contextes sexuels même si tous ne consomment pas des psychoactifs lors de leurs rapports amoureux [8]. Ainsi l'usage de GHB/GBL observé plus particulièrement dans les soirées les plus fermées au public hétérosexuel a ceci de spécifique qu'il s'inscrit dans une intentionnalité sexuelle, dans la perspective de l'activité sexuelle à venir. Un usage spécifiquement sexuel de produits, autrefois associés au monde de la fête, s'est ainsi développé depuis les années 1990 et se poursuit, en dehors des espaces festifs, au moyen d'approvisionnement sur Internet notamment.

Usages en contextes sexuels

Interroger les usages de substances psychoactives associés à la sexualité, c'est rencontrer des (sous)-cultures érotiques, c'est-à-dire des ensembles cohérents de valeurs, de représentations et de pratiques [9].

Les énoncés ayant trait aux effets subjectifs des psychoactifs sur le désir, le plaisir, la performance sexuelle, etc., s'inscrivent dans un contexte idéologique déterminé à un moment donné et dans un groupe particulier. On ne peut comprendre l'effet de dissociation recherché dans l'usage de certains

produits – altération du jugement et concentration sur son désir, perception dissociée du corps de l'autre restreinte à certaines de ces parties – sans resituer l'usage dans le contexte idéologique normatif de la sexualité gay valorisant la capacité à dissocier sexualité et sentiment, construite comme capacité « de nature » masculine. Le détournement des médicaments de la performance sexuelle, pris « comme des drogues » en club ou pour soutenir la capacité érectile au cours d'un marathon sexuel ou encore le recours aux stéroïdes anabolisants pour se façonner un corps désirable font sens dans un univers où l'hyper-virilité et la performance sexuelle sont valorisées. L'altération de la perception de soi, l'idée que sous l'effet désinhibiteur des produits « *je est un autre* », permet plus largement de s'affranchir des règles sociales qui encadrent l'activité sexuelle. L'usage peut ainsi avoir différentes fonctions suivant les personnes, les contextes, les pratiques, le partenaire ou le moment de la carrière sexuelle : favoriser l'expression du désir, stimuler l'excitation et le plaisir notamment avec un partenaire qui ne susciterait autrement pas de désir ; permettre l'actualisation de certains fantasmes sexuels et la découverte de nouvelles pratiques ; « pimenter la sexualité conjugale ». À la marge, la consommation de substances psychoactives peut être partie intégrante d'une sexualité « sous produits » réputée plus expérimentale. L'usage relativement maîtrisé est ici au service de l'augmentation du plaisir sexuel, de la durée de l'acte et de la performance ; à l'extrême, le produit est fétichisé dans l'acte sexuel. Ces

consommations spécifiques sont exclusivement évoquées en 2007 par des usagers déclarant être séropositifs pour le VIH. L'étude montre plus largement que l'usage régulier en contexte sexuel se rencontre principalement chez les hommes séropositifs.

Usage et séropositivité

Parmi les 35 usagers occasionnels et réguliers de psychoactifs interrogés en 2007, un nombre significatif d'hommes déclarent être séropositifs pour le VIH. Ces derniers associent plus souvent que les autres usages de psychoactifs et sexualité. Ce double constat est cohérent avec les résultats de l'« Enquête Presse Gay 2004 » [2] identifiant l'existence d'un sous-groupe d'hommes sexuellement très actifs, majoritairement séropositifs ou séro-interrogatifs, usagers réguliers de substances psychoactives.

L'examen de l'articulation entre usage de psychoactifs, sexualité et séropositivité est particulièrement complexe : l'impact du vécu de la maladie sur la sexualité et sur l'état psychique peut favoriser la consommation de psychoactifs et des médicaments de la performance sexuelle, prescrits ou non. L'examen des récits de vie met en lumière deux phases, concomitantes ou non, plus particulièrement propices à une consommation accrue de substances psychoactives : celle suivant l'annonce de la séropositivité et celle de la reprise de l'activité sexuelle. On observe alors, chez certains, un nouveau rapport à la sexualité, plus expérimental, et une augmentation de la fréquence des rapports sexuels, souvent associés à



l'usage de psychoactifs. La majorité des consommateurs de GHB/GBL se rencontrent logiquement à l'intérieur de ce sous-groupe.

GHB/GBL, itinéraire d'un produit emblématique

« *Le GHB tue la fête* », tel est, en 2009, le leitmotiv des soirées gays parisiennes tandis que les « G holes » (comas) se multiplient dans d'autres villes. La spécificité de ce produit réside dans le passage d'un usage sexuel en contexte privé à l'usage sur la scène festive publique. Certaines soirées parisiennes, entre 2003 et 2008, voient se développer la consommation de GHB, puis de GBL tandis qu'elle reste principalement circonscrite au contexte privé dans les autres grandes agglomérations jusqu'en 2006. La comparaison des consommations à Paris et à Toulouse en 2007 montre que l'usage du produit s'est principalement développé dans le contexte des soirées les plus fermées au public hétérosexuel, autorisant une plus grande visibilité de la sexualité. Mais l'augmentation des consommations, à son comble à Paris en 2008, favorisée probablement par une « pénurie » des comprimés d'ecstasy, induit un changement de perception et d'usage dans ces contextes. La qualité distinctive de cette drogue, réputée difficile à maîtriser, perd de son pouvoir d'attraction dans les soirées les plus « branchées » dès lors qu'elle se diffuse plus largement. D'abord associée à l'élite de la fête, elle devient la « drogue du pauvre » et la mauvaise gestion de sa consommation est de moins en moins tolérée dans ces soirées. Le GBL se diffuse alors plus

largement dans l'espace privé dans le contexte marqué par l'interdiction des poppers. Parallèlement, le produit apparaît dans de nouveaux lieux parisiens, loin de la sphère électro et dissocié de l'activité sexuelle. Des jeunes gays découvrent aujourd'hui un psychoactif financièrement plus accessible que l'alcool pour faire la fête. Dans d'autres villes comme Toulouse, le caractère inclusif – *gay friendly* – des soirées et la mixité des groupes pourrait favoriser la diffusion de son usage dans d'autres populations³.

DE L'ESPACE FESTIF À L'ESPACE VIRTUEL

L'enquête qualitative initialement circonscrite aux contextes festifs gays a ouvert *in fine* de nouveaux espaces et un nouveau champ d'observation. La spécificité des consommations dans ce milieu tient dans les articulations multiples avec l'activité sexuelle. De ce fait, l'investigation ne saurait s'arrêter à la sortie des clubs. Si la sexualité est un moteur de la fête, les espaces festifs publics ou privés sont de moins en moins les lieux privilégiés des rencontres furtives [2]. Le constat de l'augmentation des usages sexuels des produits s'accompagne d'une visibilité accrue des substances psychoactives sur les sites de rencontre. Les entretiens réalisés depuis 2007⁴ avec des usagers

3. Voir la note rédigée par Agnès Cadet-Tairou et Michel Gandilhon, Usages de GHB et GBL, données issues du dispositif TREND, Saint-Denis, 2009 : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/leisxap5.pdf>

4. Entretiens réalisées dans le cadre de l'observation de l'espace festif gay en Île-de-France (TREND).

témoignent clairement de cette évolution. En 2007, certains décrivent les « détours », au cours des forums de discussion (chat), permettant d'évaluer la probabilité que le futur partenaire consomme des substances psychoactives ou que l'usage n'est pas rédhibitoire à ses yeux. Aborder les goûts musicaux ou la participation à certaines soirées constituent des indices suffisants. On recueille en 2009 un nombre croissant de récits faisant état de la présence accrue des produits lors des chats. Il ne s'agit plus de savoir si l'autre consomme des psychoactifs mais de quels psychoactifs il dispose. Un usager explique en 2008 que, dans certaines situations, répondre positivement à cette question peut augmenter ses chances d'actualiser la rencontre. Interrogé en 2009, le même usager déclare répondre par la négative lorsqu'on le sollicite sur ce terrain, précisant que cette nouvelle stratégie lui évite de s'interroger sur l'ordre des motivations de l'autre (lui ou les produits.)

Ce constat est significatif de l'intégration des consommations associées à l'activité sexuelle dans certains milieux gays où le Net est devenu le support privilégié des rencontres. Quoi qu'il en soit, le développement actuel, particulièrement présent chez les plus jeunes, de cet outil de communication dans la population « générale », pose la question de la pertinence de faire de l'espace virtuel un espace d'observation des consommations.

Les normes prévalant dans certains sous-groupes en contextes festifs et sexuels sont liées, sous différents rapports, à celles qui dominent plus

largement dans le reste de la société. Sur ce terrain, certaines logiques de consommations qualifiées de conventionnelles, en ce sens qu'elles visent à une adaptation optimisée à l'univers de la fête ou de la sexualité furtive (être beau, tonique, jovial, performant, agressif, etc.) sont cohérentes avec les manières d'être, attendues ou encouragées, dans d'autres sphères, celle du travail notamment. Dans ce contexte, l'augmentation des usages de cocaïne, la drogue des « winners », trouve « naturellement » sa place chez les gays à l'instar d'autres milieux.

CONCLUSION

Si les usages rencontrés dans un groupe particulier font sens au-delà des contextes spécifiques dans lesquels ils sont observés alors il convient de dé-spécifier ces énoncés pour interroger d'autres groupes. La consommation de substances psychoactives associée à la sexualité n'est certainement pas propre aux gays bien qu'ils en parlent plus aisément. Ainsi, la peur de ne pas « assurer » sexuellement pour les hommes hétérosexuels, ou l'évolution vers un rapport plus expérimental des femmes à l'apprentissage sexuel et, plus généralement, le constat d'un rapport plus individualiste à la sexualité [3] fournissent autant de motifs susceptibles de favoriser la consommation de psychoactifs ou de médicaments de la performance sexuelle.

Au plan sanitaire, l'étude spécifique réalisée dans le milieu gay montre que l'usage de psychoactifs



associé à la sexualité n'induit pas à lui seul une augmentation des prises de risques sexuelles.

Cette investigation dans les milieux festifs gay a permis de mettre en lumière la diversité des motivations liées à ces consommations spécifiques autant que la complexité des facteurs en jeux dans les prises de risques sexuels. Considérant que l'étude des marges contribue à éclairer le fonctionnement des normes dominantes, ces résultats pourraient constituer un

point de départ pour l'étude d'autres groupes. Pour reprendre la proposition de John Gagnon appliquée à l'analyse de la sexualité à risque [9], il conviendrait de se demander pourquoi une culture particulière rend la consommation de psychoactifs désirable pour certains groupes au lieu de se demander pourquoi certains individus sont plus enclins que d'autres à consommer des substances psychoactives, notamment dans le cadre sexuel.

Références bibliographiques

- [1] REYNAUD-MAURUPT (C.), CHAKER (S.), CLAVERIE (O.), MONZEL (M.), MOREAU (C.), EVRARD (I.), CADET-TAÏROU (A.), *Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif « musiques électroniques »*. Étude de faisabilité d'une enquête quantitative en « population cachée » à partir d'un plan de sondage ethnographiquement raisonné, Saint-Denis, OFDT, 2007.
- [2] ANRS, INVS, *Rapport enquête Presse Gay 2004*, ANRS/INVS (éds), juin 2007.
- [3] BAJOS (N.), BOZON (M.), *Enquêtes sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, INSERM-INED-ANRS, Paris, La Découverte, 2008.
- [4] EHRENBURG (A.), *Le culte de la performance*, Calmann-Lévy, 1991.
- [5] *État de la consommation de produits addictifs en milieu festif gay et lesbien*, Conférence de presse, Mairie du IV^e arrondissement de Paris, AAH, ANPAA 75, Le Kiosque Infos Sida Toxicomanie, 2005.
- [6] FONTAINE (A.), FONTANA (C.), VERCHERE (C.), VISCHI (R.), *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France*, juin 1999-juillet 2000, LIRESS, Rapport OFDT, 2001.
- [7] FONTAINE (A.), GANDILHON (M.), *Traitement médiatique de l'usage de drogues à travers 7 magazines (décembre 2000 - septembre 2003) - Rapport sur la veille média du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2004.
- [8] FOURNIER (S.), ESCOTS (S.), *Homosexualité masculine et usages de substances psychoactives en contextes festifs gay. Enquête ethnographique à Paris et Toulouse en 2007*, Saint-Denis, OFDT, 2009, à paraître.
- [9] GAGNON (J.) et al., *Les scripts de la sexualité - Essais sur les origines culturelles du désir*, Paris, Payot et Rivages, 2008.
- [10] HALFEN (S.), GREMY (I.), *État des lieux de la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2003*, rapport TREND/OFD-ORS, 2004.

- [11] HALFEN (S.), GREMY (I.), *État des lieux de la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2004*, rapport TREND/OFD-ORS, 2005.
- [12] INVS (ed.), « Infections sexuellement transmissibles et VIH. Les comportements à risque toujours d'actualité », INVS, *BEH*, n° 25, 20 juin 2006.
- [13] IREP, *L'ecstasy : recherche pilote*, Paris, OFDT, 1997.
- [14] IREP, *Ecsta, Trip, Coke et Speed - Approche ethnographique de la consommation d'ecstasy et de ses dérivés, les Méthylènedioxyamphétamines, ainsi que des autres drogues licites et illicites associées*, Paris, OFDT, 1999.
- [15] STALL (R.), PURCELL (D.W.), *Intertwining epidemics : a review of research on substance use among men who have sex with men and its connection to the AIDS epidemic*, AIDS and behaviour, 2000.
- [16] VELTER (A.), BOUYSSOU-MICHEL (A.), PILLONEL (J.), JACQUIER (G.), SEMAILLE (C.), « Baromètre gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens », INVS, *BEH* n° 25, 2006.



« Mythe-amphétamine » et autres mythes ■

Emmanuel Lahaie*, **Julie-Émilie Adès****

*Chargé d'études au pôle TREND (OFDT)

**Responsable du pôle Valorisation (OFDT)

Consacrer un chapitre à une substance quasiment inconnue sur le sol français peut *a priori* sembler incongru. Mais le dispositif TREND/SINTES, créé à l'origine pour connaître et décrire la réalité des phénomènes émergents, doit aussi être en mesure d'informer sur ce qui n'est pas présent ou n'apparaît pas encore... Ainsi en va-t-il pour la méthamphétamine.

Le phénomène est presque sans équivalent : d'un côté un produit pour ainsi dire fantôme en France ; de l'autre, une réelle curiosité pour la substance et des médias qui se passionnent pour une drogue à la réputation sulfureuse.

Il est vrai que la méthamphétamine, très répandue en Asie du Sud-Est et aux États-Unis, pourrait selon certains devenir la drogue la plus consommée au monde derrière le cannabis¹. Le cas de la méthamphétamine, et des mythes qu'elle véhicule,

constitue l'occasion d'aborder plus largement la question des phantasmes liés aux produits à travers d'autres exemples tels que ceux relatifs à la crainte de l'héroïne dite « frelatée » ou à l'herbe de cannabis coupée au « verre pilé ».

QU'EST-CE QUE LA MÉTHAMPHÉTAMINE ?

La méthamphétamine est un stimulant de type amphétaminique diminuant les sensations de fatigue, de faim et donnant un sentiment d'euphorie. Utilisée comme médicament dans de nombreux pays, elle n'est plus disponible en France sous cette forme depuis 1992. Les effets de la substance, lorsqu'elle est consommée hors d'un cadre médical, sont proches

1. Introduction de la Première conférence globale sur la méthamphétamine, Prague 2008.

de ceux de l'amphétamine même s'ils sont plus intenses et plus longs. Ils surviennent presque immédiatement en cas de sniff ou de recours à la voie fumée et environ une demi-heure après une prise par voie orale. L'euphorie précédemment évoquée revêt plusieurs formes selon les témoignages d'usagers ; le produit stimule l'excitation sexuelle et donne un sentiment de surpuissance susceptible de développer l'agressivité.

Meth, ice, yabaa...

Les dénominations de la méthamphétamine sont nombreuses et correspondent souvent à des présentations et à des localisations géographiques différentes.

Le *yaba* ou *yabaa* est le nom donné en Thaïlande, qui signifie « *crazy drug* » (pilule de la folie). Aux Philippines, il s'agit de *shabu*. Dans ces deux cas, la dénomination se rapporte à un comprimé qui peut être avalé ou écrasé puis brûlé sur du papier aluminium. L'inhalation de la fumée, pratique utilisée aussi pour d'autres substances comme l'héroïne, s'appelle « chasser le dragon ».

L'*ice* ou *crystal meth* ou *crystal* désigne la forme chlorhydrate, c'est-à-dire de petits cristaux translucides généralement destinés à être fumés (plutôt qu'à être sniffés car ils sont très irritants pour la paroi nasale). Ces terminologies évoquent la pureté et en conséquence le pouvoir attribué à cette substance.

À LA RECHERCHE DE LA MÉTHAMPHÉTAMINE

Au niveau mondial

Synthétisée pour la première fois en 1919 au Japon par Akira Ogata, l'utilisation de la méthamphétamine sous forme de médicament ne prendra son essor qu'en 1938. Elle sera utilisée par les Allemands (Pervetin®), par les Japonais puis par les troupes alliées pendant la seconde Guerre mondiale afin de stimuler les performances des combattants [1,4]. Après la guerre, l'énorme quantité de surplus sera écoulee en direction de la population civile et suscitera la première consommation massive d'amphétamine. L'amphétamine (médicale ou non) s'établit alors en Europe (surtout en Suède et au Royaume-Uni) et la méthamphétamine en Amérique du Nord (États-Unis) et en Asie (Japon principalement) [2]. Cependant, au fur et à mesure de l'élargissement des interdictions du médicament « méthamphétamine » à travers tout le pays, son utilisation détournée disparaît tandis que se développe une production illicite. Ainsi, cette cartographie des consommations dans les années 1940 recouvre encore les grandes zones de consommation actuelles.

Aujourd'hui, ce trafic de méthamphétamine reste concentré dans deux sous-régions : l'Asie de l'Est et du Sud-Est (56 % du total des saisies de méthamphétamine en 2007, principalement en Chine, aux Philippines, en Birmanie, en Thaïlande et en Malaisie) et l'Amérique du Nord (40 %, principalement aux États-Unis), le reste étant



partagé entre l'Océanie, l'Europe et l'Afrique du Sud.

En termes de production, la méthamphétamine représente l'essentiel des stimulants de type amphétaminique (STA) dans le monde, suivie par l'ecstasy et l'amphétamine. Cela s'explique par la simplicité de sa fabrication, la disponibilité et le faible prix des précurseurs. Soixante-neuf pour cent des laboratoires clandestins de STA démantelés dans le monde fabriquaient en effet de la méthamphétamine en 1985, 88 % en 1990, 95 % en 2002 et 91 % en 2007. La légère baisse observée cette dernière année s'explique par la promulgation en 2005 de la loi américaine sur le contrôle des précurseurs chimiques de la méthamphétamine. Pourtant, en 2007, 82 % des laboratoires de STA démantelés étaient toujours situés aux États-Unis.

En 2007, les saisies de méthamphétamine représentent près de 2 % des saisies mondiales de stimulants de type amphétaminique [3].

En Europe

Depuis le début des années 1970, la consommation est circonscrite à la République tchèque, et plus récemment à la Slovaquie. Depuis cinq ans, la méthamphétamine y est en effet la drogue la plus citée par les toxicomanes en première demande de soin [4].

Récemment, les saisies de méthamphétamine ainsi que le démantèlement de laboratoires clandestins se sont accrues dans les pays nordiques et baltes, ce qui pourrait être le signe d'une augmentation de sa diffusion.

Mais il est pour l'instant difficile d'en conclure à une hausse de la consommation, tant la différence avec l'amphétamine – le STA le plus répandu dans ces pays – n'est pas évidente pour les usagers.

Les 15 et 16 septembre 2008, la première conférence mondiale consacrée à la méthamphétamine [5], qui s'est tenue à Prague, a confirmé ces données.

Ainsi, la dépêche AFP rendant compte de l'événement le 16 septembre 2008 sous le titre « *Drogue : la "meth" en plein boom* » indique : « *Des États-Unis à la Chine en passant par la Géorgie, l'Australie ou l'Arabie Saoudite, plus d'une centaine de pays sont désormais touchés par cette drogue* ». Mais l'Europe occidentale, dont la France, est absente du compte rendu. D'ailleurs, cette manifestation réunissant des experts internationaux n'affichait à son programme aucune contribution française ...

En France : rumeurs et chuchotements...

Usages et disponibilité confidentiels

Depuis 2000, les rapports TREND évoquent une diffusion quasi nulle de la méthamphétamine ou restreinte à des milieux d'expérimentateurs éclairés. Il s'agit essentiellement d'usagers issus de la communauté gay utilisant cette substance à des fins sexuelles. Les substances ne sont pas achetées en France mais proposées gratuitement par des hommes les ayant

rapportées de voyage à Londres, Berlin ou aux États-Unis [6]. Une autre source d'information sur la diffusion de méthamphétamine provient du service des douanes. Les saisies de méthamphétamine réalisées à l'aéroport de Roissy portent le plus souvent sur de petites quantités (voir *infra*), destinées majoritairement à la population philippine vivant en France. Une circulation de *yaba* à Marseille et Paris est pour la première fois mentionnée par le dispositif TREND en 2001 alors que de l'ice aurait été « vu » à Paris et en Guyane.

En 2002, les sites de Toulouse et Rennes évoquent aussi ce produit sans que celui-ci n'ait jamais fait l'objet d'une observation directe. À Rennes, les observateurs rapportent que certains usagers l'attendraient et le rechercheraient : « D'après "A.", *cet ice correspond à une quinzaine d'heures de speed. « A. » pense que cela va très bien marcher. Le produit n'est pas encore arrivé en teuf mais sera très prisé s'il arrive.* » D'autres usagers en auraient entendu parler mais n'en auraient jamais consommé eux-mêmes, et évoquent toujours ce produit au conditionnel (« ... *de l'ice aurait circulé dans telle soirée...* »).

En 2003, aucun usager interrogé par le réseau TREND ne fait mention de la présence de méthamphétamine, et ce dans toutes les régions, mais en 2004, certains observateurs, relayant des rumeurs circulant dans le cadre du *clubbing* homosexuel parisien, évoquent un début d'usage dans ces milieux, sans que l'on ne dépasse

jamais le stade du oui-dire. Il en va de même encore en 2007. Un signalement fait alors part de l'achat d'une quantité importante de pseudo-éphédrine dans une pharmacie en Bretagne tandis que deux témoignages (Paris et Lille) mentionnent des fabrications « de cuisine » en vue de consommations individuelles chez des usagers injecteurs [7].

Un produit quasi absent des collectes

Entre 1999 et 2005, 5 600 collectes réalisées dans le cadre du dispositif SINTES auprès d'usagers de l'espace festif, ont été validées, correspondant à 5 600 produits analysés en laboratoire ainsi qu'à 5 600 questionnaires renseignés par les usagers ayant cédé le produit et reçus à l'OFDT. Après analyse, 102 produits contenaient de la méthamphétamine (1,8 %). Pour la plupart, elle n'était en fait présente qu'à l'état de trace et le produit contenait de l'amphétamine à forte dose, parfois associée à de la MDMA. Vingt-quatre produits sur les 102 contenaient une quantité de méthamphétamine supérieure à 3 % de la masse totale du comprimé.

