

# **DROGUES ET USAGES DE DROGUES EN FRANCE**

## **ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES RÉCENTES 2007-2009**

**Neuvième édition du rapport national  
du dispositif TREND**

---

**Agnès Cadet-Taïrou  
Michel Gandilhon  
Emmanuel Lahaie  
Matthieu Chalumeau  
Anaëlle Coquelin  
Abdalla Toufik**

# SOMMAIRE

CONTRIBUTIONS	5
AVANT-PROPOS	11
GUIDE DE LECTURE	12
ORGANISATION ET MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF TREND	14
<b>APPROCHE TRANSVERSALE</b>	<b>21</b>
<b>ESPACES ET POPULATIONS</b>	<b>22</b>
ESPACE URBAIN	23
ESPACE FESTIF	31
<b>MODES D'USAGE</b>	<b>41</b>
L'INJECTION	41
SNIFF ET AUTRES MODES D'USAGE	47
<b>SANTÉ DES USAGERS</b>	<b>50</b>
MORBIDITÉ GÉNÉRALE	50
INFECTIONS VIRALES, HÉPATITES ET SIDA	54
SURDOSES	67
<b>ESPACES, POPULATIONS ET PRATIQUES, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007</b>	<b>70</b>
<b>TRAFIC DE PROXIMITÉ</b>	<b>77</b>
<b>TRAFIC DE PROXIMITÉ, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007</b>	<b>83</b>

<b>APPROCHE PAR PRODUIT</b>	<b>90</b>
<b>LES OPIACÉS</b>	<b>91</b>
<b>L'HÉROÏNE</b>	<b>93</b>
LA SITUATION	94
PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007	106
À SIGNALER	112
<b>LES PRODUITS DE SUBSTITUTION DÉTOURNÉS DE LEUR USAGE</b>	<b>114</b>
<b>LA BHD</b>	<b>119</b>
LA SITUATION	119
PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007	131
À SIGNALER	134
<b>LA MÉTHADONE</b>	<b>137</b>
LA SITUATION	137
PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007	143
À SIGNALER	144
<b>LE SULFATE DE MORPHINE</b>	<b>146</b>
LA SITUATION	147
PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007	152
<b>LA CODÉINE</b>	<b>153</b>
<b>L'OPIUM, LE RACHACHA ET LES AUTRES OPIACÉS</b>	<b>155</b>
<b>LES STIMULANTS</b>	<b>159</b>
<b>LA COCAÏNE ET LE CRACK</b>	<b>160</b>
LA SITUATION	162
PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007	178
À SIGNALER	180
<b>L'ECSTASY (MDMA)</b>	<b>181</b>
LA SITUATION	182
PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007	187
<b>L'AMPHÉTAMINE ET LA MÉTHAMPHÉTAMINE</b>	<b>188</b>
LA SITUATION	189
PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007	192

<b>LES AUTRES STIMULANTS EN CIRCULATION</b>	<b>193</b>
STIMULANTS SYNTHÉTIQUES	193
STIMULANTS NATURELS	194
<b>LES HALLUCINOGENÈS</b>	<b>196</b>
<b>LES HALLUCINOGENÈS NATURELS</b>	<b>197</b>
LA SITUATION	198
PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007	207
À SIGNALER	207
<b>LES HALLUCINOGENÈS SYNTHÉTIQUES</b>	<b>209</b>
LE LSD	209
LA KÉTAMINE	215
LE GHB / GBL	222
LE 2C-B	227
PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007	228
À SIGNALER	231
<b>LES SOLVANTS</b>	<b>232</b>
LES POPPERS	233
<b>LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES NON OPIACÉS DÉTOURNÉS DE LEUR USAGE</b>	<b>237</b>
LA SITUATION	239
PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007	243
À SIGNALER	245
<b>ANNEXES</b>	
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>247</b>
<b>GLOSSAIRE</b>	<b>254</b>
<b>LISTE DES SIGLES</b>	<b>268</b>
<b>SYNTHÈSE : ÉLÉMENTS MARQUANTS 2007-2008 ET PREMIÈRES OBSERVATIONS 2009</b>	<b>270</b>

## **CONTRIBUTIONS**

---

### **Directeur de publication**

Jean-Michel Costes, directeur de l'OFDT

### **Responsable du projet**

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

### **Rédaction du rapport et analyse de données**

Agnès Cadet Tairou

Michel Gandilhon, chargé d'étude, OFDT

Emmanuel Lahaie, chargé d'étude, OFDT

Matthieu Chalumeau, chargé d'étude, OFDT

Anaëlle Coquelin, chargé d'étude, OFDT

Abdalla Toufik, responsable du pôle International, OFDT

### **Remerciements**

#### ***Secrétariat TREND/SINTES***

Valérie Mougnot

#### ***Relecture du rapport***

Julie-Emilie Adès, OFDT

Tiphaine Canarelli, OFDT

Hélène Martineau, OFDT

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

Frédérique Million, OFDT

## **Réseau TREND-Sintes en 2007 et 2008**

### **Bordeaux**

#### *Coordination TREND et Sintes*

Jean-Michel Delile, coordinateur

Anne-Cécile Rahis, coordinatrice

#### *Enquêteurs*

Agnès Creyemey (CEID/TREND SINTES), Marion Gabe (Association Autrement), Florent Gros (Association Autrement), Jean-Hugues Morales (CEID).

### **Lille**

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

Laurent Plancke, CSST Le Cèdre Bleu

#### *Enquêteurs*

Delphine Ygout, Charlotte Lion, Laurent Plancke, Sylvain Wallart

#### *Autres collecteurs Sintes*

Peggy Debaisieux, Youssef Saïdi, Sandrine Vilfroy

Observateurs 2008 : Zosime Etienne, Fabrice Renouard

### **Marseille**

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

Etienne Zurbach, coordinateur, CIRDD PACA, AMPTA

Emmanuelle Hoareau, co-coordinatrice,

Sarah Vernier, co-coordinatrice (de janv. à juillet 2007), chargée d'observation CIRDD PACA

Coopération scientifique : Professeur Xavier Thirion, Laboratoire de santé Publique, Catherine Reynaud (GRVS)

#### *Enquêteurs*

Emmanuelle Hoareau (GRVS), Sylvie Priez (AMPTA),

Camille Grimaud (GRVS/ TREND/ SINTES) en 2008

Alexandra Consiglio (SINTES), Sarah Vernier (SINTES) Nicolas Giorni (Entractes Nice, SINTES) Karim Bekkar (SINTES), Mélodie Picard (SINTES) Hans Gadelius (SINTES)

## **Metz**

### **Coordination TREND et SINTES**

Olivier Romain (Directeur du CSST Les Wads , responsable Trend)

Sylvie Balteau (Les Wads, référent médical Trend / Sintes)

Dominique Frey (CMSEA – Service « En Amont », coordinateur Trend)

Fabienne Bailly Lefort (Les Wads – Service « En Amont », référente 2008 des groupes de professionnels Trend)

Catherine Bray- Tomassi, (service « En Amont » - C.S.S.T. « Les Wads », référente 2007 des groupes de professionnels Trend)

Michel Monzel (CMSEA – Service « En Amont », référent du réseau ethnographique Trend)

Yvon Schléret (Directeur de l'ORSAS-Lorraine, accompagnement méthodologique et rédacteur final)

### *Enquêteurs*

Aurélien De Marne (Equipe de prévention spécialisée du Conseil général 54-TREND/Sintes).

Sylvain Fleurant (CMSEA/Trend Sintes), Philippe Haffner (CSST La Croisée/TREND Sintes),

Michel Monzel (CMSEA/Trend Sintes) ;

Observations : Corinne Gilomini et Adrien Herter (Délégation Aides 57), Camille Muller (Eklectic Sound Culture, Nadia Cerise CAARRUD La Boutique L'Echange, Marius Renaud CAARRUD CMSEA, Hemdaoui Samira, Association « Ni pute, Ni soumise », Nicolas Reuter (CMSEA - Service « En Amont »)

## **Paris**

### **Coordination TREND**

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

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

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

### *Coordination SINTES-Observation*

Nicolas Bonnet (Apothicom puis Hôpital sans tabac à partir de juin 2008)

Enquêteurs

Charles Galand (coordinateur TREND espace festif 2007), Grégory Pfau (coordinateur

TREND espace festif 2008 ), Guillaume Pfau (coordinateur espace urbain, 2007, SINTES),

Gabriela Valeira (coordinateur TREND espace urbain, 2008),

### *Collecteurs SINTES*

Nicolas Bonnet, Vincent Benso, Astrid Decroix, François Diot, Max Fity

Marianne Goldfarb, Sebastien Henot ,Jimmy kempfer, Jean-Jack Le Bacquer, Mathieu

Legrand-Demarchelier, Jacques Mallet, Denis Pedowska, Pascal Perez, Cyril Pitaval,

Brahim Riyachi , Lionel Sayag .

## **Rennes**

### **Coordination**

Chantal Amar (Directrice du CIRDD, Coordinatrice du dispositif TREND-SINTES – Bretagne)  
Guillaume Girard (Co-Coordinateur TREND-SINTES – Bretagne)  
Gwenaëlle Boscher (Co-Coordinatrice TREND-SINTES – Bretagne)  
Soutien de Françoise Gualde (CIRDD), Marie-George Léonard (CIRDD), Gwenaël Carvou, (CIRDD)

### *Enquêteurs*

Mylène Guillaume (Enquêtrice, responsable d'observation en milieu urbain TREND)  
Maud Derouard (Enquêteur, responsable d'observation en milieu festif TREND)  
Nicolas Matenot (Enquêteur, responsable d'observation en milieu festif TREND)

## **Toulouse**

### **Coordination**

Guillaume Sudérie, coordonnateur

### *Enquêteurs*

Natacha Baboulène, Sandrine Fournier, Serge Escots, Céline Le Ven, Fabien Sarniguet,  
Elsa Raczymow, Édith Saurat, Stéphane Forget et Lisa Boudet-Valette

## **Autres participants SINTES**

### **Dijon 2007**

#### **Coordination**

Gérard Cagni

#### *Enquêteurs*

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

#### *Coordination*

Catherine Miachon

#### *Enquêteurs*

Christine Deris, Jo-Marie Collars, Joseph Villemagne, Florence Forgeot, Dominique Meunier, Observation 2008 : Jean-François Gicquel

## **Laboratoires d'analyses toxicologiques**

### ***AP de Marseille : laboratoire de toxicologie de l'hôpital Salvator (CEIP CAP)***

Jocelyne Arditti, responsable scientifique  
Hubert Bourdon

### ***CHU de Caen : laboratoire de pharmacologie (CEIP)***

Danièle Debruyne, responsable scientifique  
Reynald Le Boisselier

### ***Douanes : laboratoire interrégional des douanes de Paris***

Marie-José Parent, responsable scientifique  
Catherine Rossi

### ***Laboratoire de Toxicologie et génopathies du CHRU de Lille***

Luc Humbert, chef de service

### ***Gendarmerie : laboratoire de l'IRCGN***

Martine Perrin, chef de laboratoire

### ***Police : laboratoire de la police scientifique de Lyon***

Thierry Soto, chef de service  
Fabrice Besacier  
Laurence Dusourdy

## **Autres collaborations**

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

### ***Investigations spécifiques***

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

## **Partenariats institutionnels**

### ***AFSSAPS, Unité stupéfiants et le réseau des CEIP***

Nathalie Richard et les pharmacologues du réseau des CEIP

### ***OCRTIS***

Marc Géný

Remerciements à tous les usagers de drogues aux professionnels ayant partagé de l'information ou participé aux enquêtes ou encore impliqués dans les différents groupes focaux « sanitaires », « répressifs » ou « usagers ».

Remerciements à l'ensemble des personnels des CAARUD pour leur participation à l'enquête ENa-CAARUD et pour les informations délivrées dans le cadre des questions qualitatives des rapports Asa-CAARUD ainsi qu'aux usagers des CAARUD.

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

## AVANT-PROPOS

---

*Pour la neuvième fois, ce rapport présente les principaux résultats issus du fonctionnement du dispositif TREND pendant les années 2007 et 2008, éclairés par les premières observations portant sur 2009.*

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

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

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

## GUIDE DE LECTURE

Le rapport se structure autour de deux grandes parties :

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

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

Les pages concernées par ces « phénomènes marquants » sont clairement identifiables par un fond bleu et peuvent être lues isolément.

En dépit des efforts réalisés pour éviter de développer plusieurs fois les mêmes observations, les deux approches, transversale et par produit, se recoupent et certains phénomènes peuvent être plusieurs fois abordés. De la même manière, compte tenu des polyusages, certaines informations concernant des groupes d'usagers de produits peuvent apparaître quelque peu redondantes. Il arrive également que les parties « Phénomènes marquants » reprennent certaines informations délivrées par les parties descriptives de la situation. Ces redites sont cependant inévitables dans la mesure où chaque partie est conçue pour pouvoir être lue isolément.

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

- une courte introduction présentant la substance ;
- un encadré « Données de cadrage », fournissant les données quantitatives plus générales disponibles (usages en population générale, activité des services répressifs...);
- un point « La situation » rendant compte de la situation générale et des tendances de fond ;
- un point « Phénomènes marquants depuis 2007 », qui fait état des évolutions remarquables observées entre 2007 et une partie de 2009. En cas d'absence d'évolution marquante, ce sous-chapitre n'apparaît pas.
- un dernier point intitulé « A signaler » clôt certains chapitres. Il rend compte d'éléments jugés plus ponctuels survenus au cours de cette période.

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

# ORGANISATION ET MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF TREND

## **L'OBJET DE L'OBSERVATION**

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

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

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

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

## **LES ESPACES D'INVESTIGATION**

Dans les différents sites du dispositif TREND, les deux espaces principaux d'observation sont l'espace urbain et l'espace festif techno. 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 utilisateurs de drogues. Le choix de ces deux espaces en par-

ticulier 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.

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 drogue) 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.

En 2007, a été ouvert au sein de l'espace festif, un sous-espace d'observation, limité à Paris et à Toulouse : l'espace festif gay ou « le milieu du clubbing homosexuel ». Les populations qui fréquentent cet espace ont des prévalences de consommation de drogues relativement importantes par rapport à la population générale du même âge [1-2]. Si une part de cet usage de drogues se distingue peu de celui des usagers festifs « techno » tout venant, il existe des types d'usage qui s'en distinguent, par les intentionnalités d'usage, par le choix de certains produits et les circonstances de leur utilisation. À travers les établissements dit *gay friendly* (non réservés aux gays mais où ils y jouent un rôle prépondérants dans l'orientation des tendances), certains usages peuvent être repris par des groupes plus larges de personnes familières des psychotropes. Ce phénomène a d'ailleurs été vérifié par deux fois depuis le démarrage de l'observation sur cet espace à travers la diffusion de la consommation des poppers d'une part et du GHB/GBL d'autre part.

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

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 voir au-delà de ces derniers, en suivant les groupes qui y transitent (et plus pratiquement en interrogeant les observateurs-clés qui peuvent suivre les usagers en dehors des espaces d'observation défini ainsi que les usagers eux-mêmes) : espaces privés, banlieues et zones péri-urbaines, zones d'approvisionnement etc. Pour autant, ces zones ne sont pas investiguées avec les mêmes moyens et les informations apportées sont plus floues.

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

## **LE DISPOSITIF**

Le dispositif TREND est principalement structuré autour d'un réseau de sept coordinations locales dotées d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information. Elles sont implantées en 2007 et 2008 à Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse. Ces coordinations mettent en œuvre les outils d'observation continue et participent aux enquêtes et investigations spécifiques coordonnées par l'OFDT.

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

Le dispositif s'appuie sur :

- des outils de recueil continu d'informations qualitatives mis en œuvre par le réseau de coordinations locales ;
- le dispositif SINTES (Système d'identification national des toxiques et des substances), système d'observation orienté vers l'étude de la composition toxicologique des produits illicites. L'ensemble des sites TREND fait partie du réseau SINTES auquel il faut ajouter Dijon et Lyon en 2007 et 2008 ;
- des enquêtes quantitatives récurrentes, notamment PRELUD (Première ligne usagers de drogues), réalisées auprès des usagers des structures de première ligne devenues CAARUD en 2006. Cette enquête, menée en 2006, 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 ». Elles n'ont pas fait l'objet d'une publication spécifique mais sont présentes dans le rapport TREND précédent. Par ailleurs, depuis 2006, une nouvelle enquête biannuelle, pour laquelle tous les usagers des CAARUD ont été interrogés une semaine donnée est menée par l'OFDT à la demande de la Direction générale de la santé, ENa-CAARUD [3].
- des investigations thématiques qualitatives pour approfondir un sujet (par exemple les usagers errants et les nomades, l'injection en milieu festif, etc.) ;
- et l'utilisation des résultats de systèmes d'information partenaires à savoir :
  - l'enquête OPPIDUM (Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse) des CEIP (Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance), réseau dépendant de l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) : description annuelle des usagers

essentiellement de CSST (Centres spécialisés de soins pour les toxicomanes) principalement et de leurs usages de substances psychoactives [4];

- Le dispositif d'information RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) de l'OFDT, recueil annuel visant à l'exhaustivité, d'informations concernant les usages et les prises en charge de chaque usager reçu dans un CSST ou un CCAA (Centre de cure ambulatoire en alcoologie) ou par une équipe de liaison hospitalière [5].

- le système d'information DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances) des CEIP, outil de recueil des décès liés à l'abus de substances ou de médicaments psychotropes signalés par les différents laboratoires partenaires réalisant des analyses toxicologiques dans le cadre médico-légal. 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 [6].

- les enquêtes sur les usages de drogues en population générale : le Baromètre Santé (INPES/ OFDT) et l'enquête ESCAPAD (OFDT) [7-8] ;

- les données de l'OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants) qui portent sur les statistiques d'activité des services du respect de la loi et sur les décès par surdose [9].

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

Chaque site fournit :

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

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

## **LES OUTILS DE COLLECTE MIS EN ŒUVRE LOCALEMENT**

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

Les observations de type ethnographique sont réalisées dans les espaces urbain et festif techno par des enquêteurs familiers du terrain. Ils s'intéressent particulièrement à la consommation de produits psychoactifs et aux phénomènes qui lui sont associés (préparation, vente, sociabilités spécifiques). Ces observateurs sont recru-

tés par le coordinateur local. Chacun est tenu de transmettre chaque mois ses observations. Trois notes de synthèse par espace sont rédigées au cours d'une année. Chaque note de synthèse repose sur les éléments issus d'un minimum de neuf comptes rendus d'observateurs.

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

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

- les groupes focaux sanitaires, qui rassemblent des professionnels investis dans la prise en charge sanitaire non exclusive d'usagers de drogues (addictologues, psychiatre, urgentiste, infirmière, généraliste, infectiologue...);
- les groupes focaux répressifs, qui réunissent des professionnels de l'application de la loi amenés à rencontrer fréquemment des usagers de drogues (police, douanes, justice...);
- des groupes focaux composés d'usagers ou d'ex-usagers impliqués dans des groupes d'auto-support. Les participants sont réunis pour une séance de travail de quelques heures. L'animateur et un assistant sont chargés d'animer la séance tout en orientant la discussion vers les thèmes privilégiés du groupe focal.

## **LES ÉTUDES OU LES INVESTIGATIONS SPÉCIFIQUES**

Des études particulières<sup>1</sup> peuvent être entreprises pour éclairer des zones d'ombre ou des points problématiques.

C'est notamment le cas d'une étude quantitative sur les usages en milieu festif parue en 2007, d'une étude qualitative sur les usagers de plantes hallucinogènes, d'investigation qualitative et quantitative sur les usagers fréquents de cannabis, d'une étude sur le micro-traffic de cocaïne, etc. Au cours des années précédentes

---

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

ont été réalisés, par exemple, des travaux spécifiques, sur les usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage, sur les usagers de kétamine, sur les consommations dans les milieux de la prostitution, etc.

Des thématiques sont également régulièrement approfondies à l'aide des outils habituels du réseau, tels que les « nouveau migrants » en 2006 ou les pratiques d'injection en milieu festif (2007-2008).

## **LE DISPOSITIF 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 [10] :

- 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 (Observatoire européens des drogues et des toxicomanies) 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 synthèse<sup>2</sup>. L'objectif est d'apporter une meilleure connaissance du contenu toxicologique des produits qui circulent et d'identifier rapidement tous les nouveaux produits psychoactifs apparaissant sur le marché illicite en France.

Il se divise en deux volets :

■ **un volet « Observation »** qui propose annuellement un éclairage sur la composition d'un produit illicite particulier<sup>3</sup>. 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 fait la demande à l'OFDT<sup>4</sup>. 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).

---

2. 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.

3. 2006 : cocaïne ; 2007-08 : héroïne ; 2009 : produits de synthèses

4. Soit directement soit via la coordination de la région (12 régions possèdent une coordination régionale).

# **APPROCHE TRANSVERSALE**

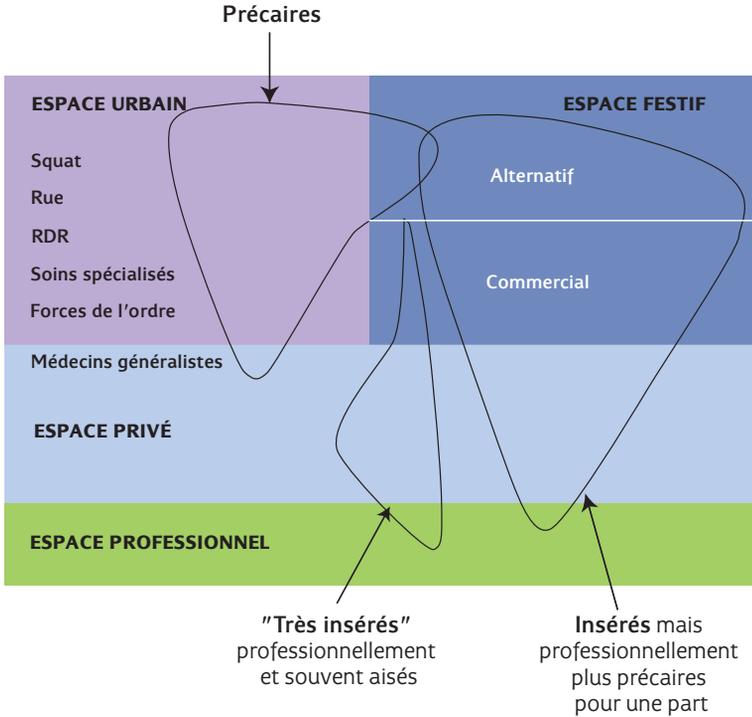
## ESPACES ET POPULATIONS

---

Les espaces urbain et festif techno auxquels a été adjoint l'espace festif gay en 2007, constituent les deux grands domaines d'observation des populations et des usages de drogues du dispositif TREND. A ces deux espaces correspondent, le plus souvent, des populations d'utilisateurs différentes auxquelles sont attachées des perceptions, des expériences des drogues et des pratiques distinctes. Cependant, l'apparition depuis le début des années 2000, d'une population « errante » qui transite dans ces deux espaces d'une part et l'entrée dans la dépendance de certains usagers ayant débuté leurs consommations de drogues dans l'espace festif tend progressivement à rendre plus floues leurs frontières et leurs spécificités.

De plus, on observe depuis plusieurs années, une tendance à la diffusion de l'usage de plusieurs substances à des sphères de plus en plus larges de la société. Ce point constituait déjà une des tendances marquantes du rapport portant sur les données 2006. Après la diffusion de l'usage de la cocaïne au-delà des « élites » qui en usaient jusqu'alors, toutes les couches socio-économiques de la société apparaissent maintenant susceptibles d'en consommer, particulièrement en cas de fréquentation des espaces festifs techno et apparentés. Dès 2006, le phénomène semblait se reproduire avec les opiacés. La tendance ne s'est pas démentie à ce jour mais son extension demeure bien moindre que celle de l'usage de cocaïne. Ainsi, par exemple, des usages d'héroïne chez des personnes parfaitement insérées dans la société et le monde du travail de même qu'en milieu rural, sont observés. Enfin, le micro trafic et l'achat sur Internet, entraînent actuellement une diffusion géographique de la disponibilité des drogues qui participe à une dispersion plus importante des usages. Toutefois, les espaces observés par TREND restent actuellement les champs où l'on peut repérer les tendances les plus récentes, notamment en termes d'usage de drogues illicites.

**Graphique 1 - Espaces d'usage et/ou d'observation des principales populations d'usagers réguliers de drogues**



RDR : Structures de réduction des risques (CAARUD)

Source : Données qualitatives TREND / OFDT

## ESPACE URBAIN

L'espace urbain, défini par TREND, correspond principalement aux lieux où transitent les usagers de drogues (UD) dans les centres urbains des grandes agglomérations, lieux de vie, de rassemblement, d'accueil, de soins, d'activité ou de trafic. Il recouvre essentiellement le dispositif des structures de première ligne, boutiques et PES (Programme d'échanges de seringues) dénommés maintenant CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues) et des lieux plus ou moins ouverts (rue, squat, gares, abords des CAARUD et des centres de soins etc.). 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. Cependant ces zones sont également traversées par des usagers de drogues plus insérés socialement (travail, revenus, logement), notamment lorsqu'elles sont le théâtre de trafic.

## Description générale des usagers

Sur un plan quantitatif, les données utilisées pour décrire les usagers les plus engagés dans l'usage de drogues sont celles issues des enquêtes menées dans les structures d'accueil et de réduction des risques (CAARUD). Les usagers qui fréquentent ces structures, même si une part d'entre eux est par ailleurs suivie par un dispositif de soins, s'inscrivent encore souvent davantage dans leur parcours toxicomaniaques que dans une logique de soins. Les CAARUD reçoivent ainsi des populations, dans l'ensemble plus polyusagères et plus précaires que celles rencontrées dans les dispositifs de soins. Pour autant, ces données ne suffisent pas à décrire l'ensemble des usagers de drogues qui transitent dans l'espace urbain. Echappent par définition à ce système d'information quantitatif les usagers de drogues qui ne fréquentent pas les CAARUD.

Il faut ainsi noter dans ces données, une probable sous représentation des plus jeunes, jeunes errants en quête d'affiliation alternative ou non, ou *travellers* issus de l'espace festif, accompagnés de chiens, qui utilisent ces structures de manières plus occasionnelle que d'autres usagers. Les usagers de drogues les mieux insérés fréquentent quant à eux encore plus rarement les CAARUD.

### Des usagers plutôt précarisés

Selon l'étude ENACAARUD 2008, les usagers de drogues qui fréquentent les structures de réduction des risques en milieu urbain sont en moyenne relativement âgés (34,1 ans). La moitié (48,8 %) d'entre eux a au moins 35 ans et les moins de 25 ans représentent 18,2 % de l'ensemble [11].

Il s'agit d'une population très majoritairement masculine (78,3 %). La part des femmes est plus importante chez les plus jeunes [Tableau 1]. Ainsi, si seuls 14,4 % des hommes ont moins de 25 ans, les femmes sont 31,8 % à être dans ce cas [11].

Plus de la moitié des personnes rencontrées vivent seules (55,6 %) et 18,9 % en couple, les autres vivent avec des amis, des parents ou seuls avec leurs enfants. Les femmes vivent moins souvent seules que les hommes mais davantage en couple ou encore seules avec leurs enfants (1,2 % vs 9,9 %). Parmi elles, 68 % n'ont pas d'enfant et 20 % en ont un [11].

**Tableau 1 - Répartition des sexes en fonction des classes d'âge chez les usagers des structures de première ligne, 2008**

	Hommes	Femmes
< 25 ans (N=569)	62,0 %	38,0 %
De 25 à 34 ans (N=1033)	77,0 %	23,0 %
> 34 ans (N=1527)	85,1 %	14,9 %
Total (N=3129)	78,3 %	21,7 %

Source : ENACAARUD 2008, OFDT/ DGS

Les usagers qui fréquentent en 2008 les structures de réduction des risques en milieu urbain présentent une vulnérabilité sociale importante [11].

■ Parmi eux, la moitié (49,3 %) connaît des conditions de logement instables : 60 % d'entre eux sont sans domicile fixe ou vivent en squat, tandis que les autres disposent d'un mode de logement provisoire<sup>5</sup>.

■ Près du quart dispose d'un salaire ou d'allocations de chômage (21,8 %). Plus de la moitié (51,7 %) perçoivent un revenu social : le RMI (Revenu minimum d'insertion) 35,2 % ou une allocation adulte handicapé (13,9 %). Enfin un autre quart ne dispose d'aucun revenu licite (mendicité, ressources illégales, prostitution) tandis que 1,1 % seulement sont aidés par la famille ou des tiers. L'étude PRELUD 2006 montrait en outre que la structure des ressources différait fortement selon le groupe d'âge considéré. On observait en effet que plus de la moitié des moins de 25 ans n'avait aucun revenu légal [12].

■ Dans l'ensemble, seuls 4,6 % des usagers des structures de première ligne n'ont aucune couverture sociale<sup>6</sup>, 2,9 % bénéficient de l'AME (Aide médicale d'état). La moitié (50,2 % des UD qui fréquentent les CAARUD) sont affiliés à l'assurance Maladie par le biais de la CMU (Couverture maladie universelle).

■ Sur le plan des acquis scolaires, 23,4 % d'entre eux seulement ont atteint le niveau du bac (avec ou sans l'examen). La plus grande partie (63,6 %) dispose d'un diplôme professionnel du secondaire (CAP, BEP) ou n'a pas été au-delà du collège.

■ La grande majorité dispose de papiers d'identité valides (français ou étrangers). Cependant 11,0 % se trouvent sans papiers d'identité. Parmi eux, la moitié se trouve en France illégalement, l'autre moitié a égaré ou s'est fait voler ses documents d'identité.

En outre, les usagers qui fréquentent les CARRUD ont de fréquents contacts avec le dispositif répressif. En 2008, 17,4 % d'entre eux ont connu au moins un épisode d'incarcération dans l'année proportion identique à celle relevée en 2006. Un homme sur cinq est concerné (19,9 %) alors que seules 8,7 % des femmes ont été incarcérées [11].

Selon les témoignages des acteurs socio-sanitaires, les processus de prises en charge psycho-sociale ou sanitaire sont fréquemment interrompus par ces épisodes judiciaires.

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

Les produits les plus fréquemment consommés par les 3 129 usagers interrogés dans les structures de première ligne en 2008 [Tableau 2] demeurent le cannabis et l'alcool [11].

---

5. Disponible pour une durée inférieure à 6 mois

6. Ni assurance maladie, ni aide médicale d'état.

Un tiers des usagers rencontrés a pris de l'héroïne au cours du mois précédent mais l'opiacé le plus consommé reste la BHD (buprénorphine haut dosage). En 2006, parmi les usagers qui en avaient pris au cours du mois précédent, seule la moitié disait l'avoir utilisée uniquement dans un but thérapeutique<sup>7</sup> [12]. En 2008, parmi les usagers récents de BHD, les trois quarts disent la recevoir en traitement de substitution. La BHD est également le produit consommé le plus régulièrement par ses usagers dont les trois quarts en prennent quotidiennement.

L'usage de cocaïne sous forme chlorhydrate (poudre) ou sous forme basée concerne presque un usager des CAARUD sur deux (45,7 %). Concernant l'usage du crack (cocaïne achetée sous sa forme basée), la donnée nationale masque un écart important entre Île de France et province puisque sa prévalence d'usage y est respectivement égale à 43,4 % et 4,9 %.

Les consommations de MDMA, d'amphétamine et d'hallucinogènes parmi les usagers des structures de première ligne restent principalement le fait de ceux qui fréquentent également le milieu festif techno (à l'exception de certains hallucinogènes naturels).

**Tableau 2 - Prévalence des consommations au cours du dernier mois, parmi les usagers des CAARUD, N=3132, 2008**

	<b>Usagers récents (mois précédent)</b>	<b>Part des usagers quotidiens parmi les usagers récents</b>
Cannabis	71,6 %	53,5 %
Alcool	62,7 %	48,7 %
BHD	40,3 %	74,2 %
Héroïne	29,3 %	20,0 %
Méthadone	26,3 %	68,7 %
Sulfates de morphine	14,8 %	38,6 %
Cocaïne poudre / free base	36,3 %	9,5 %
Crack	16,6 %	25,1 %
Amphétamine	14,1 %	3,4 %
Ecstasy	10,6 %	0,6 %
Benzodiazépines	27,9 %	56,9 %
Plantes et champignons hallucinogènes,	8,6 %	3,9 %
LSD	10,8 %	3,3 %
Kétamine	7,4 %	4,7 %

**Sources : EnaCAARUD, 2008, OFDT/ DGS**

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

L'étude PRELUD 2006, menée également dans les structures de première ligne, avait par ailleurs montré un profil de consommation particulier des usagers fréquentant à la fois les CAARUD et l'espace festif alternatif. En moyenne plus jeunes, ils apparaissaient plus vulnérables sur le plan social. Leurs usages s'inscrivaient davantage dans un cadre collectif. Ils consommaient en moyenne presque deux fois plus de produits différents au cours d'un mois (hors tabac, alcool et cannabis) que les autres usagers et utilisaient autant les substances appartenant plutôt à la sphère de l'espace festif (MDMA, amphétamine, cocaïne, champignons hallucinogènes) que celles caractéristiques de l'espace urbain (héroïne, BHD, sulfates de morphine, etc.). Enfin, ils concentraient les pratiques d'injection de MDMA et d'amphétamine [12].

Interrogés en 2008 sur **le produit qui leur pose le plus de problèmes**, les usagers citent en premier lieu un opiacé (43,5 %), au premier rang desquels la BHD (21,6 %), l'héroïne n'étant citée que par 12,6 % d'entre eux.

L'alcool est cité par près d'un usager sur cinq (18,7 %).

Parmi les stimulants qui constituent les produits les plus problématiques pour 16,1 % des usagers interrogés, la cocaïne (7,7 %) et le crack (7,7 %) sont essentiellement concernés [11].

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

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

### **Les anciens héroïnomanes sous substitution**

Ces personnes sont en général assez âgées par rapport à l'ensemble des usagers de drogues (de 35 à plus de 40 ans). Elles constituent, si l'on peut dire, la population « traditionnelle » des centres de soins spécialisés. Parmi elles, les situations du point de vue de l'insertion sociale sont variées : certaines ayant pu réintégrer une vie sociale « normalisée » tandis qu'un certain nombre, n'ayant pas encore stabilisé leur parcours addictif, ont pu développer des co-dépendances. Chez ces dernières, l'alcool est particulièrement présent, mais également, depuis quelques années, la cocaïne, parfois injectée ou consommée sous forme de free base. L'héroïne et la cocaïne sont, en fonction des possibilités financières, également consommées sous forme d'« extra » pour casser la monotonie d'un traitement de substitution régulier. Cette population est également fortement consommatrice de benzodiazépines, dans un cadre thérapeutique ou non. Une part de ces personnes continue de pratiquer l'injection, soit pour tenter de retrouver un effet « flash », soit en raison d'une dépendance au « rituel » accompagnant cette pratique.

## Les précaires à forte morbidité psychiatrique

Certains usagers, décrits dans plusieurs sites, se caractérisent par une forte morbidité psychiatrique, qui constitue pour eux le problème majeur [12]. Ces usagers, âgés d'environ 30-40 ans, sont en règle polyusagers (« imprégnés de toutes sortes de produits ») avec un profil de consommation de « pauvres ». Ils consomment de grandes quantités de médicaments (BHD, benzodiazépines...), associés à de fortes consommations d'alcool. C'est dans ce groupe que l'on peut observer les usagers d'Artane®, notamment à Marseille, et des consommations importantes de sulfates de morphine détournés, notamment à Paris. Ces usagers en situation d'extrême précarité semblent rejetés des structures psychiatriques. Leur suivi par les structures de soins dédiées aux usagers de drogues s'avère également très difficile. La prescription des traitements médicamenteux nécessaires pose notamment de délicats problèmes.

Une part des « précaires » est constituée d'injecteurs, injectant tout produit disponible [13]. D'autres plus jeunes (20-30 ans) ne pratiqueraient ni injections ni sniff mais associeraient les médicaments avec de grandes quantités d'alcool.

## Les jeunes en errance

À côté des populations relativement âgées sont décrits depuis plusieurs années des usagers beaucoup plus jeunes et plus désinsérés ou en voie de le devenir, évoluant pour certains aux marges des milieux techno alternatifs et fréquentant les structures de réduction des risques des centres urbains. En général, la plupart de ces jeunes se retrouve entraînée dans un processus de « désaffiliation » après avoir quitté une institution ou suite à une rupture familiale [14-15] [16]. Le rapport de Metz observe ainsi en 2008, comment des adolescents et des jeunes majeurs placés en institutions sociales (foyer de l'enfance, maison de l'enfant à caractère social) et souvent en fugue de ces institutions entretiennent des liens avec les « jeunes en errance » et consomment déjà divers produits (BHD, héroïne, kétamine...) [17].

La plupart des jeunes en errance vit en squat ou chez des amis. « *Beaucoup ne dorment pas au même endroit d'une semaine sur l'autre* » constatent certains intervenants du champ.

Une part d'entre eux est également visible dans l'espace festif alternatif (population appelée « les satellites ») à la recherche d'affiliation alternative. Parfois confondus avec les *travellers* avec lesquels certains cherchent à s'identifier, leur mobilité est en fait assez réduite, se limitant à des déplacements centrés sur une agglomération. Leurs déambulations sont opportunistes et s'effectuent en fonction des besoins liés à la survie et selon la disponibilité des produits<sup>8</sup>. Contrairement aux groupes de *travellers* souvent plus âgés et maîtrisant davantage un parcours choisi,

---

8. On trouvera une description qualitative de ces usagers et de leurs usages dans le rapport du dispositif TREND : Bello, P., et al., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. 6ème rapport national du dispositif TREND. 2005, Saint-Denis: OFDT. 176. <http://www.ofdt.fr>

ni leurs modes de vie, ni leurs usages ne sont sous-tendus par des revendications contre culturelles. Ils se déplacent souvent en groupe, accompagnés de chiens. Les plus âgés peuvent adopter un look punk.

D'autres sont tout simplement des jeunes en situation d'exclusion suite à des ruptures biographique (départ volontaire ou forcé du domicile familial) et n'affichent aucune recherche d'affiliation festive. Une part significative d'entre eux serait mineure [13, 16-17]. Les ressources sont issues de la mendicité, éventuellement de petits vols et de la prostitution plus ou moins occasionnellement [16].

Si cette population est masculine dans une large proportion, la part des femmes semble croître depuis 2005. À des degrés variables selon les agglomérations, une féminisation des populations désaffiliées est constatée par les observateurs, notamment parmi les plus jeunes (18-22 ans). Dans cette population féminine, la grande précarité sociale peut mener à la prostitution ainsi qu'à une escalade très rapide vers des comportements à fort risque (injection). La population des moins de 25 ans enquêtée dans le cadre de l'étude ENACAARUD est féminine à 38,0 %, soit une proportion plus importante que dans les populations plus âgées (18,1 % de femmes chez les 25 ans et plus) [11].

Les consommations de substances psychotropes sont d'abord celles attachées au milieu festif : ecstasy, cocaïne, hallucinogènes, naturels ou non (salvia, cactus, champignon, datura, kétamine). Il n'en demeure pas moins que l'on retrouve dans ces populations des consommations plus spécifiques de l'espace urbain. Ainsi, à Paris, dans les milieux proches des punks et des *travellers*, les détournements de BHD et de sulfates de morphine semblent répandus, de même que les usages de crack. Un autre élément à prendre en compte est la fréquence du polyusage, les mélanges se faisant en fonction des opportunités, ce qui donne un caractère particulièrement anarchique aux consommations dans ce milieu. Il faut mentionner également la fréquence de l'abus d'alcool<sup>9</sup> [12].

L'injection, conservant son image négative, a longtemps eu la réputation d'être peu pratiquée parmi ces jeunes usagers du fait de leur proximité avec le milieu festif. Toutefois depuis plusieurs années un passage plus fréquent à cette pratique surtout avec l'avancée en âge est noté.

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

Leur cohabitation avec les autres usagers des structures de réduction des risques ou de soins, lorsqu'ils les fréquentent, est conflictuelle (déplacements en groupe, présence de chiens, etc.). La particularité des moins de 25 ans, par rapport aux per-

---

9. Leur profil d'usage peut être approché sur un plan quantitatif par celui des moins de 25 ans sans domicile fixe, rencontrés dans les CAARUD dont on peut trouver une description dans le rapport TREND : Cadet-Tairou, A., et al., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND. 2008, OFDT: Saint-Denis. p. 189. <http://www.ofdt.fr>

sonnes plus âgés, serait une réticence encore plus importante au contact avec les professionnels du soin ou de la réduction des risques, dont ils ne fréquentent les structures que pour répondre à des besoins de première nécessité. La présence de chiens accroît en outre, les difficultés de prise en charge par les structures [18]. De plus, leur mobilité empêche tout travail dans la durée.

Les témoignages de nombreux intervenants de CAARUD lesquels évoquent notamment un « rajeunissement » des usagers rencontrés, tendent à confirmer l'idée que ce groupe est actuellement en extension [18-19].

### **Les nouveaux migrants**

Un autre groupe, essentiellement urbain, est constitué d'usagers de drogues également très précarisés, principalement en provenance des pays d'Europe de l'est et du Caucase, mais également de Chine ou d'Afrique saharienne et sub-saharienne<sup>10</sup>. Chacune de ces populations a une histoire et des pratiques qui lui sont propres. Néanmoins, la plupart de ces usagers auraient débuté leurs consommations dans le pays d'origine.

En région parisienne, la plupart des usagers issus de l'Europe de l'Est et du Caucase vivent dans des squats collectifs. Cette population majoritairement masculine est hétérogène et présente plusieurs profils différents, notamment selon les nationalités d'origine [20]. Leurs conditions de vie les apparentent aux usagers les plus désocialisés. Les pratiques rapportées depuis plusieurs années - injections d'opiacés, notamment de sulfates de morphine, de benzodiazépines, notamment de Valium®, et surtout ingestion de quantités massives d'alcool - s'ajoutent à des difficultés de socialisation (y compris vis-à-vis des autres usagers de drogues) et d'accès aux soins qui en font une population aux besoins spécifiques particulièrement difficile à prendre en charge.

Les personnes originaires d'Asie, essentiellement présentes à Paris, seraient majoritairement issues de la province chinoise du Wenzhou. Ces migrants sont fortement intégrés et liés à leur communauté d'appartenance par le travail, en général clandestin, par lequel, le plus souvent, ils remboursent leur dette vis-à-vis des organisateurs de la filière de passage [20]. Ils consommeraient de l'héroïne exclusivement, plutôt en « chassant le dragon ».

Les usagers de drogues émigrés récemment du Maghreb présentent sur le plan sociodémographique et du point de vue des produits consommés des similitudes avec les usagers d'Europe de l'Est. Pour autant, ils s'en différencient par un faible recours à l'injection, par la protection offerte par les communautés d'origine contre la grande précarité et par leur proximité culturelle avec la France et la langue française, ils apparaissent donc moins exclus des prises en charges socio-sanitaires [20].

---

10. Des informations plus approfondies sont disponibles dans la note : Gandilhon, M., *Nouvelles populations migrantes et addictions*. 2010, à paraître, OFDT: Saint-Denis. <http://www.ofdt.fr>

### **Les usagers de drogue issus des quartiers dits « sensibles »**

Enfin, on peut maintenant identifier, à défaut de disposer d'informations suffisamment précises, « les usagers de drogues issus des quartiers sensibles » [13, 17, 21]. Ces quartiers dits sensibles, autrement appelés « cités », se situent plutôt à la périphérie de Paris (« banlieues ») s'agissant de l'Île de France et dans les quartiers populaires des autres métropoles régionales. Les usagers de ces quartiers où sont le plus souvent implantés les réseaux de trafic (de cannabis en premier lieu), sont souvent impliqués eux-mêmes dans ces trafics. Leur consommation sont surtout centrées sur l'alcool et le cannabis, mais se tournent maintenant vers la cocaïne que certains réseaux ont ajoutée à leur palette de produits [9] [voir aussi chapitre sur la cocaïne]. Lorsqu'ils sont installés dans des consommations problématiques, ils semblent n'avoir que très peu de liens avec le dispositif spécialisé de prise en charge.

### **ESPACE FESTIF**

L'espace festif techno regroupe l'espace festif alternatif (free parties, rave parties, teknivals) et l'espace festif commercial (bar et clubs programmant de la musique techno, discothèques, etc.).

Ces espaces sont des lieux de consommation, plus ou moins selon leur cadre et les personnes qui les fréquentent, mais ils constituent également des lieux pour approcher des populations qui peuvent consommer ailleurs.

Les manifestations festives alternatives se structurent autour d'un ou plusieurs sound system et prennent différentes formes :

- les *raves parties* (payantes, rassemblant en général plusieurs milliers de personnes, organisées dans des établissements de nuit principalement) et soumises à autorisations,
- les *free parties* rassemblant un nombre moindre de personnes (de l'ordre de la centaine) et se déroulant souvent en extérieur (ou dans un bâtiment « détourné » type usine désaffectée) sur une ou deux nuits, de manière « sauvage », sans autorisation, gratuites ou sur donation ;
- ou enfin les teknivals, manifestations de grande ampleur en plein air, gratuites, attirant un public plus large (jusqu'à 80 000 personnes) et pouvant durer plus de 3 jours.

Il faut y ajouter divers contextes où s'étendent les usages de la sphère festive :

- Les fêtes privées en extérieur, « barbecue techno » et autres « week-end champêtres » qui peuvent rassembler « à la campagne » entre une vingtaine et plusieurs centaines de personnes appartenant à un même réseau amical [22-23]. Certaines pourraient prendre la forme de « week-end champi » ou de fêtes centrées plus géné-

ralement sur l'expérimentation d'hallucinogènes, telles que les « soirées pleine-lune » décrites à Paris en 2008 [21].

- Les festivals d'été : ils attirent des populations très diverses et se doublent généralement d'un « festival off » où s'insère un espace free party. Les produits psychoactifs y sont très disponibles, apportés par les festivaliers (« off » en général) ou vendus sur place [21, 23-24].

- Les squats artistiques où des soirées musicales seraient l'occasion de consommations de type festif (cocaïne, MDMA, LSD) [22-23].

- Les soirées privées en appartement : se déroulant en cercle restreint ou plus élargi de connaissances, elles seraient une occasion particulièrement fréquente d'initiation à de nouveaux produits.

- Les « after » réunissent à la suite d'une soirée en club, un cercle amical et des connaissances faites pendant la soirée. Les consommations visent à continuer la fête dans une ambiance plus calme ou à adoucir la « descente des stimulants » pris préalablement [1, 21].

## Éléments de contexte

### Évolution de la structure de l'espace « techno »

À partir de 2002, le décret n° 2002-887 du 3 mai 2002 (dit Mariani et Vaillant) précise les modalités selon lesquelles les organisateurs de *rave-parties* sont tenus de déclarer leurs projets aux préfets des départements concernés et prévoit un régime différencié selon que les organisateurs souscrivent ou non un engagement de bonnes pratiques. Suite à son entrée en vigueur, une restructuration de la scène se dessine dans « l'espace festif ».

On assiste alors à une raréfaction des événements non commerciaux (du type free party), à un éclatement de cet espace en de petites free parties très discrètes et à une hausse de la fréquentation des clubs et des discothèques par les usagers de drogues du milieu festif. Ceci a pour conséquence une diffusion de certains produits en clubs et en discothèques, un déplacement d'une partie de l'offre de certains produits (stimulants, hallucinogènes) dans « l'espace urbain » et l'accroissement de la fréquentation des fêtes transfrontalières (en Espagne par exemple).

L'action des associations de RDR (réduction des risques) en milieu festif s'en trouve limitée : peu ou pas présentes en milieu festif commercial, elles ne peuvent se rendre dans les free parties devenues trop dispersées et confidentielles [15, 25].

Parallèlement, le mouvement techno prend de l'ampleur et le nombre de ses adeptes s'accroît considérablement. Perdant une part de sa spécificité, il s'étend à d'autres lieux festifs plus conventionnels, au premier rang desquels, les **discothèques et les boîtes de nuit**.

À la faveur de ces évolutions, les usages de psychotropes autres que l'alcool, cantonnés il y dix ans à l'espace festif alternatif, se sont diffusés dans les lieux festifs commerciaux.

La présence ou non des produits à l'intérieur même des établissements et la discrétion de leur consommation est très variable selon la tolérance ambiante, celle des patrons en premier lieu, selon la programmation musicale qui va attirer telle ou telle frange de la population et selon le profil des habitués. Lorsque vente et consommation s'avèrent impossibles à l'intérieur d'un établissement, ceux-ci se déroulent volontiers sur les parkings.

Un cas particulier est constitué par les *mégadancings* belges proches de la frontière dont le public est très majoritairement français. Ils accueillent, selon le rapport TREND lillois, plusieurs milliers de jeunes chaque week-end. Ces lieux sont réputés pour leur très large tolérance vis-à-vis de la vente de stupéfiants à leurs abords et dans les locaux mêmes [24].

En 2008, les petites free parties continuent à se multiplier sans publicité dans des lieux annoncés au dernier moment à des cercles d'initiés et y accéder tient souvent du jeu de piste [17, 21]. Deux sites de TREND, Metz et Toulouse, indiquent que l'offre festive commerciale techno ne répond plus aux attentes des usagers (à Metz parce que le secteur commercial délaisse la techno, à Toulouse parce que la qualité de l'offre et l'absence de permissivité vis-à-vis des drogues ne leur convient pas), le public se tournant vers les pays frontaliers (Barcelone pour Toulouse) ou les régions voisines.

### **Surveillance accrue lors des événements festifs**

Dans les espaces festifs commerciaux, c'est surtout contre le trafic que s'est exercée la pression selon un phénomène initié depuis trois à quatre ans semble-t-il. Les patrons d'établissements seraient également devenus moins tolérants du fait des risques que le trafic fait peser sur leur commerce. Un certain nombre de dealers seraient « tombés » amenant les autres à devenir plus méfiants.

En 2007, plusieurs informateurs du milieu festif breton mentionnaient par ailleurs une pression constante des services répressifs à l'égard du mouvement techno underground. Chacun, acteur de la réduction des risques comme teuffeurs, se ferait fouiller à l'entrée du site où lors de barrages routiers à proximité.

*« En effet, des contrôles quasi-systématiques sont mis en place à la sortie des free parties illégales. « Maintenant, à chaque fois tu vas en teuf, t'es sûr de souffler dans le ballon (contrôle d'alcoolémie) après » indique un usager. Et il ajoute : « Tu commences même à voir les douanes avec les chiens, le ballon l'année dernière, c'était déjà comme ça mais les chiens c'est la première fois que je vois ça. Il y a deux semaines, à l'entrée d'une soirée en plein air, je me suis fait arrêter par les douanes je crois! ou les gendar-*

*mes, je ne sais plus, ils m'ont demandé de sortir du véhicule, de me mettre les bras en croix devant la voiture et le chien m'a reniflé. J'étais avec ma copine et elle s'est fait fouiller son sac et ils ont regardé la voiture. De toute façon, on n'avait rien donc ils nous ont relâchés. Le bon coup de stress quand même ! ». D'autres anecdotes concernant des contrôles ont été relevées, notamment au cours d'une soirée organisée sur un chemin public au milieu d'une forêt : « les flics sont passés, ils n'ont rien dit mais par contre ils ont pris les plaques d'immatriculation et j'ai un pote qui s'est pris une amende pour stationnement dans la forêt... 135€ ». La pression des forces de l'ordre est maintenue sur le milieu techno underground et se fait davantage ressentir. » [26]*

Ces contrôles poursuivis en 2008 sont souvent jugés disproportionnés par les associations de réduction de risques et les teuffeurs concernant des événements de relativement faible ampleur, « les rave multisons<sup>11</sup> » qui regroupent 2 000 à 4 000 personnes, au regard de teknivals qui en rassemblent plusieurs dizaine de milliers.

Dans ces petites fêtes, les forces de l'ordre pourraient intervenir à l'intérieur de la fête, contrairement aux usages passés. Le rapport parisien signale que la pression policière pourrait parfois se dérouler au détriment des aspects sanitaires en limitant l'accès des acteurs de la réduction des risques aux événements non autorisés.

Cela étant, les nombreuses analyses urinaires réalisées dans ce cadre (rapport rennais toujours), s'avèreraient très souvent positives (pas de mesure, mais le rapport fait état de 3 à 4 substances positives par urine).

Conséquence de cette évolution, les rave pourraient être moins fréquentées et la tendance à la multiplication des petite *free parties* non déclarées se poursuit. Par ailleurs, le site rennais mentionne une certaine désaffection des jeunes précaires (qui fréquentent aussi les structures de première ligne) pour le milieu festif, les rave s'avérant trop contrôlées et les free parties difficilement accessibles à cette population sans moyen de transport ni accès à l'information.

## **Description des populations**

Pour identifier des populations, à travers ces lieux ou ces événements, une étude ethnographique menée en 2004 et 2005 dans plusieurs agglomérations a fait apparaître des logiques d'organisation de la population festive similaires dans l'ensemble des sites. La population festive peut ainsi être appréhendée grâce à une typologie composée de quatre groupes d'affinité, lesquels constituent des sous-populations homogènes tant par leur vécu identitaire que par la perception du groupe par les observateurs extérieurs [27].

---

11. Les rave multison (c'est-à-dire avec plusieurs sound system sont organisée comme une alternative au teknival, plusieurs raves organisées dans plusieurs département étant censées remplacer un teknival, difficile à organiser et à contrôler.

■ **Le groupe d'affinité « Alternatif »** regroupe les amateurs de free parties et de rave parties. Les free parties se déroulent le plus souvent sans autorisation légale, à l'extérieur dans un coin de nature ou sur des sites industriels abandonnés. Les amateurs de free parties revendiquent une image décalée relevant de la « contre-culture ». Les *travellers*, qui vivent en « camion »<sup>12</sup> et cheminent de manifestations festives en manifestations festives sur le sol européen, mènent une vie qui constitue pour nombre de participants des free parties le style idéal de vie. Une partie d'entre eux adopte d'ailleurs cette existence durant les congés scolaires, universitaires, ou entre deux périodes de travail temporaire. Les rave parties rassemblent jusqu'à six mille personnes pour des soirées événementielles payantes organisées dans de grands espaces ou en plein air pendant la saison estivale. Les participants des rave parties revendiquent eux aussi une image « décalée », mais teintée d'une composante plus hédoniste.

■ **Les membres du groupe d'affinité « Soirées Urbaines »** se retrouvent généralement dans des bars musicaux, plus rarement dans des espaces loués pour des soirées rassemblant moins de mille personnes, exceptionnellement à l'extérieur, lors d'un festival « électro ». Cette population serait plus insérée socialement et idéologiquement (on y retrouve beaucoup d'étudiants) que les amateurs de soirées alternatives. Elle apparaît cependant composée de personnes qui revendiquent aussi une image décalée et contestataire. Les bars musicaux qu'ils fréquentent sont souvent situés dans le centre historique des agglomérations. Les personnes qui constituent ce groupe d'affinité se définissent comme plus mélomanes que les autres groupes qui appartiennent à la grande famille « électro » : un lieu est avant tout sélectionné pour la qualité de sa programmation musicale. On peut y intégrer les Arties identifiés par le site de Metz, population éclectique de 25 à 50 ans, dont le dénominateur commun est l'intérêt manifesté par les activités culturelles ou politico-culturels teintées d'anticonformisme ou de contre-culture [17].

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

---

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

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

**Tableau 3 - Consommation au moins une fois au cours des trente derniers jours des principales substances psychoactives illicites ou détournées de leur usage dans l'ensemble de l'échantillon et dans les groupes d'affinité, 2004-2005**

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

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

\*\* Après redressement des résultats bruts en fonction du poids estimé de chaque groupe d'affinité sur chaque site

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

raît plus élevé que celui des membres des autres groupes d'affinité. Par contre, les membres des autres groupes d'affinité considèrent les lieux de prédilection « Select » comme des lieux « bourgeois » dont ils décrivent la programmation musicale.