Parmi les 24 usagers ayant consommé ces produits, 4 avaient bien mentionné la présence de méthamphétamine (deux poudres, dont une avec l'appellation *ice*, un comprimé d'appellation *yaba* avec le logo « WY » et une gélule) les autres pensant détenir de la MDMA. Par ailleurs, 39 autres usagers parmi les 5 498 ayant cédé des échantillons ne contenant aucune trace de méthamphétamine croyaient être en posses-



sion de ce produit. Ainsi, 4 usagers sur 41, pensant disposer de méthamphétamine, en détenaient réellement. À partir de 2006, cette molécule fait l'objet d'une recherche systématique pour analyse par le dispositif SINTES-veille (voir article méthodologie en annexe). Quatre échantillons présentés comme étant de la méthamphétamine sont collectés jusqu'à 2009. Aucun d'entre eux n'en contient. Il s'agit d'amphétamine à forte dose ou en association avec de la caféine ou de la phentermine (amphétaminique vendu comme coupe-faim sur Internet). De plus, certaines molécules de structures similaires à la méthamphétamine (type méphédronne) sont dans un premier temps identifiées à tort comme étant de la méthamphétamine, jetant ainsi un doute sur les résultats des analyses de la période précédente.

... et des saisies

Sur 4 400 saisies² de produits illicites entre 1999 et 2005, 68 contenaient de la méthamphétamine. Mais la quantité de méthamphétamine était non négligeable dans seulement trois cas.

Depuis 2005, les saisies de méthamphétamine sont extrêmement rares et toujours en très faible quantité (en général de 20 à 60 g). Elles sont quasiment toujours effectuées à l'aéroport de Roissy par le service des douanes et sont à destination soit d'un autre pays soit comme indiqué précédemment, de la communauté philippine résidant en France. En 2006, la quantité totale de méthamphétamine saisie était de 352 g, de 147 g en 2007 et de 247 g en 2008 [9].

...mais bien présent dans les médias

Du côté des médias, ce produit quasi invisible semble exercer un réel pouvoir d'attraction voire de fascination...

Dès novembre 2001, en effet, le magazine masculin *Max* s'intéresse au produit et titre en page de couverture « *Ya ba, la drogue qui rend fou. Elle dévaste la Thaïlande. Elle arrive en France ?* » Cette mention est à l'époque la seule recensée par le travail conduit dans le cadre de TREND autour de l'évolution des représentations dans les médias des drogues illicites en France entre décembre 2000 et septembre 2003 [8].

En décembre 2004, le magazine *Têtu*, proche de la communauté gay, publie un article de six pages sonnait « *L'alerte au Crystal* » consacré aux dangers engendrés par l'usage, à partir de témoignages de consommateurs américains, notamment en matière de relâchement des pratiques de prévention lors des rapports sexuels.

Quelques mois plus tard, la présence du produit ne se confirme pas. L'engouement médiatique est, lui, à son comble.

Libération du 19 août 2005 titre à son tour « *Piège de crystal* » et indique que « *cette amphétamine surpuissante circule en France dans le milieu festif gay* » témoignage (anonyme) à l'appui. Drogue et sexe : ce cocktail détonant provoque immanquablement l'intérêt d'autres journaux. Et ce même si la méthamphétamine demeure une arlé-

2. Saisies réalisés par les services des douanes, de la police et de la gendarmerie.

sienne. *Le Courrier International* du 20 septembre 2005 reprend un long article de *Newsweek*. Puis c'est l'*Express* du 24 novembre 2005, de *Paris Match* du 8 décembre 2005, du *Nouvel Observateur* du 15 décembre 2005, du *Figaro* du 26 janvier 2006. Et l'audio-visuel n'est pas en reste : France 5 le 30 novembre 2005, TF1 le 15 janvier 2006, Europe 1 le 23 janvier 2006 évoquent le produit sur leurs antennes. Les angles peuvent parfois différer : milieu gay pour *Libération*, reportage en Polynésie pour le *Nouvel Observateur*, au contraire de *L'Express*, du *Figaro* ou de *Paris Match* qui se concentrent sur les États-Unis. Mais le mécanisme est toujours le même : les journalistes indiquent que la méthamphétamine n'est pas présente en France mais qu'il est légitime d'en avoir peur. Selon les mots du *Nouvel Observateur* : « *On redoute son arrivée en métropole* ». Depuis cette déferlante, l'engouement s'est un peu tari mais, autre signe révélateur, quand les médias évoquent l'absence du produit en France, l'arrivée imminente de la substance est tout de même présentée comme inéluctable. Ainsi, le 5 janvier 2007, en présentant les résultats du dispositif TREND, *Le Monde* consacre-t-il un encadré : « *Le crystal n'a pas encore fait son apparition en France* ».

À la décharge des médias, il convient d'indiquer que cette attente semble générale et touche jusqu'aux services répressifs. Le 4 mai 2004, une dépêche de l'Agence France Presse annonce en titre : « *Première saisie en France d'une importante quantité d'Ice* ». Cette annonce hâtive, abon-

damment reprise, est démentie le lendemain « *L'ice saisie à Paris n'en était finalement pas* ». L'Agence France Presse précise qu'il s'agissait en fait d'ecstasy et que cette méprise va coûter son poste au chef par intérim de la Brigade des stupéfiants...

La suspicion par le public, voire les professionnels de santé, de la présence de méthamphétamine se révèle, elle aussi, vivace. Ainsi, en 2007 et 2008, le réseau SINTES reçoit plusieurs signalements relatifs à la circulation de bonbons contenant de la méthamphétamine parmi les écoliers et suscitant visiblement l'inquiétude dans les forums de discussion.

QUELLES PERSPECTIVES ?

Si la méthamphétamine est pour l'instant plus présente dans le discours médiatique que sur le terrain des usages de drogues, le développement de son usage constitue une hypothèse plausible.

D'une part, elle est facile à synthétiser : en termes de main-d'œuvre, de coût de matériel, de disponibilité des produits précurseurs notamment la pseudo-éphédrine, présente dans des médicaments très accessibles en pharmacie.

D'autre part, son usage est aisé : la méthamphétamine a la particularité de pouvoir être consommée à la fois par voie nasale (sniffée), injectable et orale (avalée et fumée). En outre, son prix est relativement



attractif. Le gramme de poudre de méthamphétamine serait vendu entre 40 et 120 dollars aux États-Unis, jusqu'à 250 dollars en Australie, 100 livres en Angleterre et 26 dollars en République tchèque [10]. En France, les collectes des rares échantillons présentés comme méthamphétamine lors de l'enquête SINTES entre 2000 et 2005 montrent que le gramme se vendait entre 5 et 40 € soit un montant similaire au prix de l'amphétamine et moins élevé que celui de la cocaïne.

Les raisons qui expliquent l'absence de méthamphétamine sur le marché européen (hors République tchèque et Slovaquie) des produits stimulants illicites sont probablement multifactorielles. Une des principales tient au fait que le produit ne trouverait pas sa place dans un marché déjà saturé en produits stimulants illicites. L'amphétamine est installée en effet depuis longtemps en Europe, à des prix bon marché pour une pureté relativement élevée. Cependant, si l'amphétamine ne concurrence que la voie injectable car elle ne peut pas être fumée, la cocaïne, autre stimulant de choix, dont tous les indicateurs européens montrent l'expansion et la très bonne réputation auprès des usagers, peut comme la méthamphétamine être sniffée, fumée et injectée et donc entraver la diffusion de cette dernière. D'ailleurs, à l'inverse de ce qui se passe ailleurs sur le Vieux continent, en République tchèque et en Slovaquie la saturation du marché en méthamphétamine pourrait aussi expliquer la faible prévalence de consommation en cocaïne [11].

CONCLUSION

Les facteurs qui influencent la façon dont une drogue devient populaire auprès d'usagers sont toujours complexes. Jusqu'à présent, malgré certains éléments qui laissent penser que son potentiel de diffusion est réel, la méthamphétamine est très peu présente en France. Et ce même si l'on ne peut exclure qu'une période de pénurie (au demeurant peu probable) de cocaïne pourrait lui ouvrir la porte. Il est aussi difficile de comprendre comment une drogue presque inexistante dans un pays peut faire autant parler d'elle dans les médias. Ce phénomène n'est pas propre à la France. En Angleterre, où la diffusion de méthamphétamine est similaire à celle de l'Hexagone, la pression médiatique a joué un grand rôle dans le classement, en janvier 2007, de la méthamphétamine en classe A (classe des substances les plus dangereuses) [12,13]. Le champ des drogues est propice à la diffusion de nombreuses rumeurs et à la construction de mythes, entretenus aussi bien par les usagers que par la population non-usagère [14], et même parfois les professionnels de santé eux-mêmes (voir encadré).

Il n'en demeure pas moins que la fascination qu'exerce la méthamphétamine sur les usagers et les médias impose la vigilance à un dispositif comme TREND/SINTES, tant pour mettre à mal les rumeurs intempestives que pour répondre aux premiers signes éventuels d'un processus de diffusion.

AUTRES MYTHES AUTOUR DES PRODUITS

En matière de phantasme lié à une drogue, la méthamphétamine n'exerce pas de monopole. Le caractère illicite des substances favorise très régulièrement l'apparition et la propagation de rumeurs relatives aux produits, leurs « vertus » et les dangers liés à leur consommation, notamment compte tenu des produits d'adultération. Voici quelques exemples récents :

Cocaïne « végétale »

Une distinction entre cocaïne « végétale » et « synthétique » semblait avoir cours parmi les usagers du produit, depuis l'arrivée massive de la cocaïne en France, expliquant la piètre qualité du produit le moins cher et le plus accessible du fait de son caractère « synthétique ». Une enquête menée par le dispositif SINTES en 2006 sur la cocaïne a permis de recueillir des échantillons, mais également d'interroger des usagers. Il est apparu, à cette occasion, l'ancrage très fort de cette croyance parmi les usagers, 60 % d'entre eux faisant cette distinction. Cependant, si l'existence d'une cocaïne « synthétique » est bien un mythe, les échantillons qualifiés de « végétaux » présentaient bien, en moyenne, une pureté très supérieure à ceux qualifiés de « synthétiques ».

Comprimé d'ecstasy et poudre de MDMA

Nombre d'usagers pensent que ce n'est pas exactement la même chose. Le premier est recherché pour ses effets d'endurance, pour « se sentir bien avec le son » alors que la seconde l'est davantage pour ses effets stimulants des sensations, notamment sexuelles. Ils portent deux noms différents et les usagers évoquent la poudre comme étant de la « pure MDMA ». Ces niveaux de pureté supposés différents et les effets propres que leurs attribuent les usagers sont pourtant des points à relativiser si l'on en juge par les compositions. En effet, le principe actif est identique (la MDMA) même s'il est plus concentré dans les poudres que dans les comprimés (moyenne de 41 % contre 23 %). On retrouve par ailleurs dans les comprimés un nombre plus important de produits psychoactifs autre que la MDMA (caféine, cocaïne, médicaments, etc.).

Héroïne « frelatée »

C'est le terme de prédilection lorsqu'est évoqué le produit impliqué dans une ou des surdoses ou bien simplement quand il s'agit de mentionner la piètre qualité de la poudre d'héroïne en circulation. Le terme « frelatée » évoquant l'idée du « poison », lequel serait encore plus dangereux que l'héroïne elle-même. Or, les adultérants identifiés dans les poudres d'héroïne sont presque invariablement les mêmes : caféine et paracétamol. Deux molécules ont été effectivement retrouvées depuis 2008 dans quelques échantillons analysés dont certains impliqués dans des cas de surdoses non mortelles : l'alprazolam, principe actif du Xanax®, de la famille des benzodiazépines et le dextrométhorphane, dérivé opioïde qui a uniquement des propriétés antitussive. Même s'il est vrai que l'alprazolam associé à l'héroïne potentialise les effets



secondaires de celle-ci, les quantités d'alprazolam étaient très faibles pour une quantité d'héroïne largement supérieure à la moyenne, rendant périlleuse l'imputation des surdoses à autre chose que l'héroïne elle-même.

L'herbe « coupée au verre pilé »

Elle « apparaît » à l'été 2006, quand les associations d'usagers évoquent des cas d'hospitalisations consécutives à la consommation d'une telle herbe. En quelques semaines la machine s'emballa. Le terme « cannabis coupé avec du verre de néon écrasé » est même employé. Certes, sept cas d'hospitalisations d'usagers, consommateurs quotidiens de cannabis depuis de nombreuses années, sont alors répertoriés fin mars 2007 (quatre pour des douleurs dans la sphère ORL accompagnées de crachat de sang pour l'un d'entre eux, un cas de pneumopathie lobaire ainsi qu'un cas de pneumopathie interstitielle avec présence de fibres de silice dans le liquide broncho alvéolaire). Finalement, aucun des symptômes à l'origine des hospitalisations n'a pu être imputé directement aux produits de coupe. Pendant deux années, les autorités sanitaires vont procéder à une recherche active de ce type de produit, notamment par l'intermédiaire des collectes SINTES afin d'en analyser la composition et procéder à l'évaluation des risques par des experts. Elles ont d'ailleurs lancé un appel à la vigilance des professionnels de santé à travers un communiqué de presse en mars 2007. L'expertise finale demandée par la DGS (Direction générale de la santé) a montré la présence de microbilles de verre qui, après combustion et passage à travers un filtre acétate, ne présentaient pas de risques immédiats, une infime quantité de particules pouvant éventuellement être la cause de maladie pulmonaire à long terme.

Cela dit, la présence de ce produit de coupe méritait une attention particulière de la part des autorités sanitaires, même si cet exemple nous montre également que c'est bien souvent plus le produit lui-même et son contexte d'usage qui sont problématiques... davantage, en tout cas, que l'élément à l'origine de l'adultération.

Références bibliographiques

- [1] LUKAS (S. E.), *Amphetamines, Danger in the Fast Lane*, The Encyclopaedia of Psychoactive drugs, New York Chelsea House Publishers, 1985.
- [2] ZÁBRANSKÝ (T.), *Methamphetamine in the Czech Republic*, Journal of Drug Issues, volume 37, number 1, 2007.
- [3] UNODC, *World Drug Report*, 2009.
- [4] EMCDDA-Europol joint publication, *Methamphetamine: A European Union perspective in the global context*, 2009
- [5] <http://www.globalmethconference.com/prague-08/program.php>.
- [6] FOURNIER (S.), ESCOTS (S.), *Homosexualité masculine et usages de substances psychoactives en contexte festifs gay*, OFDT, à paraître en 2010.

- [7] CADET-TAÏROU (A.), *et al.*, *Tendances récentes sur la toxicomanie et les usages de drogues en France en 2007 et 2008*, Saint-Denis, 2009.
- [8] FONTAINE (A.), GANDILHON (M.), *Traitement médiatique de l'usage de drogues à travers 7 magazines (décembre 2000-septembre 2005) - Rapport sur la veille média du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2004.
- [9] OCRTIS, *Rapport 2006, 2007 et 2008*, Nanterre.
- [10] UNODC, 2003.
- [11] *Statistical Bulletin 2007*, Access EMCDDA tables and graphs about the drug situation. Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34943EN.html>.
- [12] GRIFFITHS (P.), MRAVCIK (V.), LOPEZ (D.), KLEMPOVA (D.), *Quite a lot of smoke but very limited fire: The use of methamphetamine in Europe*, *Drug and Alcohol Review* 27, 2008.
- [13] *Forensic Chemistry of Substance Misuse, A guide to drug Control*, RSC Publishing, 2009.
- [14] COOMBER (R.), *Adulteration of drugs : The discovery of a myth*, *Contemporary Drug Problems*, 1997.



Les évolutions du petit trafic d'héroïne et de cocaïne en France ■

Michel Gandilhon*, **Emmanuelle Hoareau****

*Chargé d'études au pôle TREND (OFDT)

**Sociologue, coordinatrice associée du site de Marseille (TREND)

Dès sa création en 1999, le dispositif TREND s'est intéressé à la question des petits trafics de drogues, à savoir ceux qui dans la chaîne de l'offre, qui va de la production à la vente de détail, se situent au plus près du consommateur. Cet intérêt originel ne relevait pas d'une préoccupation de type « criminologique » mais d'une volonté d'appréhender au mieux la « disponibilité perçue » et l'« accessibilité » des produits dans les différents sites qui constituaient le réseau. Dans le premier rapport, publié en mars 2000, la disponibilité était définie comme « la 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 [...] ». L'accessibilité, pour sa part, désignait « le degré d'effort à soutenir 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 ; lieux ouverts/espaces publics 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. » [1]. On le voit donc, le concept d'accessibilité recouvre presque complètement la question du petit trafic. À l'observation ethnographique des enquêteurs situés dans l'espace urbain et l'espace festif s'est ajoutée, à partir de l'année 2004, grâce à un partenariat avec l'OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants), une veille sur les procédures d'interpellation pour usage, usage-revente et trafic d'héroïne et de cocaïne. Ce travail a permis d'appréhender le phénomène avec plus de profon-

deur et de dresser une typologie du petit trafic en fonction des motivations des acteurs [2].

Ce chapitre, centré sur l'offre d'héroïne et de cocaïne, se propose de dresser un état des lieux, fondé sur les données de TREND et de l'OCRTIS, en matière d'évolution du petit trafic ces dix dernières années. Dans une première partie sera décrite la situation qui prévalait en la matière à la fin des années 1990. Une deuxième partie présentera les deux grandes tendances qui marquent les dix dernières années, à savoir le développement ininterrompu des petits trafics de cocaïne et la reprise, après une période de déclin, de l'offre d'héroïne.

LA SITUATION DU PETIT TRAFIC D'HÉROÏNE ET DE COCAÏNE EN FRANCE À LA FIN DES ANNÉES 1990

La création du dispositif TREND, en 1999, intervient à une époque charnière pendant laquelle la configuration des consommations d'héroïne et de cocaïne en France se modifie profondément. On assiste en effet, depuis 1995, au développement quantitatif de la dispensation, jusque-là expérimentale, de méthadone et, en 1996, la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (Subutex®). Cette politique va avoir pour effet de bouleverser, dans un premier temps au moins¹, le marché du petit trafic d'héroïne.

Le petit trafic d'héroïne en France

L'offre d'héroïne ne s'est véritablement structurée sous la forme de réseaux, petits ou grands, sur l'ensemble du territoire qu'entre la moitié des années 1970 et le début des années 1980. Avant cette période, hormis Marseille et Paris, villes où opéraient des réseaux de micro-trafics relativement organisés, il n'existe pas dans les grandes villes françaises, de véritables structures de deal. Les « plans » sont alors le produit d'arrangements entre amis au gré des voyages des uns et des autres vers l'Asie notamment (voir encadré héroïne).

Offre internationale d'héroïne (1999-2009)

Quand le dispositif TREND est créé à la fin des années 1990, l'Afghanistan est déjà le premier producteur mondial de pavot. À l'époque, ce pays produit environ de 3 000 à 3 500 tonnes par an, lesquelles permettent de fabriquer 300 tonnes d'héroïne [a]. Une dizaine d'années plus tard, et après une période d'effondrement de la production consécutive à la prise du pouvoir des Talibans, la production d'opium a repris de plus belle et se situe dans une fourchette comprise entre 6 000 et 10 000 tonnes à partir desquelles plus de 600 tonnes d'héroïne sont fabriquées. En dix ans donc la production d'héroïne a doublé.

1. Voir le chapitre sur « La transformation des usages de drogues liée à la diffusion de la substitution », p. 10.



À la fin des années 1990, la quasi-totalité de l'héroïne, 90 % environ, saisie en France, provient, via la célèbre route des Balkans, des centres de transformation de l'opium situé en Afghanistan mais surtout au Pakistan et en Turquie, soit 90 % de l'héroïne dont l'origine est connue. Le restant vient d'Asie du Sud-Ouest à savoir la Birmanie (Union du Myanmar), la Thaïlande et le Laos. En 2008, la situation reste à peu près identique à ceci près que l'Afghanistan ne se contente plus de produire le matériau brut à savoir l'opium. Ce pays est devenu aussi le premier producteur d'héroïne au monde avec 370 tonnes en 2008 [b].

[a] Observatoire géopolitique des drogues, *Atlas mondial des drogues*, PUF, 1996.

[b] UNDOC, *Addiction, crime and insurgency, the transnational threat of Afghan opium*, 2009.

Le développement de la demande avec l'essor de l'usage dans les milieux populaires va provoquer, au début des années 1980, en retour une augmentation et une réorganisation de l'offre. L'époque où l'héroïnomanie parisien se déplaçait à Marseille ; le Bordelais en Espagne, ou plus tard le banlieusard dans les centres-ville, pour acheter leur produit de prédilection, se clôt. L'héroïne arrive désormais au contact des consommateurs par le biais de systèmes de petits trafics de mieux en mieux organisés [3]. Cette situation va perdurer jusqu'au milieu des années 1990, époque à laquelle on assiste à une chute significative de l'usage d'héroïne dans les milieux les plus fragilisés socialement. Dans le même temps, la consommation de chlorhydrate de cocaïne, dont les flux de trafic international (voir encadré ci-dessous) se réorientent vers le continent européen, entame son ascension en quittant les milieux « huppés » pour atteindre des populations beaucoup plus hétérogènes socialement. En 1999, le rapport de l'OCRTIS constate la diminution des interpellations pour usage d'héroïne, qui ne représentent plus qu'environ 7 % du total des interpellations pour usage soit la plus faible proportion enregistrée de puis 1975 [4].

L'offre internationale de cocaïne (1999-2009)

Au milieu des années 1990, et contrairement au cas du pavot dont la culture se retrouve sur les quatre continents, le cocaïer demeure l'exclusivité des trois pays andins de l'Amérique latine que sont le Pérou, la Bolivie et la Colombie. À l'époque la division internationale du travail, s'agissant de la production du chlorhydrate de cocaïne, s'établit de la manière suivante : la Bolivie et le Pérou produisent, à partir de la coca, la pâte base de cocaïne (PBC) dont la transformation en chlorhydrate est assurée dans les laboratoires installés en Colombie et contrôlés notamment par les célèbres cartels de Cali et de Medellin. Pendant ces années, la production annuelle totale de cocaïne est estimée dans une fourchette annuelle comprise entre 800 et 1 000 tonnes, dont le quart est intercepté par les services répressifs des différents

pays. Quarante pour cent des saisies sont alors réalisés aux États-Unis, lesquels constituent le premier marché au monde devant l'Europe de l'Ouest. Aujourd'hui, selon les données publiées par l'ONUDC (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime), la situation en matière de consommation a relativement peu évolué. Les États-Unis demeurent le premier marché devant l'Europe occidentale et orientale, chute du mur de Berlin oblige, et l'Amérique centrale. Cependant, contrairement, à la situation qui prévalait dans les années 1980 et 1990, le marché américain de la cocaïne est en déclin du fait de la stagnation du nombre de consommateurs tandis que le marché européen connaît une expansion importante avec l'augmentation du nombre d'utilisateurs constatée dans les grands pays européens. En termes de production, et malgré les tentatives conjointes des États-Unis d'éradiquer la culture de la coca, la production annuelle de cocaïne, si l'on en croit les statistiques de l'ONUDC, n'est que très légèrement inférieure, 850 tonnes, à celle qui prévalait dans les années 1990. Entre-temps, seule modification tangible dans le processus de production de l'offre de cocaïne, la Colombie, déjà premier pays producteur de cocaïne, est devenue le premier cultivateur de cocaïer (80 000 ha) devant le Pérou (56 100 ha) et la Bolivie (30 500 ha) [a].