La consommation d'alcool au cours des trente derniers jours est le fait de 96 % des personnes rencontrées. Si le polyusage apparaît être la situation la plus répandue, ces groupes se distinguent les uns des autres par des profils de consommation variés [tableau 3] [27]. Ainsi, les usagers rencontrés dans l'espace alternatif affichent clairement des profils d'usage récent plus intenses que les personnes fréquentant les autres espaces festifs « électro ». C'est dans cet espace également que les personnes déclarent le plus souvent sortir « pour prendre des drogues » (37 % contre 22 % dans l'ensemble des groupes). Le cannabis y est consommé quotidiennement par 67 % des personnes rencontrées (contre 41 % de l'ensemble) et la cocaïne, plus d'une fois par semaine, chez 16 % des personnes (contre 12 % pour l'ensemble). Le sniff y a été au moins expérimenté par 85 % des personnes (66 % dans l'ensemble de la population) et utilisé récemment (dernier mois) par 64 % des usagers de l'espace alternatif (40 % dans l'ensemble).

L'injection reste très marginale dans cette espace. Seuls, 8,5 % l'ont expérimenté dans l'espace alternatif et 1,5 % l'ont utilisé au cours du mois précédent (respectivement 4,6 % et 0,5 % dans l'ensemble de la population festive « électro ») [27].

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

Le rapport toulousain 2007 a proposé une typologie des sous-populations rencontrées dans l'espace festif alternatif qui permet de mieux comprendre la diversité des publics rencontrés dans cet espace et a été reprise ici [28]. Ces sous-populations sont identifiées par les termes de « fondateurs », « expérimentateurs » et « satellites ».

### **Les « fondateurs »**

Ils constituent le noyau dur du mouvement techno alternatif qu'ils font perdurer en s'impliquant dans l'organisation des soirées. Garants de l'esprit de la culture techno et de la philosophie alternative des *travellers*, ils offrent des modèles d'identification pour les publics plus périphériques de cette mouvance. L'identité de groupe est très valorisée avec une forte revendication d'un type de musique, quel qu'en soit le courant. Leur approche des drogues est « festive » c'est-à-dire indissociable de la musique et de la fête. Ils consomment les produits « traditionnels » attachés au milieu festif, à savoir stimulants et hallucinogènes, les opiacés n'intervenant éventuellement que pour adoucir les descentes. L'injection n'est pas acceptée dans ce milieu. Se considérant comme des usagers non problématiques, ils utilisent très peu les dispositifs de réduction des risques en milieu urbain à moins d'une dérive dans l'usage entraînant une forte marginalisation [28].

### **Les « expérimentateurs »**

Les « expérimentateurs », plus jeunes, apparaissent comme des « consommateurs » du milieu festif underground. Ils s'identifient de façon plus lointaine à la culture alternative dont ils ne connaissent ni les codes, ni la philosophie. Leur démarche festive est toujours motivée, par la recherche de produits psychotropes. Sédentaires, ils vivent, pour les plus jeunes, encore chez leurs parents. Les modes d'usage imitent ceux des « fondateurs » mais la méconnaissance des repères traditionnels de cet espace tend à faire reculer la stigmatisation dont l'injection faisait l'objet jusqu'alors. Ils sont souvent assez ignorants des pratiques de réduction des risques [28].

### **Les « satellites »**

Ce dernier groupe rassemble les populations nommées antérieurement « nomades » ou « errantes » en fonction de leur degré de maîtrise de leur parcours de vie [15]. Dans la pratique, on retrouve ici la catégorie « jeunes errants » déjà observée dans l'espace urbain. Si pour certains, comme le rappelle le rapport toulousain, le nomadisme, relatif dans les faits, s'établit sur une identification à la culture underground, pour d'autres, faire la fête dans cet espace constitue une étape dans un parcours d'errance. Le sens de leur présence dans les fêtes, notamment au sein du courant hardcore se situe dans la libre consommation de produits qu'elles permettent. Ces usagers sont plus souvent en contact avec les structures de réduction des risques en milieu urbain et leurs modes d'usage, empruntant aux deux espaces, ne s'intègrent plus du tout à la philosophie du monde alternatif. Leurs usages apparaissent réguliers (forte présence d'alcool, cannabis, Subutex®, etc.) opportunistes (cocaïne, ecstasy, etc.) et surtout marqués par l'injection qu'ils tentent d'utiliser avec tout produit disponible, de manière à maximiser les quantités disponibles.

### **Qui sont les usagers insérés ?**

À côté des populations précaires, l'usage de drogues s'est développé au cours des dix dernières années au sein de populations plus « insérées socialement » à savoir disposant d'un logement, d'un réseau social, de revenus et ayant un travail ou inscrits dans un processus de formation (étudiants). Si les usages ont fréquemment démarré par le cannabis et les stimulants (en plus de l'alcool) il s'agit en règle générale de polyusage. Ces usagers sont décrits par les enquêtes en population générale, qui ne peuvent toutefois rendre compte précisément de leurs pratiques et de leurs parcours.

Usagers « récréatifs », ils sont, pour une grande part d'entre eux, probablement visibles par les dispositifs d'observation ethnographiques par le biais de l'espace festif, alternatif ou conventionnel que beaucoup semblent fréquenter.

Certains sont visibles également, de plus en plus, dans les dispositifs de soins spécialisés, quand les usages n'ont pas pu rester récréatifs, mais d'autres consultent hors du dispositif spécialisé ou n'ont pas de demande de soins.

Ils forment des populations diffuses et hétérogènes se rapprochant d'un groupe d'affinité formalisé précédemment ou d'un autre en fonction de leur degré de conformisme (travail / fête) ou d'affiliation alternative (usages réguliers inclus dans un mode de socialisation spécifique), de leur insertion professionnelle plus ou moins solide, de leur revenus, et du rôle joué central ou non joué par les produits dans leur vie.

Parmi ceux qui fréquentent l'espace festif, on peut notamment retrouver :

Les **teufeurs**, jeunes de 20 à 30 ans environ, à l'insertion sociale ordinaire (étudiants, salariés...) qui vont en fin de semaine faire la fête en événement alternatif ou dans les mégadancing belges pour le nord [24].

Les **clubbers** plus âgés et moins nombreux, disposant de revenus plus élevés (voir groupe d'affinité clubbing).

Parmi les plus aisés, on retrouve le groupe d'affinité « select » ou ceux que le rapport toulousain nomme « **les hyper insérés** ». Il s'agit de personnes de tous âges avec un fort pouvoir d'achat (jeunes issus de familles aisées ou adultes aisés), principalement repérées dans des bars musicaux et des établissements de nuit « select » où l'entrée est soumise à la cooptation. [17, 28]. L'usage se tourne davantage vers des produits à caractère distinctifs, la cocaïne qui garde son image de drogue branchée mais également des produits plus rares tels que certains hallucinogènes [23].

## Espace festif Gay

Depuis 2007, à Paris et à Toulouse, l'observation du dispositif TREND s'est étendue à un sous-espace festif : l'espace festif gay ou gay friendly. L'espace festif gay observé recouvre les clubs les établissements ou soirées exclusivement homosexuelles ou ouverts à tous mais fréquentés par une population importante appartenant à la communauté gay qui y joue un rôle de leader en termes de tendances. Cependant, l'espace exploré est plus large puisque les espaces de consommation peuvent être privés (soirées ou fêtes en appartement, « parties sexuelles » en appartement).

Sur un plan quantitatif, l'Enquête presse gay menée par l'InVS en 2004 mettait en évidence une prévalence d'usage de « drogue » chez les hommes gays<sup>13</sup> de 15 à 75 ans répondants, supérieure à celle de la population générale masculine du même âge<sup>14</sup> (47,5 % vs 11,8 %). Ces surconsommations sont relativement faibles, mais statistiquement significatives, concernant l'héroïne, les amphétamines ou les hallucinogènes. Elles sont en revanche marquées pour la cocaïne (6,3 % vs 1,0 %), l'ecstasy (6,1 % vs 0,7 %), le cannabis (25,9 % vs 11,3 %) et les poppers (47,5 % vs 11,8 %) [2].

---

13. N=2898

14. N=1500

Si ces usages sont pour partie conformes à ceux qui ont cours dans le milieu du clubbing tout venant, ils s'en distinguent également par un usage des produits à visée sexuelle, soit dans des contextes de « drague », soit lors de la réalisation d'actes sexuels à la recherche de sensations différentes ou pour optimiser les performances sexuelles [1, 29]. Ces usages directement en lien avec l'activité sexuelle seraient en augmentation selon les témoignages recueillis dans l'espace festif gay parisien : alors que les usagers consommaient des substances psychoactives essentiellement pour « faire la fête » en expérimentant secondairement les effets sur la sexualité, il semble qu'en 2007 et 2008, l'usage intégré à l'activité sexuelle soit en expansion [21]<sup>15</sup>.

---

15. Les résultats d'une étude exploratoire paraîtra début 2010 : Fournier, S. and S. Escots, *Homosexualité masculine et usage de substances psychoactives en contextes festifs gays*. ed. OFDT. 2010, à paraître: Saint-Denis. Voir :<http://www.ofdt.fr>

## MODES D'USAGE

---

La voie utilisée pour absorber une substance relève d'un choix fonctionnel, puisqu'elle conditionne en bonne partie la rapidité de survenue des effets, leur intensité et leur durée ; elle s'inscrit également dans un contexte culturel, les usagers proches des milieux festifs techno usant de préférence de la voie orale ou du sniff quand les héroïnomanes des années 80 avaient en premier lieu recours à l'injection. Enfin, le mode d'absorption du produit constitue pour beaucoup d'usagers un élément du rite accompagnant la prise. Elle s'accompagne de sensations, parfois désagréables, mais finalement recherchées parce qu'elles deviennent indissociables pour l'utilisateur de l'effet à venir (grattage, brûlure...) [21, 30-31].

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

Les données concernant le partage du matériel de consommation et les prises de risque sont disponibles dans la partie « Les infections virales, hépatites et sida »

### L'INJECTION

De 1970 à 1995, l'injection a été le mode dominant d'administration des produits opiacés chez les usagers problématiques de drogues. La diffusion du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) chez les usagers de drogues par voie intra-

veineuse va modifier la situation. La politique de réduction des risques (information, accessibilité du matériel d'injection stérile, et diffusion des traitements de substitution) amène les usagers non seulement à limiter les prises de risque lors des injections mais également à interrompre ce mode d'administration ou à en limiter la fréquence [15]. La pratique de l'injection persiste cependant. Les produits pour lesquels l'injection est utilisée de manière significative sont essentiellement les opiacés (à l'exception de la méthadone), la cocaïne, parfois injectée également sous forme de free base, et les stimulants synthétiques (MDMA, amphétamines).

L'usage de produits par injection intraveineuse vise à l'obtention d'un effet « flash » supérieur aux autres modes de prise, quand il ne s'agit pas d'addiction à la pratique elle-même.

Actuellement, il existe deux profils principaux d'injecteurs :

- des personnes généralement de sexe masculin, âgées de plus de trente ans et présentant un long parcours dans la toxicomanie. Elles bénéficient fréquemment d'un traitement de substitution aux opiacés et n'ont alors qu'un recours épisodique à l'injection, notamment quand il s'agit de « faire la fête », de s'accorder ce que ces usagers appellent un « extra » afin de rompre un moment le cours de leur traitement substitutif ;
- des personnes plus jeunes, surtout des hommes, qui vivent généralement dans des situations de grande précarité et oscillent selon les moments entre les structures de réduction des risques et/ou les squats des agglomérations et les regroupements festifs techno de type teknival ou free partie. Certains d'entre eux auraient recours à l'injection très tôt dans leur parcours de consommation.

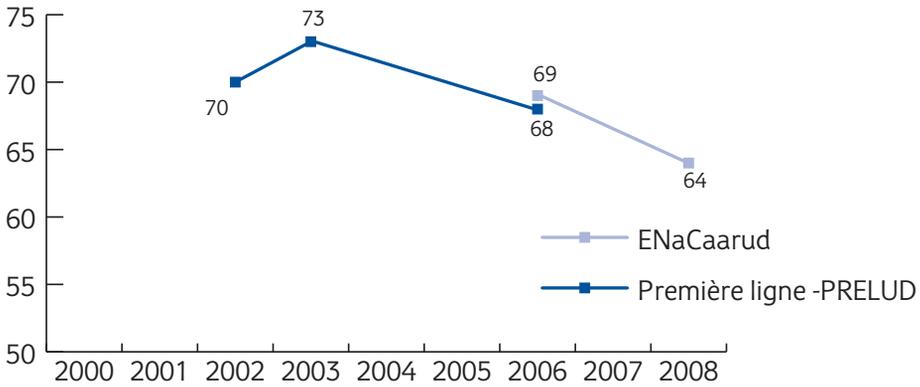
## Espace urbain

En 2008, parmi les usagers des [structures de première ligne en milieu urbain \(CAARUD\)](#), 64,4 % ont utilisé l'injection au moins une fois dans la vie. L'âge moyen à la première injection se situe à 20,7 ans (médiane 20 ans) [11]. Parmi les usagers des CAARUD, la part des personnes *qui n'ont jamais* eu recours à l'injection tend à s'accroître [Graphique 2]. Cette observation est parfaitement cohérente avec la part de plus en plus importante que prennent le sniff et dans une moindre mesure la voie fumée parmi les nouveaux usagers de drogues, notamment les moins précaires.

Concernant l'injection récente, la concordance des données quantitatives disponibles [Graphique 3] plaide pour une diminution de la prévalence de cette pratique, même si la situation est apparue moins claire autour de 2006 et si des données qualitatives tendent à dessiner une situation plus complexe.

En effet, un accroissement du recours à l'injection est signalé (données qualitatives) vers la moitié des années 2000, mais ce phénomène apparaît concentré,

**Graphique 2 - Evolution de la prévalence de l'injection au moins une fois dans la vie dans les structures de première ligne (CAARUD)**



Source : Première ligne / PRELUD, TREND/OFD, ENaCAARUD, OFDT/DGS

non seulement dans certains sites, mais également chez certaines populations très désinsérées, qualifiées « d'errantes » (voir description des populations, espace urbain) [15].

Ainsi, au début de l'année 2006, on constatait que dans les structures de première ligne, les usagers familiers du milieu festif<sup>16</sup> étaient proportionnellement plus nombreux (54 %) que les autres (46 %) à avoir injecté un produit au cours du dernier mois. Ils représentaient plus de la moitié des injecteurs au cours du dernier mois (59 %)<sup>17</sup>.

Sur un plan qualitatif à nouveau, une pratique importante de l'injection est également observée parmi les usagers de drogues en provenance de l'est de l'Europe, qui, selon les périodes apparaissent plus ou moins visibles dans les CAARUD.

Par ailleurs, entre 2003 et 2006, l'utilisation de l'injection par les usagers des CAARUD semblait avoir progressé pour les stimulants (cocaïne et amphétamines) et la BHD [12] alors que sa pratique était restée stable concernant les autres produits.

16. C'est-à-dire ayant fréquenté un événement festif alternatif plus de 10 fois dans la vie. Ces personnes évoluent à la marge du milieu festif techno et n'en sont pas représentatives.

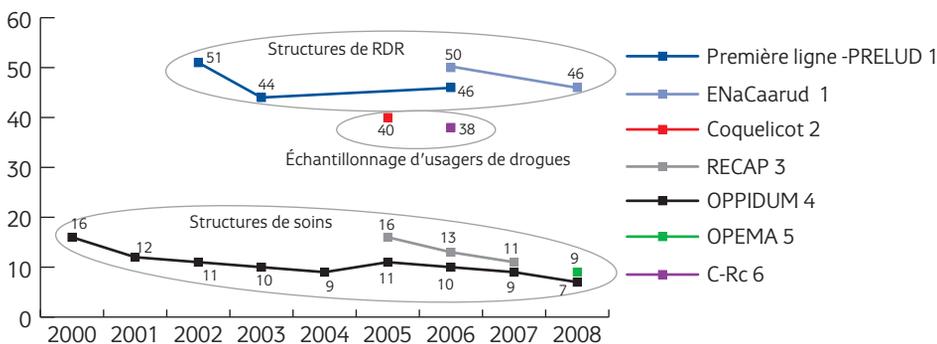
17. Pas de données plus récentes utilisant cette variable.

Il est ainsi possible que plusieurs tendances soient à l'œuvre en même temps : Une décroissance de l'injection au profit d'autres modes d'usage dans l'ensemble des usagers de drogues et notamment chez les usagers les moins précaires, tendance clairement visible parmi les usagers des centres de soins spécialisés.

À l'inverse, la croissance du nombre d'injecteurs appartenant à des populations beaucoup plus marginalisées, notamment de jeunes injecteurs, phénomène cependant non documenté sur le plan quantitatif mais suggérée par des données qualitatives du réseau TREND et des informations fournies par le CAARUD [18-19].

Ces pratiques d'injection apparaissent fréquentes sur le plan quantitatif [Graphique 3] comme sur le plan qualitatif pour absorber les opiacés, à l'exception de la méthadone, la cocaïne (plus d'un usager de ces produits sur deux les injecte) mais aussi les amphétamines et la kétamine (4 usagers sur 10 les injectent) [Tableau 4].

**Graphique 3 - Part des injecteurs récents dans différentes enquêtes auprès des usagers de drogues dans « l'espace urbain » défini par le dispositif TREND**



1 Injection au cours du mois, usagers des CAARUD (ou structures de première ligne)

2 Injection au cours du mois, population composite d'injecteurs ou sniffers au moins une fois dans la vie et usagers de CAARUD, de CSAPA, de médecins généraliste de réseaux, rue

3 Injection au cours du mois, Centres de soins spécialisés (CSAPA, anciens CSST)

4 Injection au cours de la semaine, Centres de soins spécialisés principalement (CSAPA, anciens CSST)

5 Injection au cours de la semaine, médecins généralistes de réseaux

6 Injection au cours du mois population d'usagers problématique de drogues recrutés par méthode C-rC (CAARUD, CSAPA, médecins généralistes de réseaux, services hospitaliser, police, justice),

**Source ; Première ligne / PRELUD TREND / OFDT, OPPIDUM et OPEMA CEIPs / AFSSAPS, Coquelicot InVS**

**Tableau 4 - Mode d'usage des produits utilisés au cours du dernier mois avant l'entretien par les usagers des CAARUD, 2008**

	<b>N</b>	<b>injection</b>	<b>oral</b>	<b>sniff</b>	<b>inhale, fumé</b>
Moscontin / Skénan	463	87,3%	9,6%	8,0%	0,5%
Héroïne	921	63,6%	0,5%	42,0%	24,2%
Buprénorphine, Subutex	1264	56,4%	44,1%	18,4%	4,3%
Cocaïne ou Free base	1138	53,3%	1,3%	42,1%	23,3%
Kétamine	231	39,4%	6,9%	66,1%	2,3%
Amphétamine (speed)	441	38,8%	28,1%	52,4%	3,3%
MDMA, ecstasy	333	13,9%	81,0%	22,0%	3,1%
Crack	521	8,3%	0,5%	1,8%	95,5%
Benzodiazépines	874	7,3%	93,5%	2,1%	1,3%
Méthadone	740	2,5%	97,4%	0,6%	0,8%
Plantes hallucinogènes	269	2,0%	91,0%	1,6%	9,4%
LSD, acides	328	0,3%	98,0%	1,4%	1,0%
Cannabis	2247	0,2%	1,9%	0,3%	98,5%

Notes :

1/ Plusieurs modes d'usage peuvent être utilisés par un consommateur pour un même produit. De ce fait, le total des pourcentages par produit dépasse 100 %.

2/ Les produits sont classés selon la fréquence d'utilisation de l'injection

**Source : EnaCAARUD 2008, OFDT, DGS**

## Espace festif

L'injection en **milieu festif** demeure un phénomène marginal et fortement stigmatisé. Les données recueillies au cours des années 2004-2005 le confirment : seules 4,6 % des personnes fréquentant l'espace festif « électro » ont expérimenté l'injection au cours de leur vie et 0,5 % d'entre elles l'ont utilisée dans le mois précédent. Ces fréquences sont un peu plus élevées dans l'espace techno alternatif (*free parties*, teknival, etc.). L'expérimentation de l'injection y concerne 8,5 % des personnes rencontrées et l'injection au cours du mois, 1,5 % [27].

Cependant, depuis plus de cinq ans, cette pratique acquiert très progressivement une plus forte visibilité en marge des événements alternatifs relevant de la culture techno ou punk rock et ce, bien qu'elle y soit encore massivement rejetée.

Le principal agent de cette diffusion serait la présence (la croissance ?) d'une population, régulièrement évoquée dans ce rapport, de « jeunes errants » garçons et filles, consommant tout produit en fonction des opportunités et traversant la scène festive sans préoccupation de ses codes. Ils tendent ainsi à introduire l'injection des substances dans la scène festive, traditionnellement réservées aux prises orales et au sniff. Un autre élément avancé se situe dans la restructuration de l'espace festif depuis 2002 [28]. La multiplication des petites free parties relativement pri-

vées permettrait des pratiques d'injection plus discrètes. Des observateurs marseillais avancent également l'hypothèse que la fréquentation accrue par les « teufeurs » des événements transfrontaliers où l'injection est mieux acceptée tendrait à les familiariser avec la pratique. Enfin, un acteur de prévention constate que certains courants au sein même du milieu festif tels que la mouvance punk très présente sur les scènes hardcore ont un rapport à l'usage intraveineux différent des autres espaces techno.

Une exploration ethnographique spécifique menée dans l'espace festif à tendance techno par quatre sites TREND en 2007 (Metz, Paris, Rennes et Toulouse)<sup>18</sup> a permis d'apporter des éléments de connaissance sur les contextes, les pratiques, les parcours et les risques des injecteurs rencontrés en milieu festif dont quelques points sont reportés ci-dessous [26].

Les pratiques d'injection [26] seraient quasi inexistantes en *rave parties* (payantes et encadrées) du fait de leur faible fréquentation par les populations précarisées, du contrôle qui s'y exerce et de l'absence de possibilité d'isolement. Elles seraient relativement discrètes en *free parties*<sup>19</sup> mais leur présence pourrait y être sous évaluée. D'une part, en effet, les injections s'y déroulent le plus souvent dans des endroits reculés et isolés (voitures, tentes, camions). D'autre part, du fait de la faible demande de matériel d'injection aux structures de RDR dans ces manifestations. Celle-ci pourrait s'expliquer par leur présence très inconstantes dans les *free* qui inciterait les usagers à apporter leur propre matériel.

Enfin, c'est lors des *teknivals* que les pratiques d'injection seraient les plus apparentes, au sens propre, car les injecteurs s'isoleraient moins que dans les *free parties*, certains s'injectant même à la lumière des stands de RDR. Leur visibilité dans les *teknival* tient également au fait que les acteurs de RDR y distribueraient un nombre croissant de kits d'injection (plus de 1000 kits distribué par *teknival* lors de plusieurs événements en 2007 et 2008). Pour autant les *teknivals* seraient rarement des lieux d'initiation [26].

Les injecteurs, principalement des hommes de 18 à 35 ans, en moyenne un peu plus âgés que l'ensemble des personnes qui fréquentant cet espace sont souvent en situation précaire, que ce soit au plan du logement et/ou des revenus [26]. Il semble que deux catégories d'injecteurs soient principalement repérables :

■ Les injecteurs au quotidien qui seraient pour la plupart des usagers dépendants aux opiacés, ne se revendiqueraient d'aucun mouvement culturel en particulier. Les « teufs » seraient pour eux un espace de consommation et de revente des sub-

---

18. Données publiée dans un rapport de l'OFDT : Girard G, Boscher G, L'évolution des pratiques d'injection en milieu festif, OFDT, 2009. Disponible sur <http://www.ofdt.fr>

19. Les structures de RDR mentionnent notamment qu'elles ont peu de demandes de matériel lors de ces événements.

stances psychoactives. Ils bénéficieraient d'un suivi en CAARUD ou en CSST. Le site de Metz rapporte que cette inscription dans un programme de substitution serait pour certains usagers un moyen d'attendre des opportunités d'injection.

■ Les injecteurs occasionnels qui profiteraient des « teufs » pour consommer par voie intraveineuse. Parmi eux, les plus anciens (lesquels auraient un passé d'injecteur régulier) profiteraient des soirées ou des fêtes pour se faire « un extra », une injection d'un produit donné. Les plus jeunes, qui démarreraient l'injection, profiteraient du milieu festif pour se procurer les produits à injecter.

Les parcours d'usage des consommateurs par injection rencontrés en milieu festif apparaissent à la fois très variables d'un individu à un autre mais en même temps très « classiques » par rapport aux autres usagers : premiers produits licites (et cannabis) expérimentés entre 11 et 14 ans ; premiers produits illicites (drogues de synthèse) dans des fêtes alternatives entre 16 ans et 20 ans. La recherche de nouvelles expériences conduit certains d'entre eux à essayer la cocaïne, puis l'héroïne en sniff. Pour quelques uns, l'atteinte d'un certain seuil de tolérance va les amener à essayer l'injection pour aller plus loin dans la recherche de sensations. Dans près des trois quarts des cas, l'initiation se fait hors du milieu festif [26]. Ce mode d'usage peut alors rester expérimental, occasionnel ou devenir régulier.

*« La volonté de potentialiser les effets des drogues, surtout lorsque l'utilisateur ne possède sur lui qu'une faible dose de produit, ainsi que le contexte de la fête, la disponibilité des substances et la permissivité quant à la consommation, éventuellement la disponibilité du matériel de réduction des risques et la rencontre avec un groupe d'injecteurs sont autant de facteurs qui amèneront l'individu à réitérer les pratiques d'injection. Enfin, la baisse de vigilance de l'utilisateur après deux jours de fête, ou encore l'attrait que procure l'héroïne pourraient contribuer à faciliter les passages à l'injection chez des usagers de drogues en quête d'expérimentation. » [26].*

Un dernier point important développé dans ce rapport concerne les risques pris par les usagers lors de la réalisation d'injections dans des contextes et des conditions sanitaires totalement inadéquats. Les entretiens ethnographiques montrent de plus que les usagers ne fréquentant pas les structures de RDR en milieu urbain seraient parfois très ignorants du risque de contamination par le virus de l'hépatite C [26].

## **SNIFF ET AUTRES MODES D'USAGE**

La fumette et le sniff, en dehors de leurs usages classiques (par exemple cocaïne sniffée) sont généralement développés comme un mode alternatif à l'injection, sans

risque et socialement acceptable mais permettant d'accroître les sensations de certains produits.

Sniff, voie orale ou inhalation restent généralement les seuls voies d'administration utilisées par les usagers de drogues fréquentant l'espace festif « techno ».

### **Inhalation à chaud ou fumette**

Il existe essentiellement deux techniques d'inhalation des produits.

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

Une alternative à cette méthode est constituée par la pipe à eau qui peut être fabriquée à l'aide d'une bouteille d'eau, par exemple pour consommer de la cocaïne basée : « On remplit à moitié la bouteille d'eau et avec une cigarette incandescente on perce deux orifices de part et d'autre de la moitié supérieure du récipient en plastique. Dans l'un de ces trous on place une paille ou un stylobille évidé de sa recharge d'encre. Un morceau de papier d'aluminium percé de petits trous est posé sur le goulot ouvert de la bouteille. Il sert à y déposer le caillou de free base et quelques cendres encore brûlantes de cigarette. Tout en chauffant d'une main le produit avec un briquet, l'autre main bouche l'orifice resté vide et on aspire par la paille ou le stylo évidé les vapeurs de combustion du caillou qui se sont accumulées dans la partie supérieure de la bouteille. » [32].

Plus des deux tiers (68 %) des personnes rencontrées **en milieu festif techno** en 2004-05 ont déjà utilisé le sniff (85 % dans le milieu alternatif) et 41 % l'ont fait au cours des 30 derniers jours (64% dans le milieu alternatif) [27].

Dans les structures de première ligne, la part des expérimentateurs du sniff au cours de la vie atteint 90 % en 2006<sup>20</sup>, alors que 42 % des usagers, comme en 2003, l'avaient utilisé au cours du mois précédant l'enquête [33]. Les trois quarts d'entre eux étaient des familiers de la scène techno puisqu'ils avaient fréquenté une manifestation techno alternative plus de 10 fois dans leur vie. Parmi eux, en effet, 59 % avaient eu recours au sniff au cours du mois précédent alors que ce mode d'usage concerne seulement 23 % des autres usagers.

---

20. Enquête PRELUD, donnée 2008 non disponible

La situation était alors sensiblement identique pour l'usage de la voie fumée. Si 59 % de l'ensemble des usagers des **structures de première ligne** avaient, en 2006<sup>21</sup>, utilisé la voie fumée au moins une fois dans la vie (pour un autre produit que le tabac ou le cannabis), ils sont 27 % seulement à en avoir fait usage au cours du mois. Parmi ces derniers, 70 % sont des familiers du milieu techno alternatif. On constate en effet que, parmi ceux qui ont fréquenté moins de 10 événements techno alternatifs dans leur vie, l'usage de « la fumette » dans le mois ne concerne que 18 % des personnes (contre 35 % chez les autres).

En 2003, 65 % des usagers des structures de première ligne avaient déjà utilisé la fumette et seulement 21 % y avaient eu recours le mois précédent [33].

En 2008, l'enquête nationale ENaCAARUD permet à travers les modes d'usage spécifiés pour les consommations du dernier mois, d'estimer à au moins 29 % la proportion d'usagers ayant utilisé le sniff<sup>22</sup> [11]. Les modes d'échantillonnage et de recueil de cette donnée, différents dans les deux enquêtes, permettent difficilement de conclure que la pratique du sniff a baissé dans cette population.

Les prise de risques de contamination par le VIH ou le VHC sont traitée dans le chapitre : « Les infections virales »

---

21. Donnée 2008 non disponible

22. Parmi les 3051 usagers qui ont consommé un produit dans le mois.

## SANTÉ DES USAGERS

### **MORBIDITÉ GÉNÉRALE**

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

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

Lorsque les usagers rencontrés dans les structures de réduction des risques en milieu urbain sont interrogés sur leur santé, 42 % citent, en 2006, au moins un problème de santé physique ou psychique (PRELUD 06) [33].

### **Morbidité physique perçue**

Environ un tiers d'entre eux se perçoit en mauvaise ou très mauvaise santé **sur le plan physique** (PRELUD 2006). Cette part varie assez peu selon les groupes d'usagers. Sur ce plan, les plaintes portent surtout sur des symptômes que l'on peut associer à la précarité et/ou à l'usage des produits. La morbidité infectieuse est fréquemment rapportée (bronchites, rhumes, abcès, etc.), mais également les pathologies de l'appareil locomoteur (douleurs, fractures, violences, accidents, etc.), les problèmes de peau et de dents (mycose, plaies, ulcères, etc.) ou encore les patho-

logies d'ordre digestif (constipation, diarrhées, ulcères, pathologies du foie, etc.). Quelques problèmes cardiaques sont également cités. Grossesses et avortements, spontanés ou non, sont rapportés parmi les problèmes de santé. Enfin, certaines personnes évoquent leurs usages problématiques : alcoolisme, rechute, surdose...

Les complications loco-régionales liées à l'injection parmi les usagers des structures de réduction des risques en milieu urbain sont encore, en 2008, très fréquentes. Elles apparaissent (en 2006) systématiquement plus fréquentes en cas d'injection de buprénorphine qu'en cas d'injection d'autres produits [Tableau 5] [18, 34].

**Tableau 5 - Conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures de première ligne en 2006**

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

\*\* différence significative avec un risque de 1 % 1%, \* avec un risque de 5 %

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

### **La diffusion du Stérifilt®**

Le Stérifilt® est un outils destiné à filtrer les produits avant d'être injectés, conçu pour empêcher le passage dans la seringue des composants responsables de l'apparition des abcès, tout en laissant passer la totalité du principe actif, évitant alors aux injecteurs la récupération des cotons ou filtres usagés pour en extraire à nouveau du produit. Il semble que son utilisation et son acceptation s'étendent progressivement à mesure que les injecteurs en comprennent le fonctionnement.

En 2005, déjà, les professionnels sanitaires ou de la prévention à Rennes, Toulouse et Metz percevaient une diminution de la fréquence des problèmes habituels liés à l'injection du Subutex® qu'ils attribuaient à la diffusion du recours au Stérifilt® lors des injections. La tendance semble se confirmer, à la fois du fait du travail didactique des équipes de réduction des risques et par le biais du bouche à oreille. À l'opposé certains CAARUD observent la persistance, voire la croissance des problèmes loco-

régionaux liés à l'injection mais notent fréquemment qu'ils ne disposent pas encore de Sterifilt® pour mettre à disposition de leurs usagers [18].

L'adoption du Sterifilt® par les usagers ne semble rien moins que spontanée du fait de la ritualisation des pratiques de préparation. Ainsi, certains continuent à voir dans la transparence du produit après filtrage le signe de la perte du principe actif. Une autre difficulté à surmonter est l'abandon nécessaire de la pratique qui consiste à conserver les cotons utilisés en guise de filtre pour récupérer les dépôts de produits et se constituer ainsi, avec plusieurs cotons, une dose de réserve. Enfin, l'utilisation du Stérifilt® diminuerait, aux dires de certains usagers, la sensation de grattage qui accompagne l'injection d'opiacés<sup>23</sup>. Or il semble que cette sensation devienne pour certains partie intégrante de l'effet du produit et que sa diminution, réelle ou ressentie, constitue un frein à l'usage du stérifilt® [13].

Cependant, les usagers initiés adopteraient volontiers le filtre, apprenant rapidement à adapter leurs pratiques. Un observateur parisien signale l'apparition d'un mode alternatif de gestion de la pénurie qui permet de se passer du coton ou du filtre à cigarette comme réserve de produit<sup>24</sup>: « Dans le cadre du mésusage par injection, on note que certains usagers cassent systématiquement un petit bout du cachet (de 1/10e à 1/4) avant de préparer l'injection. [...]. Les morceaux doivent être assez petits pour que la prise d'un seul morceau ne donne pas un effet intéressant, assez gros pour que 4 ou 5 morceaux pris ensemble donnent un effet suffisant pour au moins calmer le manque [...]. Cette réserve peut être utilisée comme des 'cotons', c'est-à-dire en cas de pénurie pour disposer d'une ou deux prises d'urgence. » [21].

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

## Morbidité psychique

Les données illustrent également la fréquente **morbidité psychique** qui affecte les usagers de drogues. 45 % se perçoivent en mauvaise santé psychique et cette proportion s'accroît avec l'âge (38 % chez les moins de 25 ans, 46 % chez les 25-34 ans et 49 % chez les plus de 34 ans). C'est parmi les usagers de 25 à 34 ans ne

---

23. La codéine provoquerait les plus fortes sensations de grattage, puis le sulfate de morphine (Skénan®) puis l'héroïne. Cependant, le principe actif passant à travers le Sterifilt®, cette sensation ne devrait pas être affectée. Pour autant, il est possible que certains excipients stoppés par le filtre y participent.

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

fréquentant pas le milieu festif que la morbidité psychique ressentie est la plus importante : 56 % d'entre eux se jugent en mauvaise ou très mauvaise santé psychique (N=91).

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

Dans les Centres de soins spécialisés pour les usagers de drogues (CSST), près d'une personne sur trois, prise en charge pour un problème autre que le cannabis, a déjà été hospitalisée en psychiatrie pour un motif autre que le sevrage. Un quart des usagers (24 %) a déjà fait une tentative de suicide [35].

Cette morbidité psychique est perçue en augmentation par plusieurs CAARUD en 2007 [18].

## **Hospitalisations**

Interrogés en 2008 ces usagers de CAARUD sont 38 % à déclarer avoir subi au moins une hospitalisation au cours de l'année passée (N=3103). Le motif le plus souvent évoqué fait mention de pathologies psychiatriques (24,4 % des répondants, N=2827). Le sevrage a concerné près d'un usager sur 5 (18,3 %) [11].

Sur le plan physique, les traumatismes (accidents, agressions) sont mentionnées par 15,4 % des usagers, les conséquences aiguës liés à la consommation de drogues (dont alcool et médicaments) par 7,1 % d'entre eux, les pathologies infectieuses locales par 7,5 % d'entre eux et les infections à VIH ou VHC par 6,1 % des usagers [11].

## **Des jeunes femmes plus vulnérables sur le plan sanitaire**

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

Parmi celles âgées de moins de 25 ans, 47 % (N=86) affirment, en 2006, se trouver en mauvaise ou très mauvaise santé psychique alors que les hommes du même âge ne sont que 34 % dans cette situation (N=166). La relation s'inverse ensuite avec l'âge sans que l'on puisse proposer une explication [33].

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

Les hospitalisations survenues au cours de l'année renforcent l'idée d'une morbidité féminine supérieure à celle des hommes puisque 43,6 % des femmes interrogées dans les CAARUD en 2008 ont connu une hospitalisation dans l'année, vs 36,5 % des hommes ( $p < 0,001$ ) [11].

## LES INFECTIONS VIRALES, HÉPATITES ET SIDA

### La gestion du risque

#### Connaissance du risque

Si les pratiques susceptibles d'engendrer une infection à VIH sont connues par 90 % des usagers de drogues (UD) rencontrés dans le cadre de l'enquête « Coquelicot » (InVS), celles liées à la contamination par le VHC le sont moins bien. Le partage des seringues comme facteur de risque de l'hépatite C est connu par 84 % des usagers et celui du petit matériel d'injection seulement par 71 % d'entre eux [36].

Au plan qualitatif, les observateurs de plusieurs sites du réseau TREND rencontrent, au sein des groupes de jeunes usagers, une faible conscience des dangers liés à leurs pratiques. À Toulouse par exemple, les acteurs de la RDR soulignent un certain isolement des usagers injecteurs insérés.

#### Partage et réutilisation du matériel

Le partage du matériel et la réutilisation du matériel d'injection constituent des facteurs de transmission des infections virales qui perdurent à grande échelle parmi les poly-usagers rencontrés dans les structures de réduction des risques (CAARUD).

#### Aspect qualitatif

Le rapport TREND parisien propose en 2008 une description de la réalisation d'une « injection-type » à partir des observations et des entretiens avec des usagers de drogues réalisées au cours de l'année, illustrant à chaque étape les occasions de contamination [21]. Cette description est reprise ici pratiquement à l'identique.

#### Quatre étapes de l'injection peuvent être définies :

##### Solubilisation

###### Acidification

L'héroïne brune doit être acidifiée, afin de la solubiliser dans l'eau. L'acidifiant le plus utilisé par les usagers est le citron, parfois le vinaigre. Le produit (sous forme de poudre) est placé dans un récipient, afin de le solubiliser. Ce récipient (appelé « gamelle » par les usagers) peut être un Stéricup® (contenu dans le Stéribox<sup>®25</sup> ou disponible à

25. Le Stéribox<sup>®</sup> contient du matériel stérile d'injection : deux seringues à insuline, deux tampons alcoolisés destinés à la désinfection du point d'injection, deux coupelles ou Stéricup<sup>®</sup>, deux tampons secs destinés à la compression post-injection, deux filtres, deux flacons d'eau, un préservatif et un mode d'emploi accompagné de messages de prévention.

l'unité dans des structures de réduction des risques) mais aussi une cuillère ou une canette. Les usagers semblent, néanmoins, privilégier l'usage du Stéricup<sup>®</sup>. Certains d'entre eux conserveraient en permanence une cuillère dans leur poche, au cas où le Stéricup<sup>®</sup> viendrait à manquer. Quelques gouttes d'acidifiant sont alors ajoutées au produit, puis de l'eau stérile.

#### Usage de l'eau stérile

Les usagers de drogues par voie injectable semblent utiliser, en grande majorité, de l'eau stérile et non de l'eau courante, pour préparer leurs injections. Ces fioles sont utilisées pour plusieurs injections, dans des conditions ne garantissant plus leur caractère stérile (risques bactériens). Diverses méthodes seraient utilisées par les usagers pour assurer la réutilisation des fioles d'eau. Certains planteraient la seringue dans le corps de la fiole en plastique, d'autres brûleraient, après utilisation, le coté ouvert de la fiole afin de la « thermo-souder ». Ces pratiques révèlent le caractère précieux que représente cet outil pour les usagers injecteurs ; certains lieux d'injection ne disposant pas d'eau (cage d'escalier, porte cochère, etc.).

#### La solubilisation proprement dite

Le mélange (héroïne brune + acidifiant + eau stérile) est alors chauffé à l'aide d'un briquet ou d'une bougie. L'usager mélange la préparation avec la seringue. Le coté du bouchon orange (recouvrant l'aiguille) est parfois utilisé, alors qu'il n'est pas stérile.

### Filtration

La filtration garantit la moindre obstruction des vaisseaux sanguins. Pour les usagers injecteurs, cette étape doit répondre à une double contrainte : retenir un minimum de produit psychoactif et être suffisamment pratique pour pouvoir être réalisée de façon brève. Il semblerait que les outils de réduction des risques à disposition ne soient pas vraiment adoptés par les usagers pour cette étape précise. Le filtre contenu dans le Stéribox<sup>®</sup> serait trop petit et le Sterifilt<sup>®26</sup> ne serait pas (ou pas encore) entré dans les habitudes des usagers. La lenteur de filtration des produits, la limpidité de la solution obtenue (avec l'impression de « perdre du produit ») seraient certaines des causes de non-utilisation. L'utilisation du filtre d'une cigarette manufacturée, arraché avec les dents puis roulé entre les doigts, resterait une pratique encore fréquente.

### Désinfection du point d'injection

La désinfection du point d'injection serait une étape rarement pratiquée par les usagers injecteurs. De plus, si l'usager désinfecte le point d'injection mais ne réussit pas à trouver une veine, le point d'injection, lors du deuxième essai, ne sera pas désinfecté, soit par manque de tampon alcoolisé, soit par précipitation et agacement. D'une manière générale, plus l'usager manque son « shoot », moins les « bonnes pratiques de réduction des risques » sont respectées.

---

26. Voir chapitre précédent : « Morbidité générale et connaissance du risque ».

## **Injection**

Un garrot serait utilisé par certains usagers. Le plus souvent, il s'agirait de gros élastiques plats, d'une ceinture ou d'un lacet de chaussure. La plupart des usagers qui utiliseraient un garrot, le feraient par nécessité, ayant un capital veineux trop altéré pour se passer de cet élément. Cependant, d'autres l'utiliseraient très tôt dans leur parcours d'injecteur, sans réelle nécessité physique, comme pour mimer les pratiques de certains de leurs pairs. L'usage du garrot pourrait constituer un vecteur de contamination, du fait de sa proximité avec le point d'injection.

Il serait aussi très fréquent qu'un usager se fasse assister d'un autre pour faciliter sa propre injection. Chaque geste, réalisé par un tiers ayant les mains souillées, deviendrait alors un geste potentiellement contaminant. Ces entraides pourraient avoir lieu à l'initiation de l'injection (c'est fréquemment un pair, plus expérimenté, qui réalise l'injection) mais aussi plus tard, par souci pratique, lorsque l'usager atteint un état d'altération physique ou psychique trop important pour réaliser seul une injection, ou encore, ces entraides se feraient par habitude. Cette habitude serait fréquente dans les couples d'usagers injecteurs, favorisant le partage et la mise en commun d'un grand nombre d'éléments servant à l'injection.

## **Compression post-injection**

À la suite de l'injection, l'usager comprime le point d'injection, afin de contenir l'hémorragie. De nombreux usagers continueraient à ne pas utiliser le tampon sec post-injection prévu à cet effet et contenu dans le module Stericup®. Les usagers considéreraient ce tampon comme étant trop petit et s'imbibant de sang trop rapidement. Plusieurs tampons secs seraient alors nécessaires pour une seule injection. La transmission virale manuportée serait très mal connue des usagers de drogues par voie intraveineuse. Ils seraient nombreux à compresser le point d'injection directement avec leur doigt. D'autres lécheraient le point d'injection, souvent par réflexe. La compression post-injection constituerait une étape à haut risque infectieux (elle se ferait dans ce cas directement avec le doigt, potentiellement souillé, de l'autre).

Les résultats de ces observations ethnographiques menées notamment à Paris, rapportée dans le rapport local en 2008, attestent que les usagers de drogues sont toujours conscients des risques de contamination mais que leurs connaissances concernant ces risques sont souvent approximatives. De plus, la réalisation de l'ensemble de la procédure « dans les règles », apparaît relativement technique et difficile à maîtriser et ce d'autant que les produits consommés altèrent la vigilance [21].

Outre la non utilisation de matériel stérile et la mauvaise connaissance des facteurs de contamination, plusieurs éléments contextuels accroissent les risques de transmission de l'hépatite C :

■ **Les pratiques d'injection de groupe**

Le risque serait considérablement augmenté lors d'un usage en groupe. Comme en témoignent les données quantitatives (voir infra), si la plupart des usagers de drogues ont intégré le non partage de la seringue, il n'en est pas de même avec le petit matériel. Certains usagers prépareraient le produit en groupe et « pomperaient » du produit à tour de rôle à travers le filtre, chacun avec sa seringue, celle-ci ayant pu être déjà utilisée. L'ensemble du produit et le filtre serait alors contaminé [21]

■ **La consommation dans des lieux insalubres et dans la précipitation**

Elle serait notamment favorisée actuellement par la nécessité de consommer très vite le produit acheté pour éviter de se faire contrôler en le portant sur soi. Les usagers, refoulés des espaces de vente par les dealers<sup>27</sup> injecteraient dans des espaces publics peu propices (parking, cages d'escalier)... Ces injections précipitées seraient souvent ratées, et recommencées plusieurs fois. Le matériel stérile pourrait alors manquer. Fréquemment réalisées en groupe après un achat collectif du produit, elles seraient alors l'occasion d'interactions non contrôlées entre les usagers et de partage des virus [21].

Un autre lieu majeur d'injection en espace insalubre est l'espace festif [26].

■ **Les injections de cocaïne**

Injectée, la cocaïne débouche sur des comportements compulsifs qui amènent les usagers de drogues à enchaîner les injections. Outre la difficulté des usagers à se procurer autant de matériel que nécessaire, l'état d'excitation et d'euphorie de l'usager dans ces moments serait responsable d'un relâchement dans l'application des règles de RDR (voir cocaïne) [12, 21].

*Aspect quantitatif, le matériel d'injection*

Parmi les 1 391 injecteurs récents interrogés dans les structures de RDR (CAA-RUD) en 2008 (étude EnaCAARUD), 9,3 % disent avoir partagé leur seringue au cours du mois précédent, 17,9 % la cuillère (ou autre récipient de préparation), 14,3 % le filtre, 16,7 % l'eau de préparation et 10,1 % l'eau de rinçage. Ils sont au total 24,9 % à avoir partagé au moins un élément du matériel d'injection au cours du mois.

Ces valeurs sont toutes supérieures aux taux de partage du matériel mesurés en 2006 par la première édition de cette enquête mais seuls les écarts concernant le partage de l'eau de préparation et celui d'au moins un élément du matériel sont statistiquement significatifs [3, 11].

---

27. Voir chapitre « Trafic et respect de la loi »

En 2006, l'étude PRELUD menée également dans les structures de premières ligne observait en outre que 42 % des injecteurs récents avaient réutilisé leur propre seringue dont 8 % plus de 5 fois<sup>28</sup> [33].

Les pratiques de partage apparaissent d'autant plus fréquentes que les usagers sont jeunes. Une régression logistique<sup>29</sup> montre que les injecteurs récents de moins de 25 ans partagent, selon l'élément du matériel concerné, entre deux et trois fois plus que ceux d'au moins 35 ans (pour  $p < 0,01$ ). De même, les femmes, à âge identique et précarité égale, partagent environ deux fois plus leur matériel d'injection que les hommes (pour  $p < 0,01$ ) [11]. Ces constatations sont conformes aux données déjà disponibles sur cette population [11-12]. Le partage du petit matériel semble également croître avec le degré de précarité, mais le risque relatif ne s'avère significatif que pour le partage de l'eau de rinçage qui presque trois fois plus partagée en cas de précarité forte qu'en cas d'absence de précarité ( $p = 0,024$ ) [11].

#### *Aspect quantitatif, autre matériel*

Bien que la transmission des infections à VIH et à VHC en cas d'échange de paille soit encore discutée par les chercheurs, celles-ci, par précaution, ne devraient pas être partagées. Or, une part des usagers semble ne prendre aucune disposition en ce sens.

Parmi les 887 usagers des CAARUD interrogés en 2008, qui ont sniffé récemment, 29,6 % ont partagé une paille au cours du mois [11].

En cas d'utilisation de la voie fumée ( $N = 2143$ ), c'est 36 % des usagers des CAARUD qui ont partagé le matériel au cours des 30 derniers jours (36,5 %).

Enfin, un quart des usagers (24 %) a partagé un objet tranchant au cours d'une session de consommation (pour couper le produit, ouvrir le paquet...), source possible de contamination par blessure.

Dans tous les cas, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à partager le matériel pour sniffer, fumer ou trancher lors de la préparation de la consommation mais des analyses supplémentaires sont nécessaires afin de déterminer le rôle de l'âge (les femmes interrogées sont en moyenne plus jeunes que les hommes) [11].

Parmi les 603 personnes rencontrées dans l'espace festif orienté vers la musique techno en 2004 et 2005, ayant utilisé le sniff au cours du mois précédent, 53 % ont partagé leur paille au moins une fois durant cette même période. Près des deux-tiers d'entre eux l'on fait plusieurs fois [27].

---

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

29. Les variables intégrées sont le sexe, l'âge en 3 classes (15-24 ans, 25-34 ans et 35 ans et plus) ainsi qu'une variable synthétique de précarité.

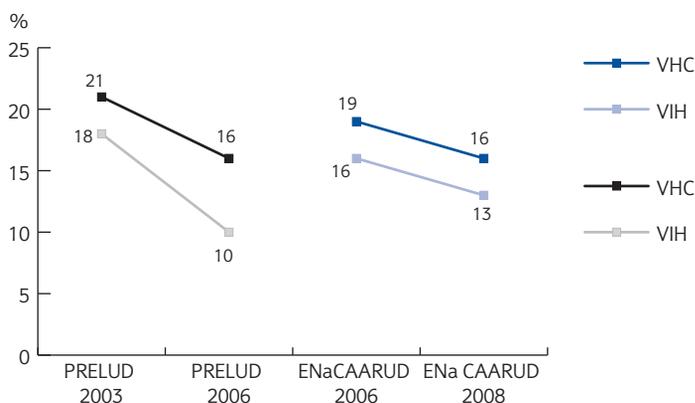
### Pratique du dépistage

L'étude ENaCAARUD montre qu'en 2008, une grande majorité des usagers de drogues fréquentant les structures de premières lignes a déjà pratiqué un dépistage pour l'infection à VIH et l'infection à VHC [Tableau 5]. Parmi eux, 12,8 % n'ont jamais pratiqué de test pour le dépistage du VHC et 16,2 % ne se sont jamais fait dépister pour le VIH [Tableau 5] [11]. Parmi les personnes qui ont déjà utilisé l'injection au moins une fois dans la vie, seuls 8,9 % n'a jamais pratiqué de test de dépistage de l'hépatite C et 7,7 % pour le VIH.

La part des usagers des structures de première ligne n'ayant jamais pratiqué de dépistage semble régresser au fil du temps [Graphique 4].

Cependant, si les conduites à risque persistent, ces dépistages sont rapidement obsolètes. Or, pour plus de la moitié de ceux qui ont reçu un résultat négatif, celui-ci date d'au moins 6 mois [Tableau 6] [11].

**Graphique 4 - Parts des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de tests de dépistage pour le VIH et le VHC**



Sources : Première ligne 2003, Prelud 2006 / TREND OFDT, ENaCAARUD 2006 et 2006 /OFDT, DG5

**Tableau 6 - Pratiques des tests de dépistage des infections à VIH et à VHC parmi les usagers fréquentant les CAARUDs, 2008**

	VIH		VHC	
	Effectifs	%	Effectifs	%
A fait le test	2722	87,2 %	2599	83,8 %
N'a pas fait le test	400	12,8 %	504	16,2 %
Parmi les négatifs*, ancienneté du dernier test				
Moins de 6 mois	961	41,0 %	711	43,1 %
6 mois à un an	646	27,5 %	463	28,1 %
Plus d'un an	739	31,5 %	474	28,8 %

\* Résultats déclaratifs

Source : ENaCAARUD 2008, OFDT, DG5

## VIH

L'impact de l'infection à VIH continue à décroître parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV). Alors qu'en 1998, l'usage de drogue par voie intraveineuse était retrouvé seul chez 18 % des personnes nouvellement atteintes du sida (357 cas dans l'année), ils ne représentent plus en 2008<sup>30</sup> que 8,1 % des motifs de contamination (51 cas).

Seules, 0,9 % des nouvelles contaminations (en amont de la maladie SIDA), sont liées à l'injection de drogues par voie intraveineuse pour l'année 2008<sup>31</sup> (32 cas) vs 3 % en 2003, première année de recueil [37].

L'enquête multicentrique « Coquelicot », menée en 2004 parmi 1 462 usagers de drogue ayant injecté ou sniffé au moins une fois dans leur vie<sup>32</sup>, mesure sur échantillons sanguins une prévalence de l'infection à VIH égale à 10,8 % (âge moyen des répondants 35,6 ans) [36]. Une disparité géographique importante est observée puisque les prévalences estimées s'étendent de 1,0 % des usagers de drogues enquêtés à Lille, à 31,5 % à Marseille. Les villes de Bordeaux, Strasbourg et Paris qui ont également participé à l'enquête affichent des prévalences respectivement égales à 2,4 %, 4,3 % et 10,9 %.

L'enquête « bio » PRELUD<sup>33</sup>, réalisée avec des prélèvements salivaires auprès des usagers de structures de première ligne de cinq villes françaises (âge moyen des répondants, 30,5 ans), retrouve, chez l'ensemble des personnes rencontrées, une prévalence de l'infection à VIH égale à 8,5 %. La part de personnes ayant un test positif parmi celles qui se disent négatives est égale à 5,0 % [33]<sup>34</sup>.

---

30. Données au 31 décembre 2008 non corrigées de la sous-déclaration consultées sur <http://www.invs.sante.fr/bdd/index.htm> le 2 décembre 2009.

31. Données au 31 décembre 2008 non corrigées de la sous-déclaration consultées sur <http://www.invs.sante.fr/bdd/index.htm> le 2 décembre 2009.

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

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

34. Il apparaît hasardeux de pratiquer des comparaisons avec les résultats issus de " Coquelicot " :

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

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

- Les villes enquêtées sont également différentes.

**Tableau 7 - Estimation de la prévalence de l'infection à VIH sur les prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête Bio Prelud , selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge, 2006**

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

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

Les résultats par ville, obtenus sur de faibles effectifs s'étendaient de 5,3 % à Lyon (N=132) à 10,6 % à Toulouse (N=104) [12].

À l'heure actuelle, seules les données déclaratives permettent au plan national de suivre la prévalence du VIH chez les usagers de drogues.

Les données déclaratives obtenues parmi les usagers des CAARUD de neuf villes françaises témoignaient déjà de la poursuite de la décroissance de la contamination déclarée par le virus du sida [Graphique 5] [12]. La comparaison des données 2006 et 2008 de l'étude nationale ENaCAARUD va dans le même sens, sans toutefois que la différence apparaisse significative [Tableau 8].

**Tableau 8 - Évolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour le VIH dans les structures de première ligne entre 2006 et 2008**

	<b>N 2006</b>	<b>N 2008</b>	<b>2006</b>	<b>2008</b>	<b>2008 standardisé sur le poids des classes d'âge 2006</b>
< 25 ans	386	391	2,6 %	0,5%	
25-34 ans	950	849	3,2 %	2,2%	
> 35 ans	1251	1316	11,4 %	10,6%	
Ensemble	2587	2556	7,1 %	6,3 %	6,0 %

Source : ENaCAARUD 2006 et 2008, / OFDT, DGS

Chez les injecteurs-vie, la prévalence déclarée passe de 8,7 % (N=1699) en 2006 à 7,7 % (N=1684) en 2008 mais la différence n'est pas statistiquement significative.