[a] UNODC, *Rapport mondial sur les drogues*, résumé analytique, 2009.

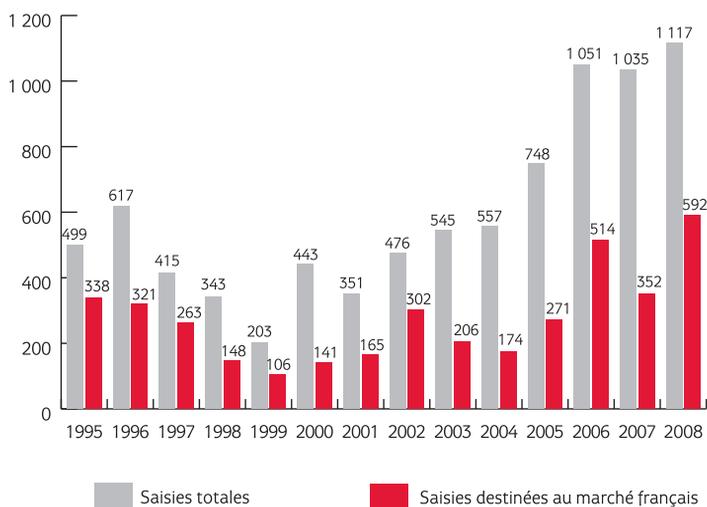
Ces évolutions seront notées et enregistrées dès la première année du dispositif TREND. Les observateurs de l'espace urbain rapportent, en 1999, un processus de disparition du petit trafic d'héroïne des lieux publics et l'apparition, en revanche, notamment à Paris dans les XVIII^e et XIX^e arrondissements et dans les départements limitrophes du Val-de-Marne et des Hauts-de-Seine, d'une offre de cocaïne de plus en plus visible et visant un public d'utilisateurs marginalisés : « *Accessible jadis dans les espaces privés connus uniquement des initiés, la cocaïne investit de plus en plus les espaces publics. Sur certains sites, tels que Paris, il n'est plus nécessaire de faire appel à des intermédiaires pour s'en procurer. Les structures de deal sont mieux organisées ; de nouveaux profils de vendeurs sont apparus et la visibilité des petits trafics s'accroît particulièrement dans l'espace public.* » [1]

Parallèlement à ce constat, les observateurs sentinelles de l'époque rapportent une désorganisation des structures de trafic de proximité et des difficultés croissantes des usagers à accéder à l'héroïne. Il semble que le large accès aux produits de substitution a peu à peu rendu le deal de rue moins rentable et favorise un processus de reconversion des vendeurs traditionnels dans la vente de cocaïne. Ce phénomène, à la même époque, transparait dans les statistiques publiées par l'OCRTIS. Entre 1996 et 1999, en effet, les saisies d'héroïne n'ont cessé de chuter en France (voir graphique 1 p. 128) de même que les interpellations pour trafic, international et local d'héroïne, qui diminuent de près de 68 %. En 1999, la part des trafiquants d'héroïne représente 20 % des trafiquants



interpellés contre 24 % en 1998 et plus de 30 % en 1996. Le nombre des usagers-revendeurs interpellés est également en nette diminution avec 1 230 interpellations contre 1 450 en 1998, soit une diminution de 15,7 %. En outre, un examen de l'évolution du nombre de saisies dites par « paliers » confirme la diminution régulière du trafic et notamment du deal de rue mesurable à partir des saisies inférieures à cinq grammes. De 1997 à 1998, celle-ci passent de 2 601 à 1 804 [4].

Graphique 1 - Les saisies en kg d'héroïne en France (1995-2008)



OCRTIS/TREND

À cette époque, les choses se passent comme si héroïne et cocaïne troquaient statut et rôle : la vente de cocaïne passe de l'espace privé vers l'espace public [5] alors que celle d'héroïne suit le chemin inverse².

LA MONTÉE EN PUISSANCE DU PETIT TRAFIC DE COCAÏNE DEPUIS 2000

Le début de la décennie 2000 va confirmer les constats réalisés à la fin des années 1990 avec la poursuite du processus de quasi-disparition du deal

2. C'est le constat réalisé par Alain Labrousse dans le chapitre *Drogues : filières internationales et marché national de l'ouvrage coordonné par Claude Faugeron, Les drogues en France*, publié en 1999 année de création du dispositif TREND. Constat tempéré, néanmoins, par le fait que la moindre visibilité de l'héroïne, le « passage de la rue aux appartements cossus », ne signifie pas forcément la disparition de l'héroïne du paysage des consommations mais peut-être son passage à d'autres catégories sociales moins visibles que les usagers marginalisés. Cette appréciation sera confirmé les années suivantes avec le développement du sniff de rabla (voir les chapitres sur la substitution et l'évolution de l'espace festif techno) au sein de certaines populations de jeunes fréquentant l'espace festif techno.

d'héroïne de l'espace public, à l'exception du nord de la France, de la région lilloise notamment, où persistent des scènes de ventes publiques. Cela est couplé à la perte de son statut de produit central dans la configuration du trafic au profit de la cocaïne. En effet, la configuration classique du trafic de proximité axé sur l'héroïne, ou le cannabis, s'estompe et une configuration « multipolaire » comprenant notamment la cocaïne et la buprénorphine haut dosage (Subutex®) fait peu à peu son apparition. Le petit trafic de rue continue de se contracter au profit de modalités de vente à domicile ou dans des lieux plus discrets. Au fil des ans, l'accessibilité se fait toujours plus difficile du fait de l'absence de scène ouverte et de l'évanescence du petit trafic de rue. Parallèlement à ce processus, les observateurs situés dans l'espace urbain du dispositif TREND rapportent une présence de plus en plus grande de la cocaïne dans le panel des produits consommés par les usagers marginalisés (voir le chapitre sur la cocaïne p. 51) et une visibilité certaine dans la rue sans jamais toutefois que l'on arrive à la situation qui prévalait pour le deal de rue d'héroïne dans les années 1980. Il n'existe pas en effet de scènes ouvertes de la cocaïne, l'essentiel du trafic de proximité dans l'espace public ou semi-public (rue, squat, hall d'immeuble) se réalise le plus souvent de manière indirecte par le biais de rendez-vous pris dans l'espace privé ou semi-privé.

Du deal de cannabis à la cocaïne

Ce deal de proximité est porté de plus en plus par des réseaux organisés qui étaient auparavant spécialisés dans le deal de cannabis. Celui-ci tend en effet à être délaissé au profit de la cocaïne dont le trafic est beaucoup plus lucratif en termes de rentabilité absolue. En effet, chaque gramme de cocaïne vendu au détail permet de dégager une marge d'une trentaine d'euros contre à peine trois euros pour la résine de cannabis.

Prix d'achat au détail et en gros (euros) du gramme de cocaïne et de résine de cannabis

	2008		2006	
	Détail	Gros	Détail	Gros
Cocaïne	60	28,70	65	30
Résine	5	2,20	4	1,60

OCRTIS

Le phénomène est de plus en plus patent dans les quartiers périphériques des grandes métropoles françaises et ne cesse de se renforcer, du fait des routes empruntées par le trafic international, privilégiant de plus en plus l'Afrique de l'Ouest pour accéder au marché européen, qui tendent à se confondre avec celles de la résine de cannabis produite au Maroc. Dans une étude [2], menée



entre 2004 et 2005, dans le cadre d'un partenariat entre TREND et l'OCRTIS, sur des procédures d'interpellation pour usage, usage-revente et trafic de cocaïne, destinée à dresser une typologie du micro-traffic en France, ces réseaux sont catégorisés sous l'appellation « semi-professionnels » et sont définis de la manière suivante :

« Ce sont des réseaux animés par des personnes qui ne sont pas consommatrices de drogues et qui se lancent ou se reconvertissent dans le trafic de cocaïne pour des raisons purement mercantiles. Dans l'esprit, ils sont proches de réseaux impliqués dans un banditisme plus sophistiqué et se caractérisent par une dimension ethnique et/ou familiale prononcée. [...] Ces réseaux peuvent opérer aussi bien dans le contexte "urbain" dans lequel ils sont naturellement implantés de par leur positionnement géographique (zones périurbaines) que dans un contexte festif (boîtes de nuit, discothèques, free parties) [...] ».

L'OCRTIS, dans son dernier rapport annuel [4], portant sur l'année 2008, confirme le processus de reconversion des réseaux de trafiquants de cannabis, petits et gros :

« Depuis le milieu des années 2000, les structures et les acteurs ont changé. Nombre de réseaux précédemment spécialisés dans le trafic de résine de cannabis marocaine ont évolué vers le trafic de cocaïne plus rémunérateur. De nouveaux acteurs du trafic de cocaïne inconnus des services répressifs sont apparus. Ces nouveaux acteurs ont créé, selon les opportunités, des filières d'importation de la cocaïne vers le marché français et notamment vers certaines cités sensibles à partir, soit de l'Afrique de l'ouest (Sénégal, Mali), soit des Antilles (République dominicaine, départements d'outre-mer). Rationalisation extrême, ces réseaux pratiquent le troc, l'échange résine contre cocaïne. »

Dans les milieux festifs proches du courant musical techno, le phénomène du deal organisé de cocaïne devient également plus visible au début des années 2000 notamment dans les teknivals et les free parties. Là aussi, les observateurs de l'espace festif techno rapportent l'émergence d'une « nouvelle » catégorie de dealers, issus des quartiers dits « sensibles » et qualifiés par une fraction de la population des ravers du terme péjoratif de « racailles ». Depuis la raréfaction des grands rassemblements inspirés par la musique techno et le développement de la répression des free parties, il semble que cette offre organisée par des réseaux d'ex-dealers de cannabis reconvertis se déplace en direction de l'espace commercial des bars, des boîtes et des discothèques.

Développement du trafic de « fourmi »

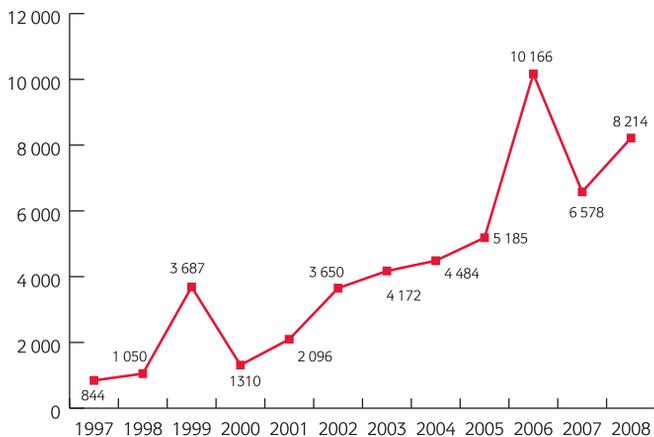
Une autre modalité du trafic de proximité de cocaïne fréquemment mentionnée par les sites du dispositif TREND est celle des réseaux d'usagers-revendeurs. Des usagers se lancent dans le deal, dans un premier temps pour financer leur consommation personnelle à moindre coût, en achetant la cocaïne à un grossiste ou à un semi-grossiste, puis, certains d'entre eux finissent par se professionnaliser en constituant des micro-réseaux comprenant quelques clients.

Ce type de réseaux, du fait de leur modalité d’approvisionnement, a permis de mettre en évidence l’importance des échanges transfrontaliers (voir l’article qui suit ce chapitre), les usagers-revendeurs n’hésitant pas, quand ils n’ont pas de grossistes implantés à proximité, à franchir les frontières nationales pour s’approvisionner en cocaïne voire en héroïne dans les pays jouxtant la France (Belgique, Hollande, Espagne). Il est probable que ce type de réseaux, fondé sur un trafic de fourmis, est majoritaire en France en termes quantitatifs par rapport aux réseaux liés au grand banditisme et aux bandes de dealers professionnalisés.

Ce phénomène de relégation/marginalisation voire de substitution de l’héroïne et de montée en puissance de la cocaïne est visible dans les indicateurs des services répressifs. Depuis la moitié des années 1990, les saisies de cocaïne (voir graphique 2) ne cessent de progresser en France, traduction du phénomène de réorientation du trafic international, consécutif à la baisse de la demande de cocaïne sur le marché nord-américain, en direction du continent européen. En 2006, le cap des 10 tonnes de cocaïne saisies est symboliquement dépassé, donnée à mettre en perspective avec la « petite » douzaine de kilos interceptés en 1975, année marquant pourtant la renaissance encore timide d’un cycle de l’usage en France...

En parallèle, les interpellations d’usagers-revendeurs et de trafiquants locaux, qui témoignent de l’enracinement du deal de cocaïne en France, ne cessent elles aussi d’augmenter. Si pendant les dix années précédant la création du dispositif TREND, les forces de l’ordre interpellaient en moyenne 200 trafiquants locaux et 180 usagers-revendeurs chaque année, entre 1997 et 2007 ce nombre a été multiplié par quatre, pour atteindre 900, pour les trafiquants locaux et par plus de trois (600) pour les usagers-revendeurs (voir graphique 3).

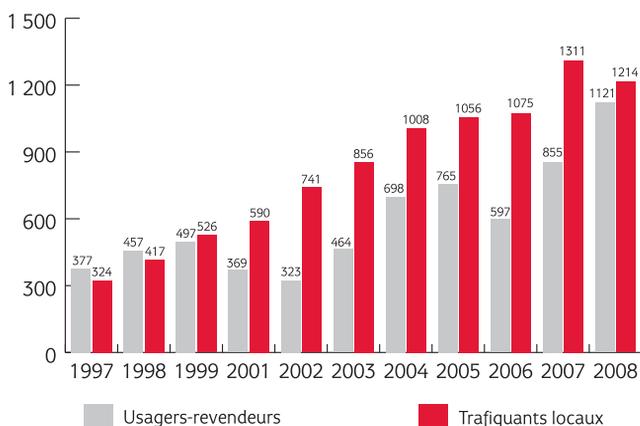
Graphique 2 - Quantités (kg) de cocaïne saisie en France (1987-2008)



OCRTIS



Graphique 3 - Nombre d'usagers-revendeurs et de trafiquants locaux de cocaïne interpellés en 1997 et 2008



OCRTIS

VERS UN « RETOUR » DE L'HÉROÏNE ?

Si la tendance, en matière de développement du micro-traffic de cocaïne est univoque depuis la mise en place du dispositif TREND, il n'en va pas de même pour celui d'héroïne. En effet, après des années marquées par un processus de moindre visibilité du deal de cette substance qui dure à peu près jusqu'en 2003, corrélé à d'autres indicateurs montrant une diminution importante des saisies et des interpellations pour usage, usage-revente et trafic, les observateurs, sur certains sites, font état, à partir de cette année, à l'exception de Marseille (voir encadré ci-dessous), d'une disponibilité plus grande couplée à une accessibilité plus aisée.

Marseille : une ville à part ?

La ville de Marseille a toujours entretenu un rapport particulier avec l'héroïne. Du fait de la présence, à la fin des années 1960, de laboratoires de production, transformant la morphine-base en héroïne, dont une partie était destinée au marché local, l'offre s'est structurée sans doute plus rapidement que dans les autres villes de France. Par ailleurs, l'épidémie de consommation d'héroïne s'est développée elle aussi plus rapidement et plus intensément qu'ailleurs, notamment, à partir de la seconde moitié des années 1970, dans les quartiers populaires touchés par les premiers impacts de la crise économique. Ces faits expliquent probablement la spécificité des tendances en matière d'héroïne observées sur ce site, qui semblent plus marquées que dans le reste de la France.

À Marseille, comme ailleurs, à partir de 1996, l'arrivée des produits de substitution et la chute de la demande d'héroïne qui en résulte, incitent les réseaux traditionnels de trafic présents dans les quartiers du centre-ville et de la périphérie (cités) à la reconversion dans la vente de cannabis, de cocaïne, puis d'ecstasy. La disponibilité d'héroïne devient aléatoire, sa qualité également, au gré d'arrivages ponctuels et en quantités restreintes.

Depuis cette date, il semble que les réseaux de trafic d'héroïne tels qu'ils existaient jusqu'à la fin des années 1990 n'existent plus. Dans les quartiers populaires, les événements douloureux, dont l'héroïne est synonyme et sa stigmatisation comme produit de la « déchéance » et de la « honte » sociale, gênent sa réimplantation.

Depuis 2004, chaque année, le « retour » de l'héroïne fait débat au sein des intervenants du champ sans que des tendances claires puissent être dessinées. Les professionnels de l'application de la loi parlent d'un « phénomène résiduel » comparativement à d'autres départements. Ainsi, dans les Bouches-du-Rhône [a], en 2007, il n'y a eu qu'une dizaine d'interpellations d'usagers, contre par exemple 820 dans le département du Nord et 9 interpellations de trafiquants contre 322 dans le Nord [b].

L'absence d'évolution significative en matière de prix depuis 2001 confirmerait que la disponibilité d'héroïne à Marseille aurait peu évolué. Les affirmations d'un « retour » seraient liées à des arrivages ponctuels, lesquels se révèlent dans le temps plutôt erratiques.

S'il est peu probable que Marseille ne soit pas concernée par les évolutions observées sur l'ensemble du territoire national, il semble que les spécificités de ce site entravent un « retour » du produit plus significatif. Cependant, ce constat doit être nuancé. Ainsi, l'émergence d'une nouvelle génération de jeunes usagers (17-25 ans), inscrits dans des processus de précarisation et d'exclusion sociale donnent une visibilité nouvelle à ce produit. En outre, il ne faut pas sous-estimer le phénomène de l'usage dans les populations insérées, et dans l'espace festif notamment, alimenté par un usage-revente en croissance mais peu observé car concernant des usagers insérés, peu vus par le système répressif et sanitaire. En témoignent la meilleure insertion sociale des trafiquants interpellés – diminution des ressortissants étrangers (- 29 %) et hausse des salariés (+ 24 %) [a] – et le déplacement du trafic des quartiers populaires vers le centre-ville plus hétérogène socialement.

[a] OCRTIS, Rapport 2007.

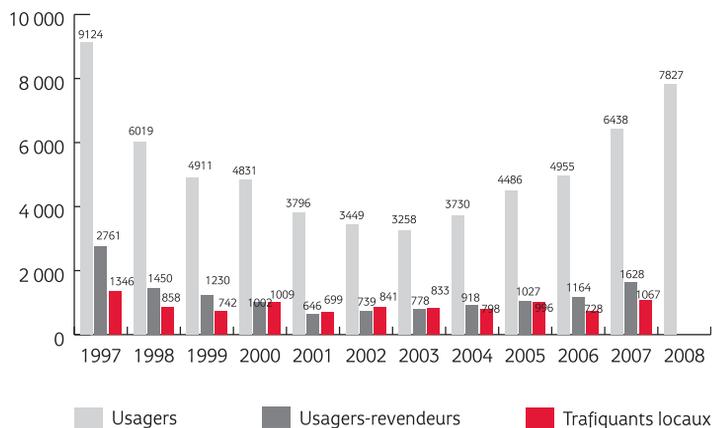
[b] À titre de comparaison, il y a eu 4 944 interpellations pour usage de cannabis et 224 pour usage de cocaïne, 509 pour trafic de cannabis et 186 pour trafic de cocaïne.

Cette disponibilité plus grande est logique compte tenu de l'augmentation de la production d'opium et d'héroïne en Afghanistan depuis 2002 et celle de la demande, liée à la meilleure perception dont bénéficie l'héroïne dans certains publics. Ce phénomène se reflète dans la hausse ininterrompue depuis 2003 du nombre d'usagers interpellés pour usage simple d'héroïne. Alors que le



nombre d'interpellations chutait régulièrement d'année en année depuis 1997 et était tombé à 3 258 en 2003, il remonte nettement à partir de l'année 2004 pour atteindre 7 827 en 2008. Même si on est encore loin des chiffres des années précédant le développement des traitements de substitution – dans la première moitié de la décennie 1990, chaque année en moyenne, 10 à 15 000 personnes étaient interpellées en France pour usage simple – il n'en demeure pas moins, qu'en quatre ans, le nombre d'usagers simples d'héroïne interpellés a été multiplié par deux et demi.

Graphique 4 - Nombre d'usagers, usagers revendeurs, trafiquants locaux d'héroïne interpellés entre 1997 et 2007



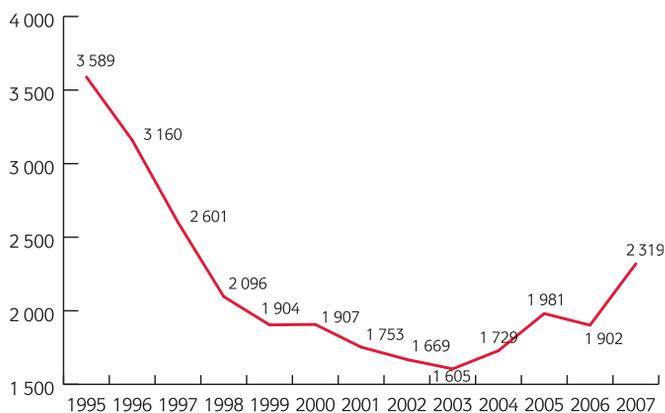
OCRTIS/TREND

Cette augmentation de la disponibilité perçue par les observateurs ne signifie certes pas le grand retour des scènes ouvertes de trafic, même si certaines villes comme Paris rapportent une réactivation des points de vente traditionnels publics de l'héroïne. Elle atteste, en revanche, d'une présence plus diffuse dans l'espace urbain portée, outre la tendance des réseaux semi-professionnalisés dans le cannabis à vendre de l'héroïne, par une multiplication des petites filières de deal avec notamment, à l'instar du processus à l'œuvre pour la cocaïne, le développement du phénomène des trafics de fourmis entre la France et la Hollande et la Belgique, pays de stockage les plus importants de l'héroïne arrivant en Europe occidentale par la route des Balkans. L'étude réalisée en 2004 et 2005 sur les micro-trafics de cocaïne [2] montrait d'ailleurs la présence presque systématique de l'héroïne à la fois au niveau de l'offre proposée par les grossistes et de celle produquée par les petits trafiquants locaux. Un autre élément à prendre

en compte s'agissant de la nouvelle dynamique du petit trafic d'héroïne réside dans son caractère extrêmement rentable tant en termes relatifs avec un taux de marge de 400 % pour chaque gramme acheté en gros et vendu, (10 € en gros et 40 € au détail) qu'absolu, trente euros par gramme vendu.

Quoi qu'il en soit, la recrudescence du deal de proximité est repérable dans les statistiques publiées par l'OCRTIS. Depuis 2003, les saisies d'héroïne inférieures à cinq grammes (voir graphique 5) augmentent dans un contexte où les saisies sur le territoire national connaissent une hausse quasi ininterrompue depuis 2001 (voir graphique 1) et dépassent depuis trois ans la tonne. Depuis six ans, l'augmentation régulière des interpellations d'usagers-revendeurs – de 646 à 1 628 entre 2001 et 2007 – et de trafiquants locaux – de 699 à 1 067 pour la même période – (voir graphique 4), permettent également de penser que le marché de l'héroïne est en forte augmentation.