Les données recueillies en 2008 auprès des usagers des CAARUD montrent que la majorité des usagers se sachant infectés par le VIH sont suivis médicalement puisque 89,8 % d'entre eux ont bénéficié d'au moins une consultation médicale en relation avec cette infection dans l'année<sup>35</sup>. Seuls 77,9 % ont un traitement prescrit pour cette infection. Ce résultat est supérieur à celui de 2006 (68,5 %), mais pas significativement différent.

## VHC

Si la prévalence de l'infection à VIH a beaucoup diminué depuis 10 ans parmi les personnes usagères de produits psychotropes, l'hépatite C continue à toucher une très large part de ces usagers, essentiellement les injecteurs, même si l'infection par la pratique du sniff ne peut être exclue actuellement. Cette persistance d'un niveau de transmission toujours important de l'hépatite C parmi les usagers de drogues tient notamment à la très forte résistance du virus responsable dans l'environnement extérieur. Il se transmet ainsi d'un usager à l'autre, non seulement à l'occasion du partage des seringues (risque maximum) mais également lors du partage du petit matériel nécessaire pour l'injection et la préparation du produit ou lors de la contamination du matériel par des mains ou même un support souillés. L'aide à l'injection apportée par un tiers (premières injections, réseaux veineux délabré) peut par ce biais se révéler une source de contamination, de même que la réutilisation de son propre matériel.

Parmi les usagers de drogues ayant injecté ou sniffé au moins une fois dans leur vie et rencontrés en 2004 pour l'enquête « Coquelicot » la prévalence de l'hépatite C, mesurée sur échantillons sanguins, s'élève à 59,8 % [36]. Chez les moins de 30 ans, elle atteint déjà 28 % dans cet échantillon mais s'élève à 71 % chez les plus de 40 ans. Plus du quart des usagers enquêtés (27 %) se croient à tort séronégatifs. Les prévalences locales montrent de très fortes disparités (de 43,7 % pour Lille à 65,9 % pour Marseille).

---

35. La situation des 10 % qui déclarent ne pas avoir vu de médecin dans les 12 derniers mois pour cette affection devra être précisée.

L'enquête « bio » PRELUD réalisée avec des prélèvements salivaires auprès des usagers de structures de première ligne de cinq villes françaises retrouve une prévalence de l'hépatite C égale à 32 % [12]. Chez les injecteurs, la prévalence estimée<sup>36</sup> s'élève à 42 %. La part de personnes ayant un test positif parmi celles qui se disent négatives est égale à 8,5 % [33].

Les résultats par ville montraient de fortes disparités également (de 10 % à Dijon, mais N=49, à 42 % à Toulouse, N=107) [33].

Les données déclaratives, seules disponibles pour observer des évolutions à ce jour en France, évoquent une décroissance de la prévalence de la positivité déclarée à l'hépatite C en particulier chez les plus jeunes [Graphique 5]. Ce phénomène avait déjà été constaté et discuté sur les données 2003 et 2006<sup>37</sup> de l'étude multi-site PRELUD, le rôle de la diffusion de la pratique des tests de dépistage ayant notamment été évoqué [Tableau 10] [12].

**Tableau 9 - Estimation de la prévalence de l'infection à VHC sur prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête Bio Prelud, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge**

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

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

36. Voir Point de méthode

37. P=0,02

**Tableau 10 - Evolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour l'Hépatite C dans les structures de première ligne entre 2003 et 2006**

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

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

Entre 2006 et 2008, l'étude ENaCAARUD, exhaustive une semaine donnée dans l'ensemble de ces structures, suggère également une décroissance de la prévalence de l'hépatite C dans cette population ( $p < 0,01$ ).

**Tableau 11 - Évolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour l'Hépatite C dans les structures de première ligne (CAARUDs) entre 2006 et 2008**

	Ensemble population des CAARUD		2008 standardisé sur le poids des classes d'âge 2006		Injecteur Vie		2008 standardisé sur le poids des classes d'âge 2006			
	N 2006	N 2008	2006	2008	N 2006	N 2008	2006	2008		
< 25 ans	348	346	14,9%	10,1%	222	237	<b>22,5%</b>	<b>14,3%</b>		
25-34 ans	895	805	<b>30,2%</b>	<b>20,4%</b>	621	531	<b>44,4%</b>	<b>29,2%</b>		
> 35 ans	1221	1263	<b>44,4%</b>	<b>39,5%</b>	838	862	<b>58,7%</b>	<b>53,7%</b>		
Ensemble	2664	2414	<b>35,1%</b>	<b>29,0%</b>	26,3%	1681	1630	<b>47,2%</b>	<b>40,0%</b>	36,5 %

Note : Les statistiques en gras présentent une différence entre 2006 et 2008, significative à un risque inférieur à 5 %.

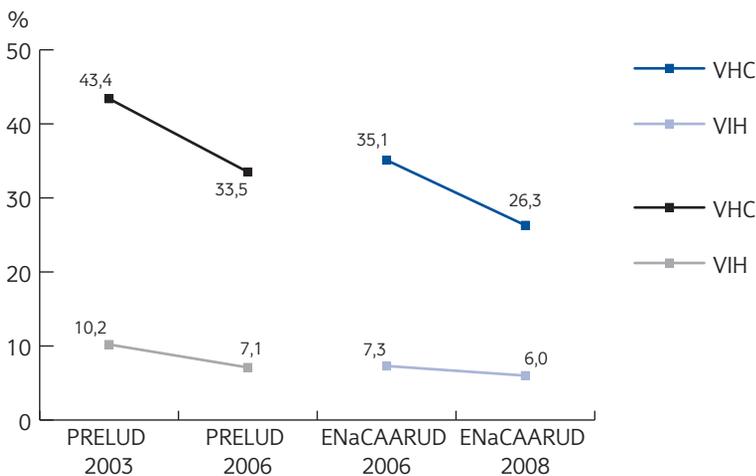
Source : ENaCAARUD 2006 et 2003, TREND / OFDT, DGS

L'hypothèse d'une extension de la pratique du dépistage (voir point « Pratique du dépistage ») vers des populations avec des niveaux de risques décroissant, qui pourrait entraîner une baisse du taux de séropositivité, ne suffit pas à expliquer la tendance observée. Ces données étant déclaratives, on pourrait également supposer que les usagers de drogues maîtrisent de moins en moins leurs résultats où que

les délais entre deux tests sont de plus en plus longs. Ces hypothèses sont peu probables dans le contexte actuel où la part des usagers qui a déjà pratiqué un test augmente. Par ailleurs, l'ancienneté du dernier test négatif n'a pas évolué entre les deux études.

On peut dès lors penser que la prévalence de l'hépatite C dans cette population à haut risque a commencé à décliner montrant par là la probable efficacité de l'ensemble des mesures mises en œuvre. Pour autant, le suivi des données biologiques apparaît nécessaire pour disposer d'éléments fiables.

**Graphique 5 - Evolution des prévalences des infections à VIH et à VHC (sérologies déclarées) chez les usagers des CAARUD entre 2003 et 2008 selon les études PRELUD et ENaCAARUD**



Notes : Prévalences PRELUD 2006 standardisées sur l'âge de la population et le poids des différents sites 2003  
Prévalences ENaCAARUD 2008 standardisées sur l'âge de la population 2006

Sources : Première ligne/PRELUD TREND /OFDT, ENaCAARUD, OFDT/DG5

En 2008, deux tiers des personnes enquêtées (70,5 %) s'étant déclarées positives au test pour l'hépatite C ont eu au moins une consultation relative à cette infection dans les 12 mois précédant l'enquête. Un peu plus du quart (28 %) a ou a eu un traitement prescrit pour cette infection. Ce résultat apparaît comme une progression par rapport à la même enquête en 2006 puisque seuls 22,5 % des usagers des CAARUD infectés par le VHC déclaraient alors avoir reçu un traitement (p=0,02) [3, 11].

## VHB

En 2006, quel que soit l'âge, plus du tiers des usagers des structures de RDR en milieu urbain ignore quelle est sa situation vis-à-vis du virus de l'hépatite B, lequel peut se transmettre par échanges sanguins et par les relations sexuelles [33].

Les plus de 34 ans sont nettement plus nombreux que les plus jeunes à déclarer avoir été contaminés (17 %) <sup>38</sup>.

**Tableau 12 - Connaissance par les usagers des structures de première ligne de leur statut vis à vis du VHB, 2006**

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

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

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

**Tableau 13 - Nombre d'injections déclarées pour la vaccination contre l'hépatite B par les usagers des structures de première ligne, 2006**

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

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

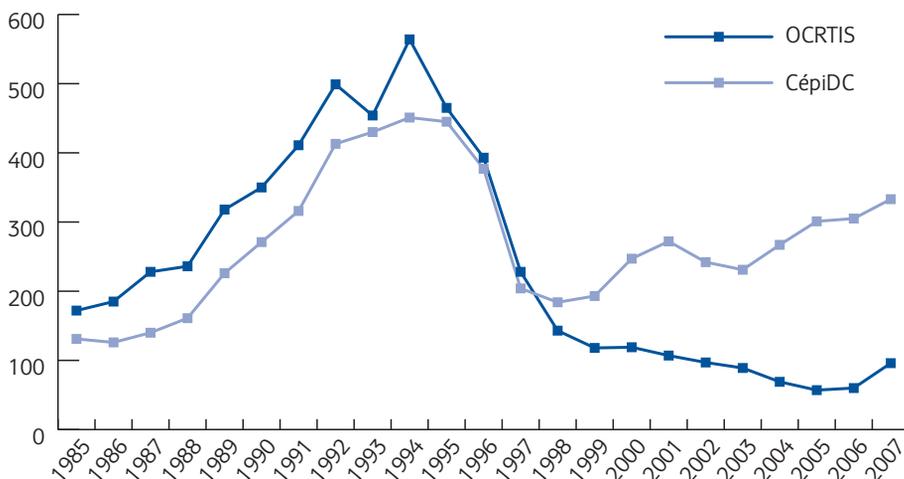
38. On vérifie que 86 % de ceux qui s'affirment contaminés ou non contaminés disent avoir pratiqué un test de dépistage.

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

## **SURDOSES**

À partir de l'année 1995, une chute spectaculaire du nombre des surdoses a été observée, conséquence de la mise en œuvre de politiques de réduction des risques<sup>39</sup>. La situation est apparue moins claire entre 1999 et 2003 du fait des tendances contradictoires fournies par les données INSERM<sup>40</sup> et OCRTIS. Le CépiDC a alors connu des changements de définition (passage de la CIM 9 à la CIM 10) et une amélioration de son dispositif de recueil et de traitement des données alors que l'exhaustivité des données de l'OCRTIS est faible [38].

**Graphique 6 : Evolution du nombre de surdoses entre 1985 et 2007 selon les données OCRTIS et les données INSERM (CépiDC)**



**Sources : données OCRTIS et INSERM / CépiDC,[39]**

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

40. Décès comptabilisé selon la définition de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies ou sélection B, à savoir :

Harmful use, dependence, and other mental and behavioural disorders due to opioids (F11), cannabinoids (F12), cocaine (F14), other stimulants (F15), hallucinogens (F16), multiple drug use (F19).

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

Cependant le changement de tendance, que l'on peut considérer comme effectif depuis 2003 s'est vu confirmé entre 2006 et 2008 par de nombreux éléments contextuels. Des éléments de compréhension sont évoqués dans la partie « Populations et pratiques, phénomènes marquants » et dans le chapitre consacré à l'héroïne.

## Part des différentes substances dans les décès

L'enquête DRAMES (AFSSAPS, CEIP de Marseille) recueille les cas de décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives ayant donné lieu à des analyses biologiques dans un cadre médico-légal. En 2006, les laboratoires membres du dispositif sont au nombre de 14. L'intérêt actuel majeur de DRAMES est de disposer d'une information validée (dosages biologiques) permettant de suivre le poids des différents produits dans les décès liés aux produits psychoactifs.

L'enquête permet de constater qu'en 2007, les opiacés représentent encore la substance la plus impliquée dans les décès liés aux drogues puisqu'ils sont présents dans 90 % des cas directement liés à l'usage et qu'ils sont seuls en cause dans 70 % d'entre eux (hors alcool et médicaments psychotropes non opiacés) [6]. Par rapport aux données 2006, on note un accroissement de la part des surdoses avec présence d'héroïne, seule ou en association (voir chapitre héroïne).

**Tableau 14 - Poids respectif des différentes substances dans les décès directement liés à l'usage de produits psychotropes , 2007\***

	Isolés**	Présents
Héroïne	29%	45%
Méthadone	29%	36%
BHD	5%	7%
Autres opiacés licites	2,6%	8%
Cocaïne	9%	28%
MDMA (ecstasy)	0,0%	2,6%
Amphétamine	0,0%	0,5%
Solvants/ poppers	0,0%	0,0%
Tous opiacés ***	70%	90%
Opiacés médicamenteux	43%	48 %

\* Il s'agit d'ordres de grandeur. Seules les valeurs inférieures à 5 % sont données avec une décimale.

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

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

**Sources : Données AFSSAPS/ CEIP**

## **Les pertes de connaissances (désignées « surdoses » par les usagers de drogues)**

Les usagers interrogés en 2008 dans le cadre de l'étude ENaCAARUD (structures de RDR) sont 7,4 % (soit 224) à déclarer avoir connu une perte de connaissance après absorption de produits psychotropes au cours des douze mois précédents [11].

Dans un peu plus de la moitié des cas (52,1 %) où un produit est renseigné, les personnes nomment au moins deux produits (classés) et dans 21,8 % des cas ils en citent trois.

Le premier produit présumé en cause (N=211), selon l'utilisateur, est l'héroïne dans 21,3 % des cas, l'alcool pour 19,0 %, puis la cocaïne (18,5 %). Les benzodiazépines sont également citées dans 11,8 % des occasions, les autres substances ne dépassant pas 4 %.

Les benzodiazépines sont les plus fréquemment citées en deuxième (n=110) et troisième produits (N=46) (27,3 % et 26,1 %) de même que la cocaïne et l'alcool.

Si l'on ne tient pas compte des hiérarchies, quatre produits sont mis en cause dans les « surdoses » définies par les usagers avec des fréquences très proches les unes des autres (entre 25 % et 30 %) : dans l'ordre des fréquences descendantes, les benzodiazépines, l'alcool, la cocaïne et l'héroïne. Les autres substances affichent des fréquences de citations beaucoup plus faibles et situées entre 7,6 % (BHD) et 0,4 % (GHB, poppers, colles/solvants) [11].

# ESPACES, POPULATIONS ET PRATIQUES, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007

## **DES TENDANCES TOUJOURS D'ACTUALITÉ**

Plusieurs tendances déjà évoquées dans le ou les précédents rapports persistent.

### **Une diversité croissante des populations usagères**

Des usages de plusieurs substances continuent à se diffuser hors des groupes initialement consommateurs. Ces produits tendent notamment à « élargir leur clientèle » en population dite « socialement insérée », peu visible des structures de soins ou de RDR. Les usagers de cocaïne relèvent maintenant de toutes les couches sociales de la population. L'héroïne, tend depuis trois à quatre ans à se diffuser également en population dite « insérée » mais dans des proportions bien moindres. L'accès à de nouveaux usagers à des produits dont l'usage était resté jusqu'alors confidentiels, confiné à des groupes restreints (GHB/GBL par exemple) participe également à cette tendance.

Outre les spécificités de chaque produit, plusieurs facteurs semblent en cause :

- La généralisation du polyusage facilite l'expérimentation de nouveaux produits par des personnes désormais usagères de substances psychoactives et non plus de telle ou telle substance.
  - La présence de jeunes « expérimentateurs », fréquentant notamment le milieu festif techno, en recherche permanente de nouvelles expériences, souvent en dehors de tout encadrement « compétent ».
  - L'accessibilité grandissante de certaines drogues, enfin.
- Elle découle notamment de la montée du micro-traffic « touristique » selon les termes de l'OCRIS à savoir l'achat collectif et à petite échelle organisé par des petits groupes d'usagers directement là où le produit est moins cher (Pays Bas, Belgique, Espagne) et le petit deal individuel pour payer sa propre consommation.

La facilité d'acquisition d'autres produits par le réseau Internet joue également un rôle.

### **Il s'en suit une difficulté croissante pour adapter les messages de prévention et pour cibler les populations concernées au sein de la population générale.**

La question se pose également concernant l'observation des pratiques dont le champ apparaît de plus en plus diffus.

La fréquentation plus marquée des événements festifs techno par les injecteurs fortement rejetée par la culture techno, la pratique de l'injection tend pourtant à devenir progressivement plus visible en marge des rassemblements musicaux alternatifs les moins encadrés. Pour autant, elle y demeure un phénomène marginal, concernant une population plutôt précarisée dont les consommations de psychotropes ne sont pas cantonnées au champ de la fête. Pour une part des usagers, ne se revendiquant d'aucun mouvement culturel, les fêtes ne représentent qu'un espace de consommation possible. Pour d'autres usagers ayant initié leur consommation de drogues dans la sphère festive, l'injection peut représenter une expérience nouvelle, favorisée par le contexte de la fête. Cependant dans trois quarts des cas, l'initiation à l'injection n'a pas lieu dans l'espace festif. Enfin, pour les usagers de la sphère festive ayant atteint un certain seuil de tolérance, l'injection peut constituer une nécessité pour « rentabiliser » les produits. Même très minoritaire, cette pratique pose de nouveaux enjeux de réduction des risques : l'espace des fêtes de plein air offre des conditions sanitaires totalement inadéquates, les usagers ne fréquentant pas les structures de RDR en milieu urbain apparaissent très ignorants des procédures de RDR et les acteurs de la RDR en milieu festif ne peuvent être présents dans l'ensemble des petites manifestations.

### **Faible niveau de connaissance des risques et prises de risques parmi les jeunes générations d'usagers et les usagers insérés**

Les acteurs de la RDR qui rencontrent les plus jeunes usagers décrivent tant dans l'espace urbain que dans l'espace festif une importante méconnaissance des gestes de réduction des risques, particulièrement de la part de ceux qui fréquentent peu ou pas les CAARUD. Cependant, le partage du matériel d'injection est un facteur de transmission des infections virales qui perdure même parmi les polyusagers rencontrés dans les structures de réduction des risques (CAARUD) (voir le chapitre « Infections virales »).

En milieu festif, la méconnaissance porte sur l'usage des produits mais également sur la gestion collective des problèmes sanitaires pouvant survenir chez un usager (bad trip par exemple). Les usagers insérés font également face à un certain isolement lorsque, devenus dépendants, ils commencent à pratiquer l'injection.

La difficulté à l'heure actuelle de mener des actions de RDR dans les espaces festifs commerciaux ne facilite pas la transmission d'informations en populations insérées. Par crainte de la fermeture de leur établissement, les directions s'orientent davantage vers le déni, la répression ou la prévention centrée sur l'usage d'alcool. Toutefois, plusieurs démarches témoignent d'une progression de la prévention dans ces lieux (Fetez-Clairs à Paris, Noz'ambul à Rennes...).

En milieu festif alternatif, la multiplication des petits événements gratuits de faible ampleur, très discrètement annoncées, n'y permettent pas l'intervention des associations de RDR. Là encore, il semble que les choses soient d'ores et déjà en progrès. Le site parisien signale notamment que des organisateurs de free parties utiliseraient désormais plus souvent des savoir-faires acquis en teknival : voies d'évacuation, marche à suivre en cas d'incident mais aussi utilisation de matériel de réduction des risques.

## **UNE EXTENSION DES USAGES EN ZONES PÉRI URBAINES**

On relève ces deux dernières années une tendance des usages de drogues à s'étendre de manière marquée à partir des centres-villes.

En premier lieu, plusieurs sites (Bordeaux, Rennes, Toulouse et Paris) décrivent la migration de certains usagers de drogues plutôt précaires des centres-villes vers les zones périurbaines par le biais des déplacements de squats comme c'est le cas dès 2007 à Bordeaux du fait notamment des expulsions de ces squats par les forces de l'ordre. Le rapport de Toulouse souligne que le déplacement et la sédentarisation de ces populations précaires dans des villes périphériques, libérerait des squats et des campements pour de nouvelles populations urbaines en errance. En région parisienne, c'est particulièrement à Saint-Denis (Seine-Saint Denis) que ce sont ouverts en 2008 de nouveaux squats avant d'être évacués à leur tour et de se reconstituer ailleurs.

Phénomène un peu distinct, certaines personnes, déjà usagères de drogues tendent à s'établir en zone rurales, « chassées » des villes par le niveau des loyers et la pénurie de logements ou encore dans le but de s'éloigner des produits. Elles sont alors reçues, en lien avec leur problème d'addiction par les médecins et se procurent du matériel dans les structures de réduction des risques des villes les plus proches qu'elles fréquentent à intervalle plus ou moins régulier (Bretagne, Ariège, Aude) [18-19]. Le rapport Rennais évoque des personnes de 20 à 25 ans maintenant visibles dans les villages environnants, en groupe, dans des camions ou des « longères louées pas chères » à plusieurs.

Alors qu'à Paris, le trafic est déjà bien implanté dans les banlieues, plusieurs sites provinciaux (Rennes et Toulouse) signalent le déplacement des activités de trafic vers la périphérie des métropoles régionales. Ainsi, les zones périurbaines, plus ou moins rurales sont de plus en plus utilisées comme base arrière pour le trafic (stockage notamment). La multiplication des petits réseaux d'usagers-revendeurs, déjà évoquées élargit également les zones géographiques de petits trafics y compris dans les zones rurales.

## **UN ACCROISSEMENT DU NOMBRE DE SURDOSES**

Après près de dix ans de chute continue du nombre de surdoses, celui-ci est reparti à la hausse, depuis 2003 selon les données de l'INSERM. Cet accroissement est perceptible de façon très nette à partir de l'année 2007. Principaux responsables, les opiacés, présents, en 2007, dans 90 % des surdoses et seuls présents dans 70 % d'entre elles. L'héroïne, premier produit en cause, est présente dans 45 % des surdoses. Elle est isolée (sans compter les benzodiazépines et l'alcool) dans 29 % des cas.

Plusieurs éléments peuvent être mis en cause dans ce phénomène. L'extension de l'usage des psychotropes et notamment des opiacés, premiers responsables d'overdoses, vers des populations de plus en plus diffuses, dépourvues de connaissances et d'expérience concernant ces produits constitue un premier élément d'explication (voir « Héroïne : phénomènes marquants »). La croissance de la consommation d'héroïne, observée clairement sur un plan quantitatif depuis 2006, vient soutenir ce phénomène. En outre, la généralisation des pratiques de polyconsommation rend la maîtrise des quantités absorbées et des effets, difficile voire impossible. Il semble donc que ce soit autant des évolutions concernant les contextes d'usage et les usagers que les produits eux-mêmes qui soient en cause. En dépit de la survenue d'un groupement de surdoses non mortelles (sauf une) en Seine-Saint Denis en 2009 consécutives à la vente d'une héroïne de pureté légèrement supérieure à 30 % associée à une faible quantité d'un médicament anxiolytique, il n'a pas été observé depuis 2006 d'accroissement de la part de l'héroïne fortement dosée<sup>41</sup> parmi les produits circulants (voir chapitre Héroïne). En revanche, les quantités d'héroïne fortement dosées augmentent corrélativement aux quantités d'héroïne présentes sur le territoire national et la forte hétérogénéité des poudres en circulation constitue un risque certain de surdose [40].

---

41. C'est-à-dire de pureté supérieure à 30 %

## UNE BAISSÉ POSSIBLE DE LA PRÉVALENCE DE L'HÉPATITE C

Les données déclaratives des usagers des structures de première ligne (CAARUD) concernant le résultat de leur dernier test de dépistage de l'hépatite C évoquent une décroissance significative de la séropositivité pour cette infection (35,1 % vs 29,0 %<sup>42</sup> chez l'ensemble des usagers et 47,2 % vs 40,0 %<sup>43</sup> chez les usagers ayant déjà utilisé l'injection dans leur vie). Ces données sont déclaratives et doivent être confirmées par des mesures biologiques. Pour autant, elles ont été recueillies dans le cadre d'une enquête exhaustive menée sur la même semaine de l'année en 2006 et 2008 et les différentes hypothèses envisagées pour expliquer cet écart autrement que par une baisse réelle de la prévalence apparaissent peu probables ou sont invalidées par les données disponibles (voir chapitre « Infections virales »)

En dépit d'observations peu encourageantes concernant les pratiques de certaines populations, qui utilisent l'injection dans des conditions sanitaires déplorable, les actions menées ces dernières années à divers échelons géographiques pourraient porter leurs fruits.

On observe notamment une poursuite de la décroissance des pratiques d'injection, régulière parmi les usagers rencontrés dans un cadre de soins, moins régulières concernant les usagers vus en structures de réduction des risques<sup>44</sup> et une amélioration du dépistage.

## ACTION RÉPRESSIVE ET RDR

Si les éléments repris ci-dessous n'ont pas toujours été directement observés par les enquêteurs ethnographiques, la multiplicité et la concordance des témoignages, notamment de professionnels, laissent à penser que l'on rapporte ici une réelle évolution du rapport usagers de drogues / forces de l'ordre et non uniquement une simple rumeur.

Sur plusieurs sites TREND (Paris, Marseille et dans une moindre mesure Rennes), observateurs et usagers font état de la survenue de ruptures répétées du statu quo qui prévalait depuis la mise en œuvre des mesures de réduction des

---

42. N=2664 en 2006 et 2414 en 2008

43. N=1681 en 2006 et 1630 en 2008

44. La remontée de la part des injecteurs dans les CAARUD observée en 2006 est soit attribuable à un aléa de recrutement de l'enquête mais peut aussi être réelle et résulter des variations des poids respectifs des différentes sous-populations d'usagers qui fréquentent ces structures. En effet, les tendances ne sont pas identiques dans toutes les sous-populations et les structures voient régulièrement de nouvelles populations arriver alors que d'autres se déplacent ailleurs.

risques à savoir l'absence d'intervention des forces de l'ordre à proximité des lieux de réduction des risques, de manière à ne pas dissuader les usagers de drogues de fréquenter ces structures. L'accroissement de la visibilité policière en 2008, même si elle n'est pas réalisée dans ce but, tend à limiter la mise en œuvre de la RDR.

À Rennes par exemple, a été signalée une présence policière itérative dans ou à proximité d'un CAARUD : contrôle d'identité à la sortie du local, stationnement d'un véhicule de police sur le trottoir à proximité du local, tentative d'interpellation d'un individu dans le CAARUD (pas pour une question de drogue). S'il est ici également signalé l'absence de volonté de nuire à l'accès à la RDR, les professionnels observent que la présence policière éloigne les usagers [26]. À Marseille, des voitures policières banalisées surveilleraient les allées et venues devant un CAARUD ou même suivraient les intervenants mobiles se rendant dans les squats [13]. Selon le rapport parisien, « de nombreux témoignages d'usagers signalent que certains contrôles policiers conduiraient à la destruction ou à la confiscation du matériel de RDR par les fonctionnaires de police... » [21].

À l'inverse, sur certains sites tels que Toulouse, cela se passerait « mieux », avec des comportements de la part des forces de l'ordre plus respectueux de la réduction des risques.

Au delà de la peur de l'interpellation ou de l'incarcération, les usagers de drogues font état de d'humiliations ressenties dans leur rapport avec les forces de l'ordre [13 , 21, 24].

Certains professionnels de la RDR ou du soin (Marseille, Lille) évoquent un accroissement des incarcérations, qui viendraient perturber les démarches de soins et de stabilisation sociale menées avec les usagers : pertes de droits, interruption de traitement etc. Il faut noter également que s'est développé parmi les usagers de drogue un discours sur les « peines planchers » qui tend à accroître un climat croissant de peur, en particulier peur de l'incarcération.

De nouvelles pratiques des usagers (voir « Impact sanitaire ») sont éventuellement à mettre en lien avec cet accroissement de la peur chez les usagers.

Ceux-ci évitent d'être porteurs de matériels qui les identifient aux yeux des fonctionnaires de police comme des usagers de drogues et peuvent déboucher sur une recherche de produit.

Ils évitent également d'être porteurs de substances et tendent à consommer n'importe où et dans la précipitation dès que le produit est acquis : cages d'escaliers, sanisette, impasse, porte cochère, toilettes des hôpitaux où on peut trouver de l'eau...dans des conditions d'hygiène et psychologiques favorisant les risques. D'autant que les dealers en appartement refusent les consommations sur place pour limiter les risques de se faire repérer par la police.

## **À signaler**

### **Des injections par voie intra musculaire**

L'accroissement de l'usage de la Kétamine décrit depuis 2007 sur plusieurs sites s'accompagne d'une progression de son usage par injection. Or une part de ces injections est réalisée par voie intramusculaire et non par voie intraveineuse. Même si l'on ne peut dire avec précision dans quelle mesure cette pratique préexistait, l'accès à la visibilité marque une étape dans son évolution. En outre la pratique possible d'injection intramusculaire de diazépam (Valium®) a également été évoquée par le site Rennais en 2008. Cette voie d'injection qui semble nouvelle en France est en fait utilisée, en particulier avec l'héroïne, chez certains voisins européens (Grande Bretagne, Irlande, Allemagne) avec pour conséquence l'apparition chaque année ici ou là en Europe, de groupements d'infections à Clostridium, bactéries du tétanos et du botulisme, qui se développent plus volontiers par le biais d'injections intramusculaires ou sous cutanées que par voie IV.

Si ce type d'injection reste à ce jour anecdotique en France, l'évolution de sa fréquence d'usage doit être surveillée.

### **À Rennes une recrudescence des staphylococcies cutanées**

Les infirmières des CAARUD rennais ont signalé en 2008, le recensement de nombreux cas de staphylococcies cutanées (infections cutanées dues à un staphylocoque), récidivantes et plus ou moins extensives, chez les usagers injecteurs du milieu urbain, certains vivant de manière très précaire, mais d'autres plus insérés. La prise en charge des usagers vivant en squat s'avère relativement inefficace. Dans la mesure où l'infection est tabou, pouvant déboucher sur l'exclusion d'un squat certains usagers refusent d'en parler. Par ailleurs, la persistance de personnes infectées dans le squat et l'absence de soins quotidiens d'hygiène corporelle entraîne la recontamination des personnes traitées.

## TRAFIC DE PROXIMITÉ

---

### **PRIX « DE LA RUE » DES PRODUITS PSYCHOTROPES CONSOMMÉS EN FRANCE**

Sur un marché légal, les prix des biens et services sont déterminés par un certain nombre de variables bien connues : l'offre et la demande, les coûts de production, le niveau de la concurrence, les réglementations (taxes) ou encore les stratégies commerciales développées par les producteurs et distributeurs ou la qualité du bien. Ces variables peuvent également être appliquées pour les produits psychotropes illicites.

Les produits psychotropes (hors médicaments prescrits, alcool et tabac) consommés en France sont fabriqués, distribués, achetés et consommés dans un cadre illégal. Néanmoins il existe un prix du marché, souvent local, pour chacune de ces substances. Nous ne nous intéresserons ici qu'aux prix de détail (« achats de rues »), c'est-à-dire, les prix effectivement concédés par les personnes pour leur usage personnel. Les prix de gros (prix payé par des professionnels de l'import-export pour des quantités importantes) ou de demi-gros (prix qui correspond à des quantités intermédiaires payées à des professionnels qui prennent une part sur la valeur marchande) ne seront pas ici appréhendés.

### **Prix observés pour les substances illicites**

L'estimation des prix de produits psychotropes consommés dans un cadre illégal nécessite des méthodologies propres. Le tableau ci-dessous donne une estimation des prix rencontrés en France en 2008 pour les principaux produits. La moyenne présentée reprend les prix les plus communément cités par :

■ Le réseau des sites TREND: triangulation de déclarations de prix exprimés par des professionnels du champ des addictions (officiers de police et de gendarmerie, magistrats et intervenants santé et réduction des risques ainsi qu'usagers de drogues) ;

■ Une enquête menée par l'OCRTIS entre le 15 mars et le 18 juin 2008 : collecte et analyse de déclaration de prix auprès de correspondants en capacité à évaluer précisément, dans une zone territoriale donnée, les prix de détail (brigades de stupéfiants des DDSP) [41].

**Tableau 15 - Estimations des prix de vente à l'usager des principaux produits illicites en €, 2008**

	<b>TREND</b> (1) (3)	<b>OCRTIS</b> (2) (3)
Résine de cannabis	5	5
Ecstasy	5	7
Herbe de cannabis	10	7
LSD	10	nd
Amphétamine	15	nd
Héroïne	38	40
Cocaïne	65	60

(1) Réseau OFDT des sites du dispositif TREND (Lille, Marseille, Metz, Toulouse, Paris and Rennes) - médiane des prix les plus fréquemment constatés

(2) Etude conduite par l'OCRTIS - Direction Centrale de la Police Judiciaire : observation des prix entre le 15 mars et le 10 juin 2008 - médiane des prix les plus fréquemment constatés (50% des prix constatés)

(3) l'unité est le gramme à l'exception de l'ecstasy et du LSD exprimés en cachet ou à l'unité - moyenne des deux sources

**Sources : TREND / OFDT, OCRTIS**

Les résultats des deux sources d'information sont cohérents et complémentaires. La résine de cannabis, produit illicite le plus consommé en France, est le produit le moins cher sur le marché (5 € le gramme) en opposition avec la cocaïne, qui demeure le plus onéreux avec 60 € le gramme en moyenne. Des variations de prix sur certains produits peuvent être observées au cours des années, même si la « hiérarchie prix » demeure inchangée ; en 2003, le réseau TREND indiquait par exemple le gramme de cocaïne à 70 €, contre 65 € en 2006 (source OCRTIS) et 60 € en 2008 selon les deux sources.

Un lien peut être établi entre le prix d'un produit et le niveau de sa demande : un usager à faible pouvoir d'achat souhaitant consommer des stimulants pourra se tourner le cas échéant vers des amphétamines à 15 € le gramme plutôt que vers un gramme de cocaïne à plus de 60 € ; inversement, une demande individuelle importante ou des achats groupés peuvent influencer le niveau des prix. Néanmoins, de nombreux autres facteurs et paramètres ayant des effets directs sur l'établissement et les variations des prix peuvent être décrits. Enfin, les moyennes de prix constatées dissimulent une réalité plus contrastée où pour chaque produit, des écarts importants existent.

## **Des différences de prix importantes pour un « même produit » : les notions de qualité**

La qualité réelle, perçue ou attendue d'un produit constitue un facteur déterminant de la fixation d'un prix. Les écarts de prix entre l'héroïne brune et blanche, la première étant considérée de moins bonne qualité et donc moins pure par les usagers, sont importants (respectivement 20 € vs 70 € à Paris et 40 € vs 120 € à Marseille). Les cocaïnes connues sous l'appellation d'écaïlle de poisson ou encore Goldfinger et réputées très pures, sont vendues de 100 à 120 € le gramme (Paris et Metz) alors que le prix moyen observé de la cocaïne se situe entre 60 et 65 €. À Toulouse, la poudre de MDMA jouit actuellement d'une réputation de bien meilleure qualité que les cachets d'ecstasy et s'accompagne d'un prix plus élevé pour des effets identiques (70 € le gramme de poudre contre 10 € le cachet – avec une moyenne de 55 mg par cachet, son prix théorique est de moins de 4 €). Les « arnaques » recensées ces dernières années ont pu réduire l'attrait des formes cachets. Enfin, le cannabis (résine ou herbe), est présent sur le marché sous des formes et des qualités très variables et vendu à des prix allant du simple au double. Il existe donc un véritable double marché : des produits de « qualité » très recherchés et chers, accessibles à une minorité de consommateurs « avertis » et en parallèle un second marché de cannabis de moins bonne qualité, largement disponible proposés à des prix très inférieurs. De plus, l'herbe produite localement (auto-culture) est généralement peu chère, très loin de certaines herbes cultivées aux Pays-Bas et réputées de qualité supérieure (À Metz, respectivement 5 € le gramme contre 15 € pour de l'herbe produite en Hollande). À Lille, les prix des herbes réputées « pures » auraient augmentées en 2008 (60/80 € les 10 grammes vs 50 € les années précédentes).

Des variations très conjoncturelles (liées à un événement) peuvent intervenir : la découverte et la diffusion à un large public de l'existence de micro-billes dans certains échantillons d'herbe de cannabis a pu diminuer son pouvoir attractif et donc le prix de ce produit jugé jusque-là très naturel.

Pour la résine de cannabis, les prix peuvent varier subitement en cours d'année en fonction de la « fraîcheur du produit » : récolté au Maroc au mois d'octobre, les stocks de l'année passée peuvent être bradés afin de permettre l'écoulement du produit frais de l'année en cours.

## **Différences de prix selon les lieux de production et d'achat**

Des écarts de prix sont observés pour la plupart des produits psychotropes entre les différents sites d'observation en France : les amphétamines sont par exemple achetées 10 € le gramme à Lille, 15 € à Marseille et Metz contre près de 23 € dans les villes de Rennes ou Paris.

Une position frontalière influence de façon notable les prix. Plusieurs sources lilloises signalent des prix et qualités d'héroïne bien plus « intéressants » en Belgique ; un consommateur belge pourrait acheter de l'héroïne de bonne qualité à Anvers à 150 € les 10 grammes (200 € pour en français) contre un prix généralement annoncé de 30 € le gramme pour un achat effectué à Lille. Des témoignages recueillis indiquent que l'héroïne est accessible aux Pays-Bas à partir de 8 € le gramme pour la moins chère.

Un policier Belge sur le site de Lille constate des ventes d'ecstasy à 1 € pièce en Belgique, qui se retrouvent à 2 € en France, 4 € en Espagne et 10 € aux États-Unis.

De façon plus anecdotique, des fioles de Kétamine sont vendues très bon marché sur des espaces festifs de la région toulousaine ; vendues librement dans des pharmacies indiennes, elles sont importées à l'occasion de voyages personnels. À Toulouse également, un micro trafic individuel via Barcelone et Bilbao, semble être au centre des arrivages de cocaïne sur la ville.

Enfin, certains sites TREND font état d'écarts de prix au sein même d'un espace régional ; le gramme d'héroïne est ainsi acheté plus cher sur un quartier messin que sur d'autres villes du territoire (60 € contre 30 € à Nancy et 15 € à Epinal). L'héroïne achetée à Metz est considérée par les usagers comme de bien meilleure qualité. Le LSD est vendu entre 5 et 15 € à Metz contre 15 à 20 € dans les Vosges.

Inversement, des produits achetés en France peuvent être revendus beaucoup plus chers dans des pays où leur disponibilité est réduite. Les fonctionnaires de police de Paris font mention d'achats de BHD (Subutex®) dans la capitale pour des reventes dans les pays d'Europe de l'Est. Des cachets achetés 5 € l'unité seraient

**Tableau 16 - Tendances des prix (en €) des principales drogues illicites, 2006 à 2007**

	2006	2007	2008	Évolutions
Résine de Cannabis	4	6	5	→
Ecstasy	6	5	5	→
Herbe de cannabis	5	7	10	↗
LSD	10	10	10	→
Amphétamine	20	15	15	↘
Héroïne	45	42	45	→
Cocaïne	63	65	65	→

Note : Les données des 3 années sont issues du réseau OFDT des sites du dispositif TREND (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Toulouse, Paris et Rennes) - elles correspondent à la médiane des prix de vente dans la rue (au détail) les plus fréquemment constatés. Tous les prix sont exprimés en /gr à l'exception de l'ecstasy et du LSD (euro/unité). Tous les sites n'ont pas pu fournir systématiquement des prix pour chaque substance ; les médianes sont calculées à partir des informations disponibles

Source : TREND / OFDT

revendus environ 80 € à Tbilissi en Bulgarie. En 2008 a été signalé un trafic de même nature vers la Tunisie (prix de revente 100 € la plaquette contre 15/20 € à Paris).

### **Cas particulier des médicaments détournés : médicaments de substitution et benzodiazépines**

La plupart des médicaments présents sur le marché noir sont achetés en pharmacie selon diverses modalités. Des vols peuvent également alimenter ce marché.

La BHD (Subutex®) est disponible sur le marché noir. Comme pour les autres produits psychotropes, elle n'échappe pas aux différences régionales de prix, même si ces dernières ne sont pas significatives : le comprimé de 8 mg est signalé à 2/3 € à Lille, 5 € à Paris et Rennes et entre 3 et 10 € à Metz. En revanche, les prix du Subutex® sont plus élevés le week-end que pendant les jours de la semaine (5 € contre 2/3 € sur le site de Lille). De plus, le générique de la BHD (la Buprénorphine Arrow®), qui dispose d'une AMM (Autorisation de mise sur le marché) depuis 2006, est vendu dans la rue moins chère que le Subutex® en raison d'un moindre intérêt des usagers pour cette forme (2 € sur le site de Rennes contre 5 € pour le Subutex®).

Beaucoup moins présente que le Subutex®, la méthadone se vend sur la plupart des sites à des prix encore une fois très variables : le flacon de 60 mg est vendu couramment 5 € à Paris et Lille, entre 5 et 20 € à Metz et 15 € à Toulouse. Il semble que la vente ne soit pas la règle mais que la méthadone fasse parfois, comme à Lille, l'objet de pratiques de « dépannage ».

Le Skénan® (sulfate de morphine) et le Rohypnol® (benzodiazépine) ont en commun une distribution très contrôlée et subissent de très importantes variations de prix. À Paris, en période de pénurie ou pendant le week-end, le premier s'achète 100 € la plaquette de 7 comprimés contre 25 € en période normale ; le Rohypnol® subit les mêmes variations (50 € contre 15 €). À Toulouse la disponibilité du Rohypnol® est elle aussi très réduite, entraînant un accès très difficile et des prix élevés (15 € le comprimé).

En conclusion, si l'offre et la demande sont des facteurs déterminants dans la fixation des prix des principaux produits psychotropes illicites achetés au détail en France, de nombreux facteurs additionnels viennent perturber cet « équilibre ». La qualité réelle ou perçue des produits semble déterminante pour fixer et faire varier les prix des principaux produits. Leur accessibilité, notamment aux frontières proches, permet également de faire réduire les prix et d'accroître la qualité.

La disponibilité des produits est remarquable quant à son impact sur les prix, principalement pour les médicaments où des variations fortes sont constatées en période de pénurie mais aussi en fonction du jour de la semaine.

Les variations temporelles des prix des produits sont réels mais ne viennent pas bouleverser la « hiérarchie prix » que l'on connaît depuis maintenant quelques années. Le prix de la cocaïne a certes baissé au cours des dix dernières années, mais elle demeure le produit psychotrope le plus onéreux et hors de portée de beaucoup de consommateurs potentiels ou occasionnels.

## TRAFIC DE PROXIMITÉ, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007

---

### **ACCROISSEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE TRAFIC ET L'USAGE**

Les années 2007 et 2008 ont vu s'intensifier la lutte contre le trafic et l'usage de drogues pour aboutir au nombre-record de 176 000 interpellations pour infraction à la législation des stupéfiants (ILS) en 2008.

L'ensemble des interpellations pour trafic s'est accru en France de 67 % en deux ans (2008 vs 2006) dont 30 % entre 2006 et 2007. Cette forte croissance est presque totalement imputable à l'augmentation des interpellations d'usagers-revendeurs (+ 54 %) alors que le nombre des interpellations des trafiquants internationaux et locaux varient peu (respectivement + 2 % et + 1 %) [9, 42].

L'ensemble des interpellations pour usage a progressé dans les mêmes proportions : + 31 % de 2007 à 2008 et + 58 % de 2006 à 2008.

Les interpellations pour usage représentent 84 % de l'ensemble des interpellations pour ILS et parmi elles, le cannabis est concerné dans 90 % des cas. Viennent ensuite, les opiacés, la cocaïne et le crack [9].

Le groupe focal rennais « Application de la loi » signale, par exemple, une « explosion » en 2008 du nombre des dossiers importants portant sur le trafic mais également l'ensemble des infractions sur les stupéfiants.

En Ile de France, cet accroissement de l'activité est notamment lié à une réorganisation importante des moyens de lutte contre la drogue à Paris et dans sa petite couronne, de manière à aboutir à une coordination renforcée entre les différentes structures intervenant dans le champ du trafic de drogues..

### **ADAPTATION PERMANENTE DU TRAFIC ET ACCESSIBILITÉ MOINDRE DES PRODUITS DANS CERTAINS QUARTIERS**

À cette activité policière répondrait, comme plusieurs rapports de sites le signalent, une adaptation de l'organisation des trafics.

Fonctionnaires de police et observateurs ethnographiques décrivent en effet une complexification du deal de rue, allant dans le sens d'une segmentation des tâches, de l'accroissement de la discrétion des transactions et d'une mobilité accrue des trafics.

Ils notent ainsi l'utilisation plus fréquente de rabatteurs, la dissociation, lors de la vente, entre la prise de rendez-vous avec un premier revendeur, la récupération de l'argent effectuée par un autre et la remise du produit réalisée par un troisième (Rennes, Paris) [19, 21].

Enfin, les transactions tendent à être moins visibles dans la rue et plus furtives. Sont ainsi observés :

- Une extension de l'usage du téléphone portable pour la prise de rendez-vous avec un revendeur permettant ensuite la réalisation d'une transaction très rapide. Si cette méthode n'est pas nouvelle, elle concerne maintenant des usagers parmi les plus précarisés.

- Des ventes dans les stations de métro plus fréquentes qu'auparavant à Paris

Le déplacement d'une partie du trafic de rue vers des parties privatives (cours d'immeubles, appartements) en particulier concernant le cannabis et la cocaïne (Paris).

- Des rendez-vous déplacés au dernier moment, dans le temps et l'espace.

Sur plusieurs sites (Paris, Rennes, Toulouse), un déplacement du trafic vers l'extérieur des villes a été noté : communes limitrophes de Seine-Saint-Denis pour Paris en particulier pour le trafic du crack, zones rurales périurbaines pour Rennes et Toulouse. À Rennes, par exemple, les grosses quantités sont davantage stockées hors agglomération « en zone gendarmerie », « pour éviter la BAC » (Brigade anti-criminalité) [19, 21, 23].

À Paris, résultat de cette activité répressive, l'accès aux produits serait devenu plus difficile en 2008 et nettement moins visible dans les espaces publics, notamment dans le XVIII<sup>ème</sup> arrondissement de Paris qui reste cependant, dans la Capitale, le principal lieu de vente de rue des médicaments psychotropes détournés mais aussi de produits illicites. Les fonctionnaires de police et les observateurs ethnographiques parisiens considèrent cependant que cette discrétion est davantage liée à une réorganisation du trafic qu'à un recul réel de celui-ci [21].

## **DÉVELOPPEMENT DES MICRO-RÉSEAUX<sup>45</sup>**

En œuvre depuis les années 2000, il est porté par deux phénomènes qui continuent à s'intensifier.

---

*Ce point est développé dans Gandilhon, M. et E. Hoareau, Les évolutions du petit trafic d'héroïne et de cocaïne en France, in Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND, OFDT, Editor. 2010: Saint-Denis.*

Le premier est l'investissement du deal de proximité de la cocaïne 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. Le phénomène est de plus en plus patent dans les quartiers périphériques des grandes métropoles françaises et ne cesse de se renforcer [9, 23]. 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 décrits 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 reconvertisent 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) [...] ».*

Une autre modalité du trafic de proximité de cocaïne fréquemment mentionnée par les sites du dispositif TREND est celle des réseaux d'usagers-revendeurs qui 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 un semi-grossiste, et qui finissent par se professionnaliser en constituant des micro-réseaux comprenant quelques clients [43]. Ce type de réseaux, du fait de leur modalité d'approvisionnement, a permis de mettre en évidence l'importance des phénomènes transfrontaliers [44], les usagers-revendeurs n'hésitant pas, quand ils n'ont pas sous la main 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.

Ces petits trafics, selon l'OCRTIS, contribuent considérablement à la disponibilité de la cocaïne en France et à sa diffusion hors des seules métropoles régionales. Le dynamisme actuel de la production d'héroïne et de ses réseaux de trafic internationaux renforce le rôle de ces deux voies d'alimentation du deal de proximité [9].

## **MOLÉCULES ÉMERGENTES ET DÉVELOPPEMENT DU TRAFIC SUR INTERNET**

Si le développement d'un trafic sur le réseau Internet n'est pas une tendance nouvelle, elle a pris au cours de ces deux dernières années un relief particulier du fait de sa conjonction avec un autre phénomène : l'apparition sur le marché et la diffusion d'un éventail de nouvelles molécules de synthèse dont la plupart sont uniquement diffusée par ce média.

Ainsi, de 2007 à 2009, en supplément des plantes et des champignons hallucinogènes dont la vente sur Internet est le premier moyen d'approvisionnement, plusieurs produits ont vu l'extension de leur usage s'intensifier (GHB/GBL, poppers, mélanges d'herbes substitut du cannabis...), en dépit même de leur interdiction, en grande partie du fait de leur accessibilité sur Internet (voir chapitres respectifs).

De nombreux sites proposent un éventail de produits psychoactifs à l'attention de jeunes usagers festifs à la recherche de nouvelles expérimentations ou encore d'usagers de substances illicites (parmi lesquels le cannabis) souhaitant rester dans la légalité. Ces produits sont généralement labellisés « légaux »<sup>46</sup> ou bien vendus sous forme d'encens portant la mention « non destiné à la consommation humaine ». Leurs effets et leur toxicité sont peu connus et l'information délivrée par ces sites est minimale voire quasiment absente. Les seules informations disponibles proviennent des expériences de consommation que s'échangent les usagers dans des forums sur Internet.

L'OEDT a répertorié en 2009, 115 sites répartis sur 17 pays de l'Union Européenne [45]. La majorité est basée<sup>47</sup> en Angleterre (37%), puis en Allemagne (15%), en Hollande (14%) et enfin en Roumanie (7%). La durée de vie de ces sites est variable. Certains observent des périodes de fermeture temporaires pour réouvrir peu après. Ils profitent de l'absence d'harmonisation du statut juridique de ces substances au plan européen. Celles-ci restent en effet légales dans certains états et non dans d'autres.

La diffusion de ces produits est difficile à appréhender. Les quantités saisies apparaissent encore trop limitées pour permettre l'évaluation des quantités circulantes en France. Elles ne sont pas nécessairement répertoriées quand la possession ou le transport de ces substances n'est pas interdit. Par ailleurs, l'usage étant vraisemblablement à ce jour peu problématique, les usagers ne fréquentent pas les structures de soins.

---

46. Soit parce qu'ils ne font pas (encore) l'objet d'un classement, soit parce que leur statut est peu clair (par exemple leur précurseur est classé).

47. Identification du pays d'origine renseignée par l'extension du nom de domaine.

Les collectes SINTES de ces produits ont réalisées auprès d'usagers de 20 à 35 ans dans des événements festifs type rave, discothèque et soirées privées.

### **Spice, Gorilla etc. une couverture pour les agonistes cannabinoïdes**

Dès 2007, avait été noté l'intérêt grandissant chez des amateurs de cannabis pour des mélanges de plantes vendues en particulier sur le site Biosmoke (site en langue française). Ces mélanges, vendus officiellement comme parfums d'ambiance (encens) étaient censés contenir des plantes légales en France mais pourvues d'effets psycho-actifs. Il s'est avéré (en 2009) que ces produits ne contenaient pas les ingrédients « naturels » annoncés mais des analogues synthétiques du cannabis.

La majorité des sites proposant SPICE (le mélange de plantes contenant des agonistes cannabinoïdes le plus répandu et le plus caractéristique) est située en Angleterre (53%), suivi par la Roumanie et la Lituanie. Pour certains pays de l'Union européenne où la législation n'interdit pas leur consommation, ces mélanges d'herbes sont aussi accessibles dans des smart-shops ou des sex shops.

La cible de ces produits sont les consommateurs de cannabis qui en parlent comme une alternative légale, facile d'accès (colli discret par voie postale, à domicile) et à un prix raisonnable (le gramme étant vendu à moins de 10 €).

La liste de ces mélanges n'est pas exhaustive. Tout mélange de plantes « légales » aux propriétés psychoactives pouvant être le « cheval de Troie » de ces agonistes de synthèse.

#### **Agonistes cannabinoïdes:**

Les agonistes cannabinoïdes sont des substances de synthèse agissant sur les récepteurs du THC (Tétra hydro cannabinoïde, principe psychoactif principal du cannabis) avec une meilleure affinité que celui-ci. Ils sont donc censés reproduire de manière plus puissante les effets du cannabis. Ils sont disponibles sous deux formes sur Internet : soit présentés en tant que tels, soit inclus dans les mélanges de plantes aux vertus psychoactives évoqués ci-dessus. Ces mélanges ne mentionnent jamais la présence des agonistes synthétiques.

Un certain nombre de sites internet proposent la vente en ligne de la plupart des agonistes cannabinoïdes répertoriés 'JWH-018, CP 47,497, JWH-073, JWH-200, JWH 250. Présentés sous forme de poudre, leur prix varie de 35 € à 130 € le gramme.

En France, après la classification<sup>48</sup> comme substances stupéfiantes de des cannabinoïdes JWH-018, CP 47,497 et HU-210, sont apparus d'autres molécules de la même famille (JWH 200, etc.) rendant sans fin la course à la classification de ces substances par les autorités sanitaires.

## Le marché innovant des drogues de synthèse de l'espace festif

Les premiers signes de la circulation de nouvelles drogues de synthèse dans l'espace festif « techno », sont apparus d'après les collectes de SINTES-Veille<sup>49</sup> depuis 2006 (cas de la BZP, la mCPP, le 2C-B) [46-51].

**Tableau 17 - Molécules synthétiques de diffusion récente**

Phénétylamine	Cathinones	Pipérazines	Tryptamines	Autres stimulants	Agonistes cannabinoïdes
<b>2C-I</b>	bk-MDMA (méthylone)	<b>mCPP*</b>	5-MeO-DALT	dMAA	<b>JWH-018**</b>
<b>2C-E</b>	<b>4MMC</b> (méphédronne ou methcathinone ou Subcoca I)	<b>pFPP*</b>		methyl-mesembrine	JWH-073
<b>4-FMP</b>	<b>bk MBDB</b> (butylone)	<b>TFPPP*</b>		MDAI	JWH-200
<b>1-PEA</b>	MDPV (MDPK)	<b>BZP**</b>		poudre de yopo	JWH-250
	<b>4 FMC</b> (fluphadrone)			2-dpmp (desoxy-pipradrol)	<b>CP 47,497**</b>
	Ethylcathinone (subcoca II)			<b>pFBT</b> (4-fluorotro-pacocaine)	<b>HU-210**</b>
				MDAI (Aminoindane)	

\* : Retiré récemment de la plupart des sites Internet

\*\* : Classé comme stupéfiant en France

En gras : Analysé depuis 2008 par le dispositif SINTES

Source : **SINTES 2008, OFDT**

48. Le 24 février 2009.

49. Voir le chapitre « Organisation et modalités de fonctionnement ».

L'enquête SINTES-Observation<sup>50</sup> sur les produits de synthèse en 2009 a confirmé leur circulation mais a aussi vu apparaître d'autres molécules, vendues comme ecstasy mais qui après analyse se sont révélées être des substances psychotropes non classées comme stupéfiants en France et disponibles sur Internet (4FMP, 4MMC, pFPP, butylone etc.). Leur prix varie selon le site Internet, la nature de la molécule et la quantité achetée entre 15 € et 90 € le gramme de poudre.

Peu d'informations sont disponibles sur ces produits. Ils sont le plus souvent présentés comme alternative légale au BZP, à la MDMA, à l'amphétamine. Accompagnés de témoignages d'usagers vantant les effets du produit ainsi que la mention «Pas pour la consommation humaine »... Les seules informations sont les témoignages d'usagers qui s'échangent des moyens, en combinant la prise de telle substance avec une autre d'approcher le plus possible la MDMA, l'amphétamine le 2C-B etc.

### **Lexique**

**Phénéthylamines** : Famille emblématique des stimulants de synthèse. Comprend notamment l'amphétamine, la MDMA, le 2C-B. Psychostimulants entactogènes avec une composante hallucinogène plus ou moins marquée selon les produits.