Graphique 5 - Nombre de saisies d'héroïne inférieures à 5 g



OCRTIS/TREND

Cette recrudescence se nourrit bien entendu du dynamisme retrouvé des réseaux, liés au grand banditisme et aux organisations criminelles internationales (albanaises, turques, italiennes), implantées en France, attirées par un marché à nouveau porteur.

CONCLUSION

Une tendance lourde en matière de petits trafics se dessine en France depuis dix ans, celle qui voit la diffusion des micro-réseaux sur l'ensemble du territoire, urbain, périurbain et rural. Elle est soutenue par le dynamisme des trafics



internationaux d'héroïne et de cocaïne en direction de l'Europe et par une sorte de démocratisation de l'accès au deal du fait de la grande disponibilité des produits, notamment aux frontières du territoire national (Espagne, Belgique, Pays-Bas) et du caractère de plus en plus modique des prix de gros pratiqués pour ces deux substances. Ce phénomène favorise une extrême hétérogénéité du paysage français du trafic où, à côté des réseaux classiques liés au grand banditisme et aux dealers semi-professionnalisés, autrefois spécialisés dans le cannabis, existent une multitude de petits réseaux d'usagers-revendeurs, qui contribuent à l'essor de l'usage de cocaïne et au nouveau dynamisme de celui d'héroïne. S'agissant de cette substance, il apparaît que les tendances à la moindre visibilité voire à l'extinction du petit deal, à la disparition des scènes ouvertes de vente et de consommation constatées à la fin de la décennie 1990 et au tout début des années 2000 font place à une nouvelles réalité marquée, depuis 2004, par un ré-enracinement de l'offre. Ce phénomène s'appuie, outre la hausse de la disponibilité, sur une demande, elle aussi en augmentation, fondée sur une perception modifiée et plus favorable du produit.

Références bibliographiques

[1] *Tendances récentes*, rapport TREND, OFDT, mars 2000.

[2] GANDILHON (M.), « Le petit trafic de cocaïne en France », *Tendances* n° 53, OFDT, 2007.

[3] *Un aperçu de l'histoire de la consommation des drogues sur les dix sites TREND*, *Tendances récentes*, OFDT, juin 2001.

[4] Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS), *Usage et trafic des produits stupéfiants*, Nanterre, rapports 1999-2008.

[5] LABROUSSE (A.), *Drogues : filières internationales et marchés nationaux*, in *Les drogues en France, politiques, marché, usages*, sous la direction de Claude Faugeron, Georg éditeur, 1999.

Les déplacements transfrontaliers liés aux drogues dans le nord et l'est de la France ■

Laurent Plancke*, **Yvon Schléret****

**Sociologue, coordinateur du site de Lille (TREND)*

***Directeur de l'ORSAS, coordinateur associé du site de Metz (TREND)*

Les aspects transfrontaliers des usages et du commerce des drogues s'inscrivent dans le champ d'observation du dispositif TREND depuis sa création. Dès 2000, en effet, le premier rapport national, dans un chapitre consacré à la question, insistait sur le sens, quasiment unique, des déplacements, opérés le plus souvent de France vers l'étranger, dans un contexte marqué par l'élargissement de l'usage des stimulants, en milieu festif avec l'ecstasy et les amphétamines ; en milieu urbain avec la cocaïne, qui commençait à toucher de nouveaux publics [1].

Les sites TREND de Lille et de Metz, qui comptent à proximité pas moins de cinq pays voisins, dont trois directement frontaliers, sont particulièrement concernés. Dans ce focus, nous chercherons à montrer comment

les déplacements transfrontaliers liés aux drogues s'inscrivent dans l'histoire ; à décrire les différentes motivations qui les sous-tendent et les évolutions observées depuis une dizaine d'années aux frontières septentrionales de la France.

LA FIXATION DES FRONTIÈRES ET LEUR PASSAGE

Située à l'ouest du continent européen, la France possède plus de 1 100 kilomètres de frontières terrestres avec ses voisins du nord-est : Belgique (620 km), Allemagne (450 km) et Luxembourg (73 km). Le Pas-de-Calais, un des détroits les plus fréquentés au monde, constitue par ailleurs un axe frontalier très intense et renforcé par l'ouverture du lien fixe transmanche en 1994.



Historiquement, ces régions ont connu, au fil des siècles, d'importants bouleversements¹. À l'exception de la Suisse, tous les pays voisins de la France font partie de la communauté européenne et, Grande-Bretagne mise à part, de l'espace économique européen. Sur le plan des contrôles frontaliers, la convention de Schengen, signée en 1995, instaure une liberté de circulation au sein des 24 pays signataires et permet à tout individu, une fois entré sur le territoire de l'un d'entre eux, de ne plus subir de contrôles aux frontières. La Suisse, signataire de l'accord mais ne l'appliquant pas, et le Royaume-Uni font là aussi exception parmi les voisins de la France.

Les mouvements transfrontaliers liés aux drogues s'inscrivent dans une histoire ancienne de flux de personnes et de marchandises, particulièrement intenses entre la France et ses voisins. Les mouvements de population, notamment, ont toujours été importants. Ainsi une immigration belge (et celle des Polonais) permet à la France de combler son déficit de main-d'œuvre dans l'industrie textile et minière au début du XIX^e siècle, puis au lendemain de la Première Guerre mondiale. Une inversion du sens des flux s'opère dans les dernières décennies du XX^e siècle lors desquelles ce sont maintenant les Français qui occupent des emplois à l'étranger : 71 500 Lorrains travaillent par exemple au Luxembourg en 2007, 19 000 en Allemagne et près de 4 800 en Belgique. Dans le Nord-Pas-de-Calais, le nombre de travailleurs transfrontaliers est de 24 000, alors que les Belges travaillant en France sont 5 300. Les

zones de chalandise sont également transfrontalières, tandis que le nombre d'étudiants français en Belgique est estimé à 8 000.

Il convient d'évoquer également les migrations résidentielles d'Européens travaillant dans les pays frontaliers dont ils sont originaires et qui résident en France, non loin de leur pays.

Les motivations festives

Le moment de la fête a toujours été une occasion d'usage et d'abus de substances psychoactives. Le passage de la frontière contribue par lui-même à l'ambiance festive : quitter son pays, c'est déjà sortir d'un ordinaire dont on cherche à se libérer et à s'extraire par la fête. L'offre de produits dans les espaces festifs transfrontaliers renforce cet attrait.

Lorraine

Dans les trois pays frontaliers de la Lorraine, l'accessibilité des clubs et discothèques est plus facile en raison d'un contrôle plus limité d'âge à l'entrée qu'en France et, selon les observateurs, de moindres difficultés liées à de possibles discriminations. Mais l'attrait pour les pays frontaliers s'inscrit aussi dans un contexte plus large caractérisé par une recherche d'économie : les cigarettes, les *alcopops* (ou

1. C'est le traité d'Utrecht, en 1713, qui donne à la France une partie de la Flandre, mais il faut cependant attendre le 4 octobre 1830, et l'indépendance de la Belgique, pour que la frontière entre les deux pays soit définitivement fixée. À l'est, la France récupère en 1918 l'Alsace et une partie de la Lorraine, régions qu'avait annexées l'Allemagne en 1870 ; la réintégration sera officialisée par le traité de Versailles en 1919. De 1940 à 1944, ces régions sont de nouveau envahies et annexées par l'Allemagne, puis libérées par les armées alliées en 1945.

premix), les carburants sont par exemple moins chers au Luxembourg et des approvisionnements y sont réalisés. Dans ce pays, mais également en Allemagne et en Belgique, les prix des boissons servies dans les établissements sont plus bas, du fait d'une moindre taxation. La volonté de faire la fête à moindre frais joue donc aussi et les produits stupéfiants ne sont pas les seuls à y être meilleur marché qu'en France.

Les motivations sont également d'ordre musical et festif. On distingue deux grandes tendances et deux types de public. La première concerne un public amateur de musique techno au sens « happy techno-dansante ». Ce public peut être rapproché du public dit des « clubbers ». Il s'agit de personnes âgées de 18 à 35 ans qui recherchent avant tout un plateau artistique connu avec une tête d'affiche internationale. Ce public se dirige vers le Luxembourg et la Belgique, deux pays organisateurs d'événements conséquents en la matière.

Les 18-25 ans semblent davantage attirés par les villes d'Arlon ou d'Athus où ils peuvent trouver des ambiances festives rassemblant de 3 000 à 4 000 personnes au sein de clubs techno conçus sur le modèle de ce qui existe en Espagne ou en Italie. Dans ce cas, la motivation festive est la recherche d'une ambiance dite de « folie ». Des observateurs, dans ces milieux festifs belges, notent l'existence d'une offre de MDMA en poudre qui serait très appréciée, « *puisqu'elle permet de gérer le délire* ».

Les 25-35 ans se dirigent plutôt vers des clubs luxembourgeois. La

consommation d'amphétamine et de cocaïne y est meilleur marché qu'en France, même si la motivation du déplacement reste, pour la grande majorité, la programmation musicale du club.

Ces publics se déplacent le week-end (vendredi et/ou samedi) pour des soirées en club et boîte de nuit, de préférence en Belgique pour les discothèques géantes et le Luxembourg pour les lieux prodiguant une ambiance plus intimiste. L'aller-retour se fait, le plus souvent, dans la même journée avec une nuit sur place pour ceux qui y ont des connaissances.

La seconde tendance touche un public amateur de hardcore et de free parties qui n'hésite pas à se déplacer au-delà des lieux festifs transfrontaliers de proximité. Il fréquente, par exemple, les soirées organisées par l'*Exodus Parkhaus* de Kenzingen, dans le Bade-Wurtemberg, à la frontière alsacienne. Depuis l'entrée en vigueur de l'amendement « Mariani »², des *sound systems* lorrains se posent régulièrement en Allemagne, notamment à Fribourg (Bade-Wurtemberg) et drainent un public se déplaçant en masse pour des free parties pouvant rassembler jusqu'à 1 000 personnes. L'un de ces *sound systems* lorrains a été un des précurseurs des relations avec les fêtes organisées en République tchèque. Ce qui, d'après certains observateurs, aurait facilité l'entrée dans les free parties allemandes de la MDMA en poudre avec des ramifications temporaires en France.

2. Voir le chapitre sur les évolutions de la scène techno, p. 84.



Une partie de ce public hardcore n'hésite pas à faire des déplacements importants en Belgique (Bruxelles) ou en Allemagne (Mannheim et Karlsruhe) pour des soirées en salle ou boîte hardcore avec des DJ's internationaux. Mais il s'agit d'une minorité qui a, ou se donne, les moyens de chercher sa musique de prédilection.

Nord-Pas-de-Calais

Plusieurs milliers de jeunes résidant en France ont l'habitude de gagner en fin de semaine les mégadancings implantés à proximité de Tournai en Belgique. Certains établissements attirent une clientèle majoritairement française, issue de toute la bande frontalière franco-belge. Leur succès est lié à leur immense taille, aux styles musicaux (divers courants de la techno), à leur ouverture plus tardive et à la disponibilité de différents produits stupéfiants : cannabis et psychostimulants. Alors que les comprimés d'ecstasy connaissaient, jusqu'au milieu des années 2000, le plus grand succès, l'incertitude sur leur concentration et leur contenu réel a progressivement détourné les amateurs de substances psychoactives vers les stimulants en poudre : les amphétamines et, dans une moindre mesure, la cocaïne.

Le commerce de drogues s'effectue le plus souvent dans les parkings des établissements ; alors que les petits dealers étaient jusqu'aux années 2005-2006 des amateurs de techno qui finançaient leurs sorties par un petit commerce d'ecstasy, d'amphétamines et de cannabis, ils sont désormais supplantés par ces mêmes dealers qui

en semaine vendent dans les quartiers populaires de la métropole lilloise, mais n'entrent pas dans les établissements de danse. Dans tous les cas, il s'agit de ressortissants français, qui accompagnent leurs compatriotes pour leur proposer des drogues, et qui bénéficient sans doute de la complaisance des personnels des mégadancings voire de leur complicité. L'enquête ayant fait suite au décès d'un jeune Français, en octobre 2006, a permis de mettre à jour un trafic de grande ampleur, tenu par le chef du service de sécurité de l'un de ces établissements, condamné en première instance à une fermeture administrative en mai 2009. Pour les consommateurs, l'achat à des vendeurs en lien avec le gérant donnait l'illusion d'une qualité aux produits qui leur étaient achetés et également l'assurance de ne pas être inquiétés pour leur détention. Les festivals sont également des lieux de consommation et de vente de substances psychoactives. Les Français sont là aussi particulièrement nombreux à gagner la Belgique, au festival de Dour au mois de juillet par exemple, où les usages sont ostensibles et nombreux. Trois changements notoires peuvent être signalés dans l'espace festif transfrontalier depuis le début de la décennie :

- la diffusion de la cocaïne, qui connaît une certaine démocratisation (bien qu'en forte baisse par rapport aux années 1990, son prix ne permet cependant pas une diffusion massive) ;
- le déclin très marqué des ecstasy depuis 2006 ;
- le recours à l'héroïne après les fêtes, pour contrer les effets de la descente,

qui restent rares, mais qui sont désormais dicibles alors que le tabou entourant ce produit rendait inavouable son utilisation.

Les motivations commerciales

Les déplacements liés aux drogues sont aussi et surtout en lien avec l'organisation internationale de leur marché. La proximité des lieux d'importation, de transit ou de production, et un cadre réglementaire moins répressif, favorisent une disponibilité plus grande et des prix plus bas qu'en France, qui sont d'ailleurs globalement d'autant plus élevés qu'on s'éloigne de la frontière septentrionale du pays. Bon nombre de Français vont donc gagner les pays frontaliers pour s'y approvisionner, les quantités importées étant des plus variables selon le niveau d'engagement dans le trafic.

Certains usagers sont surtout intéressés par les herbes de cannabis proposées dans les *coffee shops* néerlandais. Une tolérance est accordée pour la détention de cinq grammes de ce produit, à l'origine d'une sorte de narco-tourisme, source de nuisances pour les Pays-Bas, qui s'interrogent aujourd'hui sur le renforcement des contrôles d'accès aux *coffee shops*. Certains d'entre eux ont instauré une carte de membre, à présenter avant tout achat afin de limiter le dépassement des quantités autorisées. Les variétés d'herbe sont nombreuses et attirent généralement un public éclairé, acceptant de payer des prix supérieurs (jusqu'à 12 € le gramme) à ceux de l'herbe ordinaire. Autres lieux d'achats licites, les *smart shops* proposent des matériels (pipes, vaporisateurs,

feuilles, matériels de culture, etc.) et des produits (graines de cannabis, salvia, kratom, poppers...) Les champignons hallucinogènes frais n'y sont cependant plus autorisés depuis le 1^{er} décembre 2008 (les séchés avaient été interdits de vente en mars 2007).

Les Pays-Bas, mais aussi la Belgique, constituent également un marché très important d'approvisionnement de nombreuses autres substances stupéfiantes pour les populations frontalières, engagées dans des trafics d'importances extrêmement variables [2,3]. Le plus souvent, il s'agit de trafics qu'on peut qualifier de fourmi, les acheteurs gagnant les villes où sont implantées les grossistes pour obtenir des tarifs beaucoup plus avantageux et des produits réputés plus purs. Rotterdam et Anvers constituent les places les plus importantes, mais des « succursales » ont été ouvertes dans d'autres villes belges, tout particulièrement à Charleroi (qui a pris le relais de Mons comme seconde ville pour ce commerce), ainsi que des communes frontalières, où de gros vendeurs français stockent une partie de leurs marchandises avant de les écouler. Variable également, l'engagement dans le commerce : si celui-ci est la principale source de revenus et l'activité principale de certains dealers, il peut n'être qu'une activité secondaire de personnes ayant un statut socioprofessionnel (lycéens, étudiants, salariés...) dont les clients sont alors essentiellement des relations. L'achat groupé (mise au pot) constitue une des figures de ce type de commerce.

L'organisation de la vente est très structurée et les acheteurs français sont



accueillis dès le passage de la frontière par des rabatteurs qui les guident vers les lieux de ventes (des appartements, le plus souvent). En matière de drogues de synthèse, la majorité de celles consommées par les Français le sont en Belgique, durant le week-end ; les dealers français les achètent le plus souvent hors de France et revendent les quantités achetées dans les parkings des mégadancings, pour revenir « à vide » en France et limiter ainsi les risques d'interpellation.

Le Luxembourg³, comme la Lorraine, est une zone de transit en matière de trafic de drogues. Il se situe, en effet, sur plusieurs routes approvisionnant en drogues les marchés de gros des pays voisins, principalement ceux des Pays-Bas et, dans une moindre mesure, ceux de la Belgique. Il se situe également sur les itinéraires de détaillants des pays voisins, dont la France, qui viennent s'approvisionner sur ces marchés.

Il n'y a pas de production significative de drogues, en particulier de drogues de synthèse ou de cannabis au Luxembourg. Tous les produits que l'on trouve sur le marché luxembourgeois sont des produits importés. Pour l'essentiel, ils viennent des Pays-Bas et dans une moindre mesure de Belgique. L'approvisionnement en provenance de France ou d'Allemagne serait tout à fait marginal.

Les motivations sanitaires

La France a mis en place ses programmes de réduction des risques et de substitution aux opiacés plus tardivement que ses voisins, ce qui a favorisé la migration d'usagers dési-

reux d'accéder à des traitements peu développés à l'époque dans l'Hexagone. Ainsi, des patients français avaient gagné la Belgique, au début des années 1990, pour y recevoir de la méthadone. Les plus précaires ont à peu près tous regagné les centres de soins français ; perdue pourtant un mouvement important de Français qui se rendent chaque mois en Belgique pour s'y voir délivrer de la méthadone.

Dans son étude sociologique sur les recours aux soins des usagers de drogues dans un contexte transfrontalier, Caroline Jeanmart distingue cinq motivations possibles pour gagner la Belgique : la distance moindre à parcourir pour gagner les centres spécialisés de soins pour des usagers vivant dans le nord de la France ; la recherche de discrétion et d'anonymat ; la non spécialisation du dispositif de soins belge (qui prévient toute stigmatisation), la forme galénique proposée en Belgique (les gélules) et les moindres contraintes liées à la distribution⁴.

Le responsable du suivi du programme méthadone en Belgique confirme en 2008 la présence persistante de plus de 2000 patients français traités en Wallonie⁵, qui se caractéri-

3. HAAS (J.), EMPROU (J.-M.), Les activités illégales liées à la drogue : estimation de leur impact économique au Luxembourg, *Service central de la statistique et des études économiques (Statec) du Luxembourg*, n° 2, 2006.

4. JEANMART (C.), Des usagers des drogues et des familles. Analyse de trajectoires de recours en territoire transfrontalier franco-belge, Lille, CNRS-Clersé-Ifrési, 2005.

5. LEDOUX (Y.), Les Français bénéficiaires de méthadone en Belgique, *communication non publiée*, Lille, 25 mai 2009.

sent en général par une bonne insertion socioprofessionnelle, celle-ci contribuant au désir de discrétion et de confidentialité d'ailleurs.

Par ailleurs, dans le cadre de leur politique de réduction des risques sanitaires et sociaux, l'Allemagne, la Belgique et le Luxembourg ont autorisé et agréé des structures gérant des locaux d'injection de drogues sous contrôle médical, souvent intégrés à

des foyers d'accueil d'urgence pour toxicomanes. C'est ainsi que la population de Moselle-Est, qui le souhaite, dispose à 10 ou 20 km d'une salle d'injection à Sarrebruck gérée par le Drogenhilfzentrum (DHZ). Celle de Longwy ou de Thionville peut avoir accès à des équipements similaires ouverts tout récemment, en 2005, à Luxembourg-Ville (le Fixerstuff) ou à Esch-sur-Alzette.

Usagers français cherchent salle d'injection

L'exemple de la plus ancienne de ces structures, le DHZ de Sarrebruck, est intéressant pour comprendre l'impact transfrontalier de ces salles d'injection. La capitale de la région sarroise accueille journalièrement de nombreux Français de Moselle-Est, qui y viennent pour travailler, faire des achats ou consommer des loisirs. Au-delà de cette activité économique traditionnelle dans les régions transfrontalières de ce type, Sarrebruck est aussi une destination quotidienne ou hebdomadaire de nombreux toxicomanes de Moselle-Est qui y trouvent, outre un accès propice aux produits dont ils ressentent le besoin, les services offerts par le DHZ installé en centre-ville.

Le DHZ est un établissement d'accueil et de soins comportant une structure bas seuil, comme il en existe en France, avec du personnel médical et social pour l'accueil et l'accompagnement des usagers, des possibilités d'hébergement et des outils mis en œuvre dans le cadre d'une politique d'échange de seringues comme on en connaît en Lorraine. Mais le DHZ met également à la disposition des toxicomanes une douzaine de places équipées pour la pratique sans risque de l'injection de drogues.

Selon les données fournies par le DHZ, 20 % des usagers de ce dispositif seraient des Français attirés par le centre pour y acheter de la drogue, qui se vend au marché noir aux alentours du DHZ, et la consommer sur place. Officiellement, le public français ne devrait pas avoir accès au DHZ, qui est réservé aux personnes de nationalité allemande. Pour autant, les autorités de la région et de la ville de Sarrebruck tolèrent leur présence, compte tenu notamment du rôle de capitale régionale transfrontalière que brigue cette cité. Il n'en demeure pas moins que cet accueil toléré trouve rapidement des limites dans la mesure où les usagers français ne peuvent pas intégrer, par la suite, les dispositifs officiels allemands de soins aux toxicomanes ou de traitement par substitution. Aux services offerts par le DHZ, il faut aujourd'hui ajouter l'intention affichée des autorités sarroises de légaliser prochainement la distribution d'héroïne sous contrôle médical. Si ce projet se réalise, la donne transfrontalière de l'usage de drogues se trouvera encore davantage complexifiée.



CONCLUSION

Le monde des drogues est celui des transgressions et des passages de frontières, réelles ou symboliques. La proximité de la Belgique et des Pays-Bas incite ainsi bon nombre d'usagers, de « clubbers » ou de festivaliers, issus des régions françaises limitrophes, à gagner ces deux pays, et dans une moindre mesure le Luxembourg et l'Allemagne, pour y accéder à des produits disponibles et réputés meilleurs qu'en France. Certains se déplacent même dans une optique d'accès aux soins, la distance géographique garantissant la confidentialité et l'anonymat. Ainsi, alors que les traitements de substitution aux opiacés sont devenus plus accessibles en France, plusieurs centaines de résidents français continuent de se rendre en Belgique pour y suivre leur traitement.

À ce phénomène inspiré par les opportunités à saisir, s'ajoutent depuis une dizaine d'années les importations de produits comme la cocaïne, le cannabis et l'héroïne pratiquées par des micro-réseaux d'usagers ou d'usagers-revendeurs.

En outre, les observateurs des sites de Lille et Metz⁶ constatent l'augmentation régulière du nombre de déplacements festifs et commerciaux liés aux drogues. Ces dernières années, ce sont les poudres amphétaminiques et la cocaïne qui semblent les plus recherchées dans un contexte marqué par la baisse de la disponibilité des ecstasy et le moindre engouement à l'égard de comprimés de MDMA au contenu jugé trop incertain.

Face à cette situation, les pouvoirs publics des différents États concernés tendent à réagir en multipliant les contrôles frontaliers au sortir des établissements de nuit et en tolérant de moins en moins les petits trafics qui se développent à l'ombre des mégadancings, comme c'est le cas en Belgique. La collaboration judiciaire internationale et les pressions entre pays s'intensifient notamment en direction de ceux, comme les Pays-Bas, qui sont considérés comme les plus libéraux. Ces phénomènes aboutiront sans doute dans les années qui viennent à une reconfiguration des usages, que ce soit en termes de consommation ou de trafics.

Références bibliographiques

- [1] *Tendances récentes*, Rapport TREND, Paris, OFDT, 2000.
- [2] DUPREZ (D.), KOKOREFF (M.), *Usages et trafics de drogues en milieux populaires*, *Déviance et société*, vol. 24, n° 2, 2000.
- [3] GANDILHON (M.), « Le petit trafic de cocaïne en France », OFDT, *Tendances* n° 53, OFDT, 2007.

6. PLANCKE (L.), WALLART (S.), *Drogues sur le site de Lille. État des lieux et tendances récentes*, Lille, *Cèdre bleu - OFDT*, 2009, 106 p.

SCHLERET (Y.), MONZEL (M.), ROMAIN (O.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2008*, *Tendances récentes sur le site de Metz*, Metz, *CMSEA - ORSAS - OFDT*, 2009, 68 p.

Annexes

Origine, organisation et modalités de fonctionnement du dispositif TREND ■

Michel Gandilhon*, Emmanuel Lahaie*, Agnès Cadet-Taïrou**

**Chargés d'études au pôle TREND (OFDT)*

***Responsable du pôle TREND (OFDT)*

Le dispositif TREND est le produit d'une histoire fondée sur deux approches distinctes mais complémentaires. Une démarche soucieuse de développer des outils sensibles et efficaces en matière de détection des tendances récentes et des nouvelles drogues afin d'aider à une prise de décision publique la plus réactive possible dans ce domaine et, en parallèle, une approche centrée sur la préservation de la santé publique (voir encadré sur la « réduction des risques », p. 148).

LA NÉCESSITÉ D'UN RÉSEAU SENTINELLE

Le dispositif TREND a été créé dans le cadre du plan triennal élaboré par la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) [2], adopté officiellement par le gouvernement le 16 juin 1999. La lettre de mission, envoyée le 10 juillet 1998 par le Premier ministre de l'époque, Lionel Jospin, à la nouvelle présidente de la MILDT, Nicole Maestracci évoquait notamment la nécessité d'une réflexion approfondie sur l'évolution des modes de consommations des substances psychotropes et le développement de la polytoxicomanie, réflexion difficile à conduire compte tenu de l'absence de perception des tendances présentes par le dispositif d'observation existant¹.

Dans les années 1990, la France était en effet dépourvue de structure chargée de détecter et centraliser les tendances émergentes et récentes en matière d'usage

1. Trois autres points fondamentaux sont mentionnés : l'élargissement du champ d'action de la MILDT à la lutte contre l'abus des produits licites, tels que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes ; l'amélioration du dispositif de coordination local de lutte contre la toxicomanie ; et, enfin, la mise en place de procédures d'évaluation des actions passées et futures de la MILDT.

de drogues illicites. Le système français reposait alors essentiellement sur une série de dispositifs travaillant de manière dispersée. Le système d'information était fondé sur trois grands types d'approches constituées par les enquêtes en population générale ; les statistiques administratives portant sur les populations vues par les institutions sanitaires et sociales de type CSST (Centre spécialisé de soins aux toxicomanes) ; et les données annuelles des services répressifs centralisées par l'OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants). Il existait aussi des études, plus ponctuelles, à dominante ethnographique, menées en direction de populations particulières touchées par la toxicomanie mais non vues par le système sanitaire et social. Si chacune de ces approches avaient ses propres mérites, elles ne permettaient pas en l'état une appréhension complète du phénomène de l'usage, notamment dans les populations cachées.

Il fallait donc créer un dispositif susceptible de pallier les limites existantes en centralisant les données déjà disponibles et en développant l'observation afin de rendre possible la connaissance des pratiques de consommation au sein des populations dites « cachées », tout en continuant à suivre celles s'inscrivant dans les usages les plus problématiques, et permettre d'identifier l'émergence de phénomènes qui, par définition, ne sont pas prévisibles.

La finalité étant, comme le précisait le plan triennal de 1999, de « *permettre aux pouvoirs publics d'anticiper les évolutions et de prendre les décisions utiles au bon moment* » [1] et notamment « *d'adapter rapidement les moyens de prise en charge des usagers de drogues* ». Pour ce faire, le plan prévoyait de créer à l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) « *un dispositif permanent d'observation en temps réel de l'évolution des modes de consommations et des produits qui circulent* » [1]. Ce projet devait s'appuyer sur deux piliers : un réseau sentinelle, constitué d'acteurs impliqués dans le champ de la toxicomanie (médecins généralistes, professionnels des services d'urgence hospitalière, professionnels des structures d'accueil pour les usagers, associations d'autosupport², ethnologues, etc.) répartis sur dix sites du territoire métropolitain (Lille, Metz, Paris et sa banlieue, Rennes, Dijon, Lyon, Bordeaux, Toulouse et Marseille) et une banque de données, SINTES (Système d'identification national des toxiques et substances), spécifiquement consacrée aux drogues de synthèse, fondée en amont sur un réseau de collecte comprenant à la fois les services répressifs et des associations de réduction des risques (Médecins du monde, Techno-Plus) et en aval, pour l'analyse toxicologique, des services et des laboratoires travaillant pour les entités dédiées à la lutte contre le trafic (police et douanes) et des laboratoires hospitaliers.

2. L'autosupport est un mouvement qui vise à la constitution des usagers en acteurs politiques par leur regroupement dans une structure donnée. La première structure de ce type en France, ASUD, a été créée en 1992. Voir ASUD Best of, ASUD journal, n° 38, hiver 2008.

La création du dispositif TREND exprimait, au-delà de la volonté d'une meilleure connaissance des phénomènes, la préoccupation de faire émerger, dans le cadre d'un réseau interactif, une « culture commune » en intégrant, aux côtés des acteurs institutionnels³, des professionnels du champ mais aussi des ex-usagers et des usagers. Une dizaine d'années plus tard, le dispositif poursuit cette mission de détection des phénomènes émergents. Ainsi, le dernier plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 [4] rendu public par le président de la MILDT, Étienne Apaire, en juillet 2008 le mentionne parmi « les systèmes d'observation et d'alerte (...) en position de repérer et d'analyser de nouvelles tendances de consommation potentiellement dangereuse » [2].

La réduction des risques : parcours d'une reconnaissance

C'est en 1987, pour faire face au développement de l'épidémie de sida, que Michelle Barzach, alors ministre de la Santé, décide la libéralisation de la vente de seringues. Celle-ci, jusqu'à cette date, était encadrée par un décret de mars 1972 qui restreignait strictement la délivrance du matériel d'injection en la soumettant notamment à la présentation de papiers d'identité. L'objectif est alors de prévenir la contamination par le virus du sida et de l'hépatite liée au partage et à la réutilisation des seringues et permettre aux usagers d'accéder au système de soins via les pharmacies d'officine. Le dispositif comprend la mise à disposition de kits avec seringues stériles vendues en pharmacie. Dans la foulée, le ministère de la Santé annonce la mise en place, expérimentale, en partenariat avec l'association Médecins du Monde, d'un programme d'échanges de seringues (PES) dans les villes de Paris, Saint-Denis et Marseille. Cette expérimentation sera suivie, en 1990, par l'ouverture du premier PES par Médecins du Monde.

La deuxième grande étape sur le chemin de l'institutionnalisation de la réduction des risques est la présentation, le 21 juillet 1994, par Simone Veil, ministre de la Santé du gouvernement d'Édouard Balladur, du dispositif de lutte contre le développement des maladies infectieuses et notamment des virus du sida et des hépatites, qui, à cette époque, affectent fortement la population des usagers de drogues. Ce nouveau dispositif, financé par le ministère de la Santé, prévoit, entre autres, la pérennisation de la mise en vente dans les pharmacies de kits avec seringues stériles (Stéribox®) ; le développement des PES ; la création de « boutiques », structures d'accueil dites à bas seuil d'exigence parce qu'elles n'exigent pas des usagers une quelconque renonciation à l'usage comme préalable à la prise en charge ; et enfin la montée en puissance des traitements de substitution, dont le développement sera suivi par une structure *ad hoc* créée en mars 1994, la Commission consultative des traitements de substitution. À l'époque, en France, on ne compte en effet qu'une cinquantaine de patients inscrits dans

3. Il faut noter également que la mise en place du dispositif TREND a nécessité un travail interministériel profond afin de recueillir l'aval de ministères jusque-là peu habitués à travailler ensemble (Intérieur, Défense, Santé, Justice, etc.).

trois programmes « méthadone » et la plus grande partie de la politique de substitution aux opiacés s'exerce en marge de la loi, assurée par des médecins généralistes prescrivant des antidouleurs comme le Temgésic®.

Quoi qu'il en soit, le plan de Simone Veil va donner une impulsion décisive à la politique de prévention des maladies infectieuses et de prise en charge des usagers de drogues. En effet, de 1994, année de l'annonce du plan, à 1999, les programmes d'échange de seringues passent de deux à cinquante ; vingt-cinq « boutiques » et lieux d'accueil sont créés et surtout près de 60 000 héroïnomanes sont pris en charge dans le cadre des programmes de substitution aux opiacés par la méthadone et la buprénorphine haut dosage. Cette politique, dans un contexte de modifications profondes de la géopolitique de l'offre à l'échelle mondiale avec le développement de la production de masse de drogues de synthèse et la réorientation des trafics de cocaïne en direction de l'Europe, allait profondément modifier le paysage de l'usage de drogues en France.

L'OBJET DE L'OBSERVATION

En termes de population, le réseau s'intéresse plus spécifiquement à des groupes de personnes particulièrement consommatrices de produits psychoactifs, illicites ou détournés, qui tendent à échapper 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'usagers 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, voir ci-après, les deux espaces principaux d'observation sont l'« espace urbain » et l'« espace festif techno ». Si les pratiques qui s'y déroulent (trafic, consommation) présentent un intérêt, au même titre que celles qui se tiennent ailleurs, ces cadres d'observation valent surtout par la possibilité qu'ils offrent de rencontrer, dans des lieux ou des temps que l'on peut circonscrire, une part importante des usagers de drogues. Le choix de ces deux espaces en particulier tient aussi à 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. Le dispositif se concentre en effet

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.

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 usagers de drogues) en 2006. La plupart des personnes rencontrées dans ce cadre sont des usagers problématiques de produits illicites dont les conditions de vie sont fortement marquées par la précarité.

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.

À l'intérieur de chacun de ces espaces évoluent des populations d'usagers très différentes. On y retrouve en effet des personnes fortement marginalisées socialement comme des usagers socialement insérés.

La volonté de centrer l'observation sur les populations – la définition d'espaces d'observation n'étant qu'une facilité méthodologique – amène fréquemment le dispositif à mener des investigations qui vont au-delà de ces derniers comme l'espace festif rock en 2001 ou gay en 2008.

LES OUTILS SPÉCIFIQUES

Le dispositif TREND est principalement structuré autour d'un réseau de coordinations locales⁴, mises en place à partir de 2001, dotées d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information. Ces coordinations utilisent des outils d'observation continue et participent aux enquêtes et investigations spécifiques coordonnées par l'OFDT.

Pendant ces dix années d'existence, TREND a créé et développé des outils de recueil de l'information fondés à la fois sur des approches qualitatives et quantitatives.

Les outils qualitatifs

■ **des observations de type ethnographique**, réalisées dans les espaces urbain et festif techno par des enquêteurs familiers du terrain, centrées sur la consommation de produits psychoactifs et les phénomènes qui lui sont associés (prépa-

4. Le nombre de sites qui constituent le dispositif a évolué au fil des ans. En 1999, première année de fonctionnement du réseau, TREND comptait dix sites (Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris/Seine-Saint-Denis, Rennes, Toulouse). L'année suivante trois nouveaux sites situés en outre-mer, La Réunion, la Martinique et la Guyane, sont venus renforcer l'observation. En 2009, cette dernière est animée par sept coordinations locales situées exclusivement en France métropolitaine.

ration, 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 et reposent sur les éléments issus d'un minimum de neuf comptes rendus d'observateurs ;

■ **des questionnaires qualitatifs**, aux questions ouvertes adaptées à la réalité de chaque espace, portant sur chacune des substances qui font 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 ;

■ **des groupes focaux**, inspirés des pratiques de l'OMS (Organisation mondiale de la santé), qui visent à dresser des diagnostics rapides de situation lors de réunions rassemblant des personnes concernées par une thématique commune. Une telle démarche permet de mettre en évidence des convergences d'opinion (ou des divergences) sur l'absence, l'existence, le développement de tel ou tel phénomène. Il est possible ainsi de 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 ; 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 ;

■ **des investigations spécifiques qualitatives** dont le but est d'approfondir un sujet (voir la bibliographie TREND, p. 157) ;

■ **des études spécifiques** peuvent être entreprises pour éclairer des zones d'ombre ou des points problématiques.

Les outils quantitatifs

■ **des enquêtes quantitatives régulières**, 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 ». 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, ENACAARUD 2006,

■ **des études spécifiques quantitatives** comme celles menées sur les consommations dans l'espace festif électronique en 2006.



LE SYSTÈME SINTES

Le Système d'identification national des toxiques et substances (SINTES) est opérationnel depuis 1999. Au moment de sa création, les objectifs du dispositif sont les suivants :

- analyser la composition des produits circulants (dosage, identification de nouvelles molécules et logos) à partir des saisies effectuées par les services répressifs d'une part et des collectes réalisées par les acteurs socio-sanitaires directement auprès des usagers d'autre part. Le résultat des analyses des produits collectés sont mis en ligne au fur et à mesure sur le site de l'OFDT sous forme d'une base de données au format « Access » et accessible à tous les partenaires du réseau,
- le contexte de consommation à l'aide d'un questionnaire soumis à l'utilisateur lors de la collecte de son échantillon. Les questions portent sur le produit (prix, forme, voie d'administration, produits consommés en association) et sur l'utilisateur (âge, sexe, effets recherchés et ressentis).

Le réseau est formé de trois partenaires essentiels :

- **les acteurs socio-sanitaires** pour la collecte des produits auprès des usagers et le remplissage des questionnaires. Ils sont composés d'une part de travailleurs du champ sanitaire et social intervenant en toxicomanie (infirmiers, éducateurs, médecins) et d'autre part d'acteurs du milieu associatif intervenant dans le champ de la réduction des risques en milieu festif, notamment l'association Médecin du Monde, le CEID à Bordeaux, l'association SPIRITEK à Lille et le CMSEA à Metz ;
- **les laboratoires d'analyse toxicologique** à qui sont adressés les échantillons collectés par les acteurs socio-sanitaires : le laboratoire de l'hôpital Salvator à Marseille (CEIP), le laboratoire du CHU de Caen (CEIP) et jusqu'en 2005 le laboratoire de l'hôpital Fernand-Widal à Paris (CEIP). Viendra par la suite le SCL laboratoire de Paris, et le laboratoire de toxicologie du CHU de Lille. L'analyse toxicologique des produits est généralement réalisée par chromatographie gazeuse couplée à la spectrométrie de masse ;
- **les services répressifs** pour la transmission des résultats d'analyse des produits saisis par leurs services : police (INPS de Lyon), douanes (SCL laboratoire de Paris), et la gendarmerie l'IRCGN à Rosny-sous-Bois. Ces résultats permettent à l'OFDT de comparer les produits saisis avec ceux réellement consommés par les usagers et sont aussi communiqués à l'OEDT deux fois par an.

En 2006, le dispositif SINTES élargit son champ d'investigation à toutes les drogues et non plus aux seules drogues de synthèse⁵. L'objectif est d'ap-

5. Suite à la décision du Conseil de l'Europe du 10 mai 2005 relative à l'échange d'informations, l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles substances psychoactives.

porter une meilleure connaissance du contenu toxicologique des produits qui circulent et d'identifier rapidement TOUS les nouveaux produits psychoactifs de synthèse apparaissant sur le marché illicite en France.

Le dispositif SINTES se divise en deux volets :

■ **un volet « Observation »**, qui propose annuellement un éclairage sur la composition d'un produit illicite particulier⁶. Ce volet s'inscrit sur le plan logistique dans la continuité du premier dispositif. Il s'appuie toujours en effet en grande partie sur le réseau TREND,

■ **Un volet « Veille »**, qui constitue un élément de la veille sanitaire concernant tous les produits illicites. Les motifs de collecte peuvent être un effet secondaire inhabituel ressenti et rapporté par un usager, le caractère rare ou nouveau d'un produit (forme galénique ou composition annoncée), une commande de l'OFDT (demande de collecte d'héroïne après des cas groupés de surdoses dans une zone géographique donnée). La possibilité de collecte est élargie à toute personne travaillant en contact avec les usagers (directeur de CAARUD, médecin spécialisé en addictologie) et qui en fait la demande à l'OFDT⁷. Ce dispositif est donc un lieu d'échange d'information et d'alerte sur les nouvelles drogues entre tous les partenaires du dispositif SINTES qu'ils soient acteurs du champ socio-sanitaire travaillant auprès d'usagers de drogues (CAARUD, associations investies dans la réduction des risques, CIRDD, etc.), laboratoires toxicologiques des services répressifs ou non, institutions sanitaires françaises (AFSSAPS et réseau CEIP, InVS, DGS et MILDT) et partenaires institutionnels européens (OEDT).

LES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS

Depuis 1999, le réseau TREND travaille en partenariat, afin de croiser et mettre en perspective l'information qu'il produit, avec un certain nombre de partenaires issus de dispositifs institutionnels relevant du système de santé publique ou des services en charge de l'application de la loi :

■ **les CEIP** (Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance), réseau dépendant de l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) pour trois recueils d'information.

1 - *L'enquête OPPIDUM* (Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse), qui constitue une description annuelle des usagers de CSST (Centres spécialisés de soins pour les toxicomanes) principalement et de leurs usages de substances psychoactives.

2 - *Le système d'information DRAMES* (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances), outil de recueil des décès liés à l'abus de

6. 2006 : cocaïne ; 2007-2008 : héroïne ; 2009 : produits de synthèse.

7. Soit directement, soit via la coordination de la région (12 régions possèdent une coordination régionale).

substances ou de médicaments psychotropes signalés par les différents laboratoires partenaires réalisant des analyses toxicologiques dans le cadre médico-légal. DRAMES 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.

■ **L'INPES et l'OFDT** pour les enquêtes en population générale (Baromètre santé (INPES/ OFDT) et ESCAPAD (OFDT). L'OFDT est également le maître d'œuvre du dispositif d'information RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge), recueil annuel exhaustif 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.

■ **L'OCRTIS** (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants) pour les statistiques liées à l'activité policière et l'accès aux procédures d'interpellation pour usage, usage-revente et trafic de stupéfiants.

LA SYNTHÈSE GÉNÉRALE ANNUELLE

Le rapport national publié chaque année par le dispositif TREND est le produit de la confrontation, de la mise en perspective des données obtenues au niveau local. Chaque site fournit, en effet, à l'équipe de l'OFDT responsable du réseau, une synthèse des observations de l'année, qui prendra ensuite la forme d'un rapport local, ainsi qu'une base de données qualitatives (notes ethnographiques essentiellement) indexées selon une stratégie commune. Une synthèse générale est réalisée intégrant aussi les informations produites par les systèmes partenaires, ce qui permet de réaliser un croisement, une triangulation, de l'information.

Références bibliographiques

[1] MILDT, *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances*, La Documentation française, Paris, 1999.

[2] MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*, La Documentation française, Paris, 2008.

Liste commentée des publications du dispositif TREND ■

LES RAPPORTS ANNUELS

2000

TOUFIK A., SARRADET A., GANDILHON M., *Tendances récentes*, Rapport TREND, 2000, Paris : OFDT, 99 p.

Deux espaces de consommation ont été observés au cours de la période de mise en place du dispositif : l'espace urbain et l'espace festif. Le premier touche la population de consommateurs « à problèmes » repérés dans les CSST et en milieu très urbanisé ; le deuxième concerne les consommateurs des raves et des établissements de nuit diffusant une musique techno. [...] Dans l'espace festif, ce sont les stimulants (ecstasy, speed, cocaïne) et les hallucinogènes (LSD notamment) qui dominent et des substances telles que DMT, DOB, 4-MTA apparaissent dans un contexte caractérisé par l'absence d'informations sur leurs effets et les risques engendrés. Les deux espaces ne sont pas étanches.

2001

BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., *Tendances récentes*, Rapport TREND, 2001, Paris : OFDT, 167 p.

Les produits opiacés dominent dans l'espace urbain. La buprénorphine haut dosage (BHD) devient de plus en plus prépondérante sur le marché parallèle des opiacés au détriment de l'héroïne. La disponibilité croissante des médicaments de substitution, notamment la BHD, modifie la place des autres opiacés. La demande d'héroïne et de dérivés codéinés semble diminuer. Dans l'espace festif techno la consommation d'héroïne serait en augmentation. Elle est consommée à la fois comme un produit de régulation des stimulants ou des hallucinogènes et pour ses effets opiacés propres. Cet usage semble être pour le moment minoritaire. La poursuite d'une observation de ce phénomène s'impose. Dans

l'espace urbain, la voie d'administration intraveineuse de l'héroïne demeure prépondérante. L'usage de la voie nasale, tant pour l'héroïne que pour la BHD, est en progression. Une situation opposée est observée au sein de l'espace festif où les voies nasale et pulmonaire demeurent prépondérantes, mais où l'usage de la voie injectable serait en discrète augmentation tout en restant assez rare. Les modes d'administration dominants pour les autres produits sont : la voie nasale pour la cocaïne et les amphétamines ; la voie orale pour l'ecstasy ; et la voie pulmonaire pour le crack.

2002

BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., GIRAUDON I., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*, Rapport TREND 2002 (tome I), 2002, Paris, OFDT, 292 p.

Cinq tendances se dégagent de cette nouvelle année de fonctionnement du dispositif TREND. L'augmentation de la disponibilité et de l'usage de cocaïne, dans la continuité des années précédentes, tant dans l'espace festif que dans l'espace urbain. Cela se traduit par :

- une baisse du prix de cette substance et une hétérogénéité croissante des usagers ;
- la diminution, confirmée par plusieurs sources, du recours à la voie injectable parmi les usagers de l'espace urbain au profit du sniff et de l'inhalation ;
- la présence de la consommation de kétamine sur la plupart des sites d'observation de l'espace festif et l'existence d'un usage par une fraction minoritaire mais non négligeable des personnes fréquentant les structures de bas seuil ;
- la diminution de la disponibilité et de l'usage de flunitrazépam (Rohypnol®) consécutive au nouveau cadre réglementaire de prescription. Toutefois, le Rohypnol® demeure encore le médicament psychotrope le plus détourné de son usage ;
- le développement de la consommation d'ecstasy dans l'espace urbain.