**Cathinones** : Psychostimulants dont les effets se rapprochent des phénéthylamines, en plus léger.

**Pipérazines** : Famille de produits considérés comme une alternative à l'amphétamine ou la MDMA. C'est aussi la famille du viagra®.

**Tryptamine** : Hallucinogènes (proche du LSD)

**Agonistes cannabinoïdes** : Analogues au THC

## **De la drogue de synthèse à la drogue virtuelle**

On notera aussi l'existence de sites Internet proposant des drogues virtuelles. Les « idoses » virtuelles d'une drogue (quasiment toutes celles existantes sont proposées) sont ainsi achetées à l'unité, sous format d'un fichier de son dit « bi neural » qui est lu à l'aide du programme « idoser » téléchargeable sur internet [32]. Cette façon « saine » de se droguer au regard des usagers, même si elle reste marginale, semble avoir de plus en plus d'expérimentateurs.

---

49. Voir le chapitre « Organisation et modalités de fonctionnement »

# APPROCHE PAR PRODUIT

## **LES OPIACÉS**

---

Les opiacés constituent une famille de produits dérivés de l’opium, substance provenant de la culture du pavot. La morphine (ou sulfate de morphine) est le produit de référence de cette famille. Le terme opiacés désigne aujourd’hui l’ensemble des substances ayant un effet de type morphinique [52].

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

Depuis l’introduction des traitements de substitution aux opiacés, au cours de la seconde moitié des années quatre-vingt-dix, il est difficile de se référer à l’évolution d’un produit sans prendre en compte celle des autres opiacés. Cette interdépendance est essentiellement à l’œuvre entre l’héroïne et la BHD, laquelle semble en effet avoir exercé une influence paradoxale sur la consommation d’héroïne. D’une part, la facilité d’accès aux médicaments de substitution (dans un cadre thérapeutique ou sur le marché parallèle) a jusqu’à maintenant permis de maîtriser la demande d’héroïne mais, dans le même temps, la BHD a favorisé la venue de nouveaux usagers vers l’héroïne. Recrutés essentiellement parmi les primo-usagers<sup>51</sup> de BHD, ceux-ci ont cherché à expérimenter l’héroïne, perçue dans certains sites comme un produit mythique. « Protégée » par la substitution et désormais occa-

---

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

sionnelle, la prise d'héroïne peut revêtir pour certains un aspect festif ou récréatif. Ainsi, la BHD semble avoir « asséché » un temps la demande d'héroïne tout en l'alimentant à la marge, empêchant par là même sa disparition totale.

Aujourd'hui, il apparaît que l'évolution des marchés et notamment le retour de la disponibilité de l'héroïne à un niveau significatif est actuellement en train de redistribuer les cartes : l'héroïne redevient un produit consommé en première intention par de jeunes consommateurs, dans un usage qu'ils pensent pouvoir maîtriser avec ou sans les substituts. Dans d'autres cas, elle peut également apparaître comme le substitut permettant d'arrêter un usage de BHD ou de méthadone perçu comme plus contraignant. La plus forte disponibilité de l'héroïne semble ainsi renvoyer d'avantage la BHD, lorsque son usage n'est pas thérapeutique, à son statut de « drogue du pauvre ».

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

## L'HÉROÏNE

L'héroïne est un opiacé synthétisé en 1874 à partir de la morphine, elle-même produite à partir du pavot. En France, elle se présente sous deux formes chimiques : chlorhydrate (la blanche ou thai, baïda etc.), assez rare ; base (la brune), beaucoup plus disponible. Cette dernière est également nommée brune, marron, brown sugar, rabla, kabla, manou, chmak, bourrin, drepou, meca, meu, dope.... Beaucoup plus puissant que l'effet de la morphine, celui de l'héroïne consiste en un état d'euphorie et de plaisir, d'autant plus intense et bref que l'héroïne parvient rapidement au cerveau (flash de l'injection), suivi d'un effet sédatif, d'une diminution de l'angoisse ou du mal-être. Son usage entraîne très fréquemment une forte dépendance physique et psychique. Elle est classée comme stupéfiant.

### Données de cadrage

Le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois dans la vie) de l'héroïne en population générale en France est faible et reste stable depuis les années quatre-vingt-dix. Chez les personnes âgées de 18 à 64 ans, l'expérimentation ne dépasse pas 0,9 % en 2005 et l'usage au cours de l'année, 0,1 %. C'est chez les 18-25 ans que l'on trouve la part d'usagers au cours de l'année la plus élevée, soit 0,4 % [7].

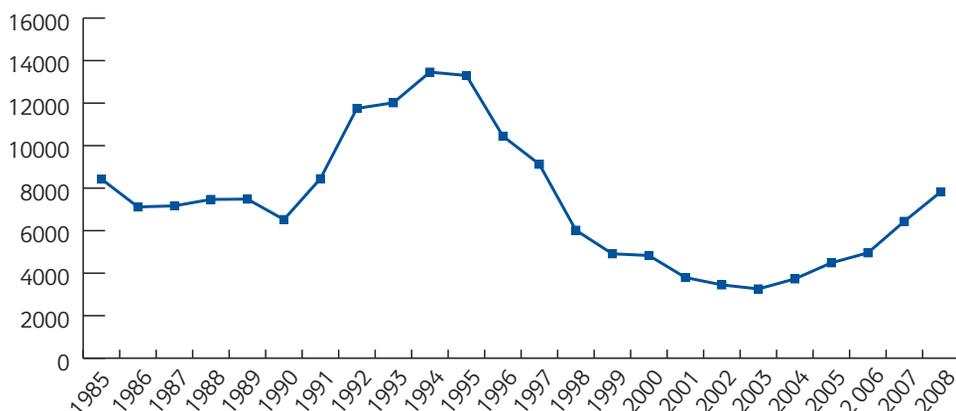
En 2008, parmi les jeunes âgés de 17 ans, la fréquence de l'expérimentation de l'héroïne s'élève à 1,1 % (0,8 % chez les filles et à 1,4 % chez les garçons). Elle connaît ainsi une augmentation de 56 % par rapport à celle mesurée en 2003 [53].

En 2008, les interpellations pour usage s'élèvent à 7 827, soit une hausse de 21 % par rapport à l'année précédente. Ce nombre a été multiplié par pratiquement 2,5 depuis 2003, après une chute continue depuis le milieu des années quatre-vingt-dix.

En 2008, 3 792 interpellations pour trafic ou revente ont été réalisées (+ 28 % par rapport à 2007, + 117 % depuis 2003) [9].

Dans le même temps, les quantités d'héroïne saisies par les forces de l'ordre continuent à augmenter (+ 7,8 % par rapport à 2007) après une croissance brutale entre 2005 et 2006 (+ 40 %) qui avait créé une inflexion sur une courbe déjà croissante depuis 1999. En effet, entre 1999 et 2008, la quantité d'héroïne saisie a été multipliée par près de 5,5 [9, 54]. En 2008, les quantités saisies s'élèvent à 1 117 kg dont 53 % sont destinées au marché français (part supérieure à celles des années précédentes) [9, 54]. La France est, en effet, également un pays de transit pour les marchés anglais surtout, mais aussi espagnol, italien ou portugais.

**Graphique 7 - Évolution du nombre d'interpellations pour usage simple d'héroïne entre 1985 et 2008**



Source : données OCRTIS, traitement OFDT

## LA SITUATION

### Marché

Le marché européen de l'héroïne est dominé par la production afghane qui représente plus de 90 % des quantités produites (voir données de cadrage). La quantité destinée à la France est, en 2008, la plus haute (600kg) jamais atteinte. Les grossistes qui approvisionnent directement la France sont localisées aux Pays Bas et en Belgique [9, 41].

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

À partir de 2004, la disponibilité de l'héroïne a eu tendance à augmenter légèrement, ici ou là, en dépit d'une accessibilité toujours difficile. S'en procurer nécessitait en effet de recourir à des réseaux de deal opérant plutôt dans des lieux privés. L'année 2006 a vu la situation évoluer plus nettement vers un accroissement de sa disponibilité voire, sur certains sites, de son accessibilité. Les années 2007 et 2008 voient ce phénomène s'amplifier (voir phénomènes marquants) à l'exception du site marseillais qui connaît une situation particulière du point de vue de la gamme des produits consommés.

En milieu festif, l'héroïne n'apparaît disponible que dans les événements alternatifs, free parties et teknivals à l'exception de Lille où elle y demeure très rejetée. Elle resterait absente du secteur commercial dans lequel les patrons d'établissement exerceraient un contrôle soutenu. Le coordinateur Parisien mentionne que son prix serait en baisse dans ces événements (entre 40 et 50 € le gramme) [9, 42].

L'héroïne brune est largement plus disponible que la blanche (94 % des saisies en 2007 selon l'OCRTIS). La part de l'héroïne blanche diminue dans les saisies depuis l'année 2005 où elle atteignait 13 % [55].

L'héroïne dite « brune » a en réalité des couleurs variables allant du blanc cassé au marron en passant parfois par le gris et le rose. Le taux moyen de pureté de l'héroïne brune saisie ne dépasse pas 12 % et 46 % des échantillons saisis contiennent moins de 5 % de produits actifs [9]. L'enquête SINTES-héroïne menée par le réseau SINTES en 2007 retrouve un résultat identique. En outre, dans 7 % des échantillons analysés dans cette étude (N=369), l'héroïne ou ses résidus de synthèse sont en si faible quantité qu'ils ne peuvent être dosés [40].

Le taux moyen a connu une légère mais constante hausse depuis 2003 (où le taux moyen était autour de 10 %). Cette tendance semble inversée en 2008 du fait d'une légère augmentation de la part des échantillons contenant moins de 10 % d'héroïne, et d'une faible diminution de la part des héroïnes dosées à plus de 30 % parmi les produits de saisie analysés [56].

Alors que jusqu'en 2007, le discours dominant faisait état d'une qualité d'héroïne de plus en plus médiocre, un discours « positif » sur la qualité émerge en 2008. Il ne concerne pas la totalité de la gamme des produits disponibles mais il témoigne du fait que désormais, si l'on dispose du réseau et des moyens financiers adéquats, « *on peut trouver de l'héroïne de bonne qualité* » (Marseille, Rennes, Metz.). Le rapport de Metz signale que le produit est alors désigné par le terme « points noirs » en référence à des points noirs visibles à l'œil nu qui seraient, selon

les usagers, des résidus d'opium [32]. Cependant, des analyses pratiquées dans le cadre d'une enquête mise en œuvre en 2007 (SINTES-héroïne) ne montrent pas toujours de concordance entre qualité perçue et pureté mesurée [40].

L'héroïne « blanche », d'une qualité qualifiée de supérieure, est présente uniquement dans certains sites, notamment certaines villes de la banlieue Parisienne situées dans les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis. Elle est signalée en 2008 à Rennes, accessible par un réseau très fermé. Cependant, elle reste rare et peu accessible du fait de l'extrême discrétion du trafic. Elle ne doit pas être confondue avec de l'héroïne « brune » parfois tellement coupée qu'elle en devient presque blanche. En effet, les produits de coupage sont composés essentiellement de poudre de caféine et de paracétamol qui sont elles même de couleur blanche [24, 57].

Cinquante-cinq pour cent des échantillons d'héroïne blanche saisis en 2008 présentent une pureté supérieure à 45 % et 33 % une pureté supérieure à 50 % [56].

Les produits de coupe retrouvés lors de l'analyse des saisies en 2008 sont essentiellement de la caféine, présente dans 96 % des échantillons, et du paracétamol (95 %), ce dernier étant en moyenne présent en quantité plus importante. Il entre en effet dans la composition du produit, pour une part allant de 40 % à 60 %, la caféine représentant de 20 % et 40 % du produit [56]. On trouve également des sucres (saccharose, mannitol, lactose, chacun dans 1 à 2 % des échantillons) [55]. En 2007 et 2008, aucun échantillon ne contient de griséofulvine, un antifongique retrouvé dans 4 % des saisies analysées en 2006 [9].

En 2008, le prix de l'héroïne le plus fréquemment rencontré se situerait à 42 € selon le dispositif de surveillance mis en place par l'OCRTIS [41] et à 45 € selon le dispositif d'observation TREND. Ce prix moyen connaît de très sensibles variations au cours des dernières années, mais s'inscrit néanmoins dans une tendance de stabilisation (45 € en 2006 et 42 € en 2007).

Ce constat national ne doit pas cacher des réalités plus complexes et des écarts de prix rencontrés entre les différentes régions. Des qualités très différentes peuvent être retrouvées dans les différents échantillons d'héroïne circulant ; la qualité étant partiellement corrélée au prix de vente. De plus, certaines régions, notamment du Nord de la France, enregistrent des prix inférieurs à la médiane nationale et des qualités supérieures. Des approvisionnements depuis les pays frontaliers expliquent en partie ce constat. À l'inverse, des villes comme Toulouse ou Bordeaux constatent des prix de vente au détail autour de 60 €, soit bien supérieur à la médiane nationale.

Ce prix au gramme ne donne toutefois qu'une vision imparfaite du prix réel de l'héroïne payé par les usagers. D'une part, un discours répandu des usagers consiste

à remettre en cause la réalité du « gramme » vendu par les filières les plus accessibles pour lequel il faudrait utiliser la notion de « gramme non pesé ». Ils constatent d'autre part que le produit est parfois à ce point coupé que la notion de « gramme » d'héroïne n'a plus beaucoup de sens. L'approvisionnement proche de la source (Belgique, Pays-Bas) ou auprès des filières les plus privées et les plus chères permettrait d'accéder à un marché plus acceptable.

**Tableau 18 - Prix moyens de l'héroïne brune en 2008**

<b>Sources</b>	<b>Prix le plus fréquemment rencontré (€)</b>
<b>OCRTIS 2008</b>	40,0
	Bordeaux 55,0
	Lille 30,0
<b>Sites d'observation</b>	Marseille nd
	Metz 30,0
<b>TREND</b>	Paris 45,0
	Rennes nd
	Toulouse 60,0
	Synthèse : Prix en 2008 (médiane sites Trend et données police) 42

**Sources : TREND 2008/OFDT**

## Fréquences d'usage et usagers

Après plusieurs années de stabilité, l'usage déclaré d'héroïne au cours de la semaine précédente par les usagers rencontrés dans le cadre d'une prise en charge socio sanitaire connaît une tendance croissante depuis 2004 (12,6 % en 2004, 16,6 % en 2006, 19,9 % en 2007), et ce, en dépit d'une chute entre 2007 et 2008 (18,1 % en 2008) [4].

Parmi les personnes rencontrées dans les structures de première ligne au début de l'année 2006 (enquête PRELUD), 96 % avaient déjà consommé de l'héroïne, et elles étaient 34 % à en avoir consommé au cours du dernier mois, soit 4 points de plus qu'en 2003. Cette dernière donnée marquait une inflexion à la hausse après les baisses constatées depuis 2001 [15, 33-34, 58]. En 2008, l'enquête exhaustive

réalisée sur une semaine donnée et menée sur la même population<sup>52</sup> mesure une prévalence d'usage au cours du mois égale à 29,3 % [11]. Une part importante des personnes fréquentant ces structures se trouve en situation de précarité sociale et se tourne davantage vers les opiacés licites, moins coûteux. Ainsi, parmi les usagers d'héroïne au cours du dernier mois qui fréquentent les CAARUD, 20,0 % seulement en ont consommé chaque jour, 34,8 % au moins une fois par semaine (mais pas quotidiennement) et 45,2 % moins d'une fois par semaine [11].

Parmi les personnes rencontrées en milieu festif techno, l'enquête réalisée en 2004 et 2005 fait apparaître que 26 % d'entre elles avaient consommé de l'héroïne au moins une fois au cours de la vie (41 % des personnes fréquentant les manifestations techno alternatives) et 8 % le mois précédent (15 % en milieu alternatif) [27]. Ces données sont susceptibles d'avoir évolué à la hausse, compte tenu d'une présence de l'héroïne qui tend à s'affirmer au cours du temps dans l'espace festif.

Après le bouleversement des usages d'opiacés liés à la mise à disposition des traitements de substitution, l'installation progressive des consommations dans des cadres festifs et une tendance des usages à se diffuser en milieu inséré, la description des usagers d'opiacés doit différencier deux populations principales : celles concernées par un usage traditionnel et celles concernées par un usage festif.

### **Les groupes concernés par un usage « traditionnel » de l'héroïne**

Ils utilisent l'héroïne en priorité par voie injectable, les autres voies pouvant être mise en œuvre quand le capital veineux ne permet plus l'injection. Elle vise alors la recherche du flash, mais aussi l'apaisement du mal-être et l'oubli des difficultés quotidiennes.

#### **■ Les « anciens héroïnomanes »**

Il s'agit d'une population très masculine, âgée en général de plus de 30 ans (voire 40 à 50 ans), « anciens » consommateurs d'héroïne.

Ils sont le plus souvent bénéficiaires d'un traitement de substitution et une part d'entre eux a rejoint la population dite « insérée socialement ». L'usage reste en général occasionnel, en alternance avec la prise de traitements de substitution et vise à rompre la « monotonie » de ce traitement par le biais de ce qui est appelé un « extra ». Ainsi, pour les mieux insérés dans un traitement de substitution, la prise occasionnelle reprend un caractère récréatif.

---

52. La méthode étant différente, les résultats des deux enquêtes ne peuvent être interprétés comme des évolutions.

De plus en plus fréquemment cependant, chez ces patients substitués depuis longtemps, l'héroïne serait envisagée comme un moyen de « décrocher » de la BHD ou même de la méthadone, mais la peur de « replonger » limiterait les passages à l'acte.

### ■ Les usagers précaires

Une autre partie de ces usagers se trouve en situation de précarité sociale importante. Il s'agit d'héroïnomanes ayant débuté leur consommation dans les années 80 qui n'ont pas réussi à équilibrer leur usages ou à sortir de la précarité ou surtout de personnes entrées dans l'usage d'opiacés depuis. On décrit principalement :

- des jeunes, filles ou garçons, en situation de grande précarité sociale (errance, nomadisme) et évoluant aux frontières de l'espace urbain et de l'espace festif (cf. « jeunes errants » dans les sous populations de l'espace urbain). Parmi ces jeunes polyusagers, les consommations du milieu festif (stimulants, hallucinogènes) ont souvent précédé les usages d'opiacés, consommés d'abord en régulation des effets des stimulants, mais la finalité des usages apparaît plus proche de la « défonce » que de la fête. Avec l'âge, l'évolution se ferait vers l'injection pour une part significative d'entre eux, pour rentabiliser les produits. Il s'agit d'un groupe certainement minoritaire mais dont l'importance exacte reste difficile à définir.

- des immigrés de fraîche date, principalement issus d'Europe centrale et orientale, eux aussi en grande difficulté sociale ;

- des primo-consommateurs de BHD qui s'engagent dans une consommation d'héroïne dans un second temps [59].

Pour les usagers précaires également, la consommation d'héroïne se ferait sur un rythme irrégulier, adossé aux rentrées d'argent, la consommation des produits de substitution permettant de répondre au manque.

La pratique des mélanges pour potentialiser les effets de l'héroïne sont fréquents dans ce groupe : alcool, cannabis, benzodiazépines principalement.

### **Les usagers « récréatifs de l'héroïne »**

Au cours de ces dernières années, l'usage s'est progressivement, quoique modérément, étendu à des usagers plus jeunes, relativement intégrés sur le plan social (ayant un logement, un emploi, même s'il est parfois précaire, ou intégrés dans un cursus de formation) et dont le rapport au produit est tout autre.

### ■ Les usagers de l'espace festif

La majorité des usagers « récréatifs » entame dans un cadre festif un usage intermittent d'héroïne. Ils l'utilisent en général pour gérer la descente lors d'épisodes de consommation des stimulants (« matelas » ou « parachute opiacé ») et « solder les effets » des stimulants en fin d'épisode festif [32]. Certains la connaissent encore (mais de moins en moins) uniquement sous le nom de « rabla » sous

lequel l'héroïne circule fréquemment en milieu festif, et la prennent pour une substance naturelle telle que l'opium.

La plupart ne sont pas dépendants. Des passages au stade de la dépendance à l'héroïne sont rapportés de plus en plus fréquemment par les professionnels des centres de soins même si les données quantitatives manquent. Ils notent avoir affaire dans ce cadre à des usagers de plus en plus jeunes. Une particularité de ces usagers est de conserver un usage en sniff ou en inhalation à chaud même dans les situations de dépendance. En 2008, une visibilité plus importante de ce phénomène est constatée (voir « Phénomènes marquants ») (Metz, Toulouse, Paris).

#### ■ Un groupe émergent : les usagers « très insérés »

Evoqués depuis maintenant trois ans, notamment à Paris, Bordeaux et Rennes, ces nouveaux usagers ont une faible visibilité aux yeux des systèmes d'observation. Ils sont pratiquement absents des structures de première ligne (CAARUD), phénomène inhabituel s'agissant de l'héroïne.

Ils ne relèvent pas de catégories marginalisées sur le plan social mais de milieux particulièrement bien insérés dans la société (voire même de catégories socioprofessionnelles aisées comme le mentionne le rapport parisien) et bénéficient d'un entourage familial et relationnel dense. Ils se différencient des usagers traditionnels par leur jeune âge en général (20-25 ans), leur mode d'usage (sniff ou fumette exclusivement). Ils se distinguent également des usagers de l'espace festif car l'héroïne est prise pour ses effets intrinsèques (euphorie, plaisir...) et non en régulation d'autres drogues [60].

Sur le site de Marseille sont décrits des jeunes de moins de 25 ans, insérés, qui, s'ils sont issus du milieu festif, n'ont pas commencé leur usage dans ce cadre [13].

Par ailleurs, soucieux de maintenir leur consommation dans une sphère très privée, et désireux de s'éloigner au maximum de l'image du toxicomane, ils développent peu d'échanges en dehors du groupe au sujet de leur pratique et ne fréquentent pas les structures de réduction des risques. De ce fait, ils manquent d'informations sur les risques de l'usage.

Ils s'approvisionneraient dans des circuits relativement fermés à l'ensemble des usagers par lesquels ils obtiendraient des produits de qualité jugée supérieure à un prix également plus élevé.

Il est clair que les deux groupes décrits ci-dessus ne peuvent être totalement disjoints. L'observation d'usagers d'héroïne ayant peu de contact avec le milieu festif techno, appartenant à des catégories socioprofessionnelles très aisées ou utilisant l'héroïne pour ses effets propres et non en régulation des prises de stimulants (ou pour répondre à la dépendance acquise par l'usage festif) laisse penser que l'ensemble des usages récréatifs d'héroïne ne peuvent plus être appréhendés par le biais des seules populations festives.

## **Modes d'usage**

Trois modes d'administration de l'héroïne existent en France : l'injection, le sniff et l'inhalation à chaud ou fumette (chasse au dragon). Schématiquement l'injection domine au sein des populations qui fréquentent les structures de première ligne. Le sniff et la fumette sont les modes d'administration prédominants de la population rencontrée au sein des événements festifs électroniques techno. Le recours au sniff et à l'inhalation sont plus particulièrement liés aux jeunes générations d'usagers et s'explique par la stigmatisation dont l'injection reste l'objet compte tenu de son association à la figure déchéante du toxicomane dépendant des années 80 et à l'ensemble des risques sanitaires découlant de la prise d'héroïne.

Le sniff, s'il est responsable d'une chute de la « rentabilité » quantité / effet présente l'avantage de la discrétion, de la facilité de mise en œuvre et de la minimisation des risques. L'inhalation à chaud avec une pipe à eau (bhang) ou surtout « en chassant le dragon » demandent une certaine préparation mais procurent le « flash » sans les inconvénients de l'injection. L'initiation à l'usage de l'héroïne se faisant maintenant habituellement par la voie sniffée ou fumée, on a observé au cours de ces dernières années une fréquence croissante de ce mode d'usage y compris parmi les usagers précaires. Par comparaison avec les deux décennies précédentes au cours desquelles l'injection prédominait, la transition vers cette voie intraveineuse, si elle se produit, semble se réaliser plus tardivement dans le parcours toxicomaniaque.

Les observateurs témoignent, particulièrement en 2008, d'une progression continue chez les jeunes générations, de l'inhalation à chaud, surtout lorsque l'héroïne est consommée pour ses effets propres ou dans le cadre d'une dépendance, essentiellement en remplacement de l'injection.

Cependant, parmi la population fréquemment précaire qui fréquente les CAA-RUD, au vu des données récentes recueillies lors d'une enquête exhaustive une semaine donnée, il semble que l'injection d'héroïne y reste fortement pratiquée et aurait même pu progresser [11].

**Tableau 19 - Part des différents modes d'usage de l'héroïne dans les structures de bas seuil (au cours du dernier mois) et dans les centres de soins spécialisés (au cours de la dernière semaine)**

	<b>ENa-CAARUD</b>	<b>OPPIDUM</b>
	<b>2008</b>	<b>2008</b>
	N=921	N=96 ?
Injection	63,6 %	20 %
Sniff	42,1 %	68 %
Inhalation	24,2 %	24 %

Source ENa-CAARUD 2008 /OFDT, OPPIDUM 2006 et 2008 CEIP / AFSSAPS

L'injection d'héroïne, longtemps bannie des milieux festifs techno se fait de plus en plus visible à leurs marges. Cette pratique concerne en général des usagers injecteurs par ailleurs dans leur vie quotidienne. Il peut s'agir d'usagers du milieu festif devenus dépendants qui « rentabilisent » ainsi le produit, mais aussi de jeunes toxicomanes de l'espace urbain qui fréquentent le milieu festif en quête de produit et d'affiliation culturelle.

**Tableau 20 - Mode de consommation de l'héroïne au cours du mois précédent chez les usagers des structures de première ligne en 2003 et 2006 et selon la fréquentation ou non des événements festifs techno, en 2006**

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

Sources : Enquête PRELUD 2006, OFDT

Quel que soit le groupe d'usagers considéré, on observe maintenant que l'usage quotidien d'héroïne tel qu'il prévalait avant l'arrivée des traitements de substitution est devenu très rare. En cas de dépendance, l'existence des produits de substitution permet de supprimer le manque et d'adapter son usage d'héroïne à ses revenus.

La consommation d'autres produits associés à l'héroïne est courante et les produits les plus fréquemment associés à l'héroïne sont variables selon les sites : alcool, benzodiazépines et cannabis permettent de potentialiser l'opiacé, avec des risques accrus de surdose pour les deux premiers. La fréquence de l'association avec la cocaïne semble continuer à s'accroître. (en speed-ball c'est à dire les deux produits mélangés ou de manière concomitante). À Paris, sont en outre décrits des usages en association avec le crack.

Enfin, l'utilisation d'un opiacé pour adoucir les chutes d'effets des stimulants a déjà été évoquée.

## Perceptions

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

Dans les milieux urbains marginalisés, les observateurs font état d'un retour en grâce du produit. Ce constat est lié à la dégradation continue, depuis plusieurs années, de l'image de la BHD, ou même maintenant de la méthadone, ces médicaments apparaissant à beaucoup d'usagers comme des produits dont il est extrêmement difficile de « décrocher ». Chez certains usagers sous BHD, l'absence de plaisir lié au produit reste une cause de frustration non résolue. Chez les plus jeunes, relevant du même milieu, l'héroïne est un produit qui fait moins peur, le manque éventuel engendré par l'usage pouvant être géré grâce à une prise de BHD conçue comme une sorte de « filet de sécurité ».

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

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

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

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

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

Si l'on assiste bien à un recul du « tabou » lié à l'héroïne en milieu festif, celui-ci reste tout de même limité et très ancré dans certaines régions, à l'image de la zone d'observation lilloise. L'héroïne demeure un produit dont on ne parle pas facilement de peur de se faire « cataloguer ».

## Conséquences de l'usage

Outre les pathologies liées au mode de consommation et les risques de contamination par le VIH, le VHC et le VHB, l'usage d'héroïne et d'autres opiacés induit une très forte dépendance physique et psychique, avec un état de manque, ainsi que des risques de surdose en particulier en cas d'association avec de l'alcool ou des benzodiazépines. L'accroissement des pratiques de sniff va de pair avec une fréquence plus importante des lésions de la cloison nasale.

Les conséquences de l'injection sont traitées dans le chapitre « La santé des usagers » située dans la partie transversale du rapport. Les surdoses sont traitées dans la partie « Héroïne, phénomènes marquants ».

## Délinquance

Si l'on perçoit un accroissement de l'usage, les modalités d'usage sont relativement différentes de celle des années 80/90. La consommation quotidienne d'héroïne est désormais minoritaire et ce même parmi les usagers dépendants, la pression du manque se faisant moins sentir du fait de la disponibilité des médicaments de substitution. Pour cette même raison probablement, il semble que l'on ne note pas de recrudescence de la délinquance hors usage et hors trafic.

## Demandes de traitements

En 2007, les opiacés (sans la BHD et la méthadone, c'est-à-dire essentiellement l'héroïne) sont à l'origine de la prise en charge pour 38,7 % des consultants du système de soins spécialisé<sup>53</sup>[61]. Parmi les nouveaux patients des CSST, cette part est égale à 41,1 % et est stable entre 2005 et 2007<sup>54</sup>[35]. L'héroïne constitue le premier produit ayant entraîné une dépendance pour 67 % des usagers suivis dans les centres de soins spécialisés pour les usagers de drogues qui ont participé à l'enquête OPPIDUM 2008 [4].

L'arrivée pour des problèmes de dépendance aux opiacés, d'usagers ayant initiés leur consommation en milieu festif et restés non injecteurs pour la majorité d'entre eux, est signalée depuis déjà plusieurs années par les centres de soins. Sur un plan qualitatif également l'arrivée de patients plus jeunes est aussi souvent mentionnée.

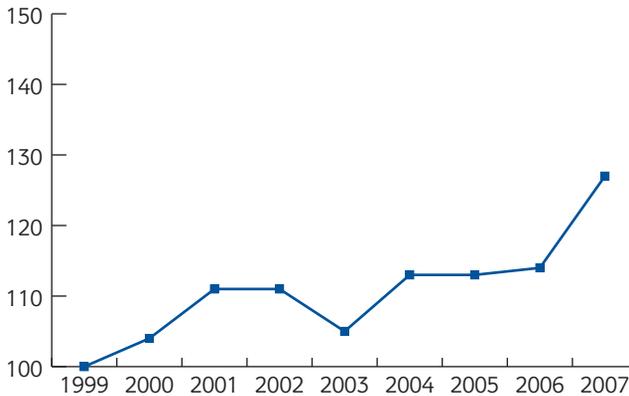
---

53. Devant le cannabis (31,8 %) et l'alcool (11,2 %).

54. Données RECAP, analyse à champ constant.

Par contre, les témoignages sont divergents quant à un accroissement quantitatif perceptible des demandes qui, selon toute logique, devrait arriver. Alors que la courbe d'évolution du nombre moyen par CSST des demandes de traitement liées principalement à un opiacé autre qu'un médicament de substitution (héroïne essentiellement donc) apparaît faiblement ascendante sur le long terme<sup>55</sup>, elle pourrait montrer, une inflexion entre 2006 et 2007 [61]. L'accroissement de cet indicateur n'est en effet que de 14 % entre 1999 et 2006 mais de 12 % entre 2006 et 2007<sup>56</sup> [61]. Seules les données ultérieures permettront de faire la différence entre un aléa et une tendance.

**Graphique 8 - Indice du nombre moyen par CSST de demandes de traitement avec les opiacés (hors MSO) comme produit principal**



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

**Source : Rapport d'activité des CSST, traitement OFDT [61]**

## Surdoses

Dans un contexte de remontée du nombre de surdoses objectivable depuis l'année 2001, le rôle de l'héroïne est apparu de plus en plus clairement au cours de l'année 2007 et 2008 (voir phénomènes marquants).

Parmi les 192 décès directement liés aux produits recensés par le dispositif DRAMES (CEIP / AFSSAPS) en 2007, l'héroïne est présente dans 45 % des cas : seule dans 29 % des cas (sans tenir compte de la présence de cannabis, d'alcool ou

55. Ce phénomène est probablement lié à la faible sortie des usagers d'opiacés des files actives, les prises en charges nécessitant des traitements au long cours.

56. Soit 27 % en tout.

de benzodiazépines) et en association avec d'autres produits dans 16 % des cas [6]. La part de l'héroïne dans les décès en rapport avec l'abus d'un produit psychotrope s'accroît par rapport à 2006 (présente dans 37 % des cas dont seule dans 23 % des cas) et par rapport à 2004 (présente dans 26 % des cas, seule dans 21 % des cas). Cependant en 2004, les sites participant au dispositif DRAME étaient moins nombreux d'où une moindre fiabilité des données [62].

## **HÉROÏNE, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007**

### **La disponibilité de l'héroïne poursuit sur sa lancée**

La hausse de la disponibilité de l'héroïne est désormais généralisée à l'ensemble des espaces urbains des sites d'observation TREND (à l'exception de celui de Marseille où toutefois le produit aurait vu sa disponibilité accroître légèrement au deuxième semestre 2008). Cet accroissement généralisé de la disponibilité d'héroïne est à mettre en lien avec l'accroissement massif entre 2005 et 2007 de la production d'opium en Afghanistan passée de moins de 4 000 tonnes en 2005 à plus de 8 000 tonnes en 2007. L'année 2008 a vu chuter de 16 % l'ensemble des terres accueillant des cultures d'opium en Afghanistan et la production potentielle a été estimée à 7 700 tonnes, quantité qui reste très supérieure à la consommation mondiale [63].

On note, en 2007 et 2008, une réapparition d'un trafic visible et même d'un trafic de rue, à Paris dans le XVIII<sup>ème</sup> arrondissement et à Lille dans certains quartiers périphériques populaires [21, 24]. Les autres sites TREND en revanche ne signalent pas de marché de rue, le produit étant acquis le plus souvent « en appartement ».

Le produit le plus disponible et accessible est une héroïne de qualité médiocre, parfois presque dépourvue d'effet. De l'héroïne plus pure peut être obtenue à prix élevé dans des réseaux plus fermés et non accessibles à tous. Les micro-réseaux d'utilisateurs qui s'approvisionnent collectivement directement en Belgique ou aux Pays-Bas ou encore en Espagne pour les régions plus méridionales semblent jouer une part de plus en plus importante dans l'approvisionnement des usagers, notamment celui des plus insérés. Cette pratique permet entre autres aux usagers d'échapper à la « piètre » qualité de l'héroïne la plus accessible [19].

L'accroissement du deal de rue et du trafic de proximité est d'ailleurs un phénomène constaté par les services de police qui ont vu progresser le nombre de saisies de moins de 5 grammes de près de 50 % entre 2006 et 2008. Ils constatent également l'impact croissant sur le marché français de ce qu'ils nomment « les touristes de la drogue » qui importent régulièrement de petites quantités d'héroïne afin de minimiser les risques pénaux [9]. Selon les fonctionnaires de police parisiens, cette faible organisation du trafic retarderait un accroissement plus important de la disponibilité du produit qui devrait cependant survenir [21].

Concernant l'espace festif, l'héroïne est également considérée par les observateurs et les usagers comme disponible à très disponible dans l'espace festif alternatif des sites TREND (rave parties, free parties et même tekival), à l'exception de Lille où elle y demeure fortement rejetée. Par contre, les sites sont unanimes à la déclarer peu ou pas disponible dans l'espace festif commercial où les patrons d'établissement assurent une surveillance soutenue.

Comme la chronologie des faits observés le laissait supposer, la consommation d'héroïne semble nettement poussée par l'offre, et non l'inverse : l'accroissement des saisies (offre) a été suivi d'une montée progressive de la disponibilité, avant que l'on observe une montée quantitative des usages, portée par un contexte favorable (éloignement des images liées à l'usage de l'héroïne dans les années 80, les pratiques de poly expérimentation et de poly usage).

Plusieurs sites évoquent en effet une véritable pression de l'offre. À Paris, par exemple, un observateur signale que l'héroïne serait quelquefois donnée pour attirer les clients. Le rapport lorrain rapporte également les propos d'une jeune toxicomane à Epinal qui déclare qu'il lui est impossible d'arrêter sa consommation d'héroïne du fait de la fréquence des propositions de vente dont elle est l'objet.

### **Un élargissement des usages vers de plus jeunes usagers et vers les populations « solvables »**

En premier lieu, il faut noter que l'accès à l'héroïne demeure largement limité par son coût pour les populations les plus précaires. Si un certain nombre de structures de réductions des risques observe effectivement que l'héroïne redevient le produit principal pour davantage de personnes (en lieu et place de la BHD), elle reste le plus souvent consommée occasionnellement. Elle semble, pour une grande part de la population fréquentant les structures de première ligne (CAARUD), tenir davantage de place dans les discours que dans la pratique [13, 23].

La diffusion de l'usage d'héroïne à des populations de plus en plus hétérogènes apparaît comme la résultante de multiples phénomènes : l'accroissement de la disponibilité du produit, dans l'espace festif en particulier, l'affaiblissement du rejet de l'héroïne parmi les jeunes générations, mais aussi une diffusion initiale par un mode d'usage familier et rassurant pour les usagers de stimulants (le sniff) qui tend à banaliser le produits ainsi consommé.

#### ***Vers le milieu festif***

En 2006 déjà, était mentionnée dans l'espace festif alternatif, une frange de « teuffeurs » de plus en plus importante, usant de l'héroïne (ou d'autres opiacés) pour adoucir les « descentes » de stimulants. Ces pratiques tendent à se banaliser. La visibilité des usages et le renouveau des populations dans cet espace aidant, l'héroïne y paraît de moins en moins stigmatisée et de moins en moins effrayante.

Le phénomène, déjà visible depuis plus de cinq ans, d'usagers festifs se retrouvant en situation de dépendance à l'héroïne continue donc à s'amplifier. Certaines demandes sont le fait de personnes ayant déjà plusieurs années d'usage régulier d'héroïne derrière elles.

### **Vers les plus jeunes**

Plusieurs sites signalent régulièrement depuis deux à trois ans une diminution de l'âge d'expérimentation de l'héroïne et la rencontre d'usagers de plus en plus jeunes. Les acteurs sanitaires et ceux de l'application de la loi observent par exemple à Rennes des usagers de 18 /19 ans ayant découvert l'héroïne en milieu festif dont certains, en demande de soins, pratiqueraient un usage régulier depuis déjà six mois. À Marseille, des usages débuteraient chez des jeunes des quartiers périphériques. À Bordeaux, c'est sur les consommations des jeunes « insérés » que l'accent est mis [13, 19, 64].

### **Vers les populations très insérées socialement**

La particularité de ces usagers qui restent très minoritaires est leur extrême discrétion aux yeux des structures de RDR, des structures de soins, des services en charge du respect de la loi et des dispositifs d'observation. Commerçants, étudiants, cadres etc., souvent aisés, ils évitent l'étiquette de « toxicomane ». Contrairement aux usagers du milieu festif, ils prennent plutôt l'héroïne pour ses effets propres et non en régulation d'autres drogues mais uniquement en sniff ou en fumette. Plus jeunes que les usagers traditionnels, une grande part d'entre eux ne dépasse pas 25 ans.

Des professionnels de CSST de Bordeaux témoignent d'une nouvelle visibilité de certains de ces usagers, adressés par des médecins généralistes en difficulté avec eux, quand après une période d'usage relativement courte (quelques mois à un an), ils se retrouvent dépendants. Visant davantage l'abstinence comme issue thérapeutique, ces usagers privilégient sevrage et substitution courte. [64]. Certains gèreraient d'ailleurs tout seuls leur consommation par de courtes périodes de sevrage ou de substitution.

L'émergence de ces usagers a fait l'objet en aout 2008, d'un communiqué de presse conjoint des autorités sanitaires et des institutions en charge des problèmes de drogues suite à une note d'information produite en mai 2008 par l'OFDT [65-66].

## **La nouvelle image de l'héroïne**

Cette « nouvelle image » de l'héroïne déjà évoquée dans les rapports précédents gagne en poids au fur et à mesure de l'arrivée de nouvelles générations. N'ayant pas connu les dégâts liés à son usage avant les mesures de réduction des risques (dépendance, déchéance sociale, délinquance, surdoses ...) jusqu'au milieu

des années 90, les jeunes générations résument les risques liées à l'héroïne à la pratique de l'injection qui seule est susceptible de mener à la dépendance, à la surdose ou à l'infection, et aux produits de coupage. Le risque de dépendance est très peu envisagé et, quand il l'est, considéré comme « soignable » par la substitution. Le risque de surdose est ignoré - à partir du moment où l'on injecte pas - de même que le risque infectieux lié à la pratique du sniff.

Par ailleurs, pour les personnes, déjà amatrices de psychotropes, notamment en milieu festif alternatif, l'utilisation du mode d'usage de la cocaïne (le sniff) ou la facilité de mise en œuvre de la prise fumée, tend à dédramatiser l'usage d'héroïne, qui petit à petit perd son statut de repoussoir.

Pire, pourrait-on dire, il semble que pour certains usagers en recherche d'identité, être consommateur d'héroïne constitue un statut distinctif enviable. Le rapport Parisien mentionne ainsi de jeunes nouveaux consommateurs, fascinés par leur récent statut d'héroïnomanes. Dans une autre population, celle des très jeunes précaires désaffiliés ou « jeunes errants », l'accès au statut (ici valorisé) de « toxicomane » passe aussi désormais, dans les discours, par l'héroïne : « Un vrai tox, c'est celui qui prend de la cam. Celui qui s'injecte du Subutex® c'est un déchet » [21].

## **Une extension marquée de la pratique de la fumette ou inhalation à chaud en 2008**

La diffusion de cette pratique est signalée très largement en 2008 à la fois dans l'espace urbain et dans l'espace festif, le plus souvent « en chassant le dragon ». L'intérêt pour les usagers se situe dans le meilleur rapport effets/coût, sans les effets secondaires et l'image se rapportant à l'injection. Ce mode d'usage apparaît également plus rapide et plus discret pour des personnes devenues dépendantes mais qui s'efforcent de continuer à mener une vie normale. Chez les injecteurs de longue date, aux veines très abîmées, cette pratique serait de plus en plus alternée avec l'injection.

## **Les conséquences : surdoses liées à l'héroïne**

Le rapport précédent, signalait la veille attentive dont allait faire l'objet les surdoses liées à l'héroïne au cours des années 2007 et 2008 compte tenu du contexte évoqué précédemment dans ce rapport. Conformément à ces prévisions, de nombreux acteurs de la réduction des risques ou des soins ont exprimé, dès 2007, leurs inquiétudes vis-à-vis du nombre croissant de surdoses dont ils avaient connaissance. Plusieurs groupements de cas ont mobilisé, notamment en 2008, la Cellule nationale d'alerte concernant les drogues<sup>57</sup>

---

57. Groupe incluant les différentes institutions sanitaires impliquées dans le champ sanitaire des usages de produits psychotropes, qui assure une veille sur la circulation de produits particulièrement dangereux ou la survenue de faits sanitaires sérieux et inhabituels.

Deux types de contexte ont pu être mis en évidence à travers les deux principaux dossiers qui ont mobilisé les autorités sanitaires.

### *1- La diffusion de l'usage en population insérée, jeune et inexpérimentée*

Entre décembre 2007 et mai 2008, 17 décès consécutifs à des usages de drogues sont répertoriés dans la région lorraine par la coordination TREND locale (source presse locale), fréquence qui apparaît intuitivement inhabituellement élevée [67]. La comparaison avec les 16 décès par surdose (tous produits confondus) décomptés par le CépiDC (INSERM) à partir des certificats de décès survenus en Lorraine au cours de l'année 2005 (10 pour l'année 2004) confirmera cette impression [65].

Dans un premier temps (février 2008) les soupçons se tournent vers la circulation de poudre d'héroïne fortement dosée. Les informations fournies par le laboratoire d'analyse toxicologique en médecine légale de Metz ayant pratiqué des analyses de sang sur sept des victimes conduisent finalement à écarter cette hypothèse :

- Les concentrations des métabolites de l'héroïne sont jugées au dessous des doses létales.
- L'héroïne a souvent été retrouvée associée à plusieurs autres produits stupéfiants.
- Les victimes étaient jeunes et aucune trace d'injection n'a été observée.
- D'après le site TREND de Metz, la grande majorité des victimes était inconnue des structures de soins pour toxicomanes.

C'est donc moins la nature inhabituellement dangereuse du produit que la population consommatrice, probablement inexpérimentée<sup>58</sup>, ou même n'ayant aucune expérience du produit et relativement nouvelle (jeunes ne fréquentant pas les structures de soins) de même que les circonstances de l'usage (polyconsommation) qui ont posé problème.

Cette situation apparaît comme la résultante des différentes évolutions contextuelles précédemment évoquées, à l'œuvre depuis plusieurs années :

- La diffusion des pratiques d'usage vers des populations de plus en plus variées, insérées et « cachées », ne fréquentent pas le dispositif spécialisé et peu informés des pratiques de réduction des risques (dosage, effets, risques et gestion des produits a fortiori des mélanges...).
- Un défaut de transmission des pratiques de réduction des risques aux générations les plus jeunes (moins de 25 ans). Ce manque concerne à la fois les groupes de jeunes précaires désaffiliés (« jeunes errants ») et des jeunes plus insérés qui vont consommer de manière très occasionnelle. L'éclatement des grandes manifesta-

---

58. Or, si l'usager est peu expérimenté, sa tolérance au produit est faible et le risque de surdose augmente si il n'applique pas certains principes de réduction des risques (test du produit à petite dose, en sniff et accompagné d'autres personnes).

tions festives maintenant très contrôlées en de multiples petites manifestations à caractère beaucoup plus « privées » a également rendu plus difficile les actions de réduction des risques en milieu festif.

■ Une moindre stigmatisation des usagers d'héroïne et de l'héroïne elle-même de la part de générations qui n'ont connu ni les débuts du Sida, ni la dépendance aux opiacés avant l'arrivée des traitements de substitution, et qui n'associent plus l'héroïne à l'injection. Le sniff, en progression ces dernières années, leur apparaît comme une pratique plus sûre.

Le site TREND de Rennes décrit en 2008 la survenue d'un nombre de surdoses paraissant inhabituel concernant des usagers présentant le même profil que celui décrit ci-dessus [19].

## *2- La circulation d'héroïne fortement concentrée*

L'année 2008 (de même que l'année 2009) aura été marquée par le développement de la circulation d'échantillons ou de lots d'héroïne particulièrement dangereux.

Un premier phénomène réside dans l'accroissement des quantités de poudre d'héroïne fortement dosées (au-delà de 30 % ou même de 45 %) même si elles restent très minoritaires sur le marché et si leur part n'a pas progressé en 2008, dans un contexte où la grande majorité des poudres d'héroïne qui circulent en France n'en contient que de très faibles quantités<sup>59</sup> [40, 56]. Ces produits très dosés sont le plus souvent accessibles par des filières d'initiés qui s'organisent pour aller chercher eux même le produit en Hollande par exemple. De ce fait, la plupart du temps, l'utilisateur qui dispose d'un produit très pur le sait et agit en conséquence. Les problèmes surviennent lorsque l'utilisateur ne sait pas que son produit est plus dosé que les héroïnes qui circulent habituellement sur le marché, souvent parce que le dealer n'a aucune idée de la pureté du produit qu'il vend. C'est une des explications des cas de surdoses survenues en Île-de-France entre le 20 et le 23 janvier 2009. Quarante-huit personnes ont été admises aux urgences hospitalières pour une surdose à l'héroïne : 35 en Seine Saint Denis, 6 dans le Val d'Oise, 3 dans le Val de Marne et 4 à Paris. Une personne a été en outre retrouvée décédée d'une surdose dans un hôtel du Val d'Oise. Les usagers âgés de 40 ans en moyenne étaient consommateurs réguliers d'héroïne [68].

Les analyses des échantillons saisies ont montré que l'héroïne en cause (brune semble t-il) était non seulement concentré en héroïne mais aussi en intermédiaires de synthèse psychoactifs de l'héroïne. Ces échantillons étaient de plus quasiment

---

60. Voir point « marché » du chapitre « Héroïne ».

tous coupés avec l'alprazolam (principe actif du Xanax®, de la famille des benzodiazépines) quoiqu'en faible quantité. Les analyses révélaient en outre du sucrose (sucre de cuisine) à la place du lactose utilisé habituellement. Tous ces éléments suggèrent une synthèse mal maîtrisée de l'héroïne à partir d'une poudre fortement dosée [68].

L'utilisation d'une BZD comme produit de coupe, est un phénomène jusqu'alors peu fréquent<sup>60</sup> probablement en raison du risque d'overdose que l'association entraîne<sup>61</sup>. Ainsi, au cours de l'année 2008, plusieurs analyses d'héroïne contenant de l'alprazolam ont été réalisées dans le cadre des collectes SINTES-veille ou de l'analyse des saisies. En février, le laboratoire des douanes de Paris a analysé un échantillon d'héroïne de coloration rosée, contenant de l'alprazolam. En septembre 2008 un échantillon de poudre de couleur marron contenant 50% d'héroïne et coupé également à l'alprazolam a été collecté à Bordeaux. Ramené d'Espagne, il a occasionné une perte de connaissance pendant 5 heures après injection chez deux usagers réguliers.

Ainsi, ces « errements », si l'on peut dire, dans la composition de l'héroïne témoignent probablement des mutations actuellement à l'œuvre dans l'approvisionnement du marché français et dans le trafic de proximité.

## À signaler

### **La diversité des produits disponibles s'accroît**

En 2007 et 2008, plus qu'en 2006, les discours sur la circulation d'héroïne d'aspect moins habituel ou du retour de formes d'héroïne non vues depuis une dizaine d'années sont florissants et parfois accompagnés de détails pittoresques : l'héroïne brun clair est la plus fréquente, mais en 2007, on mentionnait la Grise (Paris, Metz) qui serait de meilleure qualité que la brune. À Metz « elle serait produite artisanalement pas des petits fermiers Afghans ». À Paris, où elle serait rose ou grise, elle serait au contraire « synthétique » et viendrait de Lybie. Elle serait annoncée comme ayant un effet plus fort que l'héroïne habituelle, allégation peu vérifiée par les usagers. L'analyse d'un échantillon n'a pas permis de mettre en évidence l'origine de la couleur (héroïne : 2 %, paracétamol 52 %, caféine 23 %).

La Rose, déjà décrite en 2006, est présente à Rennes en 2007 (dosée en 2006 elle ne présentait aucune caractéristique particulière et contenait 2 % d'héroïne), puis en 2008 à Marseille où elle suscite la crainte d'être coupée au Xanax®.

Une héroïne noire, la Black Tar, qui viendrait du Mexique aurait circulé à Marseille en 2007... dans des circuits très fermés.

60. En 2006, l'INPS avait identifié le nordazépam (une autre benzodiazépine, principe actif du Nordaz®), dans 1% des échantillons d'héroïne saisis.

61. Les trafiquants eux-mêmes n'ont aucun intérêt à provoquer des overdoses.

Une héroïne nommée Coca Cola, brun clair lorsqu'elle est sèche, marron foncé en milieu aqueux a circulé à Rennes en 2006. La couleur que les jeunes usagers ont envisagée provenir d'un coupage au Coca cola, viendrait selon les anciens de sa forte teneur en caféine.

Les très bonnes héroïnes seraient piquetées de points noirs (Metz, Lille) ou rouge (Lille). Une héroïne de ce type analysée à Metz a montré une pureté égale à 15 %.

Ces différentes formes, accompagnées d'allégations parfois fantaisistes, semblent relever de stratégies « marketing » de la part des dealers et ne fournir aucune indication sur le contenu réel du produit.

## LES PRODUITS DE SUBSTITUTION DÉTOURNÉS DE LEUR USAGE

Les traitements de substitution constituent une des options thérapeutiques offertes en France aux personnes dépendantes des opiacés. Le cadre de prescription mis en place en 1995 est structuré autour de deux médicaments : la méthadone, qui se présentait en France uniquement sous la forme d'un sirop jusqu'en 2008, et la buprénorphine haut dosage (BHD), qui existe sous la forme de comprimés à laisser fondre sous la langue et commercialisée jusqu'en 2005 sous le nom de spécialité Subutex®. Les années 2006 et 2007 ont vu arriver sur le marché deux spécialités génériques de la buprénorphine distribuées respectivement par les marques Arrow® puis Merck®<sup>62</sup> et une version de la méthadone en gélule AP-HP® commercialisée comme le sirop par le laboratoire Bouchara-Recordati.

La prépondérance de la BHD au plan quantitatif, selon les données disponibles, reste massive (voir Données de cadrage) en dépit de l'accroissement du nombre de patients sous méthadone et d'une accélération des passages de patients traités de la buprénorphine vers la méthadone [4, 69]. Cette volonté de rééquilibrage des médicaments de substitution prescrits au profit de la méthadone, officialisée lors de la Conférence de consensus sur les traitements de substitution en 2004, vise notamment à faciliter l'accès à la méthadone aux patients les plus en difficulté avec leur traitement par BHD, en particulier ceux qui l'injectent.

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

L'impact des TSO<sup>63</sup> (Traitement de substitution aux opiacés), en particulier sur un plan collectif, a été évalué comme très positif (chute spectaculaire de la morta-

---

62. La BHD Merck® est devenue BHD Mylan® en 2008.

63. Selon les terminologies définies à l'issue de la conférence de consensus de 2004 sur les traitements de substitution, on désigne par le terme TSO (traitements de substitution aux opiacés) la prise du médicament dans le cadre d'une prise en charge médicale et théoriquement globale (psychologique, sociale...). Le terme MSO (médicament de substitution aux opiacés) désigne les produits eux-mêmes.

lité par surdose, baisse importante des contaminations par le VIH, baisse de la délinquance liés aux besoins financiers générés par le prix de l'héroïne...) même s'ils ne règlent pas à eux seuls tous les problèmes des usagers.

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

Si les traitements de substitution sont pris le plus souvent dans le cadre d'un protocole thérapeutique, l'accroissement de leur disponibilité s'est accompagné du développement de mésusages, concernant essentiellement la BHD [70].

### **Données de cadrage**

Les traitements par méthadone ne peuvent être prescrits que par des médecins exerçant dans un Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (anciens CSST devenus CSAPA) ou à l'hôpital. Le relais par un médecin de ville peut être assuré une fois le patient stabilisé. Les conditions d'accès aux programmes « méthadone » et de maintien dans ces programmes sont plus ou moins strictes selon les centres. Contrairement à la méthadone, la BHD ne présente pas ou peu de risque de surdose en l'absence de consommation conjointe d'autres psychotropes. Elle bénéficie donc d'un cadre plus souple de prescription, l'initiation du traitement pouvant être pratiquée par tout médecin. Cette large accessibilité de la BHD constitue une spécificité française. La méthadone peut être prescrite pour une durée maximale de 14 jours, alors que cette durée est de 28 jours pour la BHD. Les principaux prescripteurs de traitements de substitution sont les médecins généralistes. [70].

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

En 2007, le nombre moyen de personnes prenant, en France, de la buprénorphine haut dosage (BHD) un jour donné était estimé à 83 174, à partir des données de vente<sup>64</sup>, tandis que celui des personnes prenant de la méthadone atteignait 28 665 [39]. La

---

64. Sous l'hypothèse de patients traités pendant un an complet par une dose quotidienne moyenne de 8 mg de buprénorphine ou de 60 mg de méthadone.

part des patients recevant de la méthadone, s'élève selon cette source, à près de 25 % des patients traités (vs 20 % en 2006) [39]. Pour la même période, 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 environ à 24 000 (soit 20 % de personnes recevant de la méthadone sur 120 000 personnes remboursées d'un traitement de substitution) [69].

Cet écart peut en partie être expliqué par le fait qu'une part des personnes recevant de la buprénorphine (estimée à 34 %) ne s'inscrit pas dans un traitement au long court et donc ne peut compter pour un traitement annuel complet (ce que compte la première estimation) et qu'une part des patients sous méthadone suivie en centres spécialisés reçoit cette dernière directement des centres (et ne sont donc pas comptés dans les patients remboursés).

Cependant, la méthadone étant considérablement moins détournée que la buprénorphine, si l'on considère seulement les patients sous traitement de substitution, encadré médicalement, la part des patients traités par méthadone est probablement plus haute que ne l'indiquent les données de remboursement ou de vente [70-71].. L'observation de l'évolution des ventes de la BHD montre pour la première fois une chute des quantités vendues entre 2006 et 2007 (-7 %) après une croissance continue depuis 11 ans . À l'inverse, les ventes de méthadone qui ont accéléré leur croissance depuis 2005 continuent sur cette lancée (+16 % entre 2006 et 2007) [39]. Depuis 2004, parmi les personnes en traitement de substitution suivies en CSST, la proportion de sujets sous protocole méthadone est plus importante que celle des sujets sous buprénorphine, l'écart allant en se creusant avec le temps (60 % vs 40 % en 2008) [4].

Parmi des patients sous traitement de substitution suivis en médecine de ville (en majorité par des médecins participant à un réseau toxicomanie), 68 % reçoivent de la BHD, 30 % de la méthadone et 2 % un autre traitement [72] .

À l'échelle de la population française, l'usage de la buprénorphine reste rare : en 2008, seuls 0,3 % des filles et 0,8 % des garçons de 17 ans ont déjà expérimenté la BHD [8]. L'usage de méthadone en population générale, extrêmement faible, n'est pas mesuré.

## **LES MÉSUSAGES, QUELQUES REPÈRES**

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

Ainsi le mésusage comporte plusieurs dimensions possibles, chacune pouvant être présente isolément ou se combiner aux autres, de manière transitoire ou durable. Il est à noter que l'usage à visée thérapeutique est loin d'être exempt de mésusage, puisqu'une part des patients sous substitution ne peut se passer de l'injection, ou du sniff, de la recherche d'un « effet plaisir » et à des degrés divers bénéficie des revenus que peut permettre la vente ou l'échange de BHD.

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

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

- Sur le marché parallèle
- Ou des deux manières : approvisionnement mixte

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

- Vendue sur le marché parallèle. Il s'agit du trafic.
- Consommée pour une partie et vendue ou donnée pour une autre. Il peut s'agir de trafic, plus fréquemment de petit trafic et de dépannage.

### **3) L'intentionnalité de la consommation**

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

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

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

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

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

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

- Un usage substitutif : la BHD vient remplacer ponctuellement ou plus régulièrement un usage d'héroïne (gestion du manque, coût du produit...)
- Un usage non substitutif ou primo usage de BHD : l'utilisateur initie son usage d'opiacés par la BHD. On en rapproche la primo-dépendance : l'utilisateur a déjà consommé de l'héroïne sans être dépendant et le devient avec la BHD. Cet usage ne découle donc pas d'une pharmacodépendance opiacée pré-existante : Il s'agit d'un usage toxicomane ou destiné à gérer des difficultés diverses.

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

#### **4) Le mode d'administration**

- L'injection qui constitue la voie d'administration problématique sur le plan sanitaire.
- Le sniff
- Eventuellement la voie orale (comprimés avalés) source d'inefficacité du traitement.

## **LA BHD**

La BHD est une molécule agoniste/antagoniste morphinique prescrite jusqu'en 2005 uniquement sous le nom de spécialité Subutex® et désormais disponible sous deux formes génériques : buprénorphine Arrow® et Buprenorphine Merck® devenue Mylan®. Elle n'est pas classée comme stupéfiant. Les usagers emploient d'une manière générale le terme de Subutex ou Sub y compris pour désigner le générique qui peut être qualifié de « faux ».

### **LA SITUATION**

Le dispositif TREND ne voit les usagers des MSO qu'à partir du moment où ils entrent dans son champ d'observation. Par conséquent, il ne peut pas rendre compte de la grande partie de patients en traitement par BHD invisibles en dehors d'un strict cadre thérapeutique.

### **Fréquences d'usage et usagers**

Les premiers usagers de BHD sont les héroïnomanes en traitement. L'appropriation du produit par ces usagers dont une part n'est pas en situation ou en capacité immédiate de renoncer à la recherche d'un « effet » ou à l'injection (ou ne le souhaite pas), ou encore ne souhaite/peut pas accéder au traitement par la voie légale, constitue une part essentielle des usages non-conformes au cadre thérapeutique défini par la loi. Il n'empêche que l'on observe que pour nombre de poly usagers précarisés le « Sub » est une drogue comme les autres, si ce n'est que son prix au marché noir la rend nettement plus accessible.

Depuis plusieurs années, la population des usagers de BHD détournée semble s'élargir de deux manières :

■ On assiste sur certains sites (Bordeaux surtout, mais aussi Paris et Marseille en 2007) au renforcement continu de son usage détourné dans des populations très précarisées qui n'ont de toutes façons pas accès à l'héroïne du fait de leur dénuement. Il s'agit schématiquement de jeunes en errance souvent issus des milieux festifs, de SDF, et de jeunes hommes en provenance de l'ancien bloc de l'Est. Bordeaux signale ainsi la constitution d'un marché parallèle qui viserait spécifiquement les usagers sans couverture sociale. Leurs usages viseraient d'avantage la défonce pour supporter des conditions d'existence difficile que la régulation des prises de stimulants. Cependant, comme pour l'héroïne, certains jeunes très précaires issus du milieu festif alternatif auraient démarré leur usage en « descente » des stimulants.

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

Sur d'autres sites, comme à Lille, les usagers de BHD sont en règle générale des anciens héroïnomanes, population vieillissante qui tend à se réduire du fait des passages sous méthadone [57].

Assez logiquement, plus les usagers sont rencontrés loin d'un cadre thérapeutique, plus le degré de mésusage apparaît fréquent<sup>65</sup>.

Dans les CSST en 2008, 31 % des patients sont consommateurs de BHD, en très grande majorité dans le cadre d'un protocole thérapeutique (92 % des cas) [4]. L'écart entre doses quotidiennes moyennes reçues par les usagers sous protocole et les usagers hors protocole avait atteint un sommet en 2006 (8,9mg +/- 12,6mg sous protocole vs 19,2 mg +/- 37,4 hors protocole) [73], celui-ci s'est considérablement réduit en 2007 et 2008 (8,2 mg +/- 5,2 mg sous protocole vs 9,1 +/- 64,9 hors protocole en 2008) [4].

Dans les structures de première ligne de soutien aux usagers de drogues (CAARUD), 40,3 % des usagers interrogés en 2008 avaient consommé de la BHD au cours du mois précédent, dont 74,2 % quotidiennement. Il s'agit du produit dont la régu-

---

65. Il faut noter que la focalisation sur les populations fréquentant les structures de réduction des risques et dans une moindre mesure des centres de soins spécialisés accroît la visibilité et la proportion des usages détournés des traitements de substitution, les patients ayant peu de problèmes étant évidemment peu visibles. Les patients suivant un traitement de substitution dans le cadre de la médecine générale, bénéficiant d'une intégration sociale et maîtrisant leur problème de dépendance n'apparaissent pas ou peu dans le champ de nos observations.

larité de l'usage sur le mois est la plus importante. Seuls 9 % des usagers la consomment moins d'une fois par semaine [11]. Ainsi, quel que soit le cadre de l'usage, la BHD joue le rôle d'un produit « de base » dans l'éventail des substances.

En 2006 l'étude PRELUD (même public, méthode différente) montrait qu'une moitié des usagers de BHD seulement l'avait fait dans un but thérapeutique uniquement ; les autres en avaient fait un usage détourné exclusif (défonce, descente de stimulant ou gestion du manque) ou avaient mêlé ou alterné les deux usages [12]. La fréquence des usages détournés exclusifs par rapport à l'ensemble des usagers avait alors plus que doublé (de 5 à 12 %) [12].

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

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

Les observations issues du dispositif TREND révèlent depuis plusieurs années l'existence de personnes pour qui la BHD constitue le premier opiacé consommé dans la vie (primo consommateurs) [59, 74]. Ainsi, une étude menée en 2003 montrait que l'usage non substitutif<sup>66</sup> de BHD touchait un quart des personnes consommant de la BHD dans les structures de première ligne [59].

Pendant, au sein des structures de soins spécialisés, le nombre de cas de primo dépendance à la BHD<sup>67</sup> signalés au cours de l'enquête OPPIDUM reste faible par rapport aux primo dépendances à l'héroïne (76 vs 3 563 en 2008) [4]. En 2008, ce phénomène n'est évoqué qu'à Toulouse et à Marseille où par ailleurs la BHD est très disponible [13, 23]. Il est possible que les autres observateurs ne s'intéressent pas de près à ce phénomène dans la mesure où, pour les populations les plus démunies, notamment les plus jeunes, qui n'ont pas les moyens de choisir, la nature de l'opiacé consommé peut apparaître comme relativement secondaire dans le cadre d'une polyconsommation et les parcours d'usage difficile à reconstituer.

On note également des signalements récurrents de consommation de BHD initiées en prison chez des personnes non préalablement dépendantes aux opiacés.

---

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

68. Patient dont la première dépendance est liée à la BHD.

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

Des sorties d'usage « conventionnelles » vers la méthadone se font progressivement. Ils représentent moins de 4 % des personnes ayant été remboursés d'une délivrance de BHD en 2007<sup>68</sup> [69].

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

## Effets

En usage détourné, pour les usagers accoutumés aux opiacés, les effets recherchés seraient les mêmes que ceux de l'héroïne (maximalisation de la montée du produit mais raccourcissement de ses effets recherchés à travers l'injection). Les effets ressentis cependant seraient rarement au rendez-vous. Ceux-ci tiendraient davantage de l'excitation et de l'apaisement du manque que de la « défonce » mais surtout de la satisfaction d'une « dépendance aux gestes ritualisés de l'injection » comme le rappelle le rapport lorrain [19, 21, 32, 75]. Pour tenter de retrouver un effet « défonce », elle serait fréquemment associée à l'alcool ou aux benzodiazépines, notamment au Rivotril® [21].

Les primo-usagers d'opiacés ressentent, quant à eux, un effet défonce, celui-ci perdant de son intensité au fur et à mesure des prises.

Enfin, comme l'héroïne, la BHD est consommée par des usagers de stimulants qui recherchent l'apaisement des symptômes désagréables accompagnant la chute des effets desdits stimulants.

## Modes d'usage

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

---

68. Cependant, si l'on considère que toutes les personnes remboursées d'une délivrance de buprénorphine ne sont pas des patients traités, ce pourcentage est sans doute sous évalué.

L'injection demeure le mode d'administration le plus répandu quand le médicament est détourné de son usage thérapeutique. Celle-ci est toutefois également pratiquée par une frange de patients respectant par ailleurs ledit protocole. Cette pratique permet une montée rapide du produit et surtout, la conservation d'un rituel de prise que beaucoup d'anciens héroïnomanes ne parviennent pas à abandonner. Cependant, l'injection est d'autant plus fréquente que l'on s'éloigne du cadre thérapeutique. Elle s'accompagne d'une dégradation veineuse importante, à laquelle s'ajoutent de lourdes complications infectieuses et circulatoires (syndromes de Popeye, abcès, etc.) [15, 34, 52, 58, 76]. L'injection de BHD a pu être observée également en milieu festif, mais elle est le fait d'usagers qui injectent aussi hors de ce milieu.

Le sniff est utilisé plutôt chez les « vieux » injecteurs pour lesquels il permet de pallier la dégradation du capital veineux et les complications sanitaires consécutives à la fréquence des injections. En second lieu, comme pour l'héroïne, le sniff est un mode d'usage privilégié par les plus jeunes usagers, notamment les primo consommateurs d'opiacés. Ce serait en effet un mode d'administration moins stigmatisant, plus familier aussi pour de jeunes usagers qui ont pu par ailleurs consommer des stimulants par ce biais et surtout moins risqué sur le plan sanitaire que l'injection.

On décrit également l'inhalation dont une version particulière est décrite en 2008 à Paris et à Bordeaux : la BHD, réduite en poudre, serait introduite dans une cigarette ou un joint pour être ensuite fumée [21].

On note que le mode d'usage peut varier chez un même usager, en fonction de l'effet recherché, de l'état veineux ...

En 2008, l'injection de BHD<sup>69</sup> est pratiquée par 7 % des usagers sous protocole de substitution vus dans un cadre thérapeutique, le sniff par 8 % et l'inhalation est pratiquée par une part infime des usagers<sup>70</sup> [4]. Cette part d'injecteurs connaît une tendance décroissante (13 % en 2005). Parmi les personnes vues dans le même cadre mais déclarant consommer de la BHD hors protocole thérapeutique, 18 % utilisent l'injection, 58 % la sniff, 8 % l'inhalent et 34 % la consomment par voie orale. La fréquence de l'injection de la BHD dans ce deuxième groupe continue à diminuer d'année en année (34 % en 2005) avec une forte accélération de la chute depuis 2006. L'usage du sniff y connaît l'évolution inverse (34 % en 2007), de même que la voie fumée (2 % en 2006, 8 %) en 2008 [4].

---

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

70. 94 % des patients prennent la BHD normalement, par voie orale.

En revanche, en fin d'année 2008, l'injection de BHD a été pratiquée au cours du mois précédent par 56,4% des 1 264 usagers récents rencontrés dans les structures de première ligne, le sniff par 18,4 %, la fumette par 4,3 % et la voie orale par 44,1 %. [11]. S'il est difficile de réaliser des comparaisons précises avec les enquêtes précédentes menées sur la même population avec une méthode différente, on constate que les ordres de grandeurs sont identiques à ceux retrouvés par l'enquête PRELUD en 2006 (injection : 58 %, sniff : 22 %, fumette : 3 % et voie orale : 45 %) [12].

L'enquête PRELUD 2006 montrait en outre que, dans la population fréquentant les CAARUD, la part d'injecteurs variait avec l'intentionnalité de l'usage : la BHD y avait été injectée au cours du mois précédent par 51 % des personnes qui l'utilisaient pour arrêter l'héroïne, par 59 % de ceux qui ne recherchaient que la « défonce »<sup>71</sup> et par 74 % des usagers qui mêlaient ces deux objectifs [33].

Dans cette population, l'âge de la première injection de BHD se situait, en 2006, autour de 25 ans (médiane) soit un an après l'âge de la première consommation. La pratique de l'injection démarre rarement par une injection de BHD qui ne constitue le premier produit injecté dans la vie que pour 6,3 % des personnes ayant déjà utilisé cette voie d'administration (contre 42 % pour l'héroïne) [12].

## Conséquences de l'usage détourné

Un des principaux problèmes liés à l'usage de la buprénorphine, largement relevé par les personnes traitées, est la forte dépendance qu'elle entraîne. Même si elle a le plus souvent été précédée d'une dépendance à l'héroïne (elle ne représente le premier produit ayant entraîné une dépendance que pour 1 % seulement des patients pris en charge dans le dispositif socio-sanitaire spécialisé en 2008) [4], elle apparaît comme un piège pour beaucoup d'usagers, patients ou « més-useurs ». Le sevrage de la buprénorphine est en effet décrit comme « moins franc, plus lancinant, irrégulier et surtout plus long que celui de l'héroïne ». Des personnes ayant réduit les doses rapidement ou arrêté radicalement sont souvent surprises par des « symptômes retard » parfois violents survenant longtemps après la fin des symptômes de manque aigus : crampes, accès de déprime, insomnies sévères, agitation [77].

Pour 6,4 % des patients suivis dans le dispositif socio sanitaire ambulatoire spécialisé (CSST) en 2007, le produit posant le plus de problème est un médica-

---

71. Ou l'utilisent pour gérer la descente d'un stimulant.

ment de substitution, buprénorphine principalement ou méthadone (vs 38,7 % pour les autres opiacés, principalement l'héroïne). Ce niveau, exprimé en part des patients ou en nombre moyen de patients traités, est stable sur le long terme [61]. Parmi les nouveaux patients, cette part est égale à 6,5 % pour la BHD et 1,6 % pour la méthadone<sup>72</sup> [35].

En 2008, la BHD apparaît comme le premier produit problématique au regard des usagers interrogés dans les structures de première ligne, juste devant l'alcool. Elle est en effet citée comme tel par 22,1 % des usagers des CAARUD [11].

Les problèmes sanitaires physiques de l'usage détourné découlent essentiellement de l'injection. Il s'agit des complications vasculaires et infectieuses locales sérieuses engendrées par un produit non adapté à l'injection (syndrome de Popeye aux membres supérieurs, voire inférieurs, abcès, thromboses, septicémie, endocardites...) mais également de la transmission des virus du sida et des hépatites B et C.

Depuis 2005, des professionnels du champ sanitaire ou social font état d'une moindre visibilité des complications consécutives à l'injection du Subutex®, liant cette observation à la diffusion croissante du Stérifilt® (voir dans la partie transversale, le chapitre « santé des usager »). Le Stérifilt® est d'ailleurs dans les discours et les pratiques des usagers de drogues très lié à l'usage de buprénorphine, même si certains continuent à voir dans la clarté du filtrat obtenu une perte des principes actifs. Le rôle d'une meilleure prise en charge, mais également d'un meilleur apprentissage de la pratique de l'injection par les usagers est également évoquée. En 2007 et 2008, cette tendance qui resterait à confirmer quantitativement est relevée à Bordeaux, Marseille (pour 2007), Paris et Rennes [voir approche transversale].

Lorsque la BHD est prise en sniff de manière régulière, il provoque des lésions de la cloison nasale et favorise les infections locales.

La buprénorphine est peu impliquée, au regard de sa diffusion, dans les décès directement liés à l'usage de drogue repérés par le dispositif DRAMES. En 2006, elle était présente dans 17 % des décès, seule ou seulement associée à des benzodiazépines et/ou de l'alcool dans 12 % des décès et associée à un autre produit dans 5 %. En 2007, elle n'était présente que dans 7 % des décès répertoriés (seule ou avec alcool et /ou benzodiazépines dans 5 % des cas et associée à un autre produit dans 2 % des cas) [4].

---

73. Dispositif RECAP, analyse à champ constant.

## Marché parallèle

### Disponibilité et accessibilité

Alimenté par la revente de produits prescrits, le marché parallèle facilite les consommations hors du suivi médical. La disponibilité et l'accessibilité de la BHD sur le marché parallèle des centres urbains sont encore importantes dans tous les sites TREND. Cependant les deux sites du Nord-Est de la France (Metz et Lille) ont toujours fait état d'un trafic peu structuré plus proche du dépannage que de la démarche professionnelle contrairement aux autres sites.

Le marché noir a connu une croissance importante jusqu'en 2004. Parallèlement, le prix médian estimé d'un comprimé de 8 mg de Subutex® au marché noir a chuté de 6 € en 2000 à 3 € environ en 2004. Le trafic se décline alors selon deux modalités : il existe une activité diffuse de « petite revente », qui est le fait de patients traités, lesquels s'assurent ainsi un petit revenu tandis qu'un nombre réduit de personnes (pas nécessairement en traitement) s'adonne à une activité de « recueil » et de revente (6 % environ des personnes ayant eu un remboursement au cours d'un semestre en 2002). On estimait à la fin de l'année 2002 (dernières données publiées) que les quantités revendues dans ce cadre représentaient entre 21 % et 25 % des doses prescrites avec des disparités importantes entre les sites (maximum de 40 % à Paris)<sup>73</sup> [71, 78]. L'étape de « recueil » se déroule majoritairement par polyprescription<sup>74</sup> jusque vers 2005, avant que d'autres méthodes prennent le relais.

Les contrôles des CPAM (Caisses primaires d'assurance maladie), entrepris dès la fin de l'année 2004 mais actuellement réalisés en routine, ont essentiellement visé à identifier les trafiquants et à recadrer les patients ayant plusieurs prescripteurs ou recevant une dose moyenne importante (supérieure à 32 mg), ainsi que certains prescripteurs jugés abusifs.

Des actions à des niveaux divers ont été engagées par les CPAM :

- Lettres d'avertissement menaçant de cesser les remboursements de TSO ;
- Des convocations, dont une part significative ne serait pas honorée ;
- Des dépôts de plaintes ;
- Ou enfin, la suspension des remboursements de MSO.

Ces contrôles ont été menés avec des stratégies variables selon les départements, à l'origine de situations locales diverses. À l'exception du site de Toulouse, il semble que le contrôle exercé par les CPAM n'ait eu que peu d'impact sur la

---

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

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

présence globale du Subutex® sur le marché parallèle jusqu'en 2007 où des tensions se sont clairement fait sentir sur le marché (voir « BHD, phénomènes marquants »).

Les mesures restrictives se sont heurtées au développement de nouvelles modalités d'approvisionnement destinées uniquement à alimenter le marché parallèle, en particulier sur les sites où existe un trafic à destination internationale au premier rang desquels se situe la capitale : recours au vol et à la location de cartes Vitale, envoi par des dealers de différentes personnes (mules) chez des médecins pour se faire prescrire de la BHD, consultation de médecins en dehors du département de résidence, de telle sorte que les différentes CPAM (non connectés entre elles sur le plan informatique selon les usagers) ne puissent faire les recoupements et détecter ainsi les prescriptions multiples. Depuis 2007, certains stratégies se renforcent (mules) et d'autres continuent à apparaître (voir « BHD, phénomènes marquants »).

Il semble, qu'à partir de 2006, la situation se soit restructurée ainsi :

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

La grande majorité des patients traités, relativement stabilisés qui avaient des comportements nomades, ont réussi à réintégrer le cadre. Pour certains, selon les témoignages des usagers recueillis par l'association ASUD (Auto-support usagers de drogues), en 2006<sup>75</sup>, le recadrage de la CPAM aurait été salutaire quand il était accompagné d'un véritable examen de leur situation. Ceux-ci auraient quitté la scène du marché parallèle.

Parmi les usagers plus précaires pour qui le trafic de BHD constituait la seule ou principale source de revenus, beaucoup auraient été amenés à cesser ou à réduire cette pratique et leurs conditions de vie seraient devenues plus difficiles.

Les revendeurs les plus organisés auraient au contraire pu accroître leurs activités. En particulier, les années 2005 et 2006 ont vu apparaître ou s'intensifier un trafic international très organisé.

Dans l'espace festif techno, au contraire, les observations de terrain mettent en évidence le caractère marginal de l'usage de ce produit et de sa disponibilité hormis dans les très grands événements (teknivals). À Marseille et à Rennes, sa présence apparaît ponctuelle. Le rapport breton signale sa disponibilité au cours d'événements relevant de la culture punk. Seul le site parisien signalait en 2007 une disponibilité élevée dans les événements alternatifs et les raves payantes pour un prix de 5 à 10 € le comprimé sans réitérer ce constat en 2008.

---

<sup>75</sup>. Dans le cadre d'un travail commandé par l'OFDT

## Prix

Les prix du Subutex® varient selon les quantités achetées, mais aussi comme sur l'ensemble du marché illicite de médicament, selon les jours de la semaine (prix plus hauts les week-end et les jours fériés).

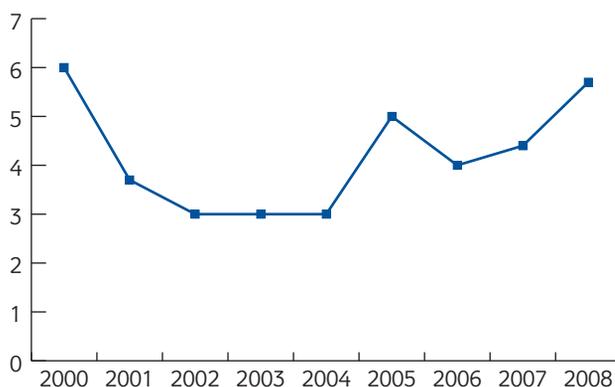
En 2008, le prix courant le plus bas pour un comprimé de 8 mg du médicament princeps se trouve à Lille (2 à 3 €, 5 € le week-end) puis à Paris (3 à 5 € le comprimé, jusqu'à 10 € les week-end) et à Marseille (3 à 5 € également, jusqu'à 8 € le week-end).

**Tableau 22 - Prix moyen et médian du cp de 8 mg de Subutex® sur le marché illicite en 2008**

sites	Prix courant du cp de 8 mg
Paris	4,0
Marseille	4,0
Lille	5,0
Rennes	5,0
Metz	6,5
Bordeaux	8,0
Toulouse	8,0
Médiane	5,0
Moyenne sites	5,7

Source : TREND 2008, OFDT

**Graphique 9 - Evolution du prix moyen du comprimé de 8 mg de Subutex® en France entre 2000 et 2006 sur les site du dispositif TREND**



Source : TREND 2008, OFDT

Rennes et Metz connaissent une situation intermédiaire (5 € en moyenne à Rennes avec des pointes jusqu'à 9 € et entre 3 et 10 € à Metz). Enfin, à Bordeaux et à Toulouse, le prix le plus fréquent du comprimé de Subutex® (en 2008 à Toulouse et fin 2007 à Bordeaux) avoisine les 8 €.

La boîte (ou plaque) de 7 comprimés à 7 mg peut être acquise sur le marché parallèle pour environ 10 € à Marseille, entre 15 et 20 € à Paris et à Lille, entre 20 et 30 € à Toulouse et autour de 30 € à Metz.

Ces prix sont notés en hausse à Paris, Bordeaux, Metz, Rennes et Marseille.

### **Trafic international**

À Paris, les fonctionnaires de police signalent une poursuite du trafic de Subutex® à destination internationale devenu extrêmement visible depuis 2006. Comme cela était déjà le cas en 2006, ces trafics alimenteraient essentiellement des réseaux de vente des pays Baltes, la Géorgie et la Scandinavie (consulter pour plus d'information le rapport parisien portant sur les données 2008) [21].

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

Pour les patients insérés dans un parcours de soins, le recours au marché parallèle est un moyen de compléter des doses ressenties comme trop faibles pour endiguer « le besoin psychique » du produit ou pour répondre à une période de « dérapage » qu'ils n'osent pas avouer à leur médecin<sup>76</sup>.

Pour d'autres, cette pratique peut être liée au moindre coût du produit au marché noir, particulièrement lorsqu'on ne dispose pas de couverture sociale (population très précarisée en situation irrégulière notamment ou mineurs en rupture familiale), voire au besoin d'anonymat (mineurs encore couverts par leurs parents et qui ne souhaitent pas informer ces derniers).

Enfin certains usagers dépendants aux opiacés s'auto-substituent, soit avant de faire une démarche de soins pour laquelle il ne sont pas encore prêts, soit dans le cas de personnes bien insérées socialement, par crainte d'être « repérées » [13].

Il existe une dernière catégorie d'usagers s'approvisionnant sur le marché parallèle : les usagers épisodiques quel qu'en soit l'objectif (défonces, gestion du manque d'héroïne ou des prises de stimulants).

Dans les structures de soins spécialisées, le recours au marché illicite dépend très nettement du cadre dans lequel est prise la BHD. Ainsi, en 2007, il ne concerne que 8 % des consommateurs qui se disent « sous protocole thérapeutique » (recherche probable de doses complémentaires) mais il est le fait de 92 % des personnes qui disent le consommer hors protocole [79].

---

76. Qui du reste sera tenté de ne pas les croire compte tenu des pratiques fréquentes de revente d'une partie du traitement.

Dans les structures de première ligne, dont bon nombre d'usagers ne sont pas entrés dans un parcours de soins, l'acquisition de la BHD sur le marché parallèle constituait, en 2006, un mode d'accès exclusif pour 26 % des usagers et partiel pour 15 %. [12].

Acquisition sur le marché parallèle et usage détourné (injection, défonce...) ne sont pas synonymes. En effet, parmi les personnes fréquentant les structures de première ligne et qui s'approvisionnaient exclusivement sur le marché noir en 2006, 30 % déclaraient prendre la BHD dans un but thérapeutique exclusif, pour arrêter ou diminuer la consommation d'un autre opiacé (auto substitution). Cependant, parmi ceux qui prenaient de la BHD uniquement « pour se soigner », seuls 26 % avaient recours au marché illicite, alors qu'ils étaient 70 % parmi ceux qui l'utilisent uniquement pour « se défonce » (y compris gérer le manque ou réguler la descente d'une prise de stimulant) [12].

Enfin, bien que longtemps jugée minoritaire parmi les moyens d'accès au produit, la pratique de falsification d'ordonnances pour obtenir du Subutex® a globalement progressé au cours des dernières années. La BHD, qui n'a cessé de progresser dans le classement est, en 2007, le deuxième médicament à l'origine de falsifications d'ordonnances derrière le zolpidem (Stilnox®). Elle est classé première en Ile de France. Cependant, la part des ventes qui seraient détournées de cette manière n'augmente pas puisque le taux de détournement (part des quantités concernées par les ordonnances falsifiées par rapport à l'ensemble des quantités délivrées) tend à diminuer entre 2003 et 2006 (aux environs de 8 % en 2003, elle est inférieure à 5 % en 2007) [80].

## Perceptions

Compte tenu de la dépendance qu'elle engendre qui est perçue comme plus tenace que celle de l'héroïne et des conséquences de son injection évoquées plus haut, l'image de la BHD est mauvaise parmi les usagers de drogues rencontrés par le dispositif TREND. Pour nombre d'usagers, elle ainsi a perdu, au fil du temps son statut de médicament pour acquérir celui de drogue de rue.

Comme traitement, elle souffre également de son absence d'effet « plaisir » en usage normal et même en injection<sup>77</sup>, mais surtout de cette situation « d'entre-deux », non injectable mais injectable quand même au prix de dégradations veineuses importantes, pour des usagers qui souvent ne résistent pas à l'envie d'injecter.

---

77. Pour des usagers dépendants aux opiacés qui ne peuvent renoncer à la recherche du flash.

Enfin, de plus en plus, elle renvoie aux usagers l'image d'une sortie impossible de la toxicomanie, n'apparaissant plus alors comme une solution [23]. Il est toutefois possible que les patients traités et n'ayant pas de difficultés avec le produit, non visibles en structures de réduction des risques, ne partagent pas cette image.

Comme produit de « défoncé », elle est clairement disqualifiée par rapport à l'héroïne pour les usagers un peu aguerris et elle est reléguée au statut de « drogue du pauvre ». Son utilité dans la gestion du manque est cependant reconnue. Par contre elle peut représenter un moyen accessible de « transgresser », pour certains jeunes plus naïfs vis-à-vis des opiacés, à la recherche d'une image décalée ou antisociale [32] et elle perçue, par certains usagers, comme le moyen de consommer un produit « propre ».

C'est surtout du côté des non usagers que l'on trouve l'expression de « drogue d'État ».

## **BHD, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007**

### **Un marché illicite sous tension mais toujours actif**

En 2005, les contrôles accrus des CPAM<sup>78</sup> n'avaient eu qu'un très faible impact sur la diffusion sur le marché noir de ce médicament. Toutefois, certains observateurs du réseau TREND (Toulouse, Marseille ou Paris) notaient une hausse du prix de vente du comprimé de 8 mg. En 2006, il semblait que la disponibilité du Subutex® soit aussi élevée que les années qui précédaient les mesures de contrôle. À Paris en particulier, le trafic avait pris une dimension plus importante liée en particulier à l'intensification du trafic international. Les autorités policières comme les observateurs TREND, décrivaient des bandes organisées, originaires le plus souvent de l'est de l'Europe, qui s'investissent de plus en plus dans le trafic de Subutex®, visant à la fois le marché local et le marché international (Géorgie, Russie)<sup>79</sup> [81]. Outre l'usage de photocopie d'attestations de CMU (couverture maladie universelle) ou d'AME (Aide médicale d'Etat), ils bénéficiaient visiblement de la complicité de médecins et de pharmaciens.

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

---

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

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

L'année 2007 a été marquée par des actions des CPAM envers les usagers ou professionnels de santé jugés « déviants » plus ou moins marqués selon les sites, mais apparemment généralisés. Les surveillances en routine permettent de repérer les usagers susceptibles de détourner la BHD vers le marché illicite, à partir d'indicateurs ad hoc.

L'observation des volumes prescrits et délivrés par les médecins ou pharmaciens a également débouché sur des rappels à l'ordre. Ainsi à Paris, l'année 2007 connaît une perturbation importante du marché noir de la BHD avec le démantèlement d'un réseau de détournement. Seront interpellés entre la fin mars et la mi-juillet, cinq médecins et quinze pharmaciens, ainsi que plusieurs trafiquants de médicaments.

Presque chaque site fournit en 2008 des éléments quantitatifs attestant de perturbations du trafic. À Toulouse, on observe une nette diminution de la part des usagers recevant plus de 32 mg par jour en moyenne (retenue comme indicateur de polyprescription), mais un accroissement du nombre de personnes ayant eu une délivrance de BHD. À Lille, après une baisse du nombre de bénéficiaires jusqu'en 2006, on observerait une hausse en 2007. À Metz, les quantités de BHD vendues auraient baissé (dans l'ensemble de la Moselle) de 28 % entre 2006 et 2007 (plus que la baisse qui peut être attendue des passages de la BHD à la méthadone).

Au plan national, surtout, la part des bénéficiaires d'un remboursement de BHD recevant des doses supérieures à 32 mg, estimée à 6 % en 2002 (probablement légèrement surévaluée) est tombée à 2 % en 2006 puis 1,6 % en 2007 [69, 78]. Les parts de montants (ou quantités) remboursés pour ces personnes s'élèvent à 10,8 % de l'ensemble (6,9 % en 2007) vs 35,7 % en 2002 [69, 78].

Par ailleurs, cinq sites sur sept signalent des prix du comprimé de 8 mg en hausse, ce qui amène à un prix moyen du comprimé de Subutex® de 5,5 € en 2008 (médiane égale à 5), alors qu'il était retombé à 4 € en 2006.

Cependant, presque tous les sites signalent un maintien au même niveau de la disponibilité du produit sur le marché illicite qui semble trouver des parades à chaque nouvel obstacle. Seul le rapport de Toulouse mentionne une accessibilité plus difficile et quelques périodes de pénurie en 2008. À Metz, et à Paris, on signale un marché moins visible mais toujours aussi fourni.

Par exemple, à Paris, suite aux interpellations de médecins et de pharmaciens qui débutent fin mars, une baisse de la disponibilité de la BHD est observée dès le mois d'avril dans le XVIII<sup>ème</sup> arrondissement aux abords du métro Château-Rouge, aboutissant au deuxième semestre, si ce n'est une impossibilité totale de s'approvisionner, à des attentes de plusieurs heures à certains moments. Le rapport parisien signale cependant que dès la fin de l'année 2007, il semble que le trafic se soit réorganisé par une adaptation des stratégies d'approvisionnement. Sont notamment cités :

- Un trafic croissant de cartes vitales permettant à des usagers – revendeur de recevoir des prescriptions sous plusieurs identités.
- Une tendance à aller s’approvisionner auprès de médecins plus éloignés du XVIIIème arrondissement, mais aussi de Paris ou même d’Île-de-France, vers des zones où la pression du contrôle de l’Assurance Maladie est moindre et donc où les médecins sont moins réticents à délivrer des ordonnances de psychotropes.
- La réalisation de fausses ordonnances ou les vols d’ordonnanciers.

En 2008, la BHD y est de nouveau décrite comme très disponible et facilement accessible, mais les prix demeurent plus élevés. Ces difficultés supplémentaires d’approvisionnement expliqueraient partiellement le maintien de prix hauts en fin d’année [21-22].

À Toulouse, en dépit de difficultés d’accès accrues, le rapport mentionne également des stratégies pour échapper à la vigilance des CPAM. Le marché serait maintenant structuré autour de grossistes qui centraliseraient le produit détourné et se chargeraient de la revente. Ils recruteraient des « mules », personnes non consommatrices ou non dépendantes, qui iraient chez les médecins généralistes se faire prescrire des traitements.

Certains usagers arriveraient à alimenter le marché de manière discrète en continuant à recevoir des prescriptions de BHD bien qu’étant passé à la méthadone, ou même en ayant repris l’héroïne comme produit principal, la vente de la BHD facilitant l’achat d’héroïne. D’autres, classiquement, si l’on peut dire, continueraient à recevoir une dose supérieure à leur consommation. Enfin, les polyprescriptions existeraient toujours mais souvent limitées à 2 médecins [23, 28].

Une baisse de la demande de BHD pourrait également contribuer à l’absence de sentiment de pénurie sur un marché qui apparaît tout de même de plus en plus contraint. En effet, une part de plus en plus importante des patients traités passent de la BHD à la méthadone. De plus, parmi les usagers hors cadre thérapeutique, la BHD tend à être remplacée par l’héroïne dès que cela s’avère possible.

### **Une poursuite, à Paris de la diffusion du Subutex® parmi les populations insérées**

L’observation, localisée à Paris d’un usage de BHD par des personnes très éloignées de l’univers de la substitution, rapportée depuis quelques années a continué à s’intensifier particulièrement en 2007. Une note d’observation retranscrite dans le rapport parisien illustre le phénomène :

*« Au-delà de la clientèle « habituelle » des revendeurs de rue de buprénorphine, composée d’usagers de drogues en situation de précarité, la clientèle, formée de personnes plus insérées socialement semble en augmentation notoire. Quelques heures d’observations in situ, principalement en fin*

*de journée, permettent de confirmer cette affirmation. On peut voir alors de nombreuses voitures de moyenne et haute gamme, occupées par des personnes dont le style vestimentaire laisse supposer une position sociale convenable s'arrêter, le long du boulevard Barbès, embarquer à leur bord un revendeur pour le déposer plus loin. Ces acheteurs privilégieraient les contacts avec des revendeurs en quelque sorte « attirés ». L'un de ces derniers a bien voulu témoigner dans le cadre des observations. Ses propos sont rendus ici tels qu'ils ont été livrés : « J'aime mieux les clients comme ça. Ils viennent de temps en temps, 2, 3 ou 4 fois par mois, et prennent au moins une plaquette à chaque fois, des fois ils en prennent plusieurs. [...] Y'en a un, je l'appelle « le procureur » parce qu'il a un autocollant de la justice sur sa caisse et il est toujours sapé comme un banquier. Je le connais ça fait longtemps. Il aime bien quand je l'appelle « procureur », il rigole. Il dit qu'il achète dans la rue parce que s'il va voir un médecin il peut être fiché par la sécu et avoir des problèmes. En plus, il dit que ça lui coûte pas plus cher que s'il achetait en pharmacie [...]. Et il veut pas se taper la honte. Je lui fais la plaquette à 15 €, toujours, parce qu'il est régulier. » » [22]*

## À signaler

### Un lent démarrage des formes génériques.

La mise sur le marché d'un générique de la buprénorphine par le laboratoire Arrow en 2006 a été suivie de l'arrivée de la buprénorphine générique Merck devenue depuis Mylan. Cette entrée sur le marché a été accompagnée de la circulation d'un discours, tant parmi les usagers que parmi certains professionnels, sur une qualité moindre des génériques : biodisponibilité plus faible rendant les doses insuffisantes et accroissement des dangers liés à l'injection. Si ces affirmations ont pu être entendues comme un retour d'expérience des usagers à l'époque, il s'est avéré qu'elles correspondaient pour partie au lancement de rumeurs comme l'évoque la Décision rendue le 11 décembre 2007 par le Conseil de la concurrence à la suite d'une saisine par le laboratoire Arrow<sup>80</sup>. Cependant la circulation de toutes sortes d'allégations, suscitant notamment la crainte chez les patients traités que le refus du générique soit considéré comme un marqueur de mésusage ou que toute possibilité d'injecter la buprénorphine disparaisse, n'ont pas été favorables à l'adoption des génériques.

En 2007 et 2008, comme en 2006, le générique est présenté par les usagers comme ayant des effets moins forts et/ou moins longs. Il apparaît toutefois difficile de faire

80. <http://www.conseil-concurrence.fr/pdf/avis/07mc06.pdf> 11.12.2007

la part entre la réticence psychologique au changement et les propriétés relatives du princeps et du générique.

Le générique est décrit comme non facilement injectable ou même sniffable : non sécable, il ne permettrait pas la section en quatre que pratiquent certains usagers pour l'injecter en plusieurs fois au cours de la journée (ou le sniffer ou le fumer). Il serait plus difficile à écraser que le princeps. La moindre quantité d'excipients donnerait l'impression « d'en avoir moins » impression dont l'impact serait à la fois psychologique mais aussi pratique, lorsqu'il s'agirait de sniffer ou de scinder puis de conserver les doses<sup>81</sup>. Cependant, il boucherait davantage les seringues et un usager rennais affirme qu'il ferait coaguler le sang dans la seringue<sup>82</sup>.

Un certain nombre d'intervenants des CAARUD font état de « brulures » sous cutanées spécifiques de l'injection de la buprénorphine générique [18].

En usage « normal » certains usagers, regretteraient le goût amer du Subutex® (mais d'autres quitteraient ce goût avec plaisir) et certains patients n'apprécieraient pas le comportement du générique sous la langue : il fondrait trop vite, aboutirait à une substance pâteuse et provoquerait des états nauséux.

Les prescripteurs ont donc dû gérer de très fréquentes demandes d'augmentation des doses où se sont trouvés mis devant le fait accompli. De même, les mentions « non substituables » semblent s'être multipliées sur les ordonnances.

On note que la buprénorphine générique a tout de même été adoptée par un certain nombre d'usagers, plus jeunes dans leur parcours toxicomaniaque que la moyenne des usagers, mieux intégrés dans un protocole, davantage stabilisés. Certains patients seraient même satisfaits d'échapper au label « Subutex® », très connoté comme une drogue, la buprénorphine générique offrant à la molécule à nouveau l'image de médicament. Les rapports parisien et marseillais signalent que les usagers injecteurs de BHD générique observent une moindre fréquence des abcès et des altérations veineuses moins importante qu'avec le princeps [13, 21].

Ainsi l'édition 2008 de l'enquête OPPIDUM dans les centres de soins spécialisés montre que les 31 % de patients sous BHD qui reçoivent des génériques sont en moyenne de deux ans plus jeunes que les autres patients sous BHD. Parmi eux, 1 % seulement dit les prendre hors protocole de soins (vs 8 % pour les autres), et leurs doses quotidiennes moyennes sont environs 1 mg inférieure à celles des autres patients [4]. Parmi les patients sous BHD des médecins généralistes participant en 2008 à l'en-

---

81. En effet, là où on pouvait conserver des demi, voire des quarts de comprimés, il serait maintenant nécessaire de conserver de très petites quantités de poudre ou le produit de la dilution, ce qui pose notamment problème aux usagers SDF.

82. Les usagers commencent par tirer un peu de sang dans la seringue avant d'injecter le produit.

quête OPEMA qui appartiennent majoritairement à un réseau de soins, 27 % reçoivent un générique [72].

La part de marché des génériques atteignait sur les 8 premiers mois 2007, 12,5 % des quantités délivrées en ville et 46,2 % des quantités hospitalières (correspondant proportionnellement à 14 % du total)<sup>83</sup>

Dès avril 2007, la buprénorphine générique était bien installée sur le marché noir à Paris. Sur les autres sites du réseau TREND, elle y est relativement sous-cotée (Marseille, Bordeaux, Paris, Rennes) ou absente car souvent refusée par les acheteurs. Sur les sites où elle est disponible, elle se négocie environ deux fois moins cher que le princeps.

### **L'arrêté d'application de l'article L.162-4-2 du Code de la Sécurité sociale renforce l'encadrement des prescriptions**

L'arrêté du 1er avril 2008 relatif à la liste de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un mésusage, d'un usage détourné ou abusif prévoit les dispositions suivantes :

- Le médecin doit inscrire sur l'ordonnance le nom du pharmacien, choisi en accord avec le patient, qui délivrera sa prescription de buprénorphine haut dosage, de méthadone, de flunitrazépam ou de méthylphénidate.
- Un protocole de soins sera établi entre le médecin conseil de l'Assurance Maladie, le médecin traitant et le patient en cas d'abus ou de mésusage constaté avec ces médicaments.
- Un tel protocole devra être établi pour tout traitement par méthadone gélule dès son initiation.

---

83. *Décision du Conseil de la concurrence n° 07-MC-06 du 11 décembre 2007 relative à une demande de mesures conservatoires présentée par la société Arrow Générique.* <http://www.conseil-concurrence.fr/pdf/avis/07mc06.pdf> 11.12.2007

## **LA MÉTHADONE**

La méthadone est une molécule agoniste des récepteurs opiacés disposant d'une AMM pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés et classée comme stupéfiant. Dans le cadre médical, la demande d'accès à ce traitement s'accroît et celui-ci n'est désormais plus réservé aux seuls patients aux carrières toxicomaniaques les plus lourdes (voir données de cadrage du chapitre « Médicaments de substitution »). Comme cela a été mentionné pour la BHD, il faut rappeler que le dispositif TREND ne voit les usagers des MSO qu'à partir du moment où ils entrent dans son champ d'observation. Par conséquent, il ne peut pas rendre compte de la grande partie de patients en traitement par méthadone invisibles en dehors d'un strict cadre thérapeutique.

### ***LA SITUATION***

#### **Marché parallèle**

##### ***Disponibilité et prix***

Depuis la mise en place du dispositif TREND et jusqu'en 2004, la présence de méthadone sur le marché parallèle s'est toujours avérée ponctuelle et limitée sauf à Paris où sa présence, à un faible niveau, semblait plus régulière. Cette faible disponibilité était probablement à mettre en rapport avec les difficultés persistantes dans plusieurs régions d'accès du médicament dans un cadre thérapeutique. Depuis 2005, la disponibilité de la méthadone sur le marché illicite suit une tendance très légèrement ascendante.

En 2005 et 2006, l'ensemble des sites notait la présence, plus ou moins perceptible, de la méthadone sur le marché parallèle. Celle-ci restait faible alors que

Paris, Bordeaux et Toulouse observaient une augmentation de cette disponibilité. À Paris, l'accroissement de la disponibilité s'est traduite par une extension géographique progressive des points de vente visibles : fin 2006, la méthadone était présente dans le Xe et le XVIII<sup>e</sup> arrondissement dans le quartier des Halles, mais également faiblement disponible aux abords des centres la délivrant. Au cours des années 2007 et 2008, la disponibilité aurait encore légèrement progressé à Paris, pour se stabiliser en 2008 et se serait accrue à Lille et à Metz. À Rennes, un marché de rue qui était devenu plus visible en 2005 s'est réduit dès 2006, en lien semble-t-il avec l'ouverture d'un centre de méthadone « bas seuil »<sup>84</sup>. À Marseille, où par ailleurs, on note une très faible présence d'héroïne, il n'existe pas de marché noir visible de la méthadone.

En 2008, comme au cours des années précédentes, tous les observateurs insistent d'une part sur la très faible ampleur de ce trafic, comparativement au Subutex®, et sur le fait que, contrairement aux ventes de ce dernier, qui peuvent être l'œuvre de trafiquants non usagers, la méthadone vendue provient presque exclusivement de stocks et de surplus accumulés par des patients substitués qui, pour une raison ou une autre, ne consomment pas la totalité des doses prescrites et délivrées. Ainsi, les patients ont tendance à constituer de petites réserves pour gérer les « failles » de prescription. Certains baissent eux-mêmes leurs doses quotidiennes en continuant à recevoir les mêmes prescriptions (notamment lorsque que le médecin refuse de baisser la posologie) et constituent ainsi des stocks. Enfin, les patients suivis en Belgique qui peuvent, après stabilisation, recevoir des quantités couvrant plusieurs semaines, disposent davantage de facilités pour constituer des stocks.

Cet accroissement très progressif de la disponibilité de la méthadone, ne correspond donc pas à la structuration d'un trafic mais semble la simple conséquence de l'augmentation du nombre de patients intégrés dans les programmes méthadone. La logique qui prévaut, en province du moins, reste celle du dépannage, du troc ou de l'échange commercial entre usagers qui se connaissent le plus souvent. Si des cas de vente obéissant à une logique commerciale ont pu être observés ils semblent actuellement marginaux. Ainsi à Lille, sont évoqués quelques patients qui iraient voir plusieurs prescripteurs.

À Paris où le trafic de rue de méthadone s'est toutefois réellement installé, les ventes à visées lucratives, pourraient être plus fréquentes.

---

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

Les prix moyens, quand la méthadone est monnayée, sont signalés en baisse à Paris et à Metz. Partout ailleurs, ils sont stables. Ils tendent à s'homogénéiser entre 5 et 10 € le flacon de 60 mg.

**Tableau 21 - Prix moyen et médian du flacon de 60 mg de méthadone sur le marché illcité en 2008**

<b>Prix moyen du flacon de 60 mg</b>	
Marseille	5 €
Rennes	5,5 €
Paris	6,5 €
Lille	7,5 €
Bordeaux	7,5 €
Metz	12,5 €
Toulouse	15 €
Moyenne sites	8,5 €
Médiane	7 €

**Sources : TREND 2008, OFDT**

### **Recours au marché parallèle**

Quel que soit le site, tous les observateurs s'accordent à dire que l'achat de rue se fait plutôt dans une logique de dépannage, pour compenser un moment d'indisponibilité (lorsque l'on est arrivé en retard à son rendez-vous au centre de délivrance par exemple) ou compléter la dose prescrite par le médecin lorsqu'elle est jugée insuffisante.

Elle est aussi utilisée pour la recherche d'une « défonce » ou pour « tester » le produit en substitution en général avant de faire la demande d'un traitement (voir fréquence d'usage et usagers).

Dans les structures de première ligne, l'étude PRELUD 2006 montrait que plus d'un quart des consommateurs de méthadone au cours du mois précédent l'avaient obtenue sur le marché parallèle (29 %), totalement (22 %) ou partiellement (7 %) [12]. Parmi ceux qui s'approvisionnent en totalité sur le marché parallèle, 37 % affirment utiliser le produit pour arrêter l'héroïne ou pour se soigner.

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

## Fréquence d'usage et usagers

En dehors du cadre médical, la méthadone, à l'instar de la BHD mais à petite échelle, entretient des rapports étroits avec l'héroïne dont, aux yeux des usagers, elle est proche. Jusqu'en 2005, le recours à la méthadone survient quand l'héroïne fait défaut, lorsque celle-ci est de mauvaise qualité, voire absente du marché local ou trop chère pour l'usager.

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

■ Les usages détournés de méthadone concernent essentiellement les usagers les plus précaires des centres urbains qui fréquentent les CAARUD.

Il s'agit d'usagers d'héroïne ou de Skénan® qui « gèrent » ponctuellement le manque avec la méthadone ou d'usagers qui recherchent plus spécifiquement la méthadone. Sont cités particulièrement les jeunes usagers marginalisés et les nouveaux migrants notamment de l'est de l'Europe [19, 21-22]. Des crackers parisiens utiliseraient également la méthadone « pour gérer la descente ».

Ainsi, en 2008, parmi les 23,6 % d'usagers des structures de première ligne qui ont consommé de la méthadone au cours du mois précédent, 31,3 % n'en consomment pas quotidiennement et près d'un usager sur cinq (18,1 %) en prend moins d'une fois par semaine, signe d'un usage hors cadre [11].

Début 2006, pour une prévalence d'usage mensuelle identique (24 %), on mesurait<sup>85</sup> que 44 % avaient déjà expérimenté la méthadone [12]. Parmi les usagers de méthadone rencontrés en 2006 dans ces structures, 71 % la consommaient uniquement dans un objectif thérapeutique, 12 % disaient en faire un usage détourné en plus de son usage thérapeutique, et 17 % faisaient état d'un usage détourné uniquement<sup>86</sup>.

La méthadone est également de plus en plus utilisée comme substitution « de rue » (Lille, Metz, Bordeaux, Paris) par des personnes qui ne souhaitent pas avoir de contact avec les centres spécialisés, d'une part des personnes très précaires, migrants ou jeunes marginalisés, ou au contraire des populations insérées (notamment à Bordeaux et à Metz).

Il peut également s'agir d'initiations de traitement suivies rapidement d'une demande de soins formelle (voir phénomènes marquants).

85. Dans le cadre de l'étude PRELUD qui vise la même population mais avec une méthode différente.

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

■ Alors que les années précédentes, des usages de méthadone dans un cadre festif avaient été décrits à Lille (en 2006 au Festival de Dour) et à Rennes (en 2005 et 2006, parmi des jeunes fêtards issus du milieu étudiant et/ou du milieu techno alternatif qui associaient la méthadone à l'alcool ou au LSD en fin de soirée), ces observations n'ont pas été réitérées.

Toutefois c'est à Toulouse qu'en 2007 et 2008 sont décrits des usages expérimentaux chez de jeunes usagers qui fréquentent le milieu festif alternatif. Tout comme celle d'héroïne, la consommation de méthadone par ces populations naïves<sup>87</sup> et peu informées des dangers des opiacés sont à hauts risques de surdose. Le rapport de Marseille signale également en 2007 quelques usages en contextes festifs alternatifs [13, 23].

■ Dans un contexte de soins, les usages « hors cadre » consistent surtout en co-consommations d'héroïne qui représentent des « breaks » dans le traitement, de cocaïne, d'alcool ou de benzodiazépines à visée de défonce.

Parmi les patients suivis dans les CSST en 2008 et prenant de la méthadone seuls 3,3 % disent la consommer hors protocole thérapeutique. Cet indicateur a connu une légère croissance entre 2006 et 2007 (2,7 % en 2006) [4, 79]. La dose moyenne reçue dans les centres est égale à 62,2 mg (+/-33,5 mg) et stables depuis plusieurs années.

## **Modes d'usage**

Parmi les usagers se procurant le médicament sur le marché parallèle comme parmi ceux bénéficiant d'une prescription dans le cadre de soins, la voie orale est le mode d'usage le plus répandu. Les patients fréquentant les CSST n'utilisent que la voie orale prescrite<sup>88</sup>[4].

Néanmoins des cas anecdotiques d'injection ou de tentatives sont régulièrement rapportés après dilution du sirop dans de l'eau. Sur plusieurs sites sont fait mention d'usagers qui réussiraient à injecter la méthadone : à Rennes en 2007, puis à Toulouse en 2008 est décrite une hypothétique méthode passant par la congélation préalable du produit. À Paris, des allégations font état de « plein de gens » qui injecteraient de la méthadone à la gare de l'Est sans que rien n'ait pu être vérifié. À Metz, c'est plutôt la méthadone belge sous forme de comprimés, et allemande sous forme de gélules qui seraient injectées. Parmi les usagers des CAA-RUD qui en ont pris au cours du mois précédent, en 2008, seulement 2,3 % font état d'un recours à l'injection concernant la méthadone [11].

Les associations fréquentes de produits avec la méthadone, sont les mêmes que celles qui ont cours avec les autres opiacés : alcool et benzodiazépines pour potenti-

---

87. C'est-à-dire n'ayant développé aucune tolérance au produit.

88. Un peu plus d'un usager sur mille déclare une prise intraveineuse ou en sniff.

ser ses effets en usage détourné. Parmi les personnes sous traitement, cette co-consommation permet de retrouver un effet « défoncé ». Le cannabis également procurerait une euphorie et potentialiserait l'effet sédatif de la méthadone. Chez les patients traités, l'héroïne est également consommée en « extra », de même que la cocaïne.

## Perceptions

La méthadone bénéficie toujours d'une image positive auprès des usagers pour ses effets spécifiques dans la lutte contre le manque physique et psychique, mais aussi en raison du protocole thérapeutique rigoureux qui encadre sa délivrance, renforçant la perception de statut de médicament. Moins « protocolaire », l'argument de l'absence d'effets antagonistes de la méthadone en cas de prise d'héroïne est aussi avancé par certains patients pour contribuer à justifier leur préférence pour ce médicament. De plus, la rareté de la méthadone sur le marché parallèle, a contrario de la BHD, en fait un produit dont l'image est associée à des usagers mieux intégrés socialement.

Certaines réticences se manifestent toutefois. Elles portent le plus souvent sur la forte dépendance qu'engendre son usage régulier à titre de traitement de maintenance et aux effets secondaires du traitement, notamment lié à la présence de sucre dans la forme sirop : prise de poids, caries... La perspective d'un traitement à vie, norme médicale qui semble dominer actuellement, assombrit également l'image de ce médicament du point de vue de certains usagers. Il semble fréquemment exister un écart entre objectifs des usagers qui tendent vers la diminution des doses et objectifs des professionnels qui souhaitent maintenir les doses pour éviter les co-consommations. Le même écart est évoqué sur la question du sevrage.

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

## Conséquence de l'usage détourné

En CSST en 2008, la méthadone n'est pratiquement jamais le premier produit ayant entraîné une dépendance. Moins d'un patient sur mille est concerné [4].