2003

BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., GIRAUDON I., BONNET N., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002. Quatrième rapport national du dispositif TREND*, 2003, Paris, OFDT, 287 p.

Après un court rappel sur la structuration et les méthodes du dispositif TREND, la synthèse générale présente les résultats de l'exercice 2002 selon deux axes : les usagers et les produits. Ces derniers sont abordés par grandes familles (les opiacés, les stimulants, les hallucinogènes et les médicaments psychotropes non opiacés). Chaque chapitre traitant d'une famille est précédé de points de repères et suivie d'éléments de synthèse. La partie traitant des investigations spécifiques présente quatre travaux en cours de réalisation dans le cadre de TREND. Deux traitent d'investigations tentant d'approfondir des thématiques préalablement identifiées par TREND : l'usage et les usagers de kétamine, l'usage non substitutif de buprénorphine peu suivis par TREND : les consommations de produits psychotropes chez les hommes et les femmes substitués.

2004

BELLO P.-Y., TOUFIK A., GANDILHON M., GIRAUDON I., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif TREND*, 2004, Saint-Denis, OFDT, 271 p.

Phénomènes marquants cette année : une nouvelle population de jeunes usagers, une poursuite de la diminution des pratiques d'injection et de la diffusion des usages de cocaïne et d'ecstasy, la place importante de la consommation de Subutex® parmi les usagers d'opiacés. Le rapport fournit également des données actualisées sur les usagers les plus en difficulté ainsi que sur les usages d'opiacés, stimulants, hallucinogènes, médicaments et cannabis.

2005

BELLO P.-Y., TOUFIK A., GANDILHON M., EVRARD I., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Sixième rapport national du dispositif TREND, 2005, Saint-Denis, OFDT, 176 p.*

En 2004, hormis la synthèse traditionnelle dédiée aux différentes familles de produits, quatre thèmes d'actualité spécifiques sont abordés. Il s'agit de l'injection, la question de l'apparition de nouvelles populations au sein des structures de première ligne, l'évolution des consommations de cocaïne et de crack/free base et la vogue pour les hallucinogènes naturels.

2007

CADET-TAÏROU A., GANDILHON M., TOUFIK A., EVRARD I., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005. Septième rapport national du dispositif TREND, 2007, Saint-Denis, OFDT, 105 p.*

Parmi les phénomènes marquants, trois points principaux méritent tout particulièrement d'être retenus : une tendance à la hausse des pratiques d'injection, dans les populations les plus précarisées, de la BHD (Subutex®) et des stimulants ; l'évolution, au sein des mêmes populations, de la configuration de la consommation d'opiacés avec le constat d'une possible reprise de l'usage d'héroïne accompagné d'un accroissement du détournement de la BHD ; la diversification des modes d'usage des stimulants, particulièrement la cocaïne et l'ecstasy. Outre ces trois points, le lecteur trouvera pour chaque grande famille de produits psychoactifs (opiacés, stimulants, hallucinogènes et médicaments), une synthèse des grandes tendances de l'année accompagnée de données quantitatives permettant d'apprécier et de mesurer leur impact tant sanitaire que social dans la population française.

2008

CADET-TAÏROU A., GANDILHON M., TOUFIK A., EVRARD I., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND, 2008, Saint-Denis, OFDT, 189 p.*

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 ne les attendait pas ;

- 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.

2010

CADET-TAÏROU A., GANDILHON M., CHALUMEAU M., LAHAIE E., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2007 et 2008. Neuvième rapport national du dispositif TREND*, 2010, Saint-Denis, OFDT, à paraître.

INVESTIGATIONS SPÉCIFIQUES

2000

Les consommations transfrontalières

In : *Tendances récentes, Rapport TREND*, 2000, Paris, OFDT, p. 61-65.

Dans les régions situées aux confins du territoire français, les consommations dites transfrontalières constituent une caractéristique importante de l'usage des substances psychoactives, les consommateurs disposant d'une offre de proximité en général beaucoup plus large, que ce soit en termes d'éventail des produits proposés, de qualité de ceux-ci, voire de prix. Des informations parvenant de quatre zones géographiques d'observation ont été utilisées : deux zones situées aux deux extrémités sud du territoire français correspondant aux départements des Alpes-Maritimes et des Pyrénées-Atlantiques, lesquels jouxtent respectivement l'Italie et l'Espagne ; une zone correspondant à la région du Nord-Pas-de-Calais à proximité de la Belgique ; et enfin une zone située à l'est de la France, la Meurthe-et-Moselle, proche à la fois de la Belgique, du Luxembourg et de l'Allemagne.

Polyconsommation et régulation de la consommation

In : *Tendances récentes, Rapport TREND*, 2000, Paris, OFDT, p. 67-70.

Dans le cadre du dispositif TREND, une quarantaine d'associations différentes de substances psychoactives ont été recensées par les observateurs sentinelles partenaires du dispositif. Dans un souci de clarté, ces associations sont sommairement décrites et classées selon leur finalité respective. Celles-ci ont ensuite été regroupées selon quatre « fonctions » classificatrices : maximalisation des effets ; équilibrage des effets ; contrôle des effets négatifs ; et enfin une fonction de « recharge ».

2001

Un aperçu de l'histoire de la consommation des drogues sur les dix sites TREND

In : *Tendances récentes, Rapport TREND*, 2001, Paris, OFDT, p. 119-127.

Ce chapitre s'articule autour de quatre sous-parties thématiques correspondant à quatre périodes de l'histoire de la consommation de drogues en France : genèse de l'usage dit

« moderne » (période antérieure à 1965) ; diffusion du cannabis, du LSD et de l'héroïne (1965-1970) ; diffusion de l'héroïne (1970-1995) et enfin la période marquée par le développement des traitements de substitution, la diffusion de la cocaïne, du crack et des drogues de synthèse (1995-2000).

JACOB E.

Analyse des démarches expérimentales de recueil de données (TREND) auprès d'observateurs non-spécialistes.

In : *Tendances récentes*, Rapport TREND, 2001, Paris, OFDT, p. 141-151.

Dans le cadre du dispositif TREND, une expérimentation visant à engager une observation en milieu ordinaire (en associant des professionnels non spécialisés sur les questions de toxicomanie) a été menée dans deux départements : l'Essonne et la Seine-Saint-Denis. L'objectif était de recueillir des informations sur les consommations d'un public qui ne se reconnaît pas dans les dispositifs de prise en charge ou de prévention destinés aux usagers de drogues, et qui échappe donc à l'observation réalisée en milieu spécialisé. Deux structures ont été chargées de mener ce travail : le réseau toxicomanie départemental Hérodote dans l'Essonne et la Mission départementale de prévention des toxicomanies (MDPT) en Seine-Saint-Denis.

FONTAINE A., FONTANA C., VERCHERE C., VISCHI R.

Pratiques et représentations dans le champ de l'usage de drogues en France.

In : *Tendances récentes*, Rapport TREND, 2001, Paris, OFDT, p. 153-161.

L'objet particulier de cette étude consiste à restituer les pratiques et les représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France. Deux catégories de produits sont concernées : des produits consommés dont on a pu observer un accroissement ou un changement concernant leurs modes d'usage (cocaïne, amphétamines, héroïne, rachacha, kétamine) ; des produits dits « nouveaux produits » et/ou « produits rares » (2CB, GHB, DMT, PCP, etc.).

2002

VERCHERE C., REYNAUD-MAURUPT C.

Les nouveaux usages de l'héroïne, TREND, France, 2002.

In : *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*, Rapport TREND 2002 (tome I), 2002, Paris, OFDT, p. 181-194.

Cette étude qualitative en cours a pour objectif de décrire les processus sociaux et les représentations subjectives qui conduisent de jeunes usagers de substances psychoactives à consommer de l'héroïne, et les nouvelles modalités de consommation de cette substance. Les données analysées ont été recueillies par l'enregistrement d'entretiens en face-à-face effectués sur les sites de TREND. La description des caractéristiques sociodémographiques des personnes rencontrées et de leur rapport à la consommation d'héroïne (fréquence d'usage, perception ou non de l'usage comme une contrainte, place de l'héroïne parmi les substances consommées) permet de cerner quatre profils de nouveaux consommateurs et de mettre en exergue leur spécificité. L'exposé des

pratiques de l'héroïne rend compte de l'examen des réseaux d'approvisionnement, du contexte de la première prise, des voies d'administration et des associations de substances. Enfin, la mise en valeur des représentations subjectives de l'héroïne chez ces jeunes consommateurs permet de mieux cerner le sens donné à ces nouvelles pratiques.

FONTAINE A.

Premiers résultats de la recherche exploratoire sur les usagers intégrés.

In : *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*, Rapport TREND 2002 (tome I), 2002, Paris, OFDT, p. 195-217.

Cette recherche porte sur les « usagers de drogues intégrés à un milieu professionnel », cette expression apparaît la plus représentative de la situation des personnes rencontrées, même si cette définition demande encore à être discutée et réfléchie. L'approche ethnographique qui privilégie le vécu et le discours des personnes concernées par l'étude a été retenue. L'usage de psychotropes illicites par des personnes intégrées à un milieu professionnel constitue un champ de recherche très récent en France. La définition la plus large donnée de cette population est la suivante : « Usagers ne fréquentant aucune structure de prise en charge sanitaire ou sociale ou non repérés par le dispositif d'application de la loi. » Elle ne prend pas en compte l'inscription de l'utilisateur dans un milieu professionnel.

AQUATIAS S.

Les consommations de produits psychoactifs en milieu festif rock.

In : *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*, Rapport TREND 2002 (tome I), 2002, Paris, OFDT, p. 219-233.

Les consommations de produits psychoactifs en milieu festif techno ont ramené l'attention des pouvoirs publics sur les événements musicaux en tant qu'espaces possibles de la consommation de produits psychoactifs. Or, si les chercheurs et les médias se sont beaucoup intéressés aux plus récents des mouvements musicaux, comme le rap ou la techno, l'un d'entre eux, le rock, est relativement délaissé. Alors même qu'il avait été associé, dans les années 1960 et 1970, de manière importante à la consommation de produits psychoactifs. Qu'en est-il aujourd'hui des consommations de produits psychoactifs en milieu festif rock ? L'étude présentée ici visait à répondre à cette question en faisant un tour d'horizon aussi complet que possible des différentes mouvances de la musique rock moderne. Les objectifs principaux étaient d'estimer les consommations de produits psychoactifs en milieu festif rock, de décrire les substances utilisées, les modalités et le contexte de consommation.

REYNAUD-MAURUPT C., REYNAUD J.

La consommation de Rohypnol® hors protocole médical, Trend, France, 2002.

In : *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*, Rapport TREND 2002 (tome I), 2002, Paris, OFDT, p. 235-248.

Ce texte présente des remarques exploratoires issues d'une étude qualitative en cours sur la consommation de Rohypnol® détourné de son usage thérapeutique. L'objectif de l'étude

est particulièrement lié à la restriction des modalités de délivrance de ce médicament, dont l'obtention ne peut désormais s'effectuer que par ordonnance sécurisée (Arrêtés du 1^{er} février 2001). Les données analysées ont été recueillies par l'enregistrement d'entretiens en face-à-face effectués sur les sites de TREND. Les principales caractéristiques des personnes qui font usage du Rohypnol® hors protocole médical sont décrites, ainsi que leurs pratiques de cette substance. La description étudie ensuite sur l'impact de la restriction des modalités de délivrance du Rohypnol® sur la vie quotidienne des personnes interrogées.

2004

REYNAUD-MAURUPT C., AKOKA S., CHAKER S.

Faisabilité d'une étude quantitative sur les pratiques des substances psychoactives dans l'espace festif « musiques électroniques » : compte rendu intermédiaire

In : *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003, Cinquième rapport national du dispositif TREND*, 2004, Saint-Denis, OFDT, p. 231-252.

L'objectif principal de cette recherche est de produire une méthodologie quantitative permettant de décrire les caractéristiques sociodémographiques et les pratiques des substances psychoactives des personnes qui fréquentent l'espace festif « musiques électroniques ». Pour tester la faisabilité d'une enquête de ce type, la capacité à récolter des données a été testée dans deux villes pilotes : Nice et Toulouse. Une cartographie de l'espace festif « musiques électroniques » a été réalisée à partir d'un recueil de données ethnographiques. Elle a permis de déterminer les lieux de l'enquête et les proportions de répondants recherchés au sein de chaque lieu.

THIRION X., SAILLARD C., MICALLEF J.

OPPIDIUM - Nouvelles tendances 2003

In : *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003, Cinquième rapport national du dispositif TREND*, 2004, Saint-Denis, OFDT, p. 253-261.

OPPIDIUM est une enquête d'observation et de surveillance multicentrique, réalisée par les Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) en relation avec l'Unité des stupéfiants et psychotropes de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Le recueil des données est effectué annuellement au mois d'octobre, sur une durée de quatre semaines.

L'objectif de l'enquête est de surveiller l'évolution de la consommation des substances psychoactives consommées par les sujets présentant une pharmacodépendance et d'évaluer le potentiel d'abus et de dépendance des médicaments. L'observation porte sur les produits illicites, les médicaments détournés de leur usage, mais aussi sur les produits de substitution.

2005

L'injection en France : les usagers, les pratiques, les produits et les représentations.

In : *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004, Sixième rapport national du dispositif TREND*, 2005, Saint-Denis, OFDT, p. 136-150.

De 1970 à 1995, en France, l'injection a été le mode dominant d'administration de certains produits illicites chez les usagers problématiques de drogues, notamment les produits

opiacés. À la suite de la découverte du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en 1983 et compte tenu de l'importance des contaminations chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), l'accessibilité au matériel d'injection se développe avec la libéralisation de la vente de seringues en pharmacie (1987), puis, cinq ans plus tard, le développement de programmes d'échange de seringues. Cette amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des matériels d'injection alliée, à partir de 1995, au développement des prises en charge thérapeutiques comprenant un traitement de substitution de l'héroïne (buprénorphine haut dosage et méthadone) vont bouleverser les comportements des usagers de drogues.

Dix ans après le démarrage du développement des traitements de substitution en France, ce chapitre du rapport tente de dépeindre la situation des personnes recourant à l'injection et de fournir quelques éléments sur les évolutions récentes.

Usagers nomades ou en errance urbaine et dispositifs spécialisés de première ligne ou de soin

In : *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004, Sixième rapport national du dispositif TREND*, 2005, Saint-Denis, OFDT, p. 151-166.

Depuis l'année 2002, un certain nombre d'observations convergentes de la part des sites participant au dispositif TREND fait état de la visibilité accrue d'une population jeune, nomade ou en situation d'errance, aux conditions de vie plus ou moins précaires, inscrite souvent dans des polyconsommations et recourant ponctuellement à des dispositifs sanitaires ou sociaux d'urgence. Ce phénomène commence à être rapporté par les observateurs de l'espace urbain, il y a trois ans environ, dans un contexte global marqué en France par l'augmentation du nombre des jeunes (20- 30 ans) en situation d'errance dont les populations qui nous intéressent dans cette étude ne constituent qu'un sous-groupe. Cette population possède la particularité de fréquenter, dans sa grande majorité, les deux espaces d'investigation du dispositif TREND à savoir l'espace urbain et l'espace festif et contribue à la porosité croissante des deux espaces, que ce soit en termes d'usage de produits psychotropes et de modes d'usages.

RAPPORTS ANNEXES

2003

REYNAUD-MAURUPT C., VERCHERE C.

Les nouveaux usages de l'héroïne, 2003, Paris, OFDT, 117 p.

La stigmatisation de l'héroïne comme « drogue du sida » et la médicalisation d'une grande part de ses consommateurs par la substitution à partir de 1996 a engendré un recul de sa pratique. Des observations de terrain effectuées en 2000 relèvent cependant la consommation d'héroïne chez de jeunes usagers de substances psychoactives, ainsi que la visibilité récente de consommateurs d'héroïne qui « chassent le dragon » (la fument sur de l'aluminium). Cette étude, menée de septembre 2001 à fin 2002, vise à décrire et mieux comprendre les nouveaux usages de l'héroïne, les processus sociaux et les représentations subjectives qui

les sous-tendent, ainsi que les caractéristiques sociologiques et sanitaires des consommateurs. Il convient d'aborder les résultats de manière dynamique, dans le cadre d'un environnement social en constante évolution.

COORDINATEURS LOCAUX DU RESEAU TREND

Observations locales des drogues. *Observations sur les usagers de drogues en 2002 dans douze sites en France. Rapports locaux du réseau des sites TREND*, 2003, Paris, OFDT, 468 p.

Depuis sa mise en place en 1999, le dispositif TREND s'appuie sur un réseau de 12 sites situés en France métropolitaine et outre-mer : Bordeaux, Dijon, l'Île-de-France (Paris, Seine-Saint-Denis), Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse, la Guyane, la Réunion et la Martinique. La rédaction des rapports de site est sous la responsabilité de chacun des coordinateurs de site. Une charte de rédaction et une structure communes ont été établies conjointement par les coordinateurs et l'OFDT. Toutefois, chaque site peut adapter le plan en fonction des problématiques locales. Il est important de rappeler que les collectes d'informations réalisées concernent généralement des populations de taille restreinte, particulièrement au niveau local. L'interprétation des phénomènes décrits dans les rapports de site doit donc se faire en prenant en compte les importantes limites méthodologiques liées à l'observation de phénomènes illicites et élusifs.

FONTAINE A., FONTANA C.

Drogues, activité professionnelle et vie privée. Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel, 2003, Paris, OFDT, 161 p.

Cette recherche est centrée sur les usagers de substances psychoactives (licites comme illicites), qui, en dépit de – ou « grâce à » – leur consommation, maintiennent durablement leur statut social et leur activité professionnelle.

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

Trois thèmes majeurs sont développés dans ce rapport : les modalités de consommations et les effets recherchés, l'articulation entre consommation de drogues, vie affective et activité professionnelle, et, enfin, la dimension sociale de la consommation.

BELLO P.Y. et al., *Emerging Drug phenomena, A European Manual on the Early Information Function for Emerging TREND Phenomena*, 2003, Paris, OFDT, 302 p.

Ce manuel bilingue anglais/français présente les principaux résultats d'un projet européen dont l'objectif est de développer un modèle commun de Fonction d'information précoce sur les Phénomènes émergents liés aux drogues. Cette fonction devrait permettre d'identifier et de comprendre plus rapidement les changements récents d'usage de drogues ou les nouvelles drogues, autant de phénomènes élusifs souvent peu visibles avec des systèmes de surveillance classiques.



2004

REYNAUD-MAURUPT C., AKOKA S., *Usages détournés de la kétamine en France 2001-2003 : « Ket-riding » ou les nouveaux voyages immobiles*, 2004, Saint-Denis, OFDT, 153 p.

Qui sont les usagers de kétamine ? Quelles sont les pratiques d'usage de ce produit ? Quelles sont les motivations des consommateurs ? Les effets recherchés et ressentis lors des prises ? Les fonctions du produit ? Les conséquences sociales et sanitaires de cet usage ? Comment les consommateurs perçoivent-ils la prise de risques ? Comment expliquer la diffusion grandissante de la kétamine, même si elle reste modérée, dans l'espace festif techno et certains groupes d'usagers de drogues ?

Cette recherche s'inscrit dans une démarche de sciences sociales appliquées, et s'appuie sur le croisement de méthodes quantitatives (questionnaires) et qualitatives (entretiens individuels et groupes focaux). Sur la base des connaissances produites, des stratégies spécifiques de prévention de l'usage nocif de kétamine, ainsi que de réduction des risques et des dommages, sont proposées.

ESCOTS S., FAHET G., *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage : investigation menée en France en 2002-2003*, 2004, Saint-Denis, OFDT, 115 p.

Différents travaux ayant rapporté l'existence croissante d'usages de buprénorphine haut dosage (BHD, Subutex®) par des personnes n'ayant jamais été dépendantes d'opiacés ou n'en ayant jamais consommé, l'OFDT a souhaité promouvoir une étude portant sur les usages non substitutifs de la BHD. Cette investigation a été menée en France entre octobre 2002 et juillet 2003, en interrogeant des usagers de drogues fréquentant des structures de première ligne et, d'autre part, à partir de l'analyse d'entretiens semi-directifs. Les résultats présentés dans ce rapport mettent en évidence l'usage de BHD dans une logique non substitutive chez les usagers très précarisés mais également dans des groupes plus larges. Le rapport fournit par ailleurs des éléments de compréhension sur les effets recherchés dans ces usages, les modes d'approvisionnement et d'administration avant d'aborder la question des dommages possibles et des problèmes sanitaires.

FONTAINE A., GANDILHON M., *Traitement médiatique de l'usage de drogues à travers 7 magazines (décembre 2000 - septembre 2003). Rapport sur la veille média du dispositif TREND*, 2004, Saint-Denis, OFDT, 127 p.

Afin de compléter son dispositif de collecte d'informations sur les tendances émergentes en matière d'usages de drogues illicites, le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT a mis en place une « veille media » centrée sur l'analyse du discours relatif à ces substances psychoactives dans différents magazines destinés aux jeunes adultes. Cette étude autour de l'évolution des représentations des drogues illicites en France porte sur une période de près de trois ans, entre décembre 2000 et septembre 2003.

Sept publications mensuelles ont été retenues. Quatre titres ont été analysés à partir de la fin de l'année 2000 : l'*Affiche* (hip hop, rap), *Max* (magazine masculin), *Têtu* (magazine gay) et *Technikart* (magazine artistique et branché) ; puis, en 2002, trois autres titres ont été ajoutés, *Coda* (musique techno), *DS* (magazine féminin) et *Trax* (musiques électroniques).

LAURINDO DA SILVA L., EVANGELISTA L. *La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution masculine*, 2004, Saint-Denis, OFDT, 149 p.

Ce rapport relatif à l'usage de drogues chez les prostitués masculins a été réalisé dans le cadre des investigations spécifiques du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT. Celles-ci sont destinées à apporter des connaissances portant sur des pratiques et des populations, relevant du champ de l'usage de drogues, encore peu ou mal connues. Ce travail vient donc apporter des éléments d'information sur les modalités de consommation de produits licites et licites au sein du milieu de la prostitution masculine (garçons et transgenres). L'étude a été réalisée en 2002, à Marseille et à Paris, auprès de 128 garçons et 124 transgenres à partir d'un certain nombre d'entretiens approfondis et surtout de questionnaires portant sur les caractéristiques sociodémographiques et sanitaires des personnes enquêtées ainsi que sur les modalités pratiques de leur activité et leur consommation de produits psychoactifs.

CAGLIERO S., LAGRANGE H. *La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine*, 2004, Saint-Denis, OFDT, 93 p.

Cette recherche sur la consommation de produits psychoactifs chez les femmes prostituées a été réalisée dans le cadre des investigations spécifiques du dispositif TREND de l'OFDT. Ces investigations sont destinées à accroître les connaissances sur des pratiques ou des populations, relevant du champ de l'usage de drogues, peu ou mal connues jusqu'alors. Ce travail vient donc apporter des éléments d'information sur les fréquences et les caractéristiques des usages de produits psychoactifs au sein de l'espace de la prostitution féminine. L'enquête a été réalisée en 2002, à Lille, Marseille et Paris, auprès d'un échantillon de 173 personnes à partir d'entretiens semi-directifs et de questionnaires portant sur les caractéristiques sociodémographiques et sanitaires des personnes interrogées, les modalités pratiques de leur activité et leur consommation de produits psychoactifs.