Dans les structures de première ligne, il est assez rarement cité comme un des produits posant le plus de problèmes à l'utilisateur (3,1 % des cas en 2008) [11].

En revanche, la méthadone est à l'origine de surdoses. En 2007, le nombre de décès dans lesquels elle est retrouvée dans le sang des victimes représentent 36 % de l'ensemble des cas directement liés à l'abus de substances psychoactives recensés par le dispositif DRAMES. Sa présence est isolée (hors alcool et benzodiazépines) pour 29 % (vs 5 % pour la BHD pourtant plus disponible) des cas et en association avec d'autres produits pour 7 % des cas (vs 2 % pour la BHD) [6].

## MÉTHADONE, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007

Aucune réelle nouveauté n'est à noter, mais les tendances observées en 2005 et 2006 se confirment et progressent.

### Une disponibilité au marché noir qui s'accroît lentement sans trafic organisé

Si les degrés de disponibilité de la méthadone au marché noir varient d'une agglomération à l'autre, les constats sont cependant convergents : la méthadone est disponible sur le marché illicite, davantage à Paris qu'ailleurs, mais le trafic ne s'est nulle part organisé ou professionnalisé. Il s'agit toujours de patients réellement en traitement de substitution qui économisent une partie de celui-ci, pour faire du troc, dépanner ou revendre un peu. Les logiques commerciales restent marginales.

### Les auto-substitutions préalables au traitement, une pratique qui progresse

Déjà signalées à Lille et plus marginalement à Paris en 2006, les prises de méthadone en auto substitution, le plus souvent préalable à la demande d'un véritable traitement est une pratique qui s'installe à Lille, à Metz, à Bordeaux et plus ou moins présente à Paris. À Lille en 2008, on signale une généralisation de ce phénomène. À Metz et à Bordeaux, une bonne part des patients en demande de traitement a déjà pris de la méthadone et maîtrise l'utilisation du produit. À Bordeaux, où il s'agit surtout d'un groupe de jeunes adultes aisés ayant consommé de l'héroïne, certains d'entre eux ont pratiqués eux-mêmes des cures de sevrage à la méthadone de rue après avoir essayé le Subutex®.

Un mode d'entrée dans l'auto-substitution peut être l'expérience de la méthadone utilisée ponctuellement en gestion du manque d'héroïne tel cet usager lillois :

*« J'ai commencé en vacances : mon vendeur n'avait pas d'héroïne. Il m'a dit qu'il pouvait me dépanner avec de la métha. J'ai vu que ça me faisait le même effet ; j'ai passé de bonnes vacances. J'étais bien, je ne pensais pas à l'héroïne. À mon retour, je me suis mis dans un centre à Lille, et ça fait deux mois que ça continue » [24].*

C'est également lors de la gestion d'un manque ponctuel que de jeunes usagers marginalisés parisiens rencontrent la méthadone, avant d'être prêt à entrer dans un protocole de soins.

La démarche d'auto-substitution peut être durable, chez des usagers qui refusent de s'inscrire dans un protocole de substitution qu'ils jugent long et fastidieux.

D'autres, parmi les usagers insérés, ne souhaitent pas mettre leur image sociale en danger en fréquentant un centre spécialisé [32]. Enfin, à Paris, certains migrants ne souhaitent pas se rapprocher d'un centre de soin.

## À signaler

### **Arrivée sur le marché français d'une forme gélule de la méthadone**

La méthadone gélule AP-HP obtient en France une AMM le 20 septembre 2007. Elle est disponible aux doses de 1 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg et 40 mg.

Sa mise sur le marché s'accompagne d'un cadre strict de prescription de la méthadone destiné à limiter son détournement. Le passage à la forme gélule peut se faire uniquement en relai de la forme sirop, chez des patients traités depuis au moins un an et stabilisés au plan médical et au plan des conduites addictives. La première prescription doit être réalisée par un médecin exerçant dans un centre spécialisé dans les soins aux toxicomanes. Le médecin généraliste, lorsque le patient est suivi en ville peut ensuite reconduire le traitement pendant six mois, par des prescriptions valables 14 jours. À l'issue des six mois, le patient est censé revoir un médecin en centre de soins spécialisé.

Tous les rapports des sites TREND observent une faible montée en charge de la forme gélule et une diffusion hétérogène. Les observateurs relayent notamment un mécontentement des médecins de ville et de leurs patients jugeant le cadre de prescription trop contraignant, notamment la réévaluation tous les six mois. Le passage initial en CSST est vécu comme un obstacle par certains usagers, soit parce qu'ils en sont éloignés, soit surtout car ils ne souhaitent plus se rapprocher de ce milieu, soit encore parce qu'ils craignent la remise en cause d'arrangements conclus avec leur médecin. Les médecins de ville ne comprennent pas forcément la nécessité d'une réévaluation par un CSST.

De ce fait, certains usagers se conçoivent comme totalement exclus du dispositif en dépit des problèmes que leur pose le sirop (sucre notamment).

D'autres usagers, SDF, également exclus du dispositif (puisque précaires) évoquent le caractère pourtant plus facilement transportable de la gélule pour eux.

De plus, à l'instar des discours tenus sur les formes génériques du Subutex®, les usagers mettent largement en doute l'équivalence des doses entre sirop et gélules. Mais d'autres, outre l'amélioration notable que représente l'absence de sucre et d'alcool notent une diminution d'effets secondaires de la méthadone (comme la sudation ou la constipation).

Actuellement, seul le site de Metz signale la présence de méthadone gélule sur le marché parallèle ce qui permet déjà des usages en auto-substitution. Les profession-

nels y voient une source de difficulté à venir : comment amener à une demande de traitement des usagers auto-substitués par la gélule, s'ils doivent, pour accéder au cadre thérapeutique, prendre du sirop pendant un an ?

À Toulouse, les acteurs de la réduction des risques signalent que si la gélule est absente du marché noir, elle est en revanche envisagée par un certain nombre d'usagers de drogues comme un produit à expérimenter.

Enfin, aucun mésusage n'a pour le moment été visible. En Bretagne, un acteur de réduction des risques, pour le compte d'un CAARUD et d'un CSST indique avoir tenté à titre expérimental de préparer le produit pour l'injection de trois manières différentes, sans y parvenir [19].

**L'arrêté d'application de l'article L.162-4-2 du Code de la Sécurité sociale renforce l'encadrement des prescriptions**

Voir « Buprénorphine haut dosage »

## LE SULFATE DE MORPHINE

Le sulfate de morphine est une molécule agoniste opioïde pur des récepteurs opiacés disposant d'une AMM pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits analgésiques. Il est disponible sous une forme de spécialités à action brève (Actisenan®) et sous forme de spécialités à action prolongée (Moscontin LP® et SkenanLP®). La spécialité détournée est essentiellement le Skénan®, le Moscontin® n'étant signalé que sur le site de Metz.

Bien que ne disposant pas d'AMM pour cette indication, les présentations d'action prolongée sont parfois utilisées comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, comme le permet, dans certains cas, la note de la Direction générale de la Santé (DGS) de juin 1996. Toutefois le médecin prescripteur doit au préalable obtenir l'accord du médecin-conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

En France, le sulfate de morphine est classé comme stupéfiant.

Comme traitement substitutif, le sulfate de morphine bénéficie auprès des patients d'une image favorable en raison de ses effets proches de ceux de l'héroïne (flash et bien-être).

L'effet ressenti en injection serait d'une durée un peu plus courte que l'héroïne (environ 3 heures), ce qui conduirait certains usagers à des prises rapprochées [13, 32].

Il peut circuler sous des appellations telles que sken, ske, nesk, morph, sulfate, sdm [19, 21].

Il faut noter également que le dispositif d'observation TREND a peu de visibilité sur les détournements des prescriptions de patients n'étant pas préalablement usagers de drogues, mais ayant rencontré le produit à l'occasion d'un traitement antidouleur, notamment suite à un accident de travail ou d'un accident routier. Cependant, plusieurs sites notent la visibilité de tels usagers, de même que des usages parmi des professionnels de santé (Marseille, Metz, Toulouse).

## **LA SITUATION**

### **Disponibilité**

La disponibilité du sulfate de morphine au marché noir, sur les sites TREND, à l'exception de Paris et Rennes est toujours restée très faible au cours des dix dernières années. À Toulouse ou à Marseille, il existe un trafic mais qui reste très limité et surtout fluctuant au cours de l'année. D'une manière générale, les médecins apparaissent très réticents à prescrire des sulfates de morphine malgré les demandes des usagers. Les usagers qui s'en voient prescrire, notamment en lien avec des pathologies douloureuses, n'en détourneraient qu'une petite partie vers le marché noir.

Cependant, après plusieurs années de hausse de disponibilité, il semble que la tendance soit à la baisse à Rennes comme à Paris. Dans le même temps, elle augmente légèrement à Metz où une réapparition des usages était signalée depuis 2006.

En 2006 le marché rennais s'était réorganisé après une période de pénurie liée à une réticence de plus en plus marquée des médecins pour prescrire du SkénanLP®, principale spécialité consommée, notamment en raison de rappels à l'ordre des caisses d'assurance maladie. Il semble qu'en 2007, celui-ci soit devenu encore plus discret sur le marché noir jusqu'à devenir invisible en 2008. Il apparaît maintenant difficilement accessible si l'on ne connaît pas directement une personne à qui son médecin le prescrit. La situation du marché du sulfate de morphine à Rennes, semble ainsi s'être rangée au même niveau que celle des autres sites non parisiens. Comme en 2006, certains usagers ne se le feraient plus rembourser.

À Paris, le marché était décrit comme « florissant » jusqu'en 2006, notamment aux abords du métro Château-Rouge (XVIII<sup>ème</sup> arrondissement) et dans une moindre mesure aux Halles (I<sup>er</sup> arrondissement) où des scènes de consommation de rue étaient observées. Il semble que la disponibilité du sulfate de morphine ait été plus fluctuante en 2007 et que l'année 2008 ait connu des périodes de pénurie. Ce recul découlerait du démantèlement en 2007 de réseaux (pharmaciens / médecins) de revente de Subutex®, aussi impliqués dans le trafic de sulfate de morphine et de contrôles de plus en plus renforcés de la CPAM. Selon les professionnels de santé, en effet, la disponibilité du Skénan® sur le marché illicite à Paris serait rendue possible par les prescriptions d'une dizaine de médecins.

De ce fait, 2007 et 2008 ont vu augmenter le prix de la gélule ou du comprimé de 100 mg<sup>89</sup>. Vendus à l'unité entre 3 et 5 € à Paris dans le courant 2007 (3 € en 2006), ils se seraient négociés entre 10 et 15 € pendant les périodes de pénuries

---

89. Le SkénanLP® est vendu 4,27 € la boîte de 14 gélules.

en 2008 (avec un maximum rapporté de 20 €). De même, la plaquette de 7 gélules, quantité négociée le plus souvent à Paris, se vendrait 20 à 30 € en 2007 (contre 15 à 20 € en 2006) atteignant 70 à 80 € en 2008 au plus bas de la disponibilité (jusqu'à 100 €). Comme les autres années, les prix pourraient doubler le week-end.

À Rennes, une plus faible accessibilité va de pair avec des prix plus chers. Ainsi, en 2007 et 2008, la gélule serait négociée entre 5 et 15 € (5 € en moyenne en 2006) et la boîte de deux plaquettes, 100 € (en 2007 contre 40 € en 2006).

**Tableau 22 - Prix du Skénan® sur le marché illicite en 2008**

	Paris	Toulouse	Rennes	Marseille	Metz
Gélule 100 mg	3 à 15 €	5 à 10 €	5 à 15 €	4 €	
Gélule 200 mg					10 € (5 € par 4)
Cp 200mg					5 à 15 €
Plaquette	20 à 80 €	60 à 70 €			

Source : TREND 2008, OFDT

En 2006, 32 % des usagers de sulfate de morphine au cours du mois précédent, fréquentant les structures de première ligne, l'avaient reçu par prescription (dont 21 % exclusivement). Les autres, soit 67 %, l'avaient obtenu uniquement sur le marché parallèle [12]. La part des personnes ayant recours au marché noir est très élevée parmi celles qui le consomment uniquement dans une recherche de « défonce » (90 %), mais elle atteint tout de même 57 % chez celles qui disent le prendre uniquement dans un objectif thérapeutique.

Le sulfate de morphine est un produit relativement absent du milieu festif.

## Fréquences d'usages et usagers

En 2008, 14,8 % (soit 463) des usagers des structures de première ligne (CAA-RUD) disent avoir consommé des sulfates de morphine au cours du mois précédent dans le cadre de l'étude ENa-CAARUD [11]. Parmi eux 38,6 % en consomment tous les jours, 26,4 % au moins une fois par semaine et 35,0 % moins d'une fois par semaine.

En 2006, l'étude PRELUD visant la même population sur les sites TREND avait mesuré une prévalence du même ordre (16 %). Cette moyenne cachait, une importante disparité d'un site à l'autre, puisque qu'à Rennes, la part des usagers récents atteignait 43 % des usagers interrogés alors qu'à Lille, elle ne dépassait

pas 1 %. Ainsi, plusieurs rapports de sites mentionnent que les quelques usagers de sulfate de morphine présents dans l'agglomération arrivent en général d'une autre région [23-24].

**Tableau 23 - Prévalence de l'usage de sulfate de morphine au cours du dernier mois par les usagers des CAARUD selon les sites TREND, 2006**

	<b>N</b>	<b>Fréquence</b>
Bordeaux	101	12%
Dijon	60	10%
Lille	116	1%
Lyon	149	15%
Marseille	114	8%
Metz	72	7%
Paris	141	18%
Rennes	150	43%
Toulouse	115	11%
Total	1018	16%

**Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT**

Plus de la moitié (60 %) des usagers de sulfates de morphine au cours du dernier mois l'avaient, en 2006, consommé dans un but uniquement de défonce, 24 % mêlaient recherche de « défonce » et objectif de soins et seuls 18 % prenaient ce produit dans un objectif thérapeutique uniquement. La baisse de la disponibilité des sulfates de morphine après 2006 pourrait cependant avoir fait évoluer ces données [12].

Un tiers (31 %) avait moins de 25 ans, 39 % entre 25 et 34 ans et enfin 30 % plus de 34 ans. Les hommes étaient proportionnellement très nombreux parmi ces usagers (86 % vs environ 80 % pour l'ensemble des usagers). Cependant, parmi les moins de 25 ans, un quart des usagers étaient de sexe féminin. La moitié d'entre eux étaient SDF ou vivaient en squat.

Tous (sauf un) avaient déjà injecté un produit dans leur vie et 93 % d'entre eux avaient utilisé l'injection au cours du mois précédent [12].

Schématiquement, plusieurs groupes de consommateurs de sulfate de morphine en usage détourné peuvent être distingués :

- Un premier, composé de personnes de plus de trente ans, anciennement consommatrices d'héroïne, en difficulté avec leur substitution en cours. Certains héroïnomanes s'assureraient une vie sociale plus insérées grâce aux prescriptions de SkénanLP®. La difficulté d'accès au produit dans plusieurs sites de province can-

tonnerait l'usage de morphine à cette sous-population (Toulouse, Marseille, Rennes).

■ Dans cette même tranche d'âge, les consommateurs de morphine se recruteraient parmi les poly usagers marginalisés socialement, visibles en milieu urbain, qui injecteraient le sulfate de morphine en remplacement de l'héroïne ou de la BHD détournée. Les migrants en provenance d'Europe de l'Est constitueraient une partie importante de ces usagers.

■ Enfin on trouverait également des consommateurs parmi une population plus jeune (18-25 ans) marquée également par la précarité désignée par le terme « jeunes errants ». Vivant en communauté dans des squats, ils sont fréquemment accompagnés de chiens. Le Skénan®, injecté et consommé parfois à doses élevées (500 à 1200 mg/j), constituerait la base quotidienne de leurs consommations. Certains jeunes injecteurs de Subutex® se tourneraient aussi désormais vers le Skénan® pour avoir un « vrai effet » et par peur des problèmes veineux et d'abcès engendrés par le Subutex® (Paris, Metz).

À Paris, des usagers de crack utiliseraient également le Skénan® pour « gérer la descente ».

D'une manière générale, compte tenu de la disponibilité erratique des sulfates de morphine, la tendance irait vers une chute de la fréquence des usages ponctuels, le produit demeurant confiné à l'intérieur des cercles d'usagers ayant une longue carrière de consommation d'opiacés [19, 23].

## Mode d'usage

Le sulfate de morphine est le plus souvent injecté (87,3 % des usagers de structures de première ligne ayant consommé ce produit dans le mois précédent, en 2008 dans l'étude ENa CAARUD) [11].

L'étude PRELUD (2006) avait en outre montré que parmi ces usagers, l'injection de ce produit est pratiquée y compris par ceux qui disent le consommer uniquement pour se soigner (79 % d'entre eux l'injectent).

Le fait que le médicament engendre, lors de son injection, des effets proches de ceux de l'héroïne conduit de nombreux usagers à choisir ce mode d'administration. Au prix toutefois de problèmes sanitaires similaires à ceux de la BHD.

Le caractère soluble dans l'eau du Skénan®, présenté en gélule, semble assez tributaire de la technique utilisée et la préparation de l'injection nécessiterait une dizaine de minutes. Alors même que certains usagers l'affirment plus soluble que le Subutex®, des difficultés sont rapportés dans l'utilisation du Steriflit®<sup>90</sup> avec le Skénan® :

---

90. Voir chapitre « Santé des usagers ».

*« Ça marche pas. Ou alors, il ne faut pas le chauffer, mais tu n'as pas les mêmes effets. Tu as plus d'effets quand tu utilises un coton et quand tu le chauffes un peu » relate le groupe focal usager [19].*

Interrogé sur les modalités d'usage, cet usager injecteur toulousain détaille les étapes de préparation. *« Le Skénan®, tu ouvres la capsule, c'est en gélule, c'est plein de petites boules, tu prends un papier, tu fais une papillote, tu écrases bien, tu piles tes petites billes, ça te fait une poudre nickel, après tu la mets dans la cuillère avec de l'eau, tu chauffes juste légèrement. Moi, je trouve que ça se dissout mieux, qu'à froid comme ça, ça se dissout moins, le produit est moins liquide » [28].*

Le Moscontin®, présenté en comprimés serait moins apprécié en injection, l'écrasement du comprimé apparaissant moins aisé que celui des microbilles du Skénan® en gélule [32].

Les usagers qui ont pris du sulfate de morphine au cours du dernier mois 'en 2006 avaient aussi consommé de l'héroïne pour 52 % d'entre eux, de la méthadone pour 49 % et de la buprénorphine pour 44 % d'entre eux. Côté stimulants, 60 % d'entre eux ont pris de la cocaïne (54 % chlorhydrate, 26 % cocaïne basée), 39 % des amphétamines et 29 % de la MDMA. En outre, 47 % d'entre eux ont pris des benzodiazépines.

Ils consomment le plus souvent avec des proches (55 %) mais près d'un tiers consomme seul le plus souvent (32 %) [12].

## **Perception**

La perception du sulfate de morphine parmi ses usagers est très positive : produit rare, proche de l'héroïne, injectable et, contrairement à celle-ci, de qualité garantie et constante. Si la sensation de plaisir est pour certains moins importante qu'avec une héroïne « de bonne qualité », la piètre qualité de celle circulant en 2006 et 2007, d'après les usagers, rend le sulfate de morphine tout à fait attractif. Dans un cadre substitutif, le sulfate de morphine est considéré comme une alternative par des usagers en échec avec la buprénorphine du fait de son caractère facilement injectable, de l'effet flash et de la sensation de bien être qu'il procure. Ces dernières années, sa rareté lui conférerait l'aura d'un produit réservé à quelques privilégiés.

À l'inverse, pour les usagers n'utilisant pas ce produit, les risques de dépendance et de manque, compte tenu de l'irrégularité des approvisionnements du marché noir, en font un produit peu attrayant. Et ce d'autant plus qu'il aurait la réputation d'une « accroche<sup>91</sup> » plus rapide que celle des autres opiacés.

---

91. Qualifie pour les usagers la difficulté à arrêter, la dépendance.

## Conséquences de l'usage

Outre l'ensemble des pathologies liées à l'injection, les sulfates de morphine sont susceptibles d'entraîner des surdoses.

Pour l'année 2007, le dispositif DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances) identifie le sulfate de morphine dans 5 % des décès recensés (vs 45 % pour l'héroïne, 36 % pour la méthadone et 7% pour la BHD). Elle est présente seule dans 2 % des décès (vs 29 % pour l'héroïne, 29 % également pour la méthadone et 5 % pour la BHD) [6].

## **SULFATE DE MORPHINE, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007**

### **La maîtrise des prescriptions responsable d'un accès plus difficile au produit**

À Paris et à Rennes, seuls sites du réseau où pouvait être observé un marché significatif des sulfates de morphine, la tendance est apparue nettement à la baisse. Cette situation résulte sur les deux sites des contrôles renforcés des CPAM concernées sur les prescriptions et les délivrances du produit et des actions menées en 2007 à Paris à l'encontre de certains médecins et pharmaciens impliqués dans un trafic de Subutex®. Paris a ainsi connu en 2008 de véritables périodes de pénurie s'accompagnant d'une montée importante des prix (voir disponibilité). La situation rennaise quand à elle s'est rapprochée de celle des autres sites de province où le produit est également présent (Marseille, Metz et Toulouse) : l'accès au sulfate de morphine n'y est autorisé qu'aux usagers s'inscrivant dans un réseau social de consommateurs ou connaissant personnellement une personne recevant le produit par prescription.

À l'inverse, le site de Metz connaît un accroissement de la disponibilité du produit.

## **LA CODÉINE**

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

La codéine a, avant la diffusion des traitements de substitution, constitué un produit très utilisé comme substitution « libre » à l'héroïne. Son usage est en baisse depuis 1996 parmi les usagers de drogues qui fréquentent les structures de réduction des risques et les centres de soins spécialisés mais les données qualitatives décrivent la persistance d'un usage marginal.

### **FRÉQUENCES D'USAGE ET USAGERS**

Début 2006, 4,6 % des usagers des structures de première ligne (PRELUD 2006) déclaraient avoir consommé de la codéine dans le mois précédent (pas de données en 2008). Dans 43 % des cas, il s'agissait de se soigner (ou de substituer un opiacé), dans 45 % des cas, de se défoncer, les autres usagers associant les deux objectifs. Elle est presque toujours consommée par voie orale [12].

Parmi les usagers du mois précédent, 44 % en avaient pris tous les jours (soit 7 % de l'ensemble des usagers rencontrés pendant l'enquête) et 21 % en avaient consommé au moins une fois par semaine mais pas quotidiennement.

La codéine était obtenue uniquement sur prescription par 21 % des usagers récents rencontrés, les autres l'achetant probablement sans ordonnance.

Actuellement, on rencontre la codéine dans deux contextes d'usage :

■ Elle est consommée par défaut, à des fins de dépannage en l'absence d'autres substances opiacées, tel cet usager messin y ayant recours en cas de difficulté d'ac-

cès à la méthadone au marché noir. À Marseille, la codéine serait utilisée dans les quartiers périphériques, du fait de l'éloignement des centres de soins [13, 32].

■ D'autres usagers y ont recours pour rester totalement en dehors du cadre thérapeutique sans faire appel au marché noir. À Toulouse où cette pratique serait plus fréquente en 2008, il permettrait à des usagers d'héroïne de gérer sur de courtes durées le manque d'héroïne comme dans le cas de cette usagère toulousaine :

*« Je n'ai pas envie de m'accrocher au Sub, je préfère bouffer du Néo-Codion®, je peux l'acheter à la pharmacie, je ne dis rien à personne, je bouffe mes cachetons, et si je peux choper un plan, je le chope, mais après le Sub, il faut aller voir le dealer, il faut aller voir un toubib, dans la salle avec le clébard, c'est pas simple et puis tu t'accroches au Sub. » [23]*

Les usages détournés notamment en gestion du manque nécessiteraient des quantités très importantes allant de dix à une centaine de comprimés quotidiens ou cinq à six flacons [21].

À Toulouse après des témoignages faisant état d'un accroissement des ventes en pharmacie en 2006, une hausse de l'usage en gestion du manque d'héroïne semble se dessiner en 2008.

Par ailleurs, le rapport parisien décrit en 2007, des usages en milieu festif, observations non réitérées en 2008. La codéine y aurait été consommée soit au cours des événements festifs, soit chaque jour pendant une semaine consécutive afin de prolonger les effets ressentis. Les comprimés effervescents seraient pris toutes les deux heures en association avec de l'alcool.

## **CONSÉQUENCES DE L'USAGE**

Dans l'enquête ENa-CARUD 2008, elle n'est citée comme produit posant le plus de problèmes au regard de l'utilisateur que dans 0,1 % des cas.

Sa responsabilité dans les surdoses recensées par le dispositif DRAMES est faible. Elle n'y est jamais retrouvée seule et elle y est présente en association avec d'autres substances psychotropes dans 1,6 % des cas en 2007[6].

## L'OPIUM, LE RACHACHA ET LES AUTRES OPIACÉS

Le rachacha est une préparation d'opium se présentant sous la forme d'une pâte marron rouge, de consistance molle ou parfois sous forme liquide. Il est obtenu à partir d'une transformation artisanale (décoction) du pavot généralement préparé par les usagers eux-mêmes à partir de pavots français. Il est classé comme stupéfiant.

### Données de cadrages

L'usage d'opium étant très rare au niveau de la population générale, sa prévalence n'y est pas mesurée.

Les interpellations pour usage d'opium sont également très rares : 6 en 2007, 4 en 2008. Les interpellations pour trafic (et usage –revente) ont été au nombre de 6 en 2008 (2 en 2007) [9].

Depuis 2006, on note une hausse des quantités saisies : alors que celles-ci ne dépassent généralement pas 4 kg par an, avec des exceptions ponctuelles, les quantités saisies en 2006, 2007 et 2008 ont été respectivement de 45,9 kg, 12,8 kg et 32,2 kg. Cependant la majeure partie de ces produits ne fait que transiter par la France semble-t-il [9].

### DISPONIBILITÉ

L'opium, essentiellement présent en France sous forme de « rachacha », est généralement peu disponible et difficilement accessible.

Le rachacha est disponible uniquement lors de grands événements techno alternatifs, notamment les *free parties* et des teknivals. Le caractère saisonnier de la production (les pavots sont récoltés vers le début de l'été) et de la consommation,

la faible fréquence de l'échange à caractère marchand rendent difficile l'évaluation de sa disponibilité. Lorsqu'il est proposé à la vente, son prix se situerait en 2008 entre 3 et 10 € le gramme selon le site breton et entre 10 et 20 selon le site parisien, soit dans l'ensemble un peu plus cher que les données des quelques années précédentes (2 à 45 €).

Le gramme d'opium serait vendu à Paris entre 20 et 50 €.

Des cas d'autoculture du pavot à des fins de consommation personnelle ou de vente à petite échelle ont été rapportés et laissent des traces sur Internet. Certains usagers vont se servir directement dans les champs de pavots français (régions Champagne-Ardennes, Poitou-Charentes et Centre) mais il semble qu'une surveillance accrue par les services de police en limite de plus en plus l'accès.

À Paris, une source d'approvisionnement « facile » auprès de la communauté pakistanaise est signalée en 2007. Une boulette contenant à peu près un gramme d'opium serait vendues environ 20 €.

## **FRÉQUENCES D'USAGE ET USAGERS**

La consommation d'opium, sous forme de rachacha ou non, ne concerne que des usagers initiés.

Comme les autres opiacés, le rachacha est consommé dans un cadre festif, pour ses effets « positifs » (c'est-à-dire pour la recherche d'une modification de l'état de conscience), ou pour gérer la descente de stimulants. L'étude réalisée en 2004-2005 en milieu festif techno a montré que 33 % des personnes rencontrées en avaient déjà consommé au cours de leur vie (52 % en milieu techno alternatif), mais que seulement 4,3 % en avaient consommé dans le dernier mois (8 % en milieu techno alternatif) [27]. Les usagers d'opium ou de rachacha seraient essentiellement les personnes fréquentant l'espace festif underground.

En dehors des événements festifs, le rachacha serait consommé, à petite échelle, parmi des groupes de jeunes marginaux, nomades urbains, et par d'anciens héroïnomanes plus âgés, dont certains ont recours à l'injection. Ce sont probablement ces usagers que l'on repère dans les structures de première ligne. Début 2006, 35 % d'entre eux ont consommé de l'opium plus de dix fois au cours de leur vie. Seulement 5 % en ont fait usage au cours du mois précédent, (6 % en 2003), 64 % par voie orale, et 38 % en le fumant (injection et sniff sont extrêmement marginaux). Les usagers d'opium au cours du mois précédent sont à 92 % des familiers du milieu festif (fréquentation d'un événement techno plus de 10 fois au cours de la vie) (PRELUD 2006).

À Paris, l'opium serait également consommé par des personnes d'origine irannienne, plutôt bien insérées, que la faible disponibilité du produit en France conduit à demander une substitution par méthadone. Ce groupe d'usagers, déjà signalés en 2002 et 2006, aurait eu pour particularité en 2007, d'apparaître plus jeune que la population déjà connue [22].

## **MODE D'USAGE**

Le rachacha est le plus souvent ingéré ou fumé. On décrit chez les jeunes usagers appartenant au milieu underground parisien un usage en tisane ou par absorption de « bombe » ou « parachute » (boulettes roulées dans du papier). Il peut être également fumé soit comme un « joint », éventuellement mêlé à du cannabis, soit en « chassant le dragon », soit en bhang, soit enduit sur une cigarette.

À Rennes, les observateurs font état depuis 2005 de pratiques d'injection qui, compte tenu de la diffusion « rare et confidentielle » du produit, sont vraisemblablement marginales : « *Pour le shooter, il faut le purifier avec de l'alcool en le chauffant. Si elle [l'injection] est bien préparée, les effets sont plus forts qu'avec de l'héroïne.* ». Le Sterifilt®<sup>92</sup> est également utilisé pour filtrer le liquide [19].

Ses effets dureraient 2 à 3 heures et consisteraient en une sensation de détente et d'apaisement [21].

## **PERCEPTION**

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

## **CONSÉQUENCES DE L'USAGE**

Les conséquences sanitaires rapportées sont des douleurs abdominales, des vomissements et des démangeaisons, mais également l'apparition rapide d'une dépendance lorsque les prises sont répétées.

---

92. Voir chapitre « Santé des usagers ».

## **À signaler en 2007 et 2008**

### **L'oripavine classée comme stupéfiant**

L'oripavine est un alcaloïde du pavot, facilement transformable en thébaïne et autres opiacés de synthèse.

Cette décision parue au JO du 7 mars 2008 (arrêté du 28/02/2008) est la déclinaison française d'une décision prise au niveau international par l'ONU suite à une recommandation de l'OMS.

## LES STIMULANTS

---

Depuis dix ans, la disponibilité des substances stimulantes ne cesse de s'élargir en France. Si l'on peut estimer aujourd'hui que l'usage de la MDMA (aussi appelée ecstasy lorsqu'elle est en comprimé) atteint un plateau, alors que dans l'espace festif il s'agit d'une substance désormais banalisée, la cocaïne, en revanche, possède une marge de progression encore importante, tant dans l'espace urbain que dans l'espace festif. En effet, la réorientation d'une partie de la production (Colombie, Bolivie, Pérou) en direction de l'Europe entraîne une offre de plus en plus abondante. Il en a résulté une diminution des prix favorisant l'accès au produit à des couches de plus en plus larges de la population. À cet accroissement de l'offre répond une forte demande. L'attrait pour la cocaïne ne semble en effet guère se démentir, malgré les conséquences problématiques, financières et psychiatriques en particulier, rapportées par les professionnels.

## LA COCAÏNE ET LE CRACK

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

En France, quelle que soit sa forme, la cocaïne est classée comme stupéfiant.

Fortement stimulante, elle produit un sentiment d'euphorie, de puissance intellectuelle et physique et une indifférence à la fatigue et à la faim. La cocaïne est préférée aux stimulants amphétaminiques par les usagers qui recherchent un effet limité dans le temps. Elle permet en effet, selon les usagers, de dormir en fin de soirée et donc d'aller travailler le lendemain. Elle est par ailleurs perçue comme ayant un effet plus nuancé, moins puissant, entraînant des modifications de l'état de conscience moins perceptibles, voire imperceptibles et donc discrets.

Abstraction faite d'une courte période aux alentours de la Première Guerre mondiale, la consommation de cocaïne est restée modérée et n'a jamais été considérée comme un problème majeur de santé publique. Jusqu'au début des années 90, son usage a toujours été largement devancé par celui des opiacés. L'augmentation, depuis 1995 environ, de l'usage de cocaïne représente en France une rupture dans l'histoire de ce produit. C'est au cours des années 1990 que l'on assiste non seulement à l'élargissement de la diffusion de la forme chlorhydrate de la cocaïne (poudre), mais aussi à l'émergence puis l'élargissement relatif de la forme basique (free base ou crack) [15, 34].

Quant au crack, forme de la cocaïne vendue à l'utilisateur déjà basée et consommée principalement aux Caraïbes, c'est à Paris qu'il a fait son apparition en France

métropolitaine autour de 1990. L'existence d'une scène ouverte dans le nord de la capitale a servi de plateforme à sa diffusion. Lors de sa première apparition à Paris, les consommateurs, comme les petits trafiquants, sont issus de la zone caraïbe. L'élargissement à d'autres groupes ethniques, Français et Maghrébins pour la consommation, Africains pour le petit trafic, n'est intervenu que quelques années plus tard [15].

### **Données de cadrage**

La prévalence de l'expérimentation de la cocaïne en population générale, en 2005, est la plus élevée parmi les produits illicites stimulants. Elle atteint 2,6 % des personnes de 15 à 64 ans après avoir plus que doublé en 10 ans. La fréquence d'expérimentation est maximale chez les 25-34 ans où elle atteint 4,1 % [82].

L'usage au cours de l'année chez les 15-64 ans a triplé entre 2000 et 2005, année où il concerne 0,6 % d'entre eux. Le niveau d'usage atteint 1,6 % chez les 25-34 ans [7, 82]. Cependant, ces niveaux de consommation restent modérés comparés aux usages dans les autres pays européens [45]. Cet usage concerne trois fois plus d'hommes que de femmes.

Le nombre de personnes âgées de 12 à 75 ans ayant expérimenté de la cocaïne est estimé à plus d'un million et celui des usagers occasionnels (au moins un usage au cours de l'année) à 250 000 [7].

Parmi les jeunes âgés de 17 ans, l'expérimentation de cocaïne (chlorhydrate) ne cesse d'augmenter puisqu'elle concerne en 2008, 4,0 % des garçons et 2,4 % des filles contre 3,0 % des garçons et 2,0 % des filles lors de la précédente enquête en 2005. En 2008, l'expérimentation de la forme basée de la cocaïne (crack) concerne 1,0 % des garçons et des filles contre 0,7 % en 2005 [53].

En 2008, les interpellations pour usage simple de cocaïne atteignent un niveau record avec 4 430 personnes interpellées contre 4 043 en 2007. En 1999, année de la création du dispositif TREND, les services de police interpellaient environ 2 500 usagers. Ce haut niveau d'interpellations confirme la tendance globalement ascendante que l'on observe depuis le début des années 1990. Les interpellations pour usage de crack sont en nette augmentation avec 784 usagers interpellés en 2008 contre 494 en 2007, soit une hausse de près de 60 % d'une année sur l'autre [9].

Depuis l'année 2000, les quantités de cocaïne saisies en France ont été multipliées par plus de 6. En 2008, elles se maintiennent à un niveau historiquement très élevé avec 8,2 tonnes (contre 6,5 tonnes en 2007 et près de 10 tonnes en 2006). Sur ce total, il est à noter que 20 % des quantités saisies, soit environ 1,5 tonnes sont destinées au marché hexagonal [9].

Les saisies de crack, de faible ampleur, concernent pour les trois quarts (78 % en 2008) les Antilles et la Guyane. Très accidentée, la tendance apparaît globalement décroissante depuis 1998 (25 kg). Néanmoins, les saisies augmentent en 2008 (12 kg en 2008 contre 7 kg en 2007) après trois années de baisse continue (18 kg en 2004) [9].

## LA SITUATION

### Fréquence d'usage et usagers

La particularité de l'usage de la cocaïne, depuis la seconde moitié des années 1990, outre l'accroissement de son usage, réside dans sa diffusion à des sphères toujours plus larges de la société. Ce phénomène s'est accompagné d'une « démocratisation » de ce produit autrefois réservé à « l'élite ». La majorité des utilisateurs de cocaïne se recrutent, à l'heure actuelle, dans les classes intermédiaires de la société. L'accroissement de la consommation semble ainsi se poursuivre surtout parmi les usagers qui sont socialement insérés mais également vers des populations plus jeunes et défavorisées.

Ces usagers de cocaïne insérés dans la société sont décrits à travers les enquêtes en population générale [7-8, 82]. On notera que, contrairement à une idée encore répandue qui associe la consommation de cocaïne à une forte activité professionnelle, son usage dans l'année est plus important dans les catégories « chômeurs » et « inactifs » que dans celle des actifs [83]. Parmi les jeunes, les données qualitatives et quantitatives se rencontrent pour évoquer la consommation plus importante des 18-25 ans en apprentissage. À 17 ans l'enquête ESCAPAD montre que les jeunes en apprentissage sont près de 3 fois plus nombreux à consommer de la cocaïne que ceux qui sont élèves ou étudiants [53].

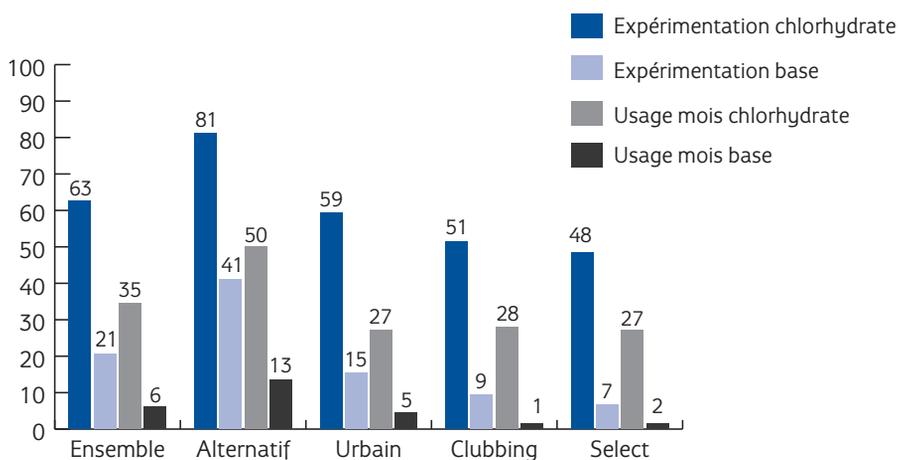
En dépit de la répartition très diffuse des usagers de cocaïne dans la population française, des groupes sociaux plus spécifiques sont cependant identifiés, composés essentiellement des personnes fréquentant les milieux de la fête et de la nuit, des « ex-toxicomanes » recevant des traitements de substitution et enfin des usagers de drogues plus ou moins marginalisés pouvant fréquenter les structures dites de « bas seuil » (actuels CAARUD).

L'usage de la cocaïne est ainsi particulièrement implanté parmi les usagers qui fréquentent l'espace festif techno.

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

24 % sous forme basée (respectivement 81 % et 41 % en milieu techno alternatif<sup>93</sup>) [Graphique 10]. Au cours du mois précédent, la cocaïne a été utilisée par 35 % d'entre elles sous forme chlorhydrate et par 7 % sous forme base (mais respectivement 50 % et 15 % en milieu alternatif) [27]. La cocaïne représente ainsi le produit le plus fréquemment consommé dans cette population après le cannabis. L'usage de la cocaïne apparaît rarement isolé et va fréquemment de pair avec l'usage d'alcool et de cannabis, mais aussi dans les groupes alternatif et urbain avec celui d'autres stimulants, d'hallucinogènes et parfois d'opiacés<sup>94</sup>.

**Graphique 10 - Fréquence de l'expérimentation et de l'usage récent de la cocaïne sous forme de chlorhydrate et sous forme basée (crack) dans les différents groupes d'affinité de l'espace techno, N =1496, 2004-2005**



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

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

Parmi les personnes enquêtées en 2008 dans les structures socio-sanitaires, 13,0 % déclarent avoir consommé de la cocaïne au cours de la semaine précédant l'enquête. Cette fréquence suit une tendance ascendante depuis 2001 où elle était égale à 8,0 % [4].

93. Free parties, rave parties et teknivals.

94. Voir description des populations de l'espace festif dans la partie transversale de ce rapport.

Parmi les personnes fréquentant les structures de première ligne de soutien aux toxicomanes (CAARUD), population majoritairement polyusagère et souvent précaire, interrogée en 2008, 45,7 % ont consommé de la cocaïne sous sa forme chlorhydrate (poudre) ou sous sa forme base au cours du dernier mois. La cocaïne apparaît comme le produit le plus consommé par cette population après le cannabis et l'alcool. Ils sont 36,3 % à avoir consommé de la cocaïne-poudre (chlorhydrate) au cours du dernier mois et 16,6 % du crack. De plus, près d'un quart des usagers récents de cocaïne-poudre (N=1138) l'ont basée. Au total, c'est 21,3 % des usagers des CAARUD qui ont utilisé de la cocaïne basée achetée telle quelle ou basée après acquisition [11]. Ces données sont proches de celles recueillies dans le cadre de l'enquête PRELUD en 2006 (respectivement 34 % et 16 %, N=1017) mais les différences de méthodes entre les études n'autorisent pas les comparaisons [11-12].

Le prix encore relativement élevé de la cocaïne empêche des prises régulières. Il apparaît en effet dans l'enquête nationale CAARUD que, contrairement à la BHD (détournée), le cannabis et le crack, la consommation de cocaïne-poudre est plutôt ponctuelle : 58,5 % des usagers en prennent moins d'une fois par semaine et seuls 9,5 % en prennent quotidiennement. La consommation est plus régulière chez les usagers de crack dont un quart (25,1 %) en consomme quotidiennement et 42,5 % plus d'une fois par semaine [11].

### **La situation particulière du crack : une disparité Paris / province majeure**

Dans cette population, la situation apparaît radicalement différente en Ile de France où existe un marché du crack (cocaïne vendue déjà basée) et dans le reste de la France. L'usage de la forme basée de la cocaïne apparaît quatre fois plus important en Ile de France que dans le reste de la métropole [Tableau 24]. Il s'agit en priorité d'usage sous forme de crack, pour les usagers des CAARUD. La presque totalité des usagers qui ont consommé de la cocaïne poudre basée au cours du moins précédent ont également consommé du crack au moins une fois. À l'inverse, 11,5 % seulement des usagers de crack ont pris également de la cocaïne poudre basée secondairement [11].

Dans l'ensemble de la France, il persiste une différence de profil entre les usagers déclarant consommer du crack et ceux qui disent consommer du free base. Les premiers vivent dans des conditions de précarité supérieures, sont relativement âgés (âge moyen 36 ans) et leur profil de consommation se centre sur les produits les plus abordables : alcool, cannabis, médicaments notamment opiacés détournés (voir encadré Usagers de crack du Nord-Est parisien). Les seconds sont plus jeunes (âge moyen 30 ans), précaires également, mais dans une moindre mesure, et affichent un profil de consommation caractéristique des usagers errants évoluant en

marge du milieu festif (voir description des populations dans la partie transversale) : très forte polyconsommation mêlant alcool, cannabis, opiacés (héroïne en premier lieu), stimulants et hallucinogènes [11].

**Tableau 24 - Comparaison des prévalences d'usages de cocaïne sous sa forme base parmi les usagers des CAARUD entre l'Ile de France et les régions métropolitaines françaises, 2008**

<b>Parmi l'ensemble des usagers des CAARUD :</b>	<b>Ile de France</b> N=700	<b>Autres régions métropolitaines</b> N=2314	<b>Ensemble</b> N=3138
Usage de cocaïne toute forme : poudre, crack, free base	54,7 %	40,7 %	45,7 %
<i>dont</i>			
- Usage de cocaïne poudre basée (free base)	6,5 %	8,3 %	8,3 %
- Usage de crack	43,4 %	4,9 %	16,6 %
- Consommation sous forme base (crack ou free base)	44,9%	10,1%	21,3 %
Parmi les usagers de cocaïne : part qui l'ont consommée basée (crack ou free base)	82,0 %	26,3 %	59 %

**Source : ENaCAARUD 2008, OFDT/DGS**

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

En métropole, les usagers de crack demeurent essentiellement visibles dans le nord-est de Paris.

Il s'agit en grande majorité de personnes très désinsérées, âgées de plus de 35 ans pour la plupart, sans domicile fixe, vivant au jour le jour de petits trafics (notamment de médicaments détournés) et ayant effectué de fréquents séjours en prison [77]. Beaucoup se « logent » dans les squats proches du boulevard périphérique dans le nord-est de Paris. Des observations réalisées en 2008 dans le cadre du dispositif TREND parisien dans un squat du XIXème arrondissement ont permis de constater « que ce lieu était très insalubre, sans point d'eau, ni d'électricité, avec des ordures éparpillées un peu partout, encourageant la présence de rats » [21].

Une étude spécifique non publiée à ce jour montre l'extrême précarité sociale de cette population (absence de logement stable, de papiers d'identité, de couverture sociale et de travail) et montre son faible niveau d'accès aux soins [84].

Les données socio-ethnographiques sont corroborées par la description des usagers de crack métropolitains réalisée à partir de l'étude EnaCaarud 2006 [3] : 58 % d'entre eux dépassent 34 ans, très peu ont moins de 25 ans (11 %). Ils apparaissent effectivement plus âgés que les autres usagers fréquentant les CAARUD (36,0 ans vs 32,6 ans, N= 377, N=2679). Seuls 36 % d'entre eux disposent d'un mode de logement durable (à un horizon temporel de six mois). Quatre sur dix sont sans logement ou vivent en squat (N=376). Seuls 12 % ont une activité rémunérée, 84 % se déclarant inactifs ou au chômage. Ils sont 14 % à ne disposer d'aucune couverture santé, 48 % sont couverts par la CMU, 15 % par l'Assurance maladie sans situation particulière, 5,9 % disposent d'une prise en charge pour Affection de longue durée et 2,7 % sont couverts par l'Aide médicale d'état (N=371). Tous ces indicateurs leur confèrent un degré de précarité plus important que les autres usagers des CAARUD même si la structure de leurs revenus n'est pas spécifique (revenus d'emploi et ASSE-DIC : 17 %, revenus sociaux, 48 %, revenus non « officiels<sup>95</sup> » : 34 %). Près d'un tiers d'entre eux (30 %, N=379) dit avoir été incarcéré au cours de l'année précédente, soit deux fois plus que les autres usagers rencontrés dans les CAARUD (analyses secondaires non publiées).

Ces usagers multiplient les prises de risques et peuvent avoir de longues périodes de consommation (3 jours consécutifs par exemple) sans manger ni dormir. [22, 36, 84-85]. L'absence de logement les prive de toute hygiène élémentaire et ils présentent fréquemment un délabrement physique général : pieds enflés avec des plaies ouvertes et des crevasses, doigts brûlés, lèvres coupées, brûlées et toujours gercées, maigre prononcée, infections parasitaires [3, 21, 84]. Les lésions traumatiques sont issues des violences subies dans la rue, mais également liés au mode de consommation et à la fabrication des pipes artisanales [21].

Les femmes seraient relativement nombreuses (40 % selon l'étude « Coquelicot » dans le sous-échantillon des usagers de crack en 2004, mais 20 % selon les données de la structure de soins EGO en 2005 et 25 % dans l'édition 2006 de l'étude ENaCAARUD) [36, 68, 84]. Pratiquant souvent la prostitution, elles connaissent des conditions socio-sanitaires particulièrement dégradées. Les prises de risques sexuelles (virus et grossesses non désirées) seraient plus fréquentes que celles des autres prostituées et elles auraient plus de difficultés que les hommes à trouver un toit [21]. Les usagers de crack apparaissent davantage polyusagers que les autres usagers fréquentant les structures de réduction des risques. Ceux qui ont été interrogés en

---

95. Entendre par là : mendicité, prostitution, reventes de produits...

2006 dans l'étude PRELUD avaient consommé en moyenne au cours du mois précédent 6,5 produits différents hors tabac, alcool et cannabis, contre 3,4 pour l'ensemble des personnes. Selon les informations recueillies en 2008 par les observateurs parisiens du réseau TREND, l'utilisation de BHD serait quasi-constante pour gérer les « descentes » de crack. L'héroïne, selon la possibilité, le tabac et la bière seraient aussi fréquemment consommés [21].

Le crack lui-même est préférentiellement consommé par inhalation [Tableau 27] et les observateurs parisiens décrivent un net rejet de l'injection de la part des usagers de crack. Pourtant, ceux rencontrés dans l'étude ENaCAARUD 2008 sont 30 % à avoir injecté un produit au cours du mois précédent (N=156, vs 42,3 % des autres usagers, N=1107) et des professionnels de santé mentionnaient en 2006 des pratiques d'injection du résidu restant au fond des pipes à crack après acidification au citron [21-22]. Selon l'étude « Coquelicot », 73 % des ces usagers étaient, en 2004, séropositifs pour le VHC et 12 % pour le VIH [22, 36].

## **Marché**

### **Disponibilité**

La cocaïne est signalée comme étant très disponible sur l'ensemble des sites TREND. Dans l'espace festif, la cocaïne n'est plus l'apanage des soirées ou événements techno, mais est très présente dans certains bars musicaux ou discothèques ne jouant pas ou plus cette musique. À Lille, Paris, Rennes et dans une moindre mesure Toulouse, les observateurs font état d'une forte visibilité de la cocaïne. Les autres sites confirment dans l'ensemble cette véritable « banalisation » de la cocaïne et sa diffusion dans des milieux socioculturels variés.

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

La structuration et l'amplification de l'offre de la cocaïne au niveau local se poursuivent. Ce double mouvement se fait soit par le biais de l'intégration du produit à l'offre des réseaux de petit trafic préexistants soit par une reconversion pure et simple de ces réseaux à la vente de la cocaïne [86]. Ainsi à Lille, elle serait proposée par des dealers vendant de l'héroïne ; à Rennes, Toulouse et Marseille par ceux commercialisant le cannabis. Ce processus d'intégration-reconversion aurait abouti à ce que ce produit pénètre là où il était auparavant absent, notamment dans les banlieues défavorisées. Cela pourrait, en partie, expliquer un phénomène récem-

ment identifié à savoir la vente de rue de la cocaïne, modalité plutôt réservée, jadis, à l'héroïne et au cannabis<sup>96</sup>.

Ce constat est partagé par l'OCRTIS dans ses rapports portant sur les années 2007 et 2008 :

*« 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, qui ont créé, selon les opportunités, des filières courtes d'importation de cocaïne vers le marché français et notamment certaines cités sensibles, à partir soit de l'Afrique de l'Ouest (Sénégal, Mali) soit des Antilles (République Dominicaine, Départements français d'outre-mer) » [9, 42].*

La cocaïne vendue déjà basée (crack) est disponible presque exclusivement en région parisienne et dans les DOM (départements d'outre-mer) hormis la Réunion. Dans le reste de la France la vente de crack est quasiment inexistante mais apparaît ponctuellement en 2008. Une des raisons de cette situation reste probablement l'écart- du moins en province- entre l'image du crack, quasi déchet de la cocaïne (en opposition à celle du free base, cocaïne « purifiée ») qui empêcherait les dealers de faire un bénéfice sur le crack équivalent à celui réalisé sur la cocaïne poudre [23].

### *Produits disponibles*

Les produits issus des saisies de rue (définis par une quantité saisie inférieure à 1 g) présentent en 2008, selon l'OCRTIS, des taux de pureté<sup>97</sup> se situant entre 10 et 40 %. La moyenne située à 35 % évolue peu depuis quelques années. La majorité des échantillons contiennent entre 10 et 30 % de cocaïne base (57 %) mais 15 % des saisies de rue présentent une pureté située entre 70 et 90 % [56].

L'étude « SINTES-cocaïne » mesurait en 2006 une pureté moyenne des échantillons vendus aux usagers s'élevant à 26,7% (médiane 22 %) en incluant les échantillons ne contenant pas de cocaïne et à 29,2 % (médiane à 23 %) en éliminant ces derniers<sup>98</sup> [87].

Si la cocaïne saisie n'est jamais pure, puisque différentes substances ont nécessairement été utilisées lors du processus de fabrication [56], elle arrive en France peu coupée, la pureté moyenne des saisies aéroportuaires atteignant 70 %<sup>99</sup>.

---

96. Une description de ces micro-réseaux peut-être trouvée dans la publication suivante : GANDILHON, M., Le petit trafic de cocaïne en France. Tendances, 2007(53): p. 1-4. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend53.html>

97. Mesuré en équivalent cocaïne base.

98. Les statistiques de l'OCRTIS n'incluent pas d'échantillons sans cocaïne.

99. En équivalent base

Certains usagers, à Lille en particulier, font une nette distinction entre une cocaïne « végétale » et une cocaïne dite « synthétique ». Dans l'enquête « SINTES-cocaïne » (2006) près de 60 % des 373 usagers interrogés font cette distinction.

La cocaïne végétale arriverait directement des pays de production, serait jaune, grasse sentirait encore le kérosène. La cocaïne « synthétique » (qui ne l'est pas en réalité) serait blanche et issue de la transformation d'anesthésiants.

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

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

Les produits de coupe sans effets psychoactifs sont essentiellement des sucres : mannitol, lactose, etc. Ceux qui ont un effet pharmacologique sont en premier lieu médicamenteux [Tableau 25].

**Tableau 25 - Principaux produits de coupage psychoactifs retrouvés dans la cocaïne, 2006/2008**

<b>Principales molécules présentes</b>	<b>SINTES Cocaïne 2006 N=342</b>	<b>Saisies 2008 (toutes saisies)</b>
Phénacétine	54 %	27 %
Caféine	17 %	13 %
Paracétamol	14 %	NR
Diltiazem <sup>100</sup>	11 %	22 %
Lidocaïne	11 %	12 %
Lévamisole <sup>101</sup>	6 %	29 %
Hydroxyzine <sup>102</sup>	4 %	15 %
Procaïne	NR	5 %

**Sources : SINTES cocaïne 2006, OFDT , INPS 2008**

100. Le diltiazem (Tildiem®) est utilisé en cardiologie comme antihypertenseur et dans le traitement de l'insuffisance coronarienne.

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

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

La phénacétine, molécule interdite à la vente en France depuis 1994 en raison, notamment, de sa toxicité rénale et de son potentiel carcinogène, est de plus en plus présente dans les échantillons de cocaïne [56, 88-89]. En 2008, aucun échantillon ne contenait d'atropine<sup>103</sup> et aucune intoxication liée à cette substance n'a été signalée en France depuis les cas de 2005 [90].

### Prix

Le prix courant du gramme de cocaïne qui s'élevait à environ 150 € au début des années 1980 est descendu autour de 80 € en 2000 et oscille à l'heure actuelle entre 60 et 65 €. Le prix médian du gramme de chlorhydrate de cocaïne tel qu'il est évalué par les observateurs du réseau des sites TREND est stable et se situe en 2008 autour de 65 € (moyenne, 67 €) [Tableau 26]. Selon l'étude menée par l'OCRTIS à partir des procédures d'interpellations, portant sur 107 villes pendant le premier semestre de l'année 2008, le prix médian du gramme de cocaïne vendu dans la rue s'élève à 60 euros. Ce même dispositif l'estimait à 65 € en 2006. Cependant, le prix réellement payé par un usager donné varie selon le lieu, la qualité affichée et parfois le poids réel du « gramme » vendu. Le lien entre le prix d'achat du gramme par l'usager et le contenu réel du produit apparaît en réalité assez faible (voir [12]).

**Tableau 26 - Prix médian estimé du gramme de chlorhydrate de cocaïne selon les sites du dispositif Trend**

Sites	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Bordeaux	65	45	55	50	70	65
Lille	55	50	50		50	50
Marseille	50	65	55	55	65	60
Metz	70	60	60	75	79	80
Paris	77	55	60	60	60	70
Rennes	60	67,5	65	70	75	70
Toulouse	60	65	65	65	60	60
Médiane	63	60	60	63	65	65

**Données et exploitation : Trend/OFD 2008**

### Modes d'usage

Il existe, en France, deux grands modes traditionnels d'administration du chlorhydrate de cocaïne recouvrant chacun les deux espaces d'investigation du dispo-

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

sitif TREND : le sniff et l'injection. Il y a déjà quelques années est apparue la pratique du « basage » consistant à transformer la cocaïne et permettant ainsi de la fumer. Une nouvelle pratique consistant à fumer la cocaïne dans un joint (de cannabis) sans la baser est signalée depuis 2005.

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

### **Sniff**

Le sniff est la voie de consommation la plus utilisée. La cocaïne sniffée ne procurerait pas de flash, mais une sensation de bien-être physique et intellectuel plus longue que l'injection. La fréquence du recours au sniff est d'autant plus importante qu'on la mesure sur des populations dont l'usage de drogues est moins problématique : c'est la seule voie généralement présente dans l'espace festif techno où elle concerne 98 % des usagers ; la part des personnes l'ayant utilisé au cours de la semaine précédente descend à 64 %, en 2008, dans l'enquête OPPIDUM, menée principalement auprès d'usagers des centres de soins spécialisés et chute à 42 % en 2008 parmi les usagers des CAARUD<sup>104</sup> (utilisation au cours du mois précédent) [4, 11].

**Tableau 27 - Voie d'administration\* de la cocaïne au cours du mois écoulé parmi les participants à l'enquête « PRELUD 2006 » ENa-CAARUD 2008 , Quantifectif 2004-5 2004/-5 et OPPIDUM 2007.**

Usagers de :	Structures de réduction des risques (1)		Structures sociosanitaires 2008 (1)		Quanti festif 2004-2005 (1)	
	Forme acquise Poudre (N=1138)	Crack (N=521)	Forme acquise Poudre (N=671)	Crack (N=54)	Chlorhydrate (N=506)	Base (plutôt free base N=92)
Injection	53%	8,3%	26 %		0,6%	0%
Sniff	42%	1,8 %	64 %		98%	2%
Inhalation, fumette	23% (2)	96 %	29 % (2)	91 %	19%	99%

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

(2) Dans les CAARUD, on considère que cette donnée correspond à la part des usagers qui basent leur cocaïne. En effet, la pratique de la « clope à la coke », trop peu rentable en terme d'effet n'est pas utilisée par cette population.

**Sources : données et exploitation : \* Trend/OFD ; \*\*GRVS/Trend/OFD \*\*\* OPPIDUM/CEIP/AFSSAPS**

104. 60 % en 2003 et 40% en 2006 dans l'enquête PRELUD qui vise le même public mais une méthode d'enquête différente.

Parmi les patients qui fréquentent les structures de soins spécialisés la part de ceux qui utilisent le sniff tend à augmenter (57 % en 2006, 64 % en 2008) [4]. Dans le sous-groupe pris en charge pour la première fois dans une de ces structures pour un problème principal lié à la cocaïne (N=1220), également (59,1 % en 2005, 68,7 % en 2007)<sup>105</sup>[35]. Cependant, parmi les usagers de drogues les plus en difficulté (rencontrés en particulier dans les CAARUD), on voit d'année en année s'implanter de nouvelles formes d'usage de la cocaïne, parallèlement à une désaffection, relative, pour le sniff. Cette apparente contradiction pourrait être interprétée comme l'accroissement de la part des usagers de cocaïne davantage socialement insérés (que le « toxicomane traditionnel ») dans les files actives des structures de soins.

## **Injection**

L'injection est essentiellement utilisée par les usagers plutôt poly-consommateurs rencontrés dans les CAARUD. Elle concerne d'abord la forme poudre. L'injection serait présentée comme la « super défonce », provoquant un effet « indescriptible » venant remplacer dans l'imaginaire des usagers le flash d'héroïne des années 1970-80. Ses effets courts, de l'ordre de 10 minutes, sont suivis, en règle générale, d'une irrépressible envie « d'en reprendre », entraînant des prises compulsives [voir plus loin les aspects sanitaires].

Depuis quatre ans, un accroissement de l'usage par injection (Bordeaux, Lille, Toulouse en 2005 ; Paris et Toulouse en 2006) est rapporté dans l'espace urbain. Le phénomène est visible surtout par le biais des problèmes de santé consécutifs à cet usage. Les données recueillies lors de l'étude PRELUD auprès des usagers des structures de première ligne en 2003 et 2006 évoquaient également une pratique croissante de l'injection<sup>106</sup> [12]. On note en outre que la cocaïne était le premier produit injecté dans la vie pour 13 % de l'ensemble des usagers des CAARUD rencontrés en 2006 (PRELUD 06).

Le free base est injecté moins souvent que la forme poudre et le crack rarement<sup>107</sup>. Ainsi, l'injection de la forme base de la cocaïne, hors de l'Île de France, est désormais signalée à Toulouse et Rennes. Les usagers considèrent la base comme une forme pure, sans adjuvant, de la cocaïne. De ce fait, elle apparaît comme plus adaptée à l'injection intraveineuse et en même temps plus puissante sur le plan des effets que la forme chlorhydrate.

---

105. Assez logiquement, la part parmi les nouveaux patients en demande de soins de ceux qui utilisent préférentiellement les autres voies est en régression. La part des injecteurs passe de 18,9 % en 2005 à 13,0 % en 2007, celle des usagers qui fument la cocaïne passe de 19,4 % à 16,3 %. Cette tendance est également perceptible sur les données OPPIDUM, mais à un moindre degré puisque cette étude s'intéresse à l'ensemble des patients et non seulement les nouveaux patients. Par ailleurs le système d'informations RECAP interroge sur la voie d'usage la plus fréquemment utilisée alors que l'enquête OPPIDUM offre plusieurs réponses possibles

106. Les données recueillies en 2008 n'étant pas issues de la même étude, les résultats ne sont pas comparables.

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

## **Voie fumée**

Le mode de consommation presque exclusif du crack est la voie fumée [voir encadré crack]. Les usagers utilisent des pipes très artisanales (doseur à alcool utilisé dans les cafés, canettes de soda transformées, filtres réalisés à partir de fils électriques). Le caillou est posé sur le filtre puis chauffé jusqu'à ce qu'il fonde et se transforme en huile. La fumée qui se dégage est alors aspirée à grande bouffée. La pipe est habituellement utilisée plusieurs fois. Des professionnels de santé parisiens mentionnent des pratiques d'injection du résidu restant au fond des pipes à crack après acidification au citron [22].

Au cours des années 2000, ce mode d'usage s'est également développé à partir de l'espace festif techno, alternatif en particulier, pour du chlorhydrate de cocaïne préalablement basé<sup>108</sup> circulant sous l'appellation moins péjorative de free base. La cocaïne serait alors fumée à l'aide d'une pipe ou d'une pipe à eau souvent fabriquées artisanalement. Dans le milieu festif techno alternatif, une étude réalisée en 2004 et 2005 montrait que 41 % des personnes rencontrées avaient déjà utilisé de la cocaïne basée [27]. La cocaïne basée soi-même, en comparaison avec le crack, apparaît comme une alternative à moindres risques pour sa propre santé et moins dégradante pour l'image sociale que renvoie l'utilisateur. Plusieurs autres motifs sont avancés quant au recours à la forme fumable [15] :

- L'inhalation permet de ressentir les effets de la cocaïne de manière plus rapide et plus intense (effet flash) que le sniff, sans les inconvénients de l'injection [15];
- Le « basage » de la cocaïne est aussi considéré comme un procédé de purification par ceux qui consomment du free base, permettant de se débarrasser des produits de coupage de la cocaïne plus que comme un processus chimique indispensable à la transformation de la cocaïne en forme fumable;
- Le basage servirait également de test pour vérifier la pureté d'une cocaïne. Le fait de fumer est également perçu comme une pratique à moindre risque en matière de contamination par le VIH et des hépatites ;
- L'utilisation de la cocaïne sous forme basée permet parfois de la fumer dans un joint, mélangée à du cannabis, ou dans une cigarette jointe à du tabac et ainsi de passer inaperçue, contrairement au sniff ou à l'injection, quel que soit le lieu, notamment dans les établissements de nuit. Perçu comme « normal », l'acte de fumer ne provoque pas ou peu de désapprobation sociale.

Depuis son apparition, le recours à la cocaïne base continue à progresser. Observée en 2006 à Paris dans le cadre de fêtes privées, dans des appartements, ou

---

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

dans le milieu des clubbers (milieu gays notamment), il se diffuse maintenant en province (Metz, Rennes, Toulouse). Cette visibilité va de pair avec l'accroissement du nombre de consommateurs de la cocaïne chlorhydrate (poudre) dont certains seront tentés, à un moment ou un autre, d'expérimenter d'autres modalités de consommation que le sniff.

Enfin, depuis 2005, cinq sites (Rennes, Lille, Metz, Paris, Bordeaux) font état du développement d'une pratique consistant à fumer du chlorhydrate de cocaïne, tel quel, sans le transformer en free base, en mélangeant celui-ci directement dans une cigarette ou un joint avec du tabac ou du cannabis. L'avantage de cette pratique résiderait pour les usagers dans son absence de visibilité par rapport à d'autres modes d'administration comme le sniff ou l'utilisation d'une pipe à eau. En outre, cette voie fumable permettrait un passage à l'acte plus facile pour les usagers potentiels rebutés par le sniff ou la « chasse au dragon » (fumer avec une pipe à eau après basage), lesquels, malgré leur banalisation, portent encore les stigmates de l'univers de la toxicomanie. Cet usage apparaît aussi comme porteur de convivialité puisque les cigarettes à la cocaïne peuvent circuler entre les fumeurs. Cela constituerait une manière moins onéreuse de partager le produit que d'offrir une ligne à chacun. La combinaison de la cocaïne à un joint de cannabis serait appelée « Dame Blanche ». Cependant, cette pratique impliquerait une perte importante du produit lors de la combustion. Les effets sont décrits comme plus doux et plus légers que le sniff ou l'inhalation du free-base, plus durables, mais nettement moins intenses. Il semblerait que le milieu de prédilection de cette pratique soit constitué de jeunes fréquentant l'espace festif, plutôt bien insérés dans la société.

Certains usagers (Bordeaux) affirment, de plus, mesurer la qualité de la cocaïne avec cette technique : « *Ils observent comment réagit la cocaïne à la chaleur ; plus elle fait des bulles et se consume sans couler, sans partir, meilleure elle est* » [60].

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

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

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

## **Associations de produits**

La cocaïne est pratiquement toujours associée à l'alcool et souvent au cannabis. La toxicité hépatique du mélange alcool / cocaïne lié à la formation de cocaé-

thylène est largement ignorée des usagers et de nombreux intervenants du champ [13, 21, 32]. Enfin l'usage du speedball, association d'héroïne et de cocaïne, consommée en sniff ou par injection est toujours décrit.

## **Perception**

Selon l'appellation et la forme sous lesquelles elle apparaît, la cocaïne fait l'objet d'appréciations et d'images radicalement différentes.

La cocaïne, sous sa forme chlorhydrate, est considérée comme une consommation de luxe, apanage des milieux « branchés ». C'est une des raisons pour laquelle cette substance bénéficie d'une image « positive » associée à un certain niveau de réussite sociale et à la croyance que ce produit est une drogue relativement facile à gérer à condition de la consommer avec modération [15]. Elle perd ainsi progressivement son statut de « drogue » pour acquérir celui « d'adjuvant de la convivialité festive » comme l'exprime le rapport lorrain [32]. L'idée qui prévaut est que la cocaïne n'est pas aussi nocive que les autres drogues. Elle serait à la rigueur perçue comme une simple « vitamine » [30]. Si les risques sanitaires ne sont pas totalement méconnus ils sont perçus comme étant du même registre que ceux de l'alcool. Le fait qu'elle est principalement sniffée renforce cette perception. Ainsi, le risque infectieux lié au partage des pailles est totalement ignoré parmi les usagers des espaces festifs commerciaux. Dans l'espace festif, la prise de la cocaïne en groupe et le rituel du partage qui en découle sont souvent associés à la « convivialité », laquelle est similaire, en quelque sorte, à celle fréquemment évoquée pour le cannabis. La cocaïne est également perçue de manière plutôt positive par les jeunes consommateurs occasionnels, sniffeurs ou fumeurs, socialement bien insérés. Seul lui est reproché son prix.

Toutefois, cette perception positive est plus nuancée chez les consommateurs réguliers et chroniques. Ceux-ci prennent en effet conscience d'aspects problématiques liés à l'usage telle la dépendance psychique et ses conséquences sociales découlant en particulier du coût du produit. L'usage régulier est ressenti comme synonyme de perte de maîtrise. Les injecteurs de cette substance subissent, de plus, les contrecoups d'un mode d'administration perçu comme dégradant [15].

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

Le free base, en revanche, est perçu par l'utilisateur qui ignore son identité commune avec le crack, comme un moyen de purifier la cocaïne en même temps que d'en intensifier les effets. Beaucoup d'usagers, même s'ils connaissent cette parenté

avec le crack évoquent toutes sortes de différences, notamment dans les procédés de fabrication qui font selon eux du crack un déchet et du free base un produit pur et « haut de gamme » [23, 32].

## Conséquences de l'usage

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

Les problèmes aigus rapportés par les usagers, outre la symptomatologie désagréable de la descente, sont les surdosages. Les usagers réguliers quant à eux rapportent de manière très fréquente des saignements de nez et des irritations de la cloison nasale, des problèmes d'amaigrissement, de troubles du sommeil, des palpitations, etc.

Les rapports 2008 signalent de manière récurrente, les brûlures occasionnées par l'ingestion ou l'inhalation involontaire d'ammoniaque destiné à la préparation du free base et stocké dans bouteilles d'eau ou de bière [13, 19, 23]. Ces accidents surviendraient notamment en milieu festif alternatif et nécessiteraient l'intervention des services sanitaires. Les fumeurs de crack précarisés présentent par ailleurs une symptomatologie propre (voir encadrés « Usagers de cracks ») avec notamment des brûlures et blessures des lèvres et des mains.

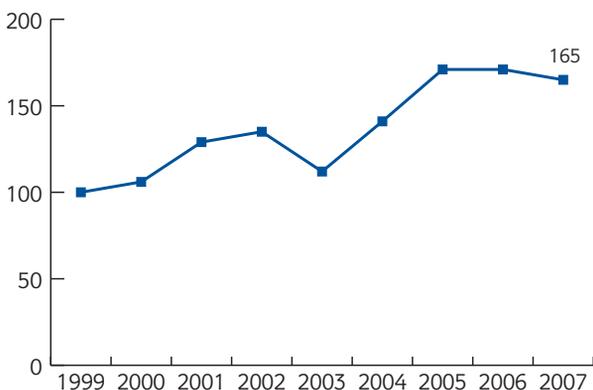
Enfin, la dépendance, rarement citée en tant que telle, transparait dans les discours relatifs à l'envie de consommer et aux effets de la cocaïne. Le manque lié à l'usage de cocaïne est décrit comme « un désir ardent, une envie irréprensible » de consommer à nouveau, particulièrement intense et lancinant, survenant dans la semaine suivant une prise ou juste après. Le souhait de reprendre de la cocaïne, jusqu'à épuisement du stock, est largement décrit par les usagers. Ce phénomène est majoré avec la cocaïne basée d'une part, mais surtout avec l'injection pour laquelle l'utilisateur qui recherche le « flash » intense mais court (15

minutes semble-t-il) se voit « contraint » d'enchaîner compulsivement shoot sur shoot. D'autant que la descente est décrite comme très désagréable : angoisse, paranoïa, tristesse, énervement, symptômes calmés par la prise de sédatifs ou d'opiacés. Les structures de première ligne font état d'usagers en situation d'épuisement physique (amaigrissement) et psychologique. L'injection compulsive de cocaïne peut se traduire par une détérioration veineuse qui peut être rapide mais surtout par l'oubli des procédures de réduction des risques (matériel stérile, non réutilisé, non échangé) même quand celles-ci sont bien connues des usagers. En effet, la confiance et l'euphorie provoquées par la cocaïne rendraient, au fil des prises, l'usager relativement insouciant alors que le contrôle de ses gestes deviendrait plus difficile (précipitation, tremblements...). De plus, certains usagers n'utiliseraient pas les filtres des kits d'injection, les jugeant trop petits [13].

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

Toutefois, entre 2000 et 2007, on peut estimer que le nombre d'usagers pris en charge principalement pour un usage de cocaïne et de crack dans les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) a progressé de 65 %, même si leur part dans l'ensemble des prises en charge reste faible [35].

**Graphique 11 - Indice du nombre moyen par CSST de demandes de traitement avec la cocaïne ou le crack comme produit principal**



Lecture : Un indice égal à 150 signifie que l'effectif a augmenté de 50 % depuis l'année 1999.

Source : Sources : OFDT, analyse des rapports d'activités des CSST, 2007 [61]

En 2008, la cocaïne constitue le produit posant le plus de problèmes pour 7,3 %<sup>109</sup> des primo consultants dans les centres spécialisés de soins aux usagers de drogues (RECAP 2006-2008, analyse à champ constant) [35]. Le crack, quant à lui, représente le produit le plus problématique pour 1,4 % des primo consultants. Les données font état d'une certaine stabilité entre 2006 et 2008. Si la part de la cocaïne est légèrement décroissante (-5 % entre 2006 et 2008), l'estimation du nombre de patients concernés montre une croissance de 4 %<sup>110</sup>.

Parmi les usagers fréquentant les CAARUD, si la part d'usagers pour qui la cocaïne constitue le produit le plus problématique en 2008 est sensiblement identique (7,7 %)<sup>111</sup>, la part de ceux pour qui le crack apparaît plus problématique s'élève à 7,3 % [11].

En 2008, la cocaïne est le premier produit ayant entraîné une dépendance pour 4 % des personnes suivies en centres de soins spécialisés loin derrière les opiacés et le cannabis [4]. Cette part apparaît stable.

Les données du dispositif DRAMES recensent en 2007, parmi les 110 décès directement liés aux drogues signalés, une part des décès avec présence de cocaïne s'élevant à 28 %, un tiers d'entre eux étant liés à la seule prise de cocaïne, les deux tiers restants étant associés à des prises combinées à d'autres substances, notamment des opiacés [6]. En 2005 et 2006, la part des décès liés à la cocaïne était presque identique (28 % et 26 %) [62].

## COCAÏNE ET CRACK PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007

### La cocaïne, poursuite de la diffusion de l'usage

« Banalisation » et « démocratisation » sont les deux mots qui reviennent le plus souvent sous la plume des observateurs du réseau des sites. Que ce soient dans l'espace urbain, au sein duquel évolue une population d'usagers de drogues marginalisés, ou dans les différents espaces festifs (free parties, boîtes, discothèques, soirées privées), la disponibilité du chlorhydrate augmente encore. Certains sites, comme Marseille, signalent même que dans le milieu festif commercial, la cocaïne aurait détrôné l'ecstasy, jusque là prédominante.

109. Sachant que alcool, cannabis et tabac comptent pour 36,3 % et les opiacés pour 39,5 %.

110. Estimation de l'effectif de nouveaux patients pour qui la cocaïne est le produit le plus problématique à champs constant, c'est-à-dire pour les 120 CSST présents ayant participé à RECAP en 2006 et en 2008. Ceux-ci représentent la moitié de l'effectif des CSST français.

111. À comparer à l'ensemble des opiacés (43 %) et l'alcool (18,7 %).

Il semble qu'en 2007 et 2008, dans la continuité des années précédentes, la cocaïne poursuive sa diffusion dans des milieux de plus en plus hétérogènes. Trois sites (Marseille, Rennes et Metz) soulignent en outre cette année, l'émergence d'une « nouvelle » population d'utilisateurs de cocaïne, jeunes (16-25 ans) issus des quartiers, cités, banlieues périphériques ou agglomérations périurbaines qui jusqu'alors ne consommaient que du cannabis .

### **EXTENSION ÉGALEMENT DE L'EXPÉRIMENTATION DE LA COCAÏNE BASÉE**

Plusieurs signes laissent penser que la diffusion de l'usage de la cocaïne basée serait toujours à l'œuvre vers des groupes d'utilisateurs éloignés du milieu alternatif underground où il était cantonné au début de la décennie. En effet, alors que Toulouse note une certaine stagnation dans le processus en 2008, Rennes et Metz notent clairement une extension de la pratique du basage [17, 19, 23]. Le rapport parisien mentionne quant à lui la poursuite en 2008 de la diversification des utilisateurs de cocaïne basée<sup>112</sup> : en marge des consommateurs de crack du nord-est parisien, des « teuffers » ou des punks qui fréquentent l'espace festif alternatif, on observe également des utilisateurs très aisés qui consomment lors de fêtes privées, de très jeunes utilisateurs (18-20 ans) portant les signes du milieu techno, mais également de jeunes consommateurs issus de milieux plutôt défavorisés et en provenance de banlieue [21]. À Rennes, un groupe d'utilisateurs de 20-25 ans insérés socialement consommerait la cocaïne uniquement sous sa forme base. Certaines populations de free-basers acquerraient une visibilité en venant s'approvisionner en kit-base<sup>113</sup> ou en pipes à crack récemment mis à disposition par certaines structures [19].

Concernant le crack, habituellement accessible uniquement dans le nord-est de Paris<sup>114</sup>, on note en 2008 son apparition occasionnelle sur le marché lillois, lorsque des dealers en rapportent de Paris [24]. De même, le site bordelais signale en 2008, essentiellement pendant l'été, une vente de crack dans l'espace festif techno et (musicalement) généraliste à partir duquel il aurait également été diffusé dans l'espace urbain. Il proviendrait lui-aussi de la région parisienne et aurait été vendu au caillou et non au gramme. Il est trop tôt pour faire la part entre un phénomène sans lendemain ou le début d'une tendance.

112. C'est-à-dire des utilisateurs dont une des caractéristiques principales en termes d'usage semble être de consommer du crack/free base.

113. Il s'agit d'un outil de prévention du VIH et des hépatites destinés aux fumeurs de cocaïne (crack/free base). Il est composé d'un doseur, d'embouts, de crèmes cicatrisantes et d'un document d'information sur les risques inhérents à ce mode d'administration. (Rapport de Rennes 2008).

114. Pour la France métropolitaine.

## **ENRACINEMENT D'UN NOUVEAU MODE D'USAGE DE LA COCAÏNE : LA COCAÏNE FUMÉE**

Si le sniff reste le mode d'administration dominant de la cocaïne, les observateurs du réseau des sites notent depuis deux ans le développement d'une nouvelle modalité d'usage consistant à mélanger du chlorhydrate de cocaïne avec du tabac et/ou du cannabis pour la fumer. Le choix d'une telle modalité s'expliquerait par une volonté de discrétion (moindre visibilité par rapport au sniff et à l'injection) et par la convivialité que permet la cigarette, celle-ci étant susceptible de circuler entre les membres d'un groupe.

## **INTÉGRATION DE LA COCAÏNE DANS LES RÉSEAUX DE VENTE DU CANNABIS**

La tendance, enregistrée depuis quelques années, qui voit la cocaïne, dont le trafic est particulièrement lucratif, intégrée à l'offre des réseaux de trafiquants de cannabis implantés dans la périphérie des grandes villes se confirme encore en 2007 et 2008. Ainsi, les sites de Paris et Metz signalent le développement de deals de rue et de « cités » organisés par d'anciens revendeurs de cannabis voire d'héroïne pour le site de Lille [17, 21, 24].

De la même manière, depuis deux ans, les observateurs du site de Paris notent l'apparition d'une nouvelle population de vendeurs de crack constituée de jeunes issus des cités populaires de Paris et de Seine-Saint-Denis. Jusqu'à récemment, le deal de crack dans les quartiers du nord-est parisien était le fait, quasi exclusivement, de revendeurs africains (les modous) [21].

### **À signaler**

#### **Des squats administrés par des trafiquants de crack**

Le rapport parisien signale la constitution à deux reprises en 2008, à Saint-Denis (93), de squats concentrant des usagers de cracks administrés par les dealers qui assuraient notamment une gestion des entrées et sorties, et non par les usagers eux-mêmes comme c'est le cas habituellement. Ces deux squats, où la réduction des risques n'entraînait pas, ont constitué des lieux à hauts risques pour les usagers (partage du matériel, prostitution plus ou moins organisée sur place, agressions...). Ils ont été successivement évacués en 2008 et début 2009 [21].

## **L'ECSTASY (MDMA)**

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

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

Elle est consommée pour ses effets stimulants « antifatigue » permettant d'allonger le temps de la fête, empathogènes (effets « love »), désinhibants, légèrement euphorisants et surtout entactogènes (amplification des sensations permettant notamment un ressenti particulier de la musique). Selon les usagers, elle permettrait également de « mieux tenir l'alcool ».

### **Données de cadrage**

L'ecstasy demeure un produit relativement peu expérimenté (2 % chez les 18-64 ans) dans la population générale en France. Cependant, le niveau d'expérimentation est plus élevé chez les jeunes adultes (4 % chez les 18-25 ans). Le nombre de personnes âgées de 12 à 75 ans ayant expérimenté l'ecstasy est estimé à 900 000 personnes et celui des usagers au cours d'une année à 200 000 (soit 0,5 % des 18-64 ans). L'usage au cours de l'année ne concerne que 1,4 % des 18-25 ans. Il a subi une hausse significative entre 2000 et 2005 [7].

Les données issues d'ESCAPAD en 2008 montrent que parmi les jeunes âgés de 17 ans, 2,1 % des filles et 3,6 % des garçons déclarent avoir consommé de l'ecstasy au moins une fois dans leur vie. Par rapport à la précédente enquête menée en 2005, ces pourcentages sont en baisse tant chez les filles (2,8 %) que chez les garçons (4,2 %). [53].

Les interpellations pour usage simple d'ecstasy en 2008 s'élèvent à 619, soit une baisse de près de 20 % par rapport à l'année précédente. Après une croissance continue entre 1990 et 2002, les interpellations pour usage de MDMA connaissent une chute continue. Les niveaux actuels ramènent à la situation qui prévalait à la fin des années 90 [9].

Les quantités saisies d'ecstasy sont les plus faibles depuis 10 ans. Elles s'élèvent en 2008 à 342 000 soit 75 % de moins qu'en 2007 (1,4 million de comprimés saisis) [9].

## LA SITUATION

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

### Perception

Les différentes formes de la MDMA apparaissent actuellement dans les représentations des consommateurs nettement hiérarchisées. Les comprimés d'ecstasy délaissés par nombre de consommateurs « avertis », ne seraient parfois même plus assimilés à de la MDMA. Réputés fortement coupés, ils contiendraient « *des trucs chimiques, nocifs pour la santé*<sup>115</sup> », notamment « des médicaments et de l'amphétamine ». De plus, la diffusion massive de l'usage observée depuis quelques années prive l'ecstasy de l'aura distinctive qu'elle conférerait à l'usager au début des années 90. L'ecstasy en comprimés apparaît désormais comme « ringarde » et quasiment réservée aux novices. En effet, pour de jeunes usagers du milieu festif (d'environ 15 à 20 ans), l'ecstasy, consommée par voie orale, semble constituer « une substance charnière, d'entrée dans une sous-culture, dans laquelle ils se construisent une identité » [77]. La poudre en revanche serait l'apanage des « anciens » de 25 à 30 ans, davantage intégrés dans un sous-groupe culturel et montrant, par cette préférence, leur caractère branché. Pour eux, la poudre serait de la MDMA relativement pure. Sa forme, rappelant celle de la cocaïne permettrait d'en imiter le mode de prise, le sniff, faisant en quelque sorte rejaillir sur ce produit moins cher un peu de l'image de cette dernière, tout en favorisant des sensations plus intenses que la prise orale. Certains usagers [21] lui attribueraient même une origine naturelle !

---

115. Citation d'usager

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

## **Fréquences d'usage et usagers**

C'est principalement dans les milieux festifs techno que les usagers de la MDMA sont rencontrés. En 2003-2004, 70 % des 1 496 personnes interrogées dans les lieux fréquentés par ces groupes ont expérimenté l'ecstasy. Elles sont 93 % dans le seul milieu techno « alternatif<sup>16</sup> » (teknivals, free-parties...). Un tiers des personnes en a consommé au cours du mois précédent (54 % en milieu alternatif) [27].

Dans l'espace festif commercial des clubs et des discothèques, l'usage d'ecstasy concerne surtout une population jeune, plutôt bien insérée dans la société, pour laquelle la consommation s'inscrit, en théorie, dans un cadre récréatif. Les formes « comprimé » et « gélule » y sont les plus répandues.

On trouve, dans l'espace alternatif (free et rave parties), davantage de personnes se revendiquant d'une contre-culture, dont les *travellers* constituent le symbole, mais aussi de nombreux jeunes « teuffeurs » qui, s'ils se revendiquent de cette culture alternative, la maîtrisent peu. Ils sont surtout à la recherche d'expérimentation, particulièrement de psychotropes. Sans être désinsérés - les plus jeunes vivent encore chez leurs parents - leur intégration professionnelle est fréquemment précaire. Fréquentent aussi cet espace, le groupe nommé « jeunes errants » par le dispositif TREND composé de jeunes désaffiliés pour qui le passage par les événements festifs ne constitue qu'une étape dans un parcours d'errance. Dans ces milieux c'est la forme poudre qui est la plus volontiers consommée.

Ce constat s'explique par deux raisons :

- D'une part, depuis plusieurs années déjà, la qualité, réelle ou supposée, toujours plus médiocre et aléatoire des comprimés, perçue par les usagers, les conduit à se tourner vers la MDMA en poudre supposée être « réellement » de la MDMA, à tel point que la dénomination « ecstasy » ne s'applique plus qu'aux comprimés, la poudre étant simplement désignée par le terme « MDMA ».
- Par ailleurs, à la recherche de sensations plus intenses et de moyens de se démarquer des novices, les usagers les plus expérimentés se sont tournés vers la poudre et le sniff réservés jusqu'alors aux « initiés ». Comme tout effet de mode, celui-ci tend à se diffuser au delà du noyau d'origine.

---

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

Ainsi, les novices consommeraient plutôt des ecstasy (comprimés), alors que les plus âgés (25-30 ans) privilégieraient la poudre.

Si ces usages s'inscrivent en théorie dans un cadre récréatif, il n'en demeure pas moins que près du tiers (31 %) des personnes ayant consommé de la MDMA au cours du mois précédent en a pris plus d'une fois par semaine. Cela représente 17 % de l'ensemble des personnes, usagères de drogues ou non, rencontrées dans le milieu festif « alternatif ». Une frange des usagers du dernier mois en consomme tous les jours (1,7 %) [27].

### **Usages hors de l'espace festif**

Ces produits sont peu consommés en dehors des groupes qui fréquentent le milieu festif et s'il existe effectivement en France un usage non festif, il est souvent le fait d'usagers appartenant principalement à la population des jeunes « errants » qui fréquentent également les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques). Dans les CAARUD, selon l'enquête ENa-CAARUD menée à la fin de l'année 2008, 10,6 % des personnes ont pris de la MDMA et il s'agit pour près des trois quarts des usagers (74,6 %) d'une consommation occasionnelle intervenant moins d'une fois par semaine [11]. Il existe un usage plus chronique, justifié par les qualités stimulantes du produit, lesquelles permettraient d'affronter l'univers de la rue, mais celui-ci demeure minoritaire.

## **Marché**

### **Prix et offre**

Après le cannabis, la MDMA est la substance illicite la plus répandue en France dans l'espace festif, qu'il soit commercial ou alternatif. Le trafic est le fait, dans l'écrasante majorité des cas, de micros-réseaux. En 2007, le rapport de l'OCRTIS fait état de 11 filières d'approvisionnement des milieux festifs démantelés en France, lesquels alimentaient les boîtes de nuit des grandes villes françaises, agissaient à l'intérieur des raves parties et des rassemblements musicaux [42].

Selon qu'elle se présente sous telle ou telle forme, la disponibilité varie selon les types d'événements : les formes « comprimé » et « gélule » sont très répandues dans l'espace festif commercial, la forme poudre l'est d'avantage dans l'espace alternatif.

En 2008, le prix des comprimés constaté par le réseau des sites TREND tend à se stabiliser à 5 € en moyenne après des baisses marquées jusqu'en 2007 (- 50 % entre 2000 et 2005). La tendance à la baisse était notamment spectaculaire s'agissant des comprimés achetés en « gros » puisque le prix moyen du comprimé peut s'établir à 3 voire 1 €.

La MDMA sous forme de poudre reste quant à elle beaucoup plus chère. En 2008, les sites font état de prix compris entre 50 et 60 € le gramme. Seul le site de Lille rapporte un prix-plancher nettement plus bas (30 €).

La forme dénommée « cristal » est signalée en 2008 à Paris, Lille, Marseille, Rennes et Toulouse. Le produit se présente sous forme de cristaux translucides, de couleurs marron clair, rouge, blanc, gris ou jaune, épais pour certains de plusieurs millimètres. Les cristaux doivent être écrasés avant d'être sniffés. Le cristal serait vendu entre 70 et 80 € le gramme.

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

### **Composition**

D'après les analyses effectuées dans le cadre de l'enquête SINTES-Observation de novembre 2008 à décembre 2009<sup>117</sup>, un comprimé d'ecstasy contient en moyenne 21 % de MDMA (avec des écarts allant de 0 à 100%) [40]. D'après les analyses réalisées sur les produits saisis par les services des douanes et de police en 2008, la plupart des comprimés d'ecstasy contiennent en moyenne 24 % de MDMA. Cela représente entre 30 et 60 mg de MDMA par comprimé [56].

Les comprimés d'ecstasy contenant des dosages très élevés c'est-à-dire supérieurs à 80 % sont rares. Ces dosages ne sont observés que dans les poudres : 38 % des poudres collectées<sup>118</sup> dans l'enquête SINTES de 2008-2009 contiennent plus de 80 % de MDMA, la teneur moyenne étant de 69 % [40]. D'après les analyses réalisées sur les poudres saisies par les services répressifs, la moyenne des teneurs en MDMA est de 52% [56].

Parmi les échantillons analysés par l'OCRTIS, la majorité des produits de coupage retrouvés en 2008 est le lactose (identifié dans 42 % des comprimés) puis la caféine (24 %) [56].

### **Modes d'usage**

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

Pour les comprimés et les gélules, la voie orale constitue de loin le mode d'administration le plus courant en 2008 : parmi les usagers des CAARUD, 81 % de ceux qui ont pris de l'ecstasy dans le mois précédent l'ont pris par cette voie [11].

---

117. 87 comprimés collectés étaient supposés contenir de la MDMA.

118. 41 poudres collectées étaient supposées contenir de la MDMA.

Le sniff est également fréquemment rencontré, notamment depuis l'année 2005 pendant laquelle les villes de Marseille, Metz et Paris signalaient son développement dans l'espace festif commercial, y compris pour la forme comprimé préalablement écrasée. La recherche d'effets plus intenses (liés à une montée plus rapide), la popularité du sniff (mode d'administration « branché ») et enfin la recherche d'une dimension plus conviviale liée au partage de traits sont à l'origine de cette pratique. Dans les CAARUD, 22 % des usagers d'ecstasy dans le mois précédent l'utilisent [11].

C'est parmi ces polyusagers les plus précaires rencontrés aussi dans les structures de réduction des risques en milieu urbain (CAARUD) que l'on rencontre des pratiques d'injection de poudres ou de comprimés pilés. Elles demeurent le fait de jeunes marginalisés évoluant aux frontières de l'espace urbain et de l'espace festif alternatif, nommés « jeunes errants » par le dispositif TREND. Les usagers rechercheraient une montée plus rapide du produit et des effets plus intenses. Ainsi, 14 % des usagers des CAARUD ayant consommé de la MDMA au cours du mois précédent l'enquête l'ont injectée en 2008 [11].

Sont également signalés comme modes d'absorption apparus plus récemment :

- L'inhalation à chaud par la méthode dite « chasse au dragon » utilisée par 3 % des usagers des CAARUD environ.
- L'ingestion de la poudre de MDMA par la méthode dite de la « bombe » ou du « parachute »: le produit est déposé sur une feuille de papier à cigarette, roulée ensuite sur elle-même et avalée.
- L'ingestion de comprimés d'ecstasy (parfois un assortiment de différents logos), réduits en poudre et mélangés avec un alcool fort – absinthe notamment. La poudre de MDMA peut également être dissoute, par pincée, dans une boisson (Paris).

## Conséquences de l'usage

La part de l'ecstasy dans les prises en charge par les CSST reste faible : chez les usagers consultant nouvellement dans un CSST en 2008, l'ecstasy représente le premier produit problématique pour 0,6 %<sup>119</sup> des patients (contre 0,8 % en 2006) [35]. Parmi les décès en relation avec la prise de produits psychotropes recensés par le dispositif DRAMES en 2007, la MDMA est présente dans 4 décès sur 192 soit dans 2 % des cas [6].

---

119. Nouveaux patients, analyse à champs constant.

## **MDMA, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007**

### **Le déclin de l'ecstasy (comprimé)**

La plupart des sites appartenant au dispositif TREND font état de l'omniprésence de la forme « poudre » ou « cristal », vendue sous l'appellation « MDMA ». Dans certains sites, il semble qu'elle ait supplanté la forme comprimé. Ces constats, au regard des observations des années précédentes, ne sont guère surprenants. D'une part, la forme comprimé voit son image auprès des consommateurs se dégrader depuis des années du fait d'une qualité perçue comme de plus en plus aléatoire ; d'autre part, et plus fondamentalement, il semble que le « cycle » du comprimé initié il y a une dizaine d'années soit en train de s'épuiser : le comprimé s'est semble-t-il ringardisé au profit de formes comme la poudre, qui bénéficie d'une proximité certaine avec l'image de la cocaïne. Cette appréciation doit être cependant tempérée par le fait que le comprimé reste encore la porte d'entrée de l'usage pour les jeunes, primo arrivants dans le monde festif.

Du côté de l'offre, le marché de la MDMA a également opéré un glissement, du comprimé vers la poudre pour aboutir en 2009 à des périodes de pénurie d'ecstasy dans certains endroits.

De plus, si la MDMA sous ses autres formes est encore considérée comme très disponible en milieu festif, on note que les indicateurs généraux suivent plutôt une tendance à la baisse (usage à 17 ans, interpellations, saisies...) qui pourrait annoncer un recul plus général de la MDMA.

### **Confirmation de la présence d'une forme dite « cristal »**

En 2006, les observateurs de Paris, Lille, Marseille et Rennes faisaient état de l'apparition d'une nouvelle forme d'ecstasy dite « cristal ». En 2007 et 2008, la présence de ce produit se confirme et se développe sur de nouveaux sites comme Toulouse. Le « cristal » se présente sous la forme de caillou ou de cristaux qu'il est nécessaire d'écraser avant de sniffer. Il est encore trop tôt pour dire si cette forme détrônera à l'avenir la poudre. Cependant il semblerait qu'elle jouisse d'une image favorable du fait de ses effets encore plus forts que ceux de la poudre.

## AMPHÉTAMINE ET MÉTHAMPHÉTAMINE

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

L'amphétamine est surtout utilisée dans un objectif purement fonctionnel : son effet sur l'endurance et la performance physique apparaît plus durable que celui de la cocaïne et il jouit d'un meilleur rapport effet-prix quand c'est cet objectif qui est recherché. Sa consommation est essentiellement festive, mais l'amphétamine est également utilisée par certains comme produit dopant ou comme coupe-faim. Utilisée dans un cadre médical par le passé pour diminuer l'appétit, elle n'est plus autorisée à la prescription qu'en cas d'indications très restreintes (et sans rapport avec l'appétit) : hyperactivité de l'enfant et narcolepsie.

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

La méthamphétamine, dérivé synthétique puissant de l'amphétamine nommé Ya ba, Ice, crystal ou crystal-meth est une substance dont la consommation est quasi inexistante en France en dépit de la forte médiatisation dont elle fait régulièrement l'objet [91]. Au plan international, elle est surtout consommée en Asie du Sud-Est et en Amérique du Nord. Très peu présente en Europe, elle l'est néanmoins en République tchèque sous le nom de Pervitin et dans certain pays d'Europe de l'Est (Ukraine, Fédération de Russie). Sa synthèse à partir de la pseudo-éphédrine, facile d'accès, est relativement simple et peu coûteuse.

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

## **Données de cadrage**

La fréquence de l'expérimentation d'amphétamines en population générale en 2005 est faible (1,5 % des personnes âgées de 18 à 64 ans). Elle est plus élevée chez les 26-44 ans (1,8 %) que chez les 18-25 ans (0,1 %). Sa consommation au cours de l'année ne dépasse pas 0,3 % chez les 18-25 ans, classe d'âge où elle est la plus fréquente [7].

Chez les jeunes de 17 ans, en 2008, l'expérimentation est de 1,9 % chez les filles et de 3,6 % chez les garçons. On observe une augmentation par rapport aux résultats de l'année 2005, seulement significative pour les garçons (2,6 %) [53].

La part des amphétaminiques (amphétamine et ecstasy) comme produit à l'origine des prises en charge dans les CSST se situe à 1 % de l'ensemble des consultants de ces centres. Cette part, de même que le nombre de personnes concernées, est décroissante après avoir atteint un maximum en 2002 (2,3 %) [61].

Le nombre des interpellations pour usage simple d'amphétamines est en forte hausse. Elles passent de 191 à 364 en 2008 [9].

Les saisies d'amphétamines s'élèvent en 2008 à 109 kg contre 307 kg en 2007. Subissant de fortes variations d'une année sur l'autre, les saisies connaissent cependant une tendance ascendante sur le long terme. Celles de méthamphétamine sont négligeables (247 g) [9].

## **LA SITUATION**

### **Marché**

#### **Amphétamine**

En dépit des données de saisies, pratiquement tous les sites TREND signalent, en 2008, une disponibilité de l'amphétamine modérée, inconstante, voire en baisse avec des périodes de pénurie.

En France, l'amphétamine reste essentiellement présente dans l'espace festif techno, notamment dans les milieux alternatifs (free parties et teknivals). Elle est également disponible dans les clubs et les discothèques mais à une échelle moindre même si certains sites comme Marseille signalent un développement de la consommation dans ce milieu.

En milieu urbain, à l'exception de Rennes où il semble davantage présent, le speed est un produit rare et peu visible. Il est toutefois possible de s'en procurer auprès des usagers fréquentant les deux espaces (jeunes errants, *travellers*, etc.).

En 2007 et 2008, les prix du gramme de poudre varient selon la qualité du produit et s'échelonnent de 10 à 30 €, ce qui en fait un produit beaucoup plus abordable que la cocaïne. Le gramme d'amphétamine en poudre peut être acquis en moyenne pour 17 € en 2008. Son prix subit une tendance décroissante.

Comme pour la plupart des substances, les régions du nord-est « bénéficiant » de prix plus faibles, du fait de la proximité des Pays-Bas, de la Belgique et de l'Allemagne qui permet un approvisionnement direct et des achats en lots.

### **Méthamphétamine**

En dépit des rumeurs persistantes<sup>120</sup> la présence de méthamphétamine n'est confirmée dans aucun des sites TREND (voir infra). Les données des statistiques policières et douanières confirment qu'il n'existe pas de marché constitué pour ce produit en France [9]. Il existe des traces d'entrée de la méthamphétamine sur le territoire français mais extrêmement confidentielles. C'est notamment le fait d'hommes qui fréquentent le milieu festif gay parisien et en rapportent de capitales étrangères. De même, il pourrait exister de manière très ponctuelle des fabrications locales de méthamphétamine. Ainsi un CAARUD breton rapporte en 2007, l'appel d'une pharmacie où un achat massif de pseudo-éphédrine a été effectué. À Paris, un CAARUD rapporte le récit d'un usager régulier qui synthétise pour son usage personnel (en injection) de la méthamphétamine à partir de la pseudo-éphédrine contenue dans des médicaments [18].

Il s'agit cependant d'un produit recherché par certains usagers et dont la consommation ou la circulation est signalée régulièrement par des témoignages en général isolés [18-19, 24]. L'analyse d'un échantillon lié à un de ces témoignages a révélé l'absence de méthamphétamine.

Pour des raisons probablement commerciales, certains dealers donnent le nom de méthamphétamine à des échantillons fortement dosés de MDMA. Par ailleurs, l'usage du terme « cristal » pour désigner la forme en cristaux d'autres produits (MDMA, amphétamine) peut créer une certaine confusion avec le terme « crystal » qui désigne parfois la méthamphétamine [1].

La méthamphétamine fait partie des produits recherchés en permanence pour analyse par le dispositif SINTES-veille. Depuis 2006, quatre échantillons annoncés sous l'appellation méthamphétamine ont pu être collectés et analysés. Aucun ne contenait de la méthamphétamine. Ils contenaient, en revanche, de l'amphétamine seule à forte dose ou en association avec de la caféine et de la phentermine (un coupe faim vendu sur internet de la même famille chimique que l'amphétamine).

---

120. On peut trouver un approfondissement de la question du décalage entre les annonces récurrentes de l'arrivée de la méthamphétamine en France et de sa présence réelle dans Lahaie, E. and J-E. Adès, « Mythe-amphétamine et autres mythes », in *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999*, OFDT, Editor. 2010: Saint-Denis.

## **Fréquence d'usage et usagers**

### **Amphétamine**

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

En milieu festif techno, l'étude, réalisée en 2004 et 2005 montre que la moitié des personnes (51 %) en ont pris au moins une fois au cours de leur vie (77 % en milieu techno alternatif). Parmi l'ensemble des personnes rencontrées, 13 % en ont consommé dans le mois précédent (29 % en milieu techno alternatif) [27].

Dans l'espace urbain (centre des grandes agglomérations), les usagers d'amphétamine appartiennent principalement à la population des jeunes « errants » (voir « Approche transversale »). Le site de Paris signale également un usage parmi des squatteurs, non apparentés semble-t-il au milieu festif techno, approvisionnés essentiellement par du speed venant des pays de l'Est. À l'instar de certains usages d'ecstasy, les usages d'amphétamines ne seraient plus toujours festifs.

Dans les CAARUD, selon l'enquête menée en 2008, seuls 14,1 % des usagers ont pris de l'amphétamine au cours du mois précédent [11].

### **Méthamphétamine**

En milieu gay festif<sup>121</sup>, une étude ethnographique réalisée en 2007 à Paris et à Toulouse semble confirmer l'existence de prises occasionnelles de méthamphétamine par certains [1]. Il est essentiellement utilisé en contexte sexuel dans un lieu privé mais parfois public (sauna). Dans tous les cas, le produit était offert par des hommes ayant eu l'occasion de le rapporter de Londres, Berlin ou Los Angeles. Il était essentiellement fumé. En 2008, lors d'observations ethnographiques, un autre usager dit l'avoir injecté par voie anale. Les effets recherchés sont l'endurance comme tous les amphétaminiques, la désinhibition mais surtout la stimulation sexuelle [21].

## **Modes d'usage**

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

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

---

121. Il s'agit des personnes qui fréquentent le milieu de la fête et notamment les cercles urbains gays ou à tendance gays où une attention particulière est prêté au corps et aux activités sexuelles.

L'injection est le fait d'une population marginale et précaire qualifiée de « jeunes errants » dans le dispositif TREND. Ces jeunes apparentés au milieu techno underground fréquentent également les structures de réduction des risques en milieu urbain. Les effets par voie injectable seraient beaucoup plus intenses et surtout dureraient plus longtemps. Les données d'enquêtes en structures de première ligne (CAARUD) évoquent une augmentation de l'utilisation de la voie injectable parmi les usagers récents d'amphétamine (de 22 % en 2003 à 40 % en 2006 dans l'étude PRELUD, 38,8 % dans l'enquête ENaCAARUD 2008). Cette pratique concerne davantage, mais pas seulement, les usagers de drogues fréquentant peu ou pas le milieu festif techno [11]. Au plan qualitatif, seul le site marseillais remarquait en 2006 une extension des pratiques d'injection d'amphétamine, limitée aux usagers rencontrés dans la structure de réduction des risques d'Aix-en-Provence [75].

## **Perception**

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

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

## **AMPHÉTAMINES, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007**

### **L'usage d'amphétamines toucherait des populations plus jeunes dans l'espace festif alternatif**

Certains sites du dispositif TREND, notamment Marseille et Paris, rapportent une augmentation de la consommation de speed chez les populations les plus jeunes fréquentant les free parties. L'ecstasy sous sa forme comprimé qui constituait la porte d'entrée dans l'usage de substances psychoactives dans ce milieu, tend à être de plus en plus délaissé au profit des amphétamines. Celui-ci apparaît aux usagers comme un produit plus efficace dans ses effets stimulants. Son mode d'administration, le sniff, le rapproche de la cocaïne, produit qui jouit toujours d'un certain prestige dans les milieux festifs.

## AUTRES STIMULANTS EN CIRCULATION DEPUIS 2007

### STIMULANTS SYNTHÉTIQUES

#### La BZP (1-benzylpiperazine)

Cette molécule de la famille des pipérazines dont l'action pourrait se situer entre celles de l'amphétamine et de la MDMA a été classée comme stupéfiant en mai 2008<sup>122</sup> sur proposition de l'AFSSAPS. Auparavant elle avait été collectée plusieurs fois dans le cadre du dispositif SINTES-Veille [48, 92]. Sa diffusion, somme toute discrète, semble aujourd'hui restreinte à la région de Toulouse où elle serait présente depuis les années 2000. Le classement du produit aurait, semble-t-il, mis un frein au processus de diffusion qui était à l'œuvre en entraînant une baisse de sa disponibilité. La poudre de BZP est toujours vendue aux usagers comme BZP contrairement à une autre pipérazine, la mCPP, qui est toujours présentée comme ecstasy. Cette molécule génère sur le site toulousain des discours contradictoires de la part des usagers quant à ses effets. Le prix au gramme est très variable et se situe entre 10 et 50 €. Aucun effet secondaire inhabituel n'a été reporté avec la BZP dans le cadre des collectes SINTES [28, 92].

#### La mCPP (métha-chloro-phenyl pipérazine)

La circulation du produit, discrète mais constante avait été évoquée tout au long de l'année 2008 par le réseau SINTES-Veille [51] (notamment dans le Nord-Pas de Calais), des collectes ayant été réalisées suite à des effets secondaires inhabituels tels que vomissements, maux de tête et légers malaises. La suspicion d'un

---

122. Arrêté paru au Journal Officiel du 15 mai 2008.

accroissement de la diffusion de la mCPP avait été également évoquée précédemment par l'OFDT, notamment en Alsace (grandes quantités saisies par les douanes).

Les points marquants aujourd'hui sont la forte proportion de comprimés de mCPP, vendus comme ecstasy (comprimés de MDMA) par rapport aux comprimés d'ecstasy contenant réellement de la MDMA (seulement 25 %), et l'apparition de poudre de mCPP (vendue comme de la MDMA).

Jusqu'à ce jour, peu d'effets secondaires sont rapportés par les usagers qui ont consommé la mCPP analysée. Bien que relativement expérimentés (consommateurs de MDMA depuis en moyenne 4,6 ans), ils pensent tous avoir consommé de la MDMA. Ceci peut en partie s'expliquer par le fait que la mCPP est pour l'instant faiblement dosée (5 à 10 %) dans les échantillons analysés.

## **La 4 FMP (4 fluoro amphétamine), un produit nouveau**

Un échantillon de poudre vendue comme du speed a été collecté début février 2008 dans le cadre de l'Enquête SINTES-Observation sur les produits de synthèse au cours d'une rave dans le Nord-Pas-de-Calais (59). La voie d'administration était le sniff. L'utilisateur qui déclare consommer ce type de produit depuis plus de 3 ans n'a pas mentionné d'effets indésirables et déclare avoir ressenti les effets recherchés (défonce). La diffusion de ce produit semble peu répandue dans la région [49].

C'est la première fois que la circulation ce produit est signalée en France. L'OFDT a donc notifié sa présence au réseau d'alerte de l'Observatoire européen (Early warning system). Dans le même temps, plusieurs pays de l'UE signalent eux aussi la circulation de 4 FMP (Belgique, Suède, Finlande, Danemark et Angleterre).

## **2-CB**

Ce stimulant synthétique présente un effet majoritairement hallucinogène. Il est signalé dans le chapitre portant sur les hallucinogènes synthétiques.

## **STIMULANTS NATURELS : « ON A VU PASSER EN 2008... »**

### **Du Khat**

Le khat est une espèce d'arbuste ou d'arbrisseau de la famille des Celastracées, originaire d'Afrique orientale, et dont la culture s'est étendue à la péninsule arabe. Son usage est connu chez les populations de ces régions qui consomment ces feuilles pour leurs vertus stimulantes et euphorisantes<sup>123</sup>. Il est classé sur la liste des stupéfiants.

---

123. Définition issue de Wikipédia.

Les saisies du produits par les douanes françaises ont connu une forte croissance entre 2005 et 2006 et s'élèvent depuis à plus de 3 tonnes chaque année. Cependant, une faible part est destinée au marché français [9, 41]. Sur les sites du réseau TREND, sa consommation est signalée à Rennes, uniquement dans un cadre communautaire chez des hommes originaires de la corne de l'Afrique (pays de l'Afrique de l'Est) [19]. Les services de police et de douane ont cependant démantelé en 2007 et 2008 plusieurs petits réseaux centrés sur d'autres grandes villes provinciales françaises et ont ainsi pu identifier quelques autres foyers de consommation communautaires [9, 41].

## **Du kratom**

Le site de Paris évoquait en 2005 et 2006, la consommation d'une poudre provenant de feuilles d'un arbre originaire de l'Asie du Sud-Est, le *Mitragyna speciosa* Korth. La poudre circulait, sous la dénomination « Kratom » dans les milieux festifs alternatifs intéressés par les usages de produits naturels. Ce produit a été observé en 2008 à Marseille, sous forme de résine, consommée par voie fumée (chasse au dragon) [13, 77]. Début 2008, les services des douanes françaises ont saisi un échantillon de ce produit sous forme liquide conditionné dans une fiole et il a fait l'objet d'un signalement de la part de la France, au service de veille européen sur les nouveaux produits (Early warning system) [46]. Par contre, le mitragyna qui faisait partie de la composition annoncée de certains mélanges de plantes présentés comme des substituts légaux du cannabis mis en vente sur le site Biosmoke.com en 2008, n'a pas été retrouvé lors des analyses pratiquées sur des échantillons de ces produits [46].

En Thaïlande et en Malaisie, notamment, l'arbre ferait l'objet d'une culture industrielle destinée à la production d'un substitut aux opiacés. Cette substance, en fonction du dosage, prodiguerait des effets sédatifs ou stimulants. Les effets décrits à Marseille seraient proches de ceux de l'opium, mais en plus légers [13].

Ce produit n'est pas inscrit en France sur la liste des stupéfiants.

## LES HALLUCINOGENES

Les hallucinogènes sont des substances provoquant des distorsions des perceptions visuelles, auditives, spatiales et temporelles et de la perception de son propre corps. On distingue les hallucinogènes naturels et les hallucinogènes synthétiques.

Les principales substances hallucinogènes naturelles consommées sont celles contenues dans les champignons dits « hallucinogènes ». Les autres plantes hallucinogènes (*Datura stramonium*, *Salvia divinorum*...) sont consommées mais de manière beaucoup plus marginale.

Les principaux hallucinogènes synthétiques, moins consommés que les champignons, sont le LSD, parfois appelé « acide », « trip » ou « buvard », et la kétamine, anesthésique humain et vétérinaire qui, à fortes doses, produit des hallucinations. La consommation de GHB/ GBL, marginale jusqu'alors, a connu une progression significative en 2008.

## LES HALLUCINOGENES NATURELS

Les champignons hallucinogènes occupent la part la plus importante des consommations d'hallucinogènes.

Parmi les autres plantes, la salvia et le datura sont les plus fréquemment expérimentées. Il existe par ailleurs de nombreuses plantes hallucinogènes consommées très marginalement par des groupes très spécifiques d'utilisateurs (peyolt, ayahuasca, iboga ...).