2005

BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., EVRARD I. *À propos du cannabis en France en 2004 : consommateurs réguliers, usages problématiques et caractéristiques du produit*, 2005, Saint-Denis, OFDT, 47 p.

Au cours de la dernière décennie, la France a connu une augmentation de la part de la population adulte française ayant consommé du cannabis.

Environ 850 000 personnes consommeraient du cannabis dix fois ou plus dans le mois (consommation régulière), dont 450 000 quotidiennement.

Le développement d'une consommation régulière parmi les adolescents et les jeunes adultes ainsi que les niveaux récemment atteints conduisent à s'interroger sur les modalités de consommation ainsi que sur les conséquences somatiques et psychiatriques de ces niveaux d'usage. Si une consommation ponctuelle peut entraîner des altérations cognitives, c'est le plus souvent parmi des consommateurs réguliers que vont être constatées des difficultés pouvant requérir une prise en charge.

BELLO P.-Y., REYNAUD-MAURUPT C., TOUFIK A., GANDILHON M., EVRARD I., RÉSEAU TREND

Usage de drogues dans l'espace festif en France : situation en 2004 et éléments d'évolutions récentes.

In : OFDT, 2005 *National report (2004 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. French version*, 2005, OFDT, Saint-Denis. p. 103-113.

Grâce au dispositif TREND, les consommations de produits psychoactifs qui se déroulent dans l'espace festif techno français sont observées et suivies depuis quelques années, des enquêtes qualitatives régulières viennent renforcer ce dispositif mis en place en 1999. Depuis la fin de l'année 2001, un cadre légal a été instauré pour l'organisation de rassemblements festifs, ce qui a eu des répercussions immédiates sur le type d'événements organisé, les lieux, les fréquentations et les produits consommés dans leur cadre. Les produits les plus consommés en milieu festif sont d'abord l'alcool et le tabac puis le cannabis ; parmi les produits illicites autres que le cannabis, l'usage de produits stimulants et d'hallucinogènes est en croissance au cours des dernières années.

2006

REYNAUD-MAURUPT C. *Usages contemporains de plantes et champignons hallucinogènes - Une enquête qualitative exploratoire conduite en France 2006*, Saint-Denis, OFDT, 160 p.

Ce rapport de recherche sur les plantes et les champignons hallucinogènes a été réalisé dans le cadre du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) [...]. Depuis un certain nombre d'années, les observations de terrain montrent un usage en pleine expansion de même qu'une diversification des substances relevant de cette famille de produits. Ce constat appelait une investigation plus approfondie permettant de comprendre les motivations des personnes qui ont recours aux plantes et aux champignons hallucinogènes. Pour ce faire, l'étude a adopté une approche qualitative fondée sur le recueil de trente entretiens auprès d'usagers ayant consommé, au moins six fois dans l'année précédant l'enquête, des plantes ou des champignons hallucinogènes.

CADET-TAÏROU A., TOUFIK A., GANDILHON M., MILHET M., BELLO P.-Y., TREND, Usage de cocaïne et de crack - prévalence, risques et réponses.

In : OFDT, 2006 *National report (2005 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. French version*, 2006, OFDT, Saint-Denis, p. 87-101.

Bien que repérée en France depuis le début du XX^e siècle, la cocaïne s'est caractérisée par son usage modéré, confiné à certaines catégories sociales bien particulières : aisées, milieux artistiques. Un accroissement sensible de la consommation a cependant pu être constaté à partir de la décennie 1990, et l'accès au produit est de plus en plus facile. Le crack a connu une diffusion concomitante mais son usage en métropole est restreint à une population plus marginalisée. Ces différences se traduisent par des modalités de prises en charges distinctes, par un personnel qui n'est pas toujours sensibilisé.

2007

CADET-TAÏROU A. *et al.*

Groupes de jeunes gens vulnérables

In : OFDT, 2007 *National report (2006 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. French version*, 2007, OFDT, Saint-Denis, p. 86-116.

L'attention de l'OEDT a été attirée depuis quelques années, au travers des différents rapports nationaux publiés, par le terme récurrent d'usages de drogues des populations dites jeunes et vulnérables. La principale difficulté de l'analyse réside dans la définition de cette notion de vulnérabilité, couvrant de nombreuses facettes et n'ayant pas fait l'objet d'une définition standardisée, chaque étude sur le sujet en posant plus ou moins librement ses propres limites. Qu'entend-on par vulnérabilité ?

REYNAUD-MAURUPT C., CHAKER S., CLAVERIE O., MONZEL M., MOREAU C., EVRARD I., CADET-TAÏROU A., *Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif «musiques électroniques»*, 2007, Saint-Denis, OFDT, 143 p.

Réalisée en 2004-2005 dans le cadre du dispositif TREND de l'OFDT, cette étude apporte pour la première fois en France des éléments quantitatifs représentatifs des usages de substances psychoactives dans cette population ainsi qu'une visibilité inédite sur les différents groupes sociaux qui la constituent. Elle met particulièrement l'accent sur les usages de cocaïne et d'ecstasy, leurs opinions sur ces substances ainsi que leurs conduites à risque.

2009

REYNAUD-MAURUPT C., *Les habitués du cannabis - une enquête qualitative auprès des usagers réguliers*, 2009, Saint-Denis, OFDT, 312 p.

Le rapport d'enquête qualitative « Les habitués du cannabis » a été conduit conjointement par l'OFDT et le Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS). À partir de l'analyse d'entretiens approfondis réalisés en face à face avec 70 usagers réguliers de cannabis, l'étude propose une description et une analyse des pratiques et des conséquences de l'usage régulier selon le discours des usagers eux-mêmes. L'objectif est de mieux comprendre la place du cannabis dans leur vie quotidienne, en se focalisant particulièrement sur les motivations de l'usage, les carrières de consommation, les stratégies de gestion de l'usage qui permettent de concilier la pratique avec leurs contraintes personnelles et sociales et leur perception des conséquences sociales et sanitaires de la pratique.

TENDANCES

Outre les numéros publiés chaque année pour offrir une synthèse des résultats de différents rapports nationaux, voici les références des Tendances reliés spécifiquement au dispositif TREND.

2000

COSTES J.M., « Tendances récentes sur les consommations de produits psychoactifs et la composition des drogues de synthèse », *Tendances*, 2000, n° 7, 4 p.

2001

BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., « Phénomènes émergents liés à l'usage de drogues », *Tendances*, 2001, n° 15, 4 p.

2002

BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., GIRAUDON I., « Phénomènes émergents liés à l'usage de drogues en 2001 », *Tendances*, 2002, n° 23, 4 p.

AQUATIAS S., « Les consommations de produits psychoactifs dans les milieux festifs de la culture rock », *Tendances*, 2002, n° 27, 4 p.

2003

BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., GIRAUDON I., BONNET N., « Tendances récentes et nouvelles drogues en 2002 », *Tendances*, 2003, n° 31, 4 p.

2004

BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., GIRAUDON I., « Tendances récentes et nouvelles drogues en 2003 », *Tendances*, 2004, n° 40, 4 p.

2005

GANDILHON M., BELLO P.Y., TOUFIK A., EVRARD I., « Tendances récentes et nouvelles drogues en France », *Tendances*, 2005, n° 45, 4 p.

2006

GANDILHON M., TAIROU-CADET A., TOUFIK A., EVRARD I., « Septième rapport national du dispositif TREND », *Tendances*, 2006, n° 52, 4 p.

2007

GANDILHON M., « Le petit trafic de cocaïne en France », *Tendances*, 2007, n° 53, 4 p. Résultats de l'étude de 150 procédures d'interpellations pour usage, usage-revente et trafic de cocaïne ainsi que des données collectées dans le cadre du dispositif TREND (2004-2005).

REYNAUD-MAURUPT C., CADET-TAÏROU A., « Substances psychoactives chez les amateurs de l'espace festif électro », *Tendances*, 2007, n° 56, 4 p.

Le besoin d'informations précises sur le niveau d'usage des substances psychoactives chez les amateurs de musique électronique a conduit l'OFDT à mettre en œuvre, entre 2003 et 2005, dans le cadre de son dispositif TREND une étude pour estimer la prévalence des usages de substances psychoactives dans le milieu festif dit « Électro », étude conduite dans cinq sites urbains (Toulouse, Nice, Bordeaux, Metz, Rennes).

2008

TAIROU-CADET A., GANDILHON M., TOUFIK A., EVRARD I., « Huitième rapport national du dispositif TREND », *Tendances*, 2006, n° 58, 4 p.

ARTICLES

2005

BELLO P.-Y., PLANCKE L., CAGNI G., DELILE J.-M., ESCOTS S., KEMPFER J., MERLE S., MIACHON C., MUSSO S., PFAUS G., POULINGUE G., ROMAIN O., TOUFIK A., VALLARD M., « Les usagers fréquents de cannabis, éléments descriptifs, France », 2004, *BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2005, n° 20, p. 89-91.

Le cannabis est le produit psychoactif illicite le plus expérimenté et le plus consommé en France. En 2003, parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, 4,2 millions en avaient consommé dans l'année et 850 000 au moins dix fois dans le mois. En 2002, cette consommation dix fois dans le mois est plus fréquente chez les 17 ans (6,8 % des filles et 17,7 % des garçons) que chez les 18-25 ans (6,3 %) et les 26-44 ans (1,3 %). Le développement d'un usage fréquent parmi les adolescents et les jeunes adultes ainsi que les niveaux récemment atteints amènent à s'interroger sur les modalités d'usage et les conséquences de l'usage de cannabis.

BELLO P.-Y., GIRAUDON I., PARENT M.-J., CAGNI G., DELILE J.-M., FRIGAUX H., MERLE S., PLANCKE L., VILLECHENOUX J.-M., YIM J.-P., « Composition et caractéristiques de cannabis collectés auprès d'usagers dans quatre sites en France », 2004, *BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2005, n°20, p. 91-92.

Le contenu des produits du cannabis (herbe, résine, huile), dont le principe actif est le delta-neuf-tétra-hydro-cannabinol (THC), est une question débattue en France et en Europe. Les seules données disponibles en France étaient, jusqu'à présent, celles issues des analyses réalisées sur des produits saisis par les forces de l'ordre. Fort de son expérience en matière de collecte d'ecstasy auprès d'usagers, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a réalisé un recueil expérimental de cannabis auprès de consommateurs, en principe détenteurs de produits ne faisant plus l'objet de transformations.

BELLO P.-Y., CAGNI G., PLANCKE L., *et al.*, « Consommation, état de santé et représentation chez les consommateurs réguliers de cannabis en France en 2004 », *Revue Toxicbase*, n° 19, p. 37-44.

2007

REYNAUD-MAURUPT C., BELLO P.-Y., AKOKA S., TOUFIK A., « Characteristics and behaviors of ketamine users in France in 2003 », *Journal of Psychoactive Drugs*, 2007, 39(1), p. 1-11.

The increase in recreational use of ketamine in France led to the carrying out of a survey aimed at depicting the sociological profiles of French ketamine users, their addictive behaviors, and the characteristics relevant to the use of the substance. This survey is based upon the analysis of 250 questionnaires, 24 semi-directive interviews, and two focus groups. Data was collected between July 2002 and June 2003 among individuals who had used ketamine at least once since January 1, 2001. The respondents were mostly males with a polydrug addiction, aged about 24, with little post-secondary education and no steady job. Ketamine was generally the last substance experimented with throughout their lifetime, as of the age of 22. The article reviews the frequency of ketamine use observed in the population surveyed, as well as the routes of administration, the quantities used, the circumstances of use, the sought-after effects and those experienced, and the risks perceived by the users themselves. The data collected provides working facts to allow for the development and implementation of policies for preventing the use and abuse of ketamine among vulnerable populations.

GIRAUDON I., BELLO P.Y., « Monitoring Ecstasy Content in France : Results from the National Surveillance System 1999-2004 », *Substance Use & Misuse*, 42, p 1532-1549.

2009

REYNAUD-MAURUPT C., CADET-TAÏROU A., ZOLL A., « The contemporary uses of hallucinogenic plants and mushrooms: a qualitative exploratory study carried out in France », *Substance Use and Misuse*, 44(11), p. 1519-1552.

This qualitative research implemented in France between 2004 and 2007 is based on 30 in-depth interviews carried out with individuals who consumed hallucinogenic plants or mushrooms at least six times during the year preceding the interview. The interviews were recorded, retranscribed, and an analysis of their content applied for the textual data. The study focuses on drug users and the meanings they attach to their drug use. These meanings involve three different representations of the drugs: « enchanting plants », « disorientation plants » and « visionary plants ».

Participations au dispositif TREND depuis 1999 ■

LES MEMBRES DU DISPOSITIF À L'OFDT

Pierre-Yves	Bello
Nicolas	Bonnet
Agnès	Cadet-Tairou
Matthieu	Chalumeau
Isabelle	Evrard
Michel	Gandilhon
Isabelle	Giraudon
Emmanuel	Lahaie
Valérie	Mouginot
Alice	Sarradet
Abdalla	Toufik
Laure	Vaissade

COLLÈGE SCIENTIFIQUE DE L'OFDT

Sylvain	Dally
Alain	Épelboin
Marc	Gény
Claude	Jacob
Antoine	Lazarus
Dominique	Pécheux
Bernard	Petit
Marc	Valleur
Vincent	Weiler



EXPERTS DE LA COMMISSION TREND

Jean-Pierre	Counil
Julien	Emmanuelli
Rodolphe	Ingold
Anne	Lovell
Claude	Orsel
Etienne	Matter
Jean-Marc	Priez
Christian	Sueur

COORDINATIONS DES SITES

Chantal	Amar	(Rennes)
Sylvain	Aquatias	(Paris)
Sylvie	Balteau	(Metz)
Gwenaëlle	Boscher	(Rennes)
Vanessa	Boudan	(Martinique)
Thibaut	Bouillie	(Toulouse)
Catherine	Bray-Tomassi	(Metz)
Marie-Pierre	Briand	(Rennes)
Agnès	Brissot	(La Réunion)
Gérard	Cagni	(Dijon)
Françoise	Cayla	(Toulouse)
Sabine	Chabert	(Dijon)
Florence	Chatot	(Marseille)
Sandrine	Chatenay	(Martinique)
Vanessa	Cornely	(Martinique)
Jean-Michel	Delile	(Bordeaux)
Annie	Duféal	(Martinique)
Richard	Edme	(Guyane)
Noëlle	Escaffre	(Marseille)
Serge	Escots	(Toulouse)
Georges,	Fahet	(Toulouse)
Estelle	Farissier	(Guyane)
Bernard	Fontaine	(Lille)
Nathalie	Fouchard	(Lille)
Cécile	Fourdan	(Rennes)
Dominique	Frey	(Metz)
Ophélie	Goeman	(Lille)
Isabelle	Grémy	(Paris)
Delphine	Gruaz	(Lyon)
François	Gualde	(Rennes)
Catherine	Guivernau	(Bordeaux)

Olivier	Guye	(Lyon)
Sandrine	Halfen	(Paris)
Emmanuelle	Hoareau	(Marseille)
Marie	Jauffret-Roustide	(Marseille)
Jimmy	Kempfer	(Paris)
Marie-George	Léonard	(Rennes)
Monique	Leroux	(Paris)
Samantha	Lopez	(Lille)
Romme	Mendès-Leite	(Lyon)
Catherine	Miachon	(Lyon)
Alexandra	Montero	(Toulouse)
Michel	Monzel	(Metz)
Philippe	Mougel	(Dijon)
Marie	Musset	(Toulouse)
Karyne	Nivor	(Martinique)
Pascal	Nogues	(Guyane)
Marie-Lise	Petit	(Rennes)
Grégory	Pfau	(Paris)
Karine	Pierre-Louis	(Martinique)
Laurent	Plancke	(Lille)
Guillaume	Poulingue	(Rennes)
Olivier	Romain	(Metz)
Anne-Cécile	Rahis	(Bordeaux)
Muriel	Roddier	(La Réunion)
Gaëlle	Sallé	(Lille)
Madiou	Sampil	(Lille)
Yvon	Schléret	(Metz)
Céline	Seignette	(Bordeaux)
Guillaume	Sudérie	(Toulouse)
Elisabeth	Suteau	(Toulouse)
Xavier	Thirion	(Marseille)
Monique	Vallart	(Guyane)
Sarah	Vernier	(Marseille)
Catherine	Vincelet	(Paris)
Etienne	Zurbach	(Marseille)

ENQUÊTEURS ET OBSERVATEURS DES ESPACES URBAIN ET FESTIF

Stéphane	Adam	(Dijon)
Toufik	Adohane	(Paris)
Alexandre	Agius	(Metz)
Marco	Arnaiz	(Guyane)
Danièle	Authier	(Lyon)

Julie	Balbuena	(Marseille)
Pierre	Barc	(Bordeaux)
Daniel	Barraud	(Marseille)
Eléonore	Bécat	(Bordeaux)
Olivier	Beckerich	(Guyane)
Ali	Benrezkala	(Marseille)
Vincent	Benso	(Paris)
Jean-Gabriel	Bionnet	(Lyon)
Etienne	Blin	(Rennes)
Nicolas	Bourguignon	(Bordeaux)
Vincent	Bourseul	(Paris)
Anthony	Bray	(Lyon)
Agnès	Brissot	(La Réunion)
Antoine	Bruno	(Marseille)
Richard S.	Bucknall	(Paris)
Martine	Burhig	(Lyon)
Aurore	Capeau	(Marseille)
Michel	Castagné	(Bordeaux)
Jean-François	Cauche	(Lille)
Benoît	Cauliez	(Lille)
Karl Heinz	Cerny	(Lille)
Marie	Cevaer	(Bordeaux)
David	Cézon	(Lille)
Saloua	Chaker	(Toulouse)
Leïla	Chala	(Paris)
Albert	Chang-A-Tong	(Guyane)
Pierre	Chappard	(Lyon)
Florence	Chatôt	(Marseille)
Olivier	Claverie	(Bordeaux)
Marie-Claire	Coëta	(Guyane)
Magguy	Coulouarn	(Rennes)
Yves-André	Chenay	(Cayenne)
Agnès	Creyemay	(Bordeaux)
Vincent	Croizé	(Lille)
Maxime	Crouzet	(Lille)
Benoît	Cuadrado	(Paris)
Ugo	D'Alessandro	(Lille)
Dominique	Daubagna	(Toulouse)
Peggy	Debaisieux	(Lille)
Vincent	Debierre	(Rennes)
Catherine	Debuire	(Lille)
Benoît	Delavault	(Paris)
Solen	Deligny	(Marseille)

Jean-Yves	Demaria	(Bordeaux)
Frédérique	Dérolez	(Lille)
Diabé	Diallo	(Paris)
Lucinda	Dos Santos	(Lyon)
Jessy	Ducreux	(Lille)
François	Dry	(Bordeaux)
Sophie	Felicetti	(Marseille)
Didier	Févrel	(Marseille)
Laurence	Finizio	(Marseille)
Olivier	Fiquet	(Bordeaux)
Claude	Fitte-Duval	(Martinique)
Sylvain	Fleurant	(Metz)
Alfredo	Flores-Fuentes	(Guyane)
Florence	Forgeot	(Lyon)
Méloody	Fourcault	(Dijon)
Charles	Galand	(Paris)
Sébastien	Gallet	(Dijon)
Laurence	Garcia	(Bordeaux)
Daniel	Garipuy	(Toulouse)
Camel	Gelloul	(Rennes)
David	Gentilini	(Bordeaux)
Laurence	Genty	(Lille)
Philippe	Géraud	(Lyon)
Lionel	Grand	(Dijon)
Daniel	Grenier	(Essonne)
Vincent	Guderzo	(Lille)
Jean-François	Guignard	(La Réunion)
Myène	Guillaume	(Rennes)
Xavier	Guillery	(Rennes)
Manuella	Hachet	(Nantes)
Mansour	Hamadi	(Marseille)
Karim	Hani	(Metz)
Jean	Harbonnier	(Lille)
Marie-Jeanne	Hardy-Dessources	(Martinique)
Yann	Hervieu	(Rennes)
Daniel	Hoararo	(La Réunion)
Martine	Hubert	(Metz)
Aurore	Hyde	(Lille)
Houssaine	Idali	(Lille)
Elliot	Imbert	(Paris)
Monique	Isambart	(Bagnole)
Catherine	Jourlin	(Lyon)
Medhi	Kara	(Lyon)



Catherine	Klein	(Guyane)
Céline	Labbé	(Lille)
Martine	Lacoste	(Toulouse)
Jean	Lagneau	(Lille)
Christian	Laine	(Bordeaux)
Abderrahim	Lahmer	(Paris)
Arno	Lamant	(Lille)
Sophie	Langlois	(Lille)
Yves	Lantheaume	(Bordeaux)
Jean-Michel	Lasagua	(Bordeaux)
Jérôme	Latrobe	(Paris)
Françoise	Launey	(Martinique)
Gaëlle	Laurent	(Lyon)
Maëla	Lebrun	(Rennes)
Marion	Ledin	(Dijon)
Mathieu	Legrand-Demarchelier	(Paris)
Chloé	Lenormand	(Paris)
Vanessa	Lesage	(Lyon)
Céline	Le Ven	(Toulouse)
Charlotte	Lion	(Lille)
Sandrine	Louiset	(Guyane)
Daniel	Louisy	(Guyane)
Carine	Magen	(Marseille)
Roland	Marie-Anne	(Martinique)
Yann	Margouille	(Toulouse)
Monique	Marien	(Lyon)
Julien	Marotel	(Dijon)
Laurent	Mazy	(Bordeaux)
Thierry	Mbaye	(Lille)
Jean-Paul	Méloni	(Metz)
Emilie	Michel	(Lille)
Françoise	Monchanin	(Lyon)
Alexandra	Montero	(Toulouse)
Cédric	Mortreuil	(Lyon)
Philippe	Muller	(Dijon)
Cédric	Mussle	(Metz)
Nikol	Nelzi	(Martinique)
Cécile	Ochem	(Toulouse)
Cyril	Olaizola	(Bordeaux)
Sylvain	Palaprat	(Toulouse)
Séverine	Papon	(Bordeaux)
Denis	Pedowska	(Paris)
Andres	Peredos	(Bordeaux)

Sabine	Petit	(Marseille)
Guillaume	Pfaus	(Paris)
Stéphanie	Pierre	(Toulouse)
Patrick	Piras	(Dijon)
Denis	Poisson	(Metz)
Perrine	Poulingue	(Rennes)
Sylvie	Priez	(Marseille)
Adrien	Quilici	(Lille)
Marguerite	Quilligan	(Lille)
Fabrice	Renouard	(Lille)
Sylvain	Revol	(Lyon)
Emmanuel	Richter	(Metz)
Jean-Michel	Romy	(Lille)
Cécile	Rougerie	(Paris)
Josiane	Sabatié	(Toulouse)
Francis	Saint-Dizier	(Toulouse)
Aurélie	Saladin	(Bordeaux)
Fabien	Sarniguet	(Toulouse)
Estelle	Sarrazin	(Lille)
Sigrid	Sauron	(Lyon)
Lionel	Sayag	(Paris)
Emmanuel	Scotto Di Cesare	(Bordeaux)
Alexandre	Schiavo	(Lille)
Laura	Schneider	(Paris)
Cécile	Seignette	(Bordeaux)
Raphaël	Seine	(Bordeaux)
Cédric	Sembeille	(Toulouse)
Arnaud	Solanet	(Paris)
Safia	Soltani	(Paris)
Malika	Tagounit	(Paris)
Bruno	Tanche	(Marseille)
Magali	Theuriet	(Dijon)
Marie	Thibaut	(Lille)
Arnaud	Timmereman	(Lille)
Mohamed	Toussirt	(Paris)
David	Tugerman	(Toulouse)
Elsa	Raczymow	(Toulouse)
Brahim	Ryachi	(Dijon)
Youssef	Saïdi	(Lille)
Claude	Veideilhie	(Rennes)
Rabia	Verri	(Lyon)
Alexandre	Vervacke	(Lille)
Hermine	Villarsin	(Martinique)

Sandrine	Vilfroy	(Lille)
Béatrice	Vivequin	(Lille)
Dominique	Wagner	(Paris)
Sylvain	Wallart	(Lille)
François-Xavier	Wittek	(Lille)
Delphine	Ygout	(Lille)
Edmond	Zdybal	(Metz)
Anne	Zoll	(Dijon)
Etienne	Zosime	(Lille)

Les partenaires SINTES

Jocelyne	Arditti	(CEIP)
Christine	Barbier	(DGS)
Patrick	Beauverie	(Médecins du Monde)
Fabrice	Besacier	(LPS)
Huguette	Chaudron	(LPS)
Danièle	Debruyn	(CEIP)
Samira	Djezzar	(CEIP)
Martine	Galliot-Guilley	(CEIP)
Josiane	Girard	(LPS)
Daniel	Ister	(Douanes)
Reynald	Le Boisselier	(CEIP)
Stéphane	Le Vu	(Médecins du Monde)
Joëlle	Micaellef	(CEIP)
Véronique	Nedellec	(Douanes)
Marie-José	Parent	(Douanes)
Martine	Perrin	(IRCGN)
Catherine	Saillard	(CEIP)
Valérie	Solbes	(Médecins du Monde)
Didier	Touzeau	(Liberté)

Les auteurs de rapports et d'investigations spécifiques

Stéphane	Akoka	(GRVS)
Sylvain	Aquatias	(RES)
Faroudja	Boutahra	(CHS le Vinatier)
Suzanne	Cagliero	(ALRS)
Serge	Escots	(Graphiti)
Georges	Fahet	(ORS/MIP)
Astrid	Fontaine	(RAS LAB)
Caroline	Fontana	(RAS LAB)
Sandrine	Fournier	(Graphiti)
Guillaume	Girard	(Orange bleue)
Hughes	Lagrange	(ALRS)

Dalva	Laurinh da Silva	(ADRESSE)
Sandy	Queudrus	(LAB RAS)
Catherine	Reynaud-Maurupt	(GRVS)
Jérôme	Reynaud	(GRVS)
Charles	Vallette-Vialard	(RAS LAB)
Céline	Verchère	(GRVS)
Renaud	Vischi	(RAS LAB)

ADULTÉRATION

Terme utilisé pour faire état de l'ajout intentionnel, à un produit donné, de substances non indiquées au consommateur. Ce terme est employé dans le cas particulier des produits illicites pour désigner les substances bon marché ajoutées, au moment de la coupe, au produit de base, le plus souvent dans le but d'augmenter le poids.

AMPHÉTAMINE, AMPHÉTAMINIQUES

Chef de file d'une famille de molécules (les amphétaminiques), l'amphétamine est le plus souvent appelée « speed ». Celle-ci se présente généralement sous forme de poudre essentiellement sniffée. Les autres amphétaminiques sont, entre autres, la méthamphétamine (ice, crystal, yaba...), la MDMA (méthylènedioxyméthamphétamine, 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 qu'en cas de syndrome d'hyperactivité de l'enfant (Ritaline®) et de narcolepsie chez l'adulte, uniquement par des spécialistes hospitaliers. La MDMA et la méthamphétamine sont classées comme stupéfiants en France.

BENZODIAZÉPINES (BZD)

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'elle est 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). Elles peuvent induire une tolérance.

BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE (BHD) / SUBUTEX® ET GÉNÉRIQUES

Molécule opiacée agoniste et antagoniste de la morphine disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) dans les traitements de substitution 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. En 2006 et 2007, deux formes génériques sont apparues (BHD Arrow® et BHD Merck® devenue en 2008 BHD Mylan®). 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.

CANNABIS

Plante herbacée de la famille des Cannabinacées. On distingue les variétés à fibres ou « textiles » et les variétés productrices de résine de type « drogue ». Ces dernières sont communément désignées sous le terme de chanvre indien. Dans son usage récréatif, la plante est utilisée pour la production de marijuana (herbe), de résine (haschisch) et d'huile de cannabis. La teneur en principe psychoactif (voir THC) de ces différentes formes varie selon les zones et les modes de production, les parties de la plante utilisées et les procédés de fabrication. Le plus souvent fumé sous forme de cigarette mais également dans une pipe, le cannabis peut être aussi consommé confectionné dans un gâteau ou en infusion. Ces modes de consommation restent néanmoins très marginaux en France. Classé comme stupéfiant.

CODÉINE

Médicament opiacé, dérivé synthétique de la morphine et utilisé comme analgésique soit seul (Dicodin®, Codenfan®) soit combiné à d'autres molécules (exemple : Codoliprane®), ou contre la toux à doses très faibles (exemple : Néo-Codion®). 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).

COFFEE SHOP

Désigne aux Pays-Bas un débit de boissons où l'on peut acheter et consommer légalement du cannabis – sous certaines conditions strictes, impliquant notamment de bannir toute publicité, de ne pas provoquer de nuisances, d'interdire la vente aux jeunes et de ne pas vendre d'alcool. Les coffee shop sont officiellement tolérés aux Pays-Bas depuis 1976, à la suite du Rapport Baan publié en 1972. Depuis une loi d'avril 1999, les maires peuvent fermer les coffee shop à cause de nuisances éventuelles ou d'infraction à la « Loi sur l'opium ».



CHAMPIGNONS HALLUCINOÈNES

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 (Hawaii, Colombie, Mexique...), d'autres poussent en France. Ils sont presque exclusivement utilisés par voie orale soit tels quels, 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.

CHLOROQUINE

Normalement prescrite comme traitement préventif ou curatif du paludisme, la spécialité Nivaquine®, dont la chloroquine est le principe actif, est parfois vendue comme faux ecstasy. La chloroquine est également un produit aduldérant des poudres ou comprimés vendus en milieu festif. Surdosée, elle peut produire des céphalées, une vision floue, des étourdissements, mais surtout des troubles cardiovasculaires aigus pouvant conduire à un arrêt cardiaque, des hallucinations et des délires. Délivrée sur prescription médicale.

COCAÏNE, CRACK, FREE BASE

Obtenus à partir de la feuille de coca (*Erythroxylum coca*), ces produits sont consommés pour leurs propriétés stimulantes physiques et psychiques. Ils induisent une dépendance psychique importante et sont neurotoxiques. Leur consommation chronique peut causer des troubles particuliers : accidents vasculaires cérébraux, infarctus, troubles psychiatriques. La cocaïne (blanche) correspond au sel acide (chlorhydrate). Elle se présente sous la forme d'une fine poudre blanche. Sa consommation est observée aujourd'hui aussi bien dans les milieux sociaux favorisés que marginalisés. Elle provoque une stimulation intellectuelle et physique puissante et immédiate mais n'entraîne pas de syndrome de sevrage physique marqué à l'arrêt comme le font les opiacés. La dépendance psychique peut être extrêmement forte. Le crack (ou free base) correspond au sel basique, obtenu après adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque à la cocaïne. Il se présente généralement sous forme de petits « cailloux » ou de « galettes » qui se consomment le plus souvent fumés (voie pulmonaire), tandis que la cocaïne est généralement vendue sous forme de poudre et se consomme le plus souvent en sniff (voie nasale). La consommation de crack ou free base induit une dépendance et une neurotoxicité plus rapide que celle de la cocaïne. Associés à l'alcool, ils entraînent la formation par l'organisme de coca éthy-lène, produit neurotoxique et hépatotoxique. Classés comme stupéfiants.

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. Produit non classé.

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 / MDMA (3,4-MÉTHYLÈNEDIOXYMÉTAMPHÉTAMINE)

La MDMA dite « ecstasy » est une substance de synthèse appartenant à la famille des amphétaminiques, qui se présente sous forme de comprimé, de poudre ou de petits cristaux. C'est un psychostimulant ayant des effets euphorisants et empathogènes, voire hallucinogènes. Comme tous les produits psychoactifs, elle peut provoquer un phénomène de décompensation psychique. La MDMA peut induire une dépendance psychique chez les consommateurs réguliers. La MDA et la MDEA sont d'autres molécules ayant des propriétés similaires. Classée comme stupéfiant.

FREE PARTIE

Rassemblement des adeptes de musique techno 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 entre 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.

GHB, GAMMA OH (GAMMA-HYDROXYBUTYRATE) / GBL (GAMMA BUTYROLACTONE)

Le GHB est un anesthésique humain se présentant sous la forme d'un liquide incolore et inodore, le GHB est un produit de synthèse détourné de son emploi pour ses propriétés anabolisantes, euphorisantes, dissociatives, aphrodisiaques et amnésiques (« drogue du viol »). Sa consommation induit une dépendance psychique forte, avec un effet de tolérance particulièrement marqué. Il existe un risque de coma par surdose, majoré si le GHB est absorbé avec de l'alcool ou des benzodiazépines. Classé comme stupéfiant.

Le GBL est, quant à lui, un solvant industriel, précurseur du GHB et métabolisé en GHB par l'organisme après absorption. Le GBL ne fait l'objet d'aucun classement juridique du fait d'une utilisation courante dans l'industrie.



HÉROÏNE

Dérivé de la morphine, elle-même dérivée de l'opium, l'héroïne se présente sous forme de poudre blanche (sel acide) ou marron (sel basique). Elle est consommée pour ses propriétés euphorisantes, relaxantes, « planantes ». Elle peut être injectée par voie intraveineuse, fumée ou sniffée. Provoquant un effet de dépression respiratoire, il existe un risque de coma voire de mort par arrêt cardio-respiratoire majeur en cas d'absorption importante (« surdose »), majoré en cas d'association avec de l'alcool ou des benzodiazépines. Son utilisation induit une très forte dépendance physique et psychique avec état de manque. Par ailleurs, la pratique de l'injection est une cause majeure d'infections (en particulier SIDA et hépatites) du fait des pratiques de partage du matériel d'injection. Classé comme stupéfiant.

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.

KÉTAMINE

Anesthésique humain et vétérinaire de structure chimique semblable au PCP et à la tilé-tamine, la kétamine est détournée de son emploi pour ses propriétés dissociatives. Il existe un risque de coma si l'absorption est importante, majoré en cas d'association avec l'alcool. Délivrée sur prescription médicale ou vétérinaire. Classée comme stupéfiant.

LSD (DIÉTHYLAMIDE DE L'ACIDE LYSERGIQUE)

Hallucinogène d'origine naturelle, obtenu dérivés de composés issus de l'ergot de seigle (parasite du seigle) provoquant des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle. Actif à très faible dose, Le LSD est ingéré sous forme de substance liquide vendue le plus souvent soit sous forme de papiers buvards imbibés soit de « micropointe » (goutte dans une enveloppe gastrosoluble qui rappelle une pointe de crayon) soit encore déposé sur de la gélatine destinée à être avalée (voie orale) mais aussi sous forme de poudre (micro pointes). Sa consommation peut occasionner crises de panique, angoisse, paranoïa et autres troubles psychiatriques (« bad trip »), de manière plus ou moins durable (effet de « flash-back »). Classé comme stupéfiant.

MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Médicaments dont l'effet recherché est de modifier l'état psychique.

Sont inscrites dans cette catégorie les classes de médicaments suivantes :

- les hypnotiques (ou somnifères) et les sédatifs, qui provoquent le sommeil ;
- les anxiolytiques (ou tranquillisants), utilisés pour lutter contre l'anxiété ;
- les antidépresseurs, prescrits dans les cas de dépressions ;
- les neuroleptiques (ou antipsychotiques), principalement utilisés pour le traitement des troubles psychotiques ;
- les thymorégulateurs (régulateurs de l'humeur)

MÉSUSAGE

Usage non conforme à une utilisation thérapeutique prévue.

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE MÉTHADONE)

Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, la méthadone est disponible sous forme de sirop et de comprimés (depuis 2008) et délivrée sur ordonnance sécurisée avec prescription limitée à sept jours. Elle est soumise à une prescription initiale par un médecin exerçant dans un centre de soin spécialisé en toxicomanie. Sa toxicité aiguë est supérieure à celle de la buprénorphine (risque de surdose). 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. Classé comme stupéfiant.

NOMADES (USAGERS NOMADES)

Population jeune, aux conditions de vie souvent précaires, polyconsommatrice, 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

OPIACÉS (MORPHINE / HÉROÏNE / CODÉINE)

Obtenus à partir de l'opium (produit d'origine naturelle issu du pavot – *papaver somniferum*), les opiacés se présentent sous des formes variées (poudre, comprimé, pâte). Ils possèdent des propriétés pharmacologiques communes pouvant être utilisées en thérapeutique : antalgique, anesthésique, antitussif (dépresseur respiratoire), ralentisseur du transit intestinal. Dans le cadre d'un usage détourné, les opiacés sont recherchés pour leurs effets euphorisants, relaxants, « planants ». Provoquant un effet de dépression respiratoire, il existe un risque de coma voire de mort par arrêt cardio-respiratoire en cas d'absorption importante (« surdose »), majoré en cas d'association avec de l'alcool ou des benzodiazépines. Leur utilisation induit une très forte dépendance physique et psychique avec état de manque. Par ailleurs, la pratique de l'injection est une cause majeure d'infection (en particulier SIDA et hépatites) du fait des pratiques de partage du matériel d'injection. Classés comme stupéfiant.

OPIUM

Suc épaissi obtenu par incision, avant la maturité du fruit, des capsules d'un pavot. L'opium a donné lieu au XIX^e 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, plus rarement ingéré (généralement pour une utilisation thérapeutique) ou prisé (pour la poudre d'opium).

POLYCONSUMMATION

Désigne le fait de consommer au moins deux produits psychoactifs. En général, on parle de polyconsommation pour un niveau d'usage donné : par exemple, polyexpérimentation ou polyconsommation répétée.

POPPERS

Préparation conditionnée à l'état liquide ayant pour principe actif des nitrites aliphatiques (nitrites d'amyle, de butyle, de propyle, de pentyle), les poppers sont utilisés pour leurs propriétés vasodilatatrices qui favoriseraient l'activité sexuelle (augmentation de la durée de l'érection, amplification des sensations orgasmiques, retard à l'éjaculation) et pour la légère euphorie avec accélération du rythme cardiaque qu'ils provoquent pendant une durée très courte lorsqu'ils sont inhalés. 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), ont été interdits par un décret publié au JO en mars 2007, lequel a été annulé par le Conseil d'État en mai 2009.

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.

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 (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.

RABLA

Nom parfois donné à l'héroïne.

SALVIA DIVINORUM

Produit d'origine naturelle, la salvinorine A est le principe actif de la *Salvia divinorum* (Sauge divine), dont les feuilles sont le plus souvent fumées, mais aussi parfois ingérées ou inhalées. Elle provoque des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle. Sa consommation peut occasionner crises de panique, angoisses, paranoïa et autres troubles psychiatriques de manière plus ou moins durable. En vente libre.

SCÈNE OUVERTE DE LA 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.

SOLVANTS

Ce terme désigne une gamme de produits de synthèse variés : colles, solvants, détachants, vernis, dérivés du pétrole, etc. Inhalés, ces produits provoquent des distorsions auditives et visuelles. Les principes actifs les plus connus sont l'éther, le trichloréthylène et l'acétone. Fortement neurotoxiques, les solvants sont utilisés de manière détournée par les adolescents le plus souvent, car ils sont d'accès facile et de prix très bas. En vente libre.

STIMULANTS (OU PSYCHOANALEPTIQUES)

Produits 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.

STUPÉFIANTS (PRODUITS OU SUBSTANCES)

Substances inscrites 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.

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 autorisation des pouvoirs publics. Un teknival (festival techno) peut durer jusqu'à sept jours et rassembler de cinq à quinze mille personnes.

THC (couramment utilisé pour Δ 9-THC)

Delta-9-tétrahydrocannabinol, principal principe actif du cannabis, responsable de ses effets psychotropes. C'est un cannabinoïde lipophile qui peut aussi être utilisé à des fins médicales.

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 stopper 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. En France, 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.

Sigles ■

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AME	Aide médicale d'État
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AMPTA	Association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions
ASUD	Auto support des usagers de drogues
BHD	Buprénorphine haut dosage
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAST	Cannabis abuse screening test
CEID	Comité d'études et d'informations sur les drogues
CEIP	Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CIRC	Collectif d'information et de recherche cannabique
CIRDD	Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances
CMU	Couverture médicale universelle
CMSEA	Comité mosellan de sauvegarde des enfants et des adolescents
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
COPAST	Coordination parisienne des soins aux toxicodépendants
CSST	Centre de soins spécialisés pour toxicomanes
DGS	Direction générale de la santé
DHZ	Drogenhilfzentrum
DOM	Département d'outre-mer
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
GBL	Gamma-butyrolactone

GHB	Gamma-hydroxybutyrate
GRVS	Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour 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 national de veille sanitaire
IRCGN	Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale
IREP	Institut de recherche épidémiologique en pharmacodépendance
LIRESS	Laboratoire d'intervention et de recherche en sciences sociales
LPS	Laboratoire de la police scientifique
LSD	Diéthylamide de l'acide lysergique
MDMA	3,4-Méthylènedioxymétamphétamine (ecstasy)
MILDТ	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MSO	Médicament de substitution aux opiacés
OСRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
ОPPIDUM	Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse (CEIP)
ORS	Observatoire régional de santé
PES	Programme d'échanges de seringues
PRELUD	Première ligne Usagers de drogues (enquête OFDT)
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge
RESSCOM	Recherches et évaluation sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires
RMI	Revenu minimum d'insertion
SEDAP	Société d'entraide et d'action psychologique
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances
TAZ	Temporary Autonomic Zone
THC	Delta-9-tétrahydrocannabinol (principe actif du cannabis)
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

À propos de l'OFDT ■

Créé en 1993, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) est un groupement d'intérêt public en charge de l'observation du phénomène des drogues et des toxicomanies en France et de ses conséquences. À partir des informations qu'il produit et synthétise, l'OFDT renseigne et documente de multiples questions relatives aux substances psychoactives (licites et illicites) et aux dépendances : Qui consomme et comment ? Quels produits ? Quels dommages sanitaires et sociaux les usages occasionnent-ils ? Quelles sont les opinions et les perceptions sur les drogues ?

Depuis 2007, l'OFDT travaille également sur la thématique du jeu pathologique.

Comment fonctionne-t-il ?

Le Conseil d'administration de l'OFDT regroupe des représentants de l'État, c'est-à-dire la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et les différents ministères concernés par la lutte contre les drogues et les toxicomanies, ainsi que des personnes morales de droit public et privé. Le CA est présidé par Frédéric Rouillon et vice-présidé par Étienne Apaire, président de la MILDT. Le financement de l'OFDT est assuré par des crédits interministériels en provenance de la MILDT et par des crédits européens.

L'Observatoire appuie son action sur un Collège scientifique, présidé par Sylvain Dally, et composé de représentants des principaux organismes producteurs de données ainsi que de personnalités nommées à titre personnel. Ces personnalités ont des compétences reconnues dans les domaines entrant dans les missions de l'OFDT. L'équipe de l'Observatoire est composée de spécialistes et de chercheurs issus de différentes disciplines : démographie, économie, médecine, épidémiologie, sociologie, statistique...

Production, analyse, synthèse et valorisation des connaissances

L'OFDT joue aujourd'hui un rôle incontournable dans le recueil, l'analyse, la synthèse et la valorisation des connaissances en matière de drogues en France. Il permet ainsi aux pouvoirs publics de mieux anticiper les évolutions et les éclairer dans leur prise de décision. Les informations scientifiquement validées sont également mises à la disposition des professionnels et des citoyens.



L'OFDT est l'un des vingt-neuf relais nationaux (États membres, Norvège et Commission européenne) de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), agence de l'Union européenne basée à Lisbonne, qui a pour mission de fournir des informations objectives, fiables et comparables au niveau européen sur le phénomène des drogues et des toxicomanies et leurs conséquences (www.emcdda.europa.eu/).

Les travaux d'études et de recherches de l'OFDT sont valorisés par des publications ou des mises en ligne sur Internet. Il s'agit notamment de ses grandes enquêtes menées auprès de la population française (ESCAPAD, EROPP), de sa collaboration au volet addictions du Baromètre santé de l'INPES et de son état annuel des évolutions constatées parmi les populations d'usagers, sur la base d'un dispositif national de surveillance (TREND).

L'OFDT édite *Tendances*, une lettre mettant à la disposition des décideurs, chercheurs et professionnels les connaissances les plus récentes dans le domaine des drogues et des toxicomanies. Par ailleurs, les principales données chiffrées disponibles sont régulièrement réactualisées dans le document de synthèse *Drogues, Chiffres clés*. Ces publications et l'ensemble des travaux de l'OFDT sont accessibles sur son site www.ofdt.fr et sur le portail public www.drogues.gouv.fr

**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

Citation recommandée

COSTES J-M. (Dir.), *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 - Vus au travers du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 192 p.

Quelles ont été au cours des dix dernières années les principales **transformations** du paysage des **drogues illicites** en France ? Quelles évolutions a-t-on pu observer concernant les produits, les modalités d'usage et les populations concernées ?

Pour apporter des éléments de réponses, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies revient sur les **données qualitatives et quantitatives** recueillies et analysées par le dispositif **Tendances récentes et nouvelles drogues** (TREND). Créé en 1999 par l'OFDT, TREND est en effet centré sur les populations particulièrement consommatrices de produits illicites et sur les phénomènes émergents liés à ces usages.

Les informations fournies par l'ensemble des **sites locaux** de TREND (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse en 2010), le **système d'identification national des toxiques et des substances** (SINTES) et les nombreuses investigations spécifiques permettent de revenir sur ces grandes **mutations**.

À travers douze chapitres, cet ouvrage de **synthèse** décrit les principaux changements intervenus dans l'espace urbain (structures de première ligne, rue, squats...) et l'espace festif techno.

Comme la trentaine de rapports d'ores et déjà produits au sein du dispositif TREND, cette publication a pour ambition **d'éclairer** les différents acteurs du champ (pouvoirs publics et professionnels) dans leurs prises de décisions et d'informer l'ensemble des citoyens.

cocaïne crack ghb **paris** cannabis crack ecstasy
bordeaux substitution cannabis cocaïne ghb
crack héroïne mdma **marseille** ghb cocaïne
metz crack cocaïne **opiacés** kétamine **rennes**
mdma crack ghb **martinique** cocaïne kétamine
toulouse ecstasy **stimulants** héroïne cannabis
cocaïne **guyane** cannabis lsd crack **lille** mdma