### Données de cadrage

L'expérimentation de champignons hallucinogènes en population générale est relativement marginale (2,8 % des personnes parmi les 18-64 ans). Le niveau est plus élevé (3,7 %) chez les 26-44 ans. L'usage au cours de l'année est stable et concerne 0,8 % des 18-25 ans [7].

Parmi les jeunes de 17 ans ayant répondu à l'enquête ESCAPAD en 2008, les champignons hallucinogènes sont expérimentés par 2,2 % des filles et 4,9 % des garçons (ensemble 3,5 %). On n'enregistre pas d'évolution par rapport à 2005 [53].

Entre 2004 et 2007, le seul décès lié à un hallucinogène recensé par le dispositif DRAMES concerne l'iboga [6, 62]. Le nombre de prises en charge en CSAPA liées aux champignons comme principal produit posant problème, très faible voire nul, n'est pas connu avec certitude [35, 61].

En 2008, 120 interpellations pour usage de champignons hallucinogènes ont eu lieu en France. Ce nombre continue à chuter après le pic atteint en 2004 (269). Les interpellations pour trafic, rares, suivent globalement la même tendance (17 en 2008), en dépit d'une remontée entre 2007 et 2008 (10 en 2007) [9].

Après une période de croissance quasi continue de 1998, date de la première saisie, jusqu'en 2004-2005 (26 kg en 2005), la quantité de champignons hallucinogènes saisie évolue en dents de scie selon une tendance qui semblerait décroissante. En 2008, 18,1 kg ont été saisis [9].

## LA SITUATION

Dans la famille des substances hallucinogènes, le phénomène marquant de ces dernières années est la vogue des plantes hallucinogènes. Le développement de cette consommation a été interprété comme s'inscrivant dans une mode présente au sein d'une partie de la population, privilégiant les produits naturels ou biologiques. Cependant, une étude ethnographique menée en 2005 parmi les usagers de ces plantes (étude Reynaud-Maurupt) montre que cette vision d'ensemble nécessite sérieusement d'être nuancée. Cette étude explique par ailleurs la persistance significative de l'usage des drogues synthétiques dans l'espace festif techno, notamment alternatif [93].

Les polysusagers souvent précaires, rencontrés dans les structures de réduction des risques consomment peu de plantes ou champignons hallucinogènes. L'étude Ena-CAARUD 2008, réalisée une semaine donnée dans les structures de première ligne indique que 8,6 % des personnes interrogées dans ce cadre ont consommé des hallucinogènes naturels (hors cannabis) au cours du mois précédant l'enquête. La grande majorité d'entre eux (79,7 %) en ont pris moins d'une fois par semaine. Elles sont très majoritairement avalées (91,0 %) mais 9,4 % les fumeraient. Certains usagers disent en avoir injecté (2,0 %) ou sniffé (1,6 %) [11].

## Les champignons

Les champignons hallucinogènes contiennent des substances possédant des propriétés psychodysléptiques. Certains sont traditionnellement utilisés dans le sud du Mexique dans le cadre de cérémonies sacrées. Il en existe de nombreuses espèces. Certaines poussent en France, d'autres sont exotiques (mexicaines, hawaïennes, colombiennes...). Les champignons les plus consommés en France sont des psilocybes et contiennent comme principe actif de la psilocybine. Celle-ci est classée comme stupéfiant en France. L'amanite tue-mouche particulièrement toxique serait consommée de manière anecdotique.

La disponibilité des champignons hallucinogènes est difficile à apprécier du fait de quatre facteurs principaux :

- le caractère peu observable des modes d'approvisionnement (cueillette saisonnière pour les champignons français, autoproduction et commande par Internet pour les plus exotiques) ;

- l'importance de l'échange et du don dans la circulation de ce type de produits donc l'absence de circuits de trafic structurés ;
- un usage intervenant le plus souvent dans des contextes relevant de la sphère privée ;
- le caractère erratique d'une partie de la consommation du fait des facteurs saisonniers et climatiques.

En Île-de-France, les champignons sont décrits comme disponibles ou très disponibles dans les espaces festifs alternatifs et les soirées privées et relativement disponibles dans les raves payantes [21]. Par contre, les champignons ne seraient pas disponibles dans les clubs et les discothèques. Ailleurs leur disponibilité reste aléatoire et uniquement saisonnière pour les psilocybes français récoltés en automne.

La tendance à autoproduire à partir de spores achetées<sup>124</sup> sur Internet ou échangées entre producteurs semble en hausse [21-22]. La croissance durerait quelques semaines mais le procédé, selon le rapport de Metz serait assez productif, ce qui permettrait éventuellement de vendre une partie de la récolte : « trois récoltes différentes à partir d'un même lot pourrait permettre de produire à chaque fois entre 80 g et 130 g de champignons frais (une dose efficace, représentant environ 2 à 3 grammes de champignons frais et 1 g de champignon lyophilisé) » [32].

Seuls trois sites TREND ont pu fournir des prix moyens pour l'acquisition de champignons compte tenu de l'importance des transactions non marchandes.

**Tableau 28 - Prix moyens locaux des champignons hallucinogènes**

	<b>Français (prix pour 10 unités) 2008</b>	<b>Exotiques</b>
Rennes	1 à 3 €	
Metz	1 à 10 €	Frais : 1 à 1,5 € le gramme Lyophilisés : 10 à 20 € le gramme
Paris	10 à 15 €	15 à 20 € les 10 unités
Marseille		2 à 3 € le 5 (par 5 g) en 2007

**Source : TREND 2008, OFDT**

La consommation concerne les usagers de l'espace festif, et plus particulièrement des soirées privées ou du milieu techno alternatif (rave et free parties).

124. Il s'agirait de spores inoculées dans un terreau.

Les populations concernées sont plutôt jeunes (16-25 ans selon le rapport parisien) et appartiennent fréquemment à des milieux revendiquant une marginalité par rapport au système de valeurs dominant. Il s'agit le plus souvent d'usages conviviaux. Les préoccupations d'ordre spirituel accompagnant l'usage peuvent être présentes mais restent finalement minoritaires [21, 93]. Les usages en plein air sont favorisés, de manière à limiter la survenue d'angoisses apparemment facilitées par les milieux clos.

Une étude réalisée en 2004-2005 en milieu festif techno a mis en évidence un taux d'expérimentation des champignons hallucinogènes de 61 % dans cette population. Ce taux atteint 81 % en milieu alternatif techno. Au cours du mois précédent, 12 % des personnes rencontrées avaient consommé des champignons hallucinogènes (25 % dans le milieu alternatif) [27].

Dans les structures de première ligne, fréquentées plutôt pas des usagers précaires, si 53 % des usagers avaient déjà expérimenté les champignons en 2006, 8 % seulement en avaient consommé au cours du mois précédent. Pratiquement 90 % d'entre eux étaient des familiers du milieu festif techno<sup>125</sup>[12]. Il faut noter que localement et à la saison adéquate, les prévalences de consommation autour du mois observé dans cette population précaire pourraient être plus hautes<sup>126</sup>. En effet, le rapport rennais note que des professionnels de structures de première ligne (CAARUD) font état de pics de consommation en automne chez les usagers qui fréquentent leurs structures [26].

Le mode dominant d'administration, compte tenu de la nature du produit, est la voie orale. Ils sont « gobés », plus rarement bus après macération dans l'alcool. De rares cas d'inhalation à chaud sont également signalés par les observateurs du dispositif TREND.

La perception des champignons hallucinogènes par les usagers est dans l'ensemble très positive. Celle-ci s'explique essentiellement par leur origine naturelle, garante, selon les usagers, d'un certain niveau de qualité assurant la présence de l'effet psychotrope et l'absence de produits de coupe et par l'engouement actuel pour les effets de type hallucinogène.

Les effets indésirables rapportés les plus fréquents sont d'ordre digestif et la survenue d'une fatigue le lendemain. Un membre du groupe focal de Rennes rapporte observer chaque année cinq ou six hospitalisations de jeunes usagers inexpérimentés, effrayés à la survenue des hallucinations .

---

125. Enquête PRELUD 2006. L'étude ENa-CAARUD 2008 donne la prévalence de l'usage de l'ensemble des plantes hallucinogènes et non des champignons isolément (voir données de cadrage).

126. L'étude PRELUD 2006 a été menée de fin décembre 2005 à mars 2006 et l'étude ENa-CAARUD 2008 a été réalisée la dernière semaine de novembre. Un recueil en automne donnerait peut-être des résultats différents.

## **Les autres plantes**

Les usages d'hallucinogènes naturels autres que les champignons sont très rares au regard de l'ensemble de la population française et leur observation est essentiellement possible par le biais de recueils ethnographiques. Ces usages concernent principalement trois groupes de consommateurs en France [34, 58] :

- des usagers bien insérés socialement, plus âgés que les usagers habituels de psychotropes, consommant dans un cadre privé, connaisseurs de substances hallucinogènes naturelles, utilisées dans le cadre de démarches mystiques (*Salvia divinorum* et ayahuasca surtout);
- une population mixte d'usagers plus jeunes, relativement insérés, appartenant à l'espace festif techno (notamment au courant « trance »), qui expérimentent, en contexte festif, toute substance disponible (*Salvia divinorum*, datura, peyotl, ayahuasca) ;
- une population essentiellement masculine plutôt jeune (moins de 24 ans), en situation de grande précarité, engagée dans une polyconsommation abusive pluri hebdomadaire ou quotidienne (datura).

Parmi l'ensemble de ces plantes, le datura et dans une moindre mesure l'ayahuasca sont réservés aux amateurs d'expériences extrêmes et à rapprocher des usages d'amanite tue-mouche. Certains amateurs de substances, les qualifieraient de « délirogènes » soulignant par là que l'utilisateur n'a plus conscience du caractère hallucinatoire de ses sensations [21, 93].

### **La *Salvia divinorum***

La *Salvia divinorum* (sauge des devins) est une plante appartenant aux nombreuses espèces de sauge. Elle doit son nom aux effets hallucinogènes et psychédéliques qu'elle engendre. Elle a été longtemps utilisée par les Indiens Mazatèques de la province d'Oaxaca au sud du Mexique lors des rites religieux ou des cérémonies de guérison. La plante renferme plusieurs composants : la salvinorine A étant le principe actif le plus puissant et probablement le seul à l'origine des effets. Ni la plante, ni la salvinorine A ne sont classés comme stupéfiants en France.

Elle est également appelée par les usagers diva, space diving, space diver, herbe chamannique, « beu » chamannique... [21]

Depuis le début des années 2000, la *Salvia divinorum* connaît un processus de diffusion hors des milieux qui la consommaient originellement, à savoir des cercles restreints d'amateurs de substances hallucinogènes plutôt marginalisés socialement [15]. Certains sites du réseau TREND, comme Toulouse, rapportent en effet un usage se développant dans les milieux étudiants tandis que d'autres évoquent des usages ayant cours dans des populations d'adultes, a priori éloignées de l'espace festif et à la recherche d'expériences mystiques.

En 2007 le site parisien évoquait une possible diffusion de son usage parmi des jeunes (16 à 20 ans) en contexte festif, notamment dans les bars ou les soirées privées) [22]. Cependant, en 2008, les usages de salvia semblent rester très discrets et il n'existe pas de données quantitatives qui pourraient étayer une évolution des usages. Les seules données qui apportent des ordres de grandeur confirment le caractère marginal de l'usage de cette plante.

Parmi les 30 amateurs de substances hallucinogènes naturelles interviewés en 2005 pour l'étude ethnographique « usages contemporains de plantes et de champignons hallucinogènes », 13 avaient déjà expérimenté la salvia soit un peu moins de la moitié [93]. Chez ces expérimentateurs de salvia comme pour la plupart des autres plantes, les usages sont d'ailleurs restés très occasionnels.

De plus, la salvia n'est que très faiblement consommée parmi les polyusagers de « l'espace urbain ». En 2006, l'usage de salvia plus de 10 fois dans la vie n'est rapportée spontanément que par une trentaine d'usagers des structures de première ligne (sur un total de 1 017 usagers interrogés, soit 3 %) [12].

Le site parisien du réseau TREND mentionne en 2008 que cette herbe serait peu cultivée par les usagers, dans la mesure où il faudrait disposer d'un grand espace pour pouvoir récolter des quantités suffisantes à la consommation.

L'accessibilité de ce produit via Internet semble contribuer davantage à sa diffusion. Il est en effet généralement importé des Pays-Bas via des sites de « smart shops ». Il existerait également une société française, située dans les Yvelines, qui la diffuserait [21, 57]. À Paris, les observateurs rapportent que les usagers consommant de la *Salvia divinorum* l'achètent en effet sur Internet, où elle est généralement vendue (en 2007) 3 € le gramme (60-70 € les 100 grammes) pour de la « salvia normale ». Elle serait ensuite offerte ou échangée (contre du cannabis notamment) ou dans des bars ou dans des soirées privées [21]. L'étude ethnographique publiée en 2006 mentionne que les personnes ayant acheté la salvia sur Internet reçoivent les feuilles ou les fioles de concentrés accompagnés d'une petite pipe pour les fumer. Un usager y rapporte notamment avoir acheté sur un site hollandais un « kit psychédélique » comprenant une fiole de concentré de salvia, une pipe adaptée, et des spores de champignons à faire pousser, le tout pour 50 € [93].

Moins fréquemment certains usagers la ramèneraient d'Espagne [93].

Le site de Lille décrit une présence de salvia lors du festival de Dour 2007 (vendue dans le stand d'une boutique qui vend par ailleurs par le biais d'un site Internet).

Il existerait différentes qualités, dénommées par « fois un » (il faudrait en fumer au moins un gramme pour en ressentir les effets), la « fois cinq » (il faudrait en consommer cinq fois moins que la précédente pour en ressentir les effets), la « fois 10 » (celle-ci coûterait 45 € le gramme), la « fois vingt-cinq », etc. [21, 57, 93].

Deux modes d'administration principaux sont en principe identifiés : la voie pulmonaire (cigarette, joint, bhang, pipe à eau) et la voie orale (ingestion ou infusion). En pratique, cependant, il semble que la voie pulmonaire soit largement dominante comme le décrivent les trois sites qui évoquent la salvia en 2007 [22, 28, 57].

Les usagers interrogés dans le cadre de l'enquête ethnographique publiée par l'OFDT en 2006, ne citent pas de conséquences qui seraient propres à la salvia. Comme toutes les plantes qu'ils ont consommées, elles pourraient être à l'origine de bad trip, expérience possible dont ils semblent s'accommoder. Aucun accident consécutif à un usage de salvia n'est relaté [93].

### **Le *Datura***

Le *Datura stramonium* ou stramoine est une plante herbacée annuelle de cinquante centimètres à un mètre de haut qui pousse communément en France. Ses fleurs en trompette blanche donnent naissance à un fruit vert, ovale, qui contient les graines (autour de 200 selon les usagers). Celles-ci sont blanches avant maturité et noires à maturité [93]. Les feuilles du datura, également connues en Europe sous l'appellation « herbe au diable », sont utilisées en infusion ou fumées pour leurs propriétés hallucinogènes liées à la présence d'alcaloïdes comme l'atropine et la scopolamine. Les espèces de *Datura stramonium* sont répandues sur tous les continents. Cette plante a longtemps été utilisée comme médicament, notamment contre l'asthme (sous forme de cigarettes) mais son utilisation pharmaceutique est interdite depuis 1992. Par contre l'utilisation de ces composants dans l'industrie pharmaceutique est toujours autorisée. Ni le datura, ni ses composants ne sont classés comme stupéfiants.

L'usage de datura reste un phénomène très marginal, y compris parmi les usagers de drogues.

Deux types d'usagers ont été identifiés depuis l'existence du dispositif TREND :

- D'une part, des usagers très marginalisés relevant de l'espace urbain. Dans les structures de première ligne, l'usage de datura plus de 10 fois au cours de la vie est rapporté par 144 des 1 017 usagers rencontrés au début de l'année 2006 (soit 14 %) [12].
- D'autre part, des jeunes à la recherche de sensations fortes fréquentant l'espace festif techno. Parmi les 30 amateurs de substances hallucinogènes naturelles interviewées en 2005 pour l'étude ethnographique « usages contemporains de plantes et de champignons hallucinogènes », 13 avaient déjà expérimenté le datura [93].
- En 2007, les quelques témoignages recueillis dans le cadre du dispositif TREND concernaient essentiellement le milieu festif, notamment dans des groupes de jeunes de la mouvance hardcore en recherche de sensations toujours plus fortes (Lille, Paris). À Lille un groupe d'usagers a été rencontré au Festival de Dour (Belgique)

[57]. À Aix c'est un groupe de jeunes précaires injecteurs qui évoquaient leurs consommations de datura [75]. À Rennes, en 2008, des usages anecdotiques de personnes marginalisées sont rapportés [19].

Le datura semble relativement accessible pour qui le recherche.

Dans l'étude Reynaud-Maurupt (2007) le datura utilisé a généralement été cueilli dans un ensemble floral public par les personnes qui l'ont consommé, dans un lieu inculte, ou bien la préparation à base de datura leur a été offerte [93]. D'après certains usagers parisiens, on en trouverait également dans des jardins de banlieue, mais elle pourrait être présente également dans des terrains vagues à Paris [21].

D'autres témoignages font état de vente sur Internet (échange ou vente aux enchères pour lesquelles il faudrait connaître un mot-clé selon le site parisien) ou de simples achats en toute saison chez certains fleuristes [21, 57].

L'intoxication peut entraîner le décès du fait notamment de troubles du rythme cardiaque et de symptômes neurologiques. Cependant, sa dangerosité particulière provient surtout des accidents physiques liés aux actes inconsidérés qui peuvent être commis sous l'influence du produit.

Depuis 2003, deux sites, Lyon et Rennes, ont rapporté des cas d'hospitalisation consécutifs à un usage de datura dont certaines en 2006 à Rennes où le produit serait pourtant de moins en moins consommé.

D'une manière générale, au sujet des plantes hallucinogènes, les usagers rencontrés dans l'étude Reynaud-Maurupt évoquent trois types de conséquences : le bad trip, les risques d'accidents ou de soumission involontaire, et les conséquences sociales, toujours positives à leurs yeux [93]. Toutes les situations se rapportant au deuxième item (accident, soumissions) sont liées à des prises de datura ou d'ayahuasca. L'hallucination sous datura est, en effet, vécue comme une réalité et s'accompagne d'une perte de conscience du danger.

Cette particularité du datura apparaît nettement dans la perception des risques associés à l'usage. Alors que la question des risques n'apparaît jamais spontanément dans les discours d'usagers s'agissant des autres plantes, notamment parce qu'elles sont naturelles, elle est évoquée au sujet du datura, considérée par les usagers comme dangereuse.

## **L'ayahuasca**

L'ayahuasca est une boisson hallucinogène issue de l'infusion de deux plantes d'Amérique centrale : *Banisteriopsis caapi* (une liane) et *Psychotria viridis* (arbuste de la famille du caféier). La combinaison des deux permet la libération de diméthyltryptamine (DMT), molécule hallucinogène. La DMT est classée comme stupéfiant en France ainsi que les composants initiaux du mélange.

Les informations disponibles sur sa consommation sont extrêmement ténues et son usage paraît confidentiel. Ainsi, seules 4 personnes avaient déjà expérimenté l'ayahuasca parmi les 30 amateurs de substances hallucinogènes naturelles recensés en 2005 pour l'étude ethnographique Reynaud-Maurupt [93].

Le site parisien rapporte en 2006 que l'autorisation des breuvages à base de DMT comme l'ayahuasca par la Cour suprême des Etats-Unis pour les groupes religieux syncrétiques a stimulé l'intérêt pour ces produits chez les amateurs de substances chamaniques en France. Certains pratiqueraient « leur propre cuisine » avec différentes plantes commandées sur Internet, obtenant des « mixtures » à boire ou des poudres à sniffer. À Lille et Toulouse de tels usages ont également été observés.

### **L'iboga**

L'iboga est une préparation à base de racines d'un arbuste des forêts équatoriales d'Afrique de l'ouest, *Tabernanthe Iboga*, traditionnellement utilisée par les populations locales dans le cadre de rites initiatiques ou religieux [94]. Au Gabon, notamment, l'Iboga est considéré comme un outil du rite « Bitwi » qui vise à soigner les « maladies mystiques » [23].

Son principal principe actif est l'ibogaïne (parmi une douzaine d'autres alcaloïdes). Selon l'AFSSAPS, « l'ibogaïne est un psychostimulant à faible doses. À doses plus élevées, elle est responsable d'hallucinations visuelles et auditives, parfois très anxiogènes et pouvant conduire à l'acte suicidaire ».

Son usage a toujours été en France extrêmement marginal. L'étude ethnographique sur les usages contemporains de champignons et de plantes hallucinogènes ne retrouve qu'un seul individu ayant expérimenté l'iboga sur les trente personnes interrogées [93].

Après le site de Toulouse en 2005, les sites de Bordeaux, Metz, et dans une moindre mesure de Marseille ont fait état en 2006 d'un intérêt croissant de certaines populations à l'égard de l'Iboga [94-97]. En 2008, seul le site toulousain évoque plusieurs témoignages attestant de la poursuite de l'utilisation du produit « dans un groupe très restreint de personnes ». Contrairement à d'autres plantes, qui en dépit d'une frange d'usagers attirés par leur vertu « chamaniques », sont surtout utilisées dans un objectif hédonique de recherche de sensations, l'usage de l'iboga vise essentiellement le sevrage (opiacés, cocaïne, alcool...) et pour certains la cure psychanalytique. Le coordinateur du site TREND toulousain, sur la base de plusieurs entretiens met en lumière, l'écart entre la perception des usagers qui expérimentent la « molécule anti-addiction » et la conception gabonaise où toutes les dimensions du rite entrent en jeu dans le processus thérapeutique [23].

Les personnes concernées étaient donc essentiellement des usagers d'héroïne ou de cannabis de longue date souhaitant interrompre leur consommation et utilisant l'hallucinogène dans le cadre d'un sevrage « sauvage » ; de jeunes usagers

marginalisés polyconsommateurs et injecteurs « relativement déstabilisés psychologiquement » et désirant eux aussi arrêter leur consommation ou rechercher des sensations plus fortes étaient également signalés à Aix en Provence [13].

En 2006, les rares témoignages d'usagers mettent en avant le fait que l'iboga permettrait de par ses effets une « introspection salvatrice » permettant au sujet de revenir sur les problèmes existentiels et psychiques qui l'ont conduit à la dépendance. Ils assimilent son effet à celui d'un travail psychanalytique. Le plus souvent, la prise du produit se réalise dans un cadre collectif, notamment de « séminaires » rassemblant des personnes soucieuses d'interrompre leurs consommations de drogues [94-95]. Cependant, à Bordeaux<sup>127</sup>, la plupart des usagers déclarent avoir pratiqué la cure en solitaire grâce aux informations et aux produits acquis sur Internet (10 g. de substance pour 50 €). Un autre l'a pratiquée dans une autre région au sein d'une communauté gabonaise. Les deux témoignages de Metz évoquent trois cures, plus anciennes, pratiquées en Ardèche. Dans les trois cas évoqués, l'usage, dont on visait l'arrêt, a cessé temporairement puis repris. En 2007, des témoignages d'usagers ont été recueillis à Toulouse<sup>128</sup>. L'un d'eux décrit un usage à faible dose, comme stimulant. Après une initiation dans le cadre d'une cure au Gabon, une usagère consomme aujourd'hui l'iboga « comme un bâton de réglisse qu'elle mâche avec du miel pour se sentir bien » [23].

Tous les témoignages mentionnent une cure éprouvante sur le plan physique et une absence total de plaisir (qui n'est pas recherché d'ailleurs).

Une dizaine de cas de décès étaient répertoriés dans la littérature (recherche en 2005) en Amérique du Nord et en Europe, dont un en France en 2005 en Ardèche dans un contexte communautaire ainsi qu'un autre en 2006 [62]. Depuis, l'AFSSAPS a rendu un avis favorable pour le classement de l'Iboga et de l'Ibogaïne au tableau des stupéfiants (arrêté du Ministère de la santé paru au Journal officiel du 25 mars 2007).

Une part de la substance reçue par Internet par l'utilisateur de Bordeaux a été analysée en septembre 2006. Cet échantillon ne contenait pas d'ibogaïne, mais de la yoimbine (vasodilatateur utilisé pour stimuler l'érection) et de la rauwolfia, molécule psychoactive issue d'une autre plante. D'autres échantillons provenant de la région Midi-Pyrénées et de Lorraine ont été analysés en 2007 et contenaient tous de l'ibogaïne et de l'ibogamine.

---

127. Des informations plus précises sur les cas de Bordeaux et Metz sont disponibles sur les rapports locaux de chaque site portant sur les données 2006 et parus sur le site de l'OFDT en 2007.

128. Se reporter au rapport TREND de Toulouse portant sur les données 2007 et paru en 2008. Il est disponible sur le site de l'OFDT.

### **La LSA-rose des Bois**

Il s'agit d'une graine dont les propriétés hallucinogènes seraient proches de celles du LSD. Un témoignage en Bretagne a fait état en 2007 de LSA sous forme de liquide « usage en goutte », ayant entraîné de puissantes hallucinations, sans qu'il ait été possible de vérifier l'information [98].

Accessibles sur Internet, les graines pourraient être aussi achetées chez des grainetiers ou ramenées des départements d'Outre-mer où il existerait des variétés très fortes, notamment sur des terrains vagues [21].

Cependant, leur consommation reste cantonnée à d'étroits cercles d'initiés aux hallucinogènes. Les témoignages d'usage sont rares. En 2007, le produit est évoqué à Rennes et à Lille en milieu festif. À Paris en 2008, une structure de réduction des risques en milieu festif rapporte également que le produit serait disponible dans les teknivals et entre initiés dans de petites fêtes.

## **HALLUCINOGENES NATURELS, PHENOMENES MARQUANTS EN 2007 ET 2008**

### **L'usage et la disponibilité suivraient une tendance plutôt croissante à Paris**

L'usage de champignons semble stable sur tous les sites TREND à l'exception de Paris où il est signalé en nette hausse en 2007. Cet accroissement de l'usage semble répondre à un phénomène de mode assez intriqué avec, d'une part, l'accroissement du commerce en ligne et d'autre part, l'apparent engouement des citadins pour le micro-jardinage. En effet, à Paris l'approvisionnement se ferait en priorité sur le réseau Internet où les sites permettant d'acquérir directement des produits où tout le matériel nécessaire à leur auto-culture seraient de plus en plus nombreux.

En 2008, la disponibilité des champignons hallucinogènes apparaît encore en hausse, notamment dans les soirées privées.

#### **À signaler**

##### **Des soirées « pleine lune » décrites en région parisienne**

Le rapport parisien décrit en 2008, l'organisation par des personnes familières du milieu festif techno de soirée en plein air où seraient consommés essentiellement des produits possédant des effets hallucinogènes. Y seraient consommés, en pre-

mier lieu des champignons hallucinogènes achetés sur Internet ou rapporté d'un pays étranger, mais également de la Salvia divinorum et du LSD. La présence de la kétamine, non empathogène, y serait controversée. En effet, le caractère collectif de la consommation et la dimension du partage serait un élément important de ces soirées [21]. L'injection n'y serait pas acceptée.

### **Le classement de l'iboga au tableau des stupéfiants**

En 2007, suite à la survenue de deux décès mettant en cause ce produit les années précédentes, l'AFSSAPS rend un avis favorable pour le classement de l'iboga et de l'ibogaïne (et de certains dérivés) au tableau des stupéfiants, décision qui devient officielle par un arrêté du Ministère de la santé publié au Journal officiel du 25 mars 2007. Elle est rendue publique par le biais d'un communiqué de l'AFP daté du 28 mars 2007.

Il semble que la peur suscitée par la médiatisation des décès et l'interdiction aient mis un frein à la diffusion du produit sur la plupart des sites. Cependant, il resterait des usagers. À Paris une structure évoque des usages chez des jeunes appartenant à la culture « techno-chamane ».

À Toulouse, des témoignages, d'usagers notamment, laissent penser que l'usage persiste, essentiellement, comme c'était le cas avant 2007, dans le cadre d'une quête de la guérison de la maladie « addiction ». Les personnes dépendantes des opiacés qui ne voient pas ou plus dans la poursuite du traitement de substitution une solution thérapeutique permettant de rompre avec l'usage de drogues sont particulièrement vulnérables aux promesses de ce « traitement anti addiction » [23].

### **Rejet de la requête d'annulation de l'arrêté de classement sur la liste des stupéfiants des plantes composants de l'ayahusca**

Plusieurs associations, notamment l'Eglise du Santo Daime, ainsi que des particuliers avaient demandé au Conseil d'Etat l'annulation du décret du 20 avril 2005 classant les plantes *Psychotria viridis* et *Banisteriopsis caapi* parmi les substances stupéfiantes pour excès de pouvoir en raison de leur utilisation dans le cadre de cérémonies religieuses. Cette requête a été rejetée en séance du Conseil d'Etat le 3 décembre 2007 (Lecture du 21 décembre 2007).

### **Interdiction de vente des champignons frais aux Pays-Bas**

Depuis le 1er décembre 2008, la vente de champignons hallucinogènes frais est interdite en Hollande, tant dans les smart-shops que sur les sites Internet, alors que celle des champignons hallucinogènes séchés l'était déjà. Cette décision a été prise à la suite de plusieurs accidents chez des usagers dont un mortel chez une jeune française de 17 ans en mars 2007. Cette nouvelle situation devrait avoir un impact sur les possibilités d'approvisionnement des usagers français, notamment sur Internet.

## LES HALLUCINOGENES SYNTHÉTIQUES

Les hallucinogènes synthétiques que l'on peut trouver en France sont le LSD, la kétamine et le GHB. On assiste depuis la moitié de la décennie en cours à une vogue de ces hallucinogènes. Emblématiques d'une contre-culture (pour le LSD et la kétamine), ils attirent des jeunes en quête d'affiliation ou d'expérimentation.

### LE LSD

L'acide lysergique est naturellement produit par un champignon, l'ergot de seigle. En 1943, Albert Hoffman synthétise le diéthylamide de l'acide lysergique dont les initiales sont LSD en allemand (Lyserg Säure Diäthylamid) et en expérimente accidentellement les effets hallucinatoires. Le LSD et son usage furent particulièrement associés à la contre-culture des années 60. Le LSD est classé comme stupefiant en France.

Le LSD est également appelé « acide », « trip », « peutri », « buvard », « carton », « peupeu ». Il peut être nommé selon sa forme, « goutte », « micron », « gelat » ou désigné par le motif figurant sur le buvard « Hoffman », « tournesol » [21, 26, 66].

#### Données de cadrage

L'expérimentation de LSD en population générale est encore plus marginale que celle des champignons (1,6 % des 18-64 ans en 2005). Le niveau est plus élevé (1,9 %) chez les 26-44 ans. Au cours de l'année, il a été consommé par 0,4 % des 18-25 ans (les plus consommateurs) [7].

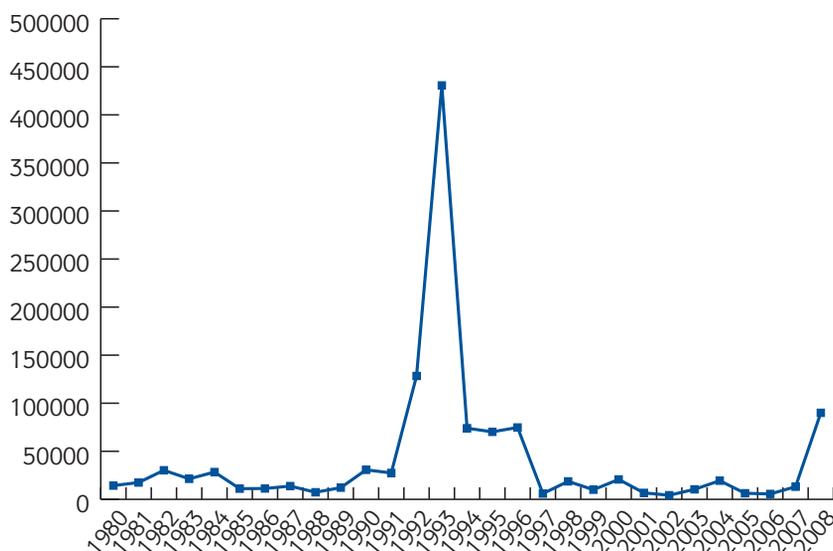
Parmi les jeunes de 17 ans ayant répondu à l'enquête ESCAPAD en 2008, le LSD a été expérimenté par 0,8 % des filles et 1,6 % des garçons [53].

Aucun cas de décès lié à l'usage de LSD n'a été enregistré par le dispositif DRAMES depuis 2006, mais les décès prenant essentiellement la forme d'accidents et non de surdoses peuvent échapper à ce dispositif [6].

Les quantités saisies de LSD qui demeuraient à un niveau très faible par rapport au milieu des années 1990, semblent amorcer une nette remontée. Au nombre de 90 021 supports (ou doses) en 2008, elles ont été multipliées par 5 par rapport à l'année précédente. Sans atteindre le pic de 430 000 supports enregistré en 1993, la quantité saisie 2008 rejoint les valeurs du milieu des années 90 [Graphique 12] [9].

En 2008, 94 interpellations pour usage simple de LSD ont eu lieu en France. Supérieur de 16 % aux données de 2007, cet indicateur poursuit une tendance ascendante depuis 2002 (30 interpellations pour usage), qui avait fait suite à une forte chute à la fin des années 1990 [9].

**Graphique 12 - Nombre de supports de LSD saisis en France par les douanes et les services de police de 1980 à 2008**



Source : Données OCRTIS [9]

## **Disponibilité**

Le LSD est presque exclusivement présent dans l'espace festif techno, essentiellement dans le mouvement alternatif en particulier (free parties et raves parties). Il est de préférence consommé à l'extérieur et est très exceptionnellement présent dans l'espace festif commercial (club, boîtes de nuit). Sa présence est alors conditionnée à l'apport d'achats réalisés dans de gros événements festifs.

Jusqu'en 2006, le LSD était caractérisé par une disponibilité particulièrement aléatoire, variable d'une année sur l'autre et d'un lieu à l'autre. En effet, en 2002, le LSD avait, à la suite du démantèlement d'un important laboratoire de production situé aux Pays-Bas, quasiment disparu du marché des substances illicites pour réapparaître dans les années suivantes. Certains sites du dispositif TREND ont connu des phases de pénurie, les autres des arrivées importantes provoquant des périodes d'abondance ponctuelle.

À partir de 2006, la quasi-totalité des sites, à l'exception de Marseille où la disponibilité reste relativement constante, font état d'une augmentation de la disponibilité du LSD dans l'espace festif alternatif, notamment les grands rassemblements techno en extérieur. Il faut noter qu'accroissement de la disponibilité ne rime pas avec disponibilité permanente sur la plupart des sites, de province en particulier.

Le LSD était disponible en France sous trois formes :

- le buvard (imprégnation d'un carré de papier absorbant par la substance), consommé en totalité ou de manière fractionnée dans le temps. Il peut être consommé collectivement : un à deux buvards sont alors immergés dans une bouteille d'alcool qui sera consommée par 3 à 8 personnes [13].
- la forme liquide dite « goutte » (imprégnation d'un sucre ou dilution dans un verre d'alcool) ; celle-ci serait davantage recherchée, car plus facile à doser, à partager et à conserver [22].
- la forme micropointe (qui ressemble à une mine de crayon, à avaler).

En 2005, les sites de Paris, Lille et Rennes rapportaient l'apparition d'une nouvelle présentation du LSD, la forme « gel », consistant à déposer une goutte sur de la gélatine, celle-ci étant ensuite prise par voie orale pour fondre dans la bouche. En 2006 la présence de cette forme dite « gélatine » s'était confirmée dans ces sites et étendue à Toulouse qui signalait également la présence du produit dans les établissements festifs commerciaux où, habituellement, l'usage du LSD est plutôt rare. La réputation d'un fort dosage pour cette forme n'avait pas été confirmée par les quelques analyses réalisées dans le cadre du dispositif SINTES<sup>129</sup>.

---

129. Cependant, la forte volatilité du produit et l'absence d'information sur le mode de fabrication ne facilitent pas l'estimation des doses réellement présentes au moment de l'ingestion.

La disponibilité des formes apparaît très variable d'un site à l'autre. Le buvard est la forme la plus disponible à Paris, à Lille et à Marseille, alors qu'il est signalé en voie de disparition à Toulouse. De même, le gel, invisible à Rennes et à Toulouse en 2008, est la deuxième forme la plus fréquente à Lille et à Metz, mais également signalé à Paris et à Marseille ou à Aix, même s'il y apparaît rare. De même, si la goutte est la forme la plus disponible à Toulouse, c'est la deuxième forme la plus fréquente à Paris, mais elle apparaît rare à Marseille et invisible à Metz en 2008. La forme micropointe apparaît relativement rare partout.

Les « arnaques » semblent régulières (« une fois sur deux » estime le rapport marseillais). Il s'agit le plus souvent de buvard sans aucun produit. Plus problématique, à Rennes une fiole de kétamine, vendue comme du LSD a été en 2008 à l'origine des troubles importants chez le consommateur (hallucinations de plusieurs jours, perte de consciences) [19].

Les prix des différentes formes de LSD apparaissent stables par rapport aux années précédentes à l'exception de la Bretagne où ils auraient faiblement augmenté. Le prix moyen cité sur tous les sites est de 10 €, prix pouvant monter à 15, voire 20 €, selon la forme et la disponibilité ou descendre à 5 € si l'on achète en lot. Cette uniformité du prix d'un produit sur l'ensemble des sites est un phénomène rarement observé.

## Fréquences d'usage et usagers

L'essentiel des usagers se recrutent dans le milieu des free parties où le produit bénéficie d'une bonne image liée à son statut de substance « reine » du mouvement underground des années 70. Il serait particulièrement prisé dans les courants trance, hardcore, punk mais sa consommation a été citée dans d'autres courants musico-culturels (drum'n'bass par exemple).

Les consommateurs de cette substance sont plutôt des jeunes adultes (de 18 à 30 ans) en situation de marginalité plus ou moins volontaire, relevant de la culture alternative techno (free parties et teknivals) attirés par la radicalité des effets attachés à la consommation de ce produit et relativement aguerris par rapport à l'usage de substances psychoactives.

En milieu festif, l'usage, ou plutôt l'expérimentation, pourrait concerner une population plus large et notamment des personnes plus jeunes (16-19 ans) insérées socialement.

Une étude réalisée en 2004-2005 en milieu festif techno fait état d'un taux d'expérimentation du LSD de 51 % dans cette population. Ce taux atteint 71 % en milieu alternatif. De plus, 13 % des personnes rencontrées en avaient consommé au cours du mois précédent (23 % dans le milieu alternatif) [27].

Le produit occupe une place mineure dans la palette des produits consommés par les polyusagers de l'espace urbain où il est très peu disponible. Cependant des usages sont décrits, du fait du transit d'usagers entre les deux espaces. À Metz et à Toulouse notamment, il est consommé par de jeunes adultes marginalisés (« jeunes errants ») [23, 32].

En 2008, les usagers des structures de première ligne sont 10,5 % à en avoir consommé au cours du mois dernier [11]. En 2006, une autre étude avait pu montrer que, dans cette population, plus de 90 % des consommateurs de LSD au cours du dernier mois sont des familiers du milieu festif techno (fréquentation d'un événement techno alternatif plus de 10 fois dans la vie), ce qui confirme la faible présence de ce produit parmi les personnes non familières de ce milieu [12].

Pour tous les usagers, la prise de LSD est une consommation d'opportunité, c'est à dire rarement planifiée mais permise lorsque le produit est disponible lors d'un événement festif.

## **Modes d'usage**

Le LSD est essentiellement ingéré. Des tentatives d'injection sont régulièrement évoquées (Rennes, Paris) sans témoignage direct d'usagers qui l'auraient pratiquée.

De même, des pratiques de prise par voie oculaire ont été rapportées : micropointes placées sous la paupière (Lille, Paris ou un observateur signale qu'un usager aurait été hospitalisé suite à des complications consécutives à l'introduction d'une micropointe dans l'œil) ; pose d'un buvard « dans l'œil » rapportée par un observateur parisien mais non vérifiée. Le site toulousain fait également état de prises de « goutte » oculaire.

Les co-consommations avec d'autres produits décrites par les sites TREND sont particulièrement variées et souvent différentes selon les sites (MDMA, amphétamines, cocaïne, kétamine, cannabis, héroïne et autres opiacés, l'alcool...).

## **Effets**

Les effets principaux effets évoqués et recherchés par les usagers sont les effets psychédéliques, distorsions des perceptions visuelles, auditives et temporelles, une tendance à l'introspection, mais aussi, un sentiment d'euphorie, d'empathie (jusqu'à une sensation de fusion avec l'autre, favorisé par les distorsions perceptives), des sensations mystiques, de communion avec la musique ou l'environnement. Une très forte euphorie peut entraîner une hilarité incontrôlable. Les effets surviennent environ 40 mn à 1 heure après absorption mais la phase hallucinatoire démarre environ 1 heure après la survenue des premiers effets. La durée habituelle

des effets serait de 4 à 10 heures, mais pourraient s'étendre sur deux ou trois jours avec alternance de phases avec et sans hallucinations [19, 21, 32].

Les prises de LSD entraîneraient assez fréquemment des effets redoutés des non-usagers :

Les bad trips consécutifs à la consommation de LSD sont décrits comme particulièrement traumatisants : impression de se liquéfier, de mourir, de devenir « fou », désorientation, idées répétitives, obsessions susceptibles de provoquer des attaques de paniques à l'origine de comportements n'ayant plus prise avec l'environnement réel et donc extrêmement dangereuses [21, 64].

L'incertitude sur les doses contenues sur les buvards, favoriserait les surdosages. De plus, certains usagers novices ne ressentant pas les effets suffisamment rapidement, interpréteraient le fait comme un faible dosage du buvard et consommeraient ainsi plusieurs buvards en une séance [21].

Enfin, surviendraient également des « retours d'acide » ou « remontées », les hallucinations se manifestant à nouveau à distance du contexte de consommation [21, 64].

## Perception

Pour les non usagers, le LSD fait peur. Il suscite la crainte marquée du bad trip et de troubles durables (« rester perché »). Les usagers sont considérés comme des « fous », des inconscients. Le spectacle des usagers « délirants » joue ainsi un rôle de repoussoir.

En dépit des fortes appréhensions qu'il suscite, l'image du LSD est plutôt bonne parmi les consommateurs. La substance bénéficie d'une part de la mode actuelle liée à la recherche d'effets de type hallucinogène mais surtout de sa réputation de produit accessible uniquement aux « initiés » capables d'en maîtriser les effets. Comme le mentionne le rapport marseillais, même chez ses usagers le LSD ne se banalise pas. L'expérimentation de LSD aurait valeur de rite initiatique et chaque prise serait vécue comme une nouvelle expérience [13, 23]. Fortement lié aux contre-cultures, il est perçu comme fédérateur d'un groupe, permettant de partager des expériences hors du commun [32].

## **LA KÉTAMINE**

Le chlorhydrate de kétamine est un produit utilisé en France en anesthésie vétérinaire et humaine. Parmi les personnes adultes se réveillant d'une anesthésie par kétamine, une forte proportion souffre de cauchemars ou d'hallucinations, ce qui a conduit à une forte réduction de ses indications en médecine humaine où il reste cantonné aux usages analgésiques. Ce sont en partie ces sensations d'hallucinations qui amènent certaines personnes à l'utiliser de façon récréative. La kétamine est classée comme stupéfiant en France.

Elle est aussi nommée « Kéta », « K », « spécial K », « ké », « kate » ou encore « Hobi One »...

Contrairement à un pays comme l'Angleterre où les autorités sanitaires s'inquiètent de sa banalisation auprès des jeunes de 18-25 ans, la France n'a jusqu'ici pas connu d'usages significatifs de kétamine. Produit rare consommé uniquement dans des franges bien spécifiques de la population fréquentant l'espace festif techno jusqu'à la moitié de la décennie 2000, celle-ci a amorcé depuis un processus de diffusion assez net et tend à s'installer sur la palette des drogues habituellement présentes dans les fêtes.

### **Données de cadrages**

En population générale, l'usage de kétamine reste très rare. Seuls 0,6 % des jeunes de 17 ans l'ont déjà expérimentée en 2008. Cette fréquence est supérieure à celle mesurée en 2005 dans la même population (0,4 %) mais la différence n'est pas statistiquement significative [53].

Les saisies rares et de faible ampleur jusqu'en 2005 tendent à battre des records depuis 2006 où l'une des 3 saisies réalisées avait porté sur une quantité déjà très importante pour ce produit. Elle était destinée au trafic international. En 2008, avec 65,5 kg saisis, cette quantité se trouve multipliée par 30 par rapport à 2007 mais n'est pas en rapport avec les consommations françaises. Il n'y a eu qu'une d'interpellation pour usage de kétamine en 2006 et 7 interpellations pour trafic et usage-revente (vs 2 en 2007) [9].

### **Marché**

La kétamine est disponible sous forme liquide (qui correspond à la forme vétérinaire) soit sous la forme d'une poudre blanche plus ou moins cristallisée.

Lorsqu'elle est disponible sous forme liquide, elle est chauffée (dans un bain marie ou à feu doux dans une poêle) afin de cristalliser le liquide, puis réduite en poudre.

Jusqu'en 2005, elle apparaît faiblement disponible en France, présente uniquement dans les grandes manifestations festives. En 2006, alors que les autres sites la déclarent très rare et difficile à trouver, deux sites, Bordeaux et Marseille, rapportent une augmentation de sa disponibilité, notamment dans le milieu des free parties.

En 2007, le site de Toulouse signale un fort accroissement de la disponibilité de ce produit parallèlement à une hausse de sa demande et constate que sa présence devient systématique, voire banale, dans la moindre des free parties [28]. Metz fait également état d'une augmentation mais clairement moins marquée, la rendant bien visible dans les fêtes alternatives de moyenne ampleur. En 2008, ces phénomènes se poursuivent sur les sites concernés.

La disponibilité n'apparaît donc pas uniforme sur un plan géographique et en tout état de cause, non proportionnelle à la demande. Ainsi, en Lorraine elle serait finalement peu disponible au regard de la demande, les usagers iraient parfois s'approvisionner dans d'autres régions où elle serait davantage présente (Alsace et Haute Saône pour les Messins).

La kétamine reste essentiellement vendue dans l'espace musique techno alternatif, même si sur plusieurs sites, les usages n'y sont plus cantonnés. Les usagers urbains l'acquièrent lors de ces manifestations ou la ramènent d'un voyage à l'étranger. Sa disponibilité a été toutefois signalée dans quelques clubs bordelais en 2007 [64]. De même, à Marseille, l'usage de ce produit se développe aussi dans les milieux festifs gays où il est également présent à Paris et à Toulouse, mais il ne serait disponible qu'à l'intérieur de cercles limités.

La kétamine est en général importée d'Italie (pays actuellement le plus cité comme fournisseur du produit à destination du micro trafic français) ou d'Angleterre. L'Inde est également mentionnée comme source d'une kétamine qui serait, aux yeux des usagers, de meilleure qualité [23]. Le produit est diffusé par les usagers français qui s'y rendent ou par les étrangers qui viennent participer aux événements festifs organisés en France.

Par ailleurs, des vols de kétamine ont lieu occasionnellement. Ainsi, en 2007, l'AFSSAPS avait signalé un vol de kétamine effectué lors d'un cambriolage perpétré dans une société de vente de précurseurs chimiques<sup>130</sup>.

---

130. *Matières premières destinées à la fabrication de produits chimiques, notamment des produits pharmaceutiques.*

Le prix moyen du gramme de poudre de kétamine s'établit en France en 2008 autour de 42 € et apparaît donc plutôt en baisse par rapport à l'année 2006 où il se situait plutôt autour de 45 €. Les prix minimum évoqués sont de l'ordre de 20 € et les maxima atteignent 60 €. C'est à Toulouse que la kétamine est la moins chère en moyenne (35 €) puis à Bordeaux et à Rennes (40 €) ; Lille, Paris, Marseille et Metz affichant des prix moyens autour de 45 €.

En Italie, le prix au gramme se situerait entre 10 et 15 € [13]. Une informaticienne toulousaine explique qu'avec une fiole d'un litre achetée entre 600 et 800 €, on peut produire 53 g de poudre, ce qui nous amène effectivement à un prix d'achat au gramme situé entre 11 et 15 €. La poudre est ensuite revendue au cours français du gramme [23].

## **Fréquences d'usage et usagers**

Jusqu'en 2005 environ, les usagers de kétamine se trouvaient dans leur grande majorité parmi les jeunes issus de la mouvance des *travellers* et des nomades. L'usage était essentiellement observé dans le cadre des teknivals et des free parties ou dans les squats occupés par des populations de type « nomade ». En 2006, alors que sont signalées les premières hausses de disponibilité à Bordeaux et à Marseille, on assiste à une diffusion de l'usage du produit dans des populations de jeunes fréquentant le milieu festif et notamment de jeunes en errance.

Le produit a ainsi acquis plusieurs publics qui peuvent être schématiquement regroupés en fonction des modalités d'usage [21, 23, 32, 64, 75] :

### **Les utilisateurs modérés**

À dose modérée<sup>131</sup> la kétamine est consommée pour ses effets euphorisants, planants et « cotonneux » (sentiment de marcher dans du coton ou « avec des boîtes de sept lieux ») et la sensation d'ébriété particulière. Ces usagers sont particulièrement repérables en milieu festif du fait « de leurs mouvements saccadés ressemblant à ceux d'une personne alcoolisée sans cesse à la limite de s'écrouler » appelés « egyptian dancing ».

En général parmi les plus âgés, ils consomment la kétamine à faible dose en association avec d'autres produits (stimulants). On décrit ainsi la prise de « Calvin klein » qui correspond au sniff d'un trait de cocaïne et de kétamine qui permet d'« être le plus défoncé possible tout en restant debout le plus longtemps possible ».

---

131. Une petite trace ferait 3 à 4 cm, une grosse trace 6 à 8 cm, et en cas d'injection la dose à prendre ne devrait pas dépasser « la pointe d'un couteau ».

### **Les usagers « extrêmes »**

À plus forte dose (par rapport à la « tolérance » d'un usager donné), les effets recherchés (ou trouvés sans être recherchés !) sont les hallucinations proches de celles du LSD mais aussi des effets plus radicaux de dissociation<sup>132</sup> et notamment de décorporation (être en dehors de son propre corps) ou « d'extinction des feux » selon l'expression employée par un intervenant de réduction de risques lillois (être couché et ne plus pouvoir bouger sans perte de conscience) [24].

Ces usages sont le fait :

- d'une part d'un groupe très minoritaire, de personnes âgées souvent de plus de 35 ans et expérimentées, à la recherche d'expériences mystiques (« voyage astral ») ;
- mais surtout, il concerne les plus jeunes (moins de 25 ans) en quête d'expériences extrêmes, cherchant à décrocher de la réalité. Sont concernés des jeunes appartenant plutôt aux tendances les plus radicales du milieu festif par exemple, cultures « hardcore/hartek » ou « BreatBeat », mais aussi des jeunes en errance qui fréquentent le milieu festif en quête d'affiliation alternative ou de produits et que l'on retrouve également en milieu urbain. Ces « jeunes errants » constitueraient les premiers demandeurs du produit. La kétamine leur apparaîtrait comme un moyen d'affiliation au monde alternatif, même s'il y était en réalité peu consommé jusqu'à une période récente. Il semble que ce soit parmi eux que l'on retrouve les pratiques les plus radicales en particulier l'injection aux effets difficilement contrôlables [23].

### **Les usagers du clubbing homosexuel**

La kétamine serait également consommée (Paris, Marseille) par des hommes dans l'espace festif gay. En contexte public, les effets recherchés le plus souvent se rapprochent des usages festifs modérés (modification de la perception de son corps, gestuelle particulière) de même qu'il existe chez les gays comme ailleurs quelques usagers « extrêmes ». Elle est souvent consommée en « after » pour réactiver l'effet des autres drogues, essentiellement stimulantes

[1]. En contexte sexuel, où elle est moins utilisée que le GHB/GBL (voir infra) « si la quantité prise est maîtrisée, elle induit des sensations tactiles exacerbées, une intense réactivité aux caresses ». <sup>133</sup> Son usage est cependant limité, du fait de la survenue possible d'hallucinations malvenues et car elle est réputée contrarier la capacité érectile. Elle est en fait plus particulièrement utilisée comme anesthésiant local dans le cadre de pratiques dites « hard » [1].

---

132. La dissociation constitue l'un des volets d'un syndrome psychotique et consiste en une rupture de l'unité psychique.

133. Extrait du rapport Fournier, S. and S. Escots., *Homosexualité masculine et usage de substances psychoactives en contextes festifs gays*. ed. OFDT. 2010, à paraître: Saint-Denis.

Au plan quantitatif, selon une étude réalisée en 2004-2005 en milieu festif techno, 20 % des personnes l'avaient expérimentée au moins une fois dans la vie. Au sein du courant alternatif techno, la fréquence d'expérimentation s'élève à 32 %. L'usage dans le mois était plus rare, puisqu'il concernait 2,3 % des personnes du milieu techno et 6,5 % de celles qui évoluent dans l'espace alternatif [27]. Il est probable que ces données sous-estiment la situation de 2008.

Les usagers de kétamine sont maintenant visibles également dans l'espace urbain essentiellement par le biais des populations qui transitent entre espace urbain et espace festif (principalement les « jeunes en errance » ou vivant en squat déjà mentionnés). Cette visibilité concerne les quatre sites qui rapportent un accroissement de sa disponibilité et de son usage (Toulouse, Bordeaux, Marseille et Metz). L'étude PRELUD, réalisée en 2006, montrait en effet que plus de 90 % des usagers de kétamine, rencontrés dans les structures de première ligne (CAARUD), avaient fréquenté les fêtes techno alternatives plus de dix fois au cours de leur vie [12].

À Toulouse, cependant, où la disponibilité de la kétamine semble d'une ampleur supérieure à celle des autres sites, elle paraît consommée par une frange plus importante des usagers des structures de premières lignes et par des personnes qui fréquentent les CSST. Pour la plupart, il s'agit d'une consommation occasionnelle.

Enfin, le site toulousain propose en 2008 une description des premiers usagers réguliers de kétamine repérés par le dispositif TREND. Il ne s'agirait pas de jeunes en errance, mais plutôt d'usagers non désinsérés, participant au milieu festif techno, mais consommant maintenant de la kétamine au quotidien (voir Impact sanitaire).

Dans l'ensemble des structures de première ligne françaises, en 2008, l'usage au cours du mois précédent est modéré et concerne 7,4 % des personnes rencontrées dans le cadre de l'étude ENACAARUD. L'usage quotidien qui est le fait de 4,7 % d'entre eux (soit moins d'un demi pourcent de l'ensemble des usagers rencontrés) est marginal à l'échelle nationale. La majorité des usagers récents en ont pris moins d'une fois par semaine (72,9 %) [11].

## **Mode d'usage**

Le mode d'administration le plus répandu de la kétamine est le sniff mais des pratiques d'injection existent. L'injection, à l'origine d'effets particulièrement puissants ne concernerait qu'une frange des usagers. Peu pratiquée par les usagers restant dans l'espace festif où elle est jugée inutile, douloureuse et extrêmement dangereuse (un certain nombre d'usagers perdent directement conscience), l'expérience est décrite comme extrêmement forte et la quantité à prendre extrêmement minime.

La pratique est pourtant décrite comme étant en hausse à Marseille, à Rennes, à Paris et à Bordeaux. À Rennes, des structures de réduction des risques en milieu festif témoignent avoir rencontré, de manière inhabituelle, au cours de plusieurs événements en 2008, des personnes demandant des seringues pour s'injecter de la kétamine. Cette voie d'usage serait toutefois essentiellement utilisée par les jeunes usagers visibles dans l'espace urbain, injectant déjà d'autres produits et serait corrélée à d'autres comportements extrêmes. Sont décrites des personnes dites « destroy », abusant de nombreux produits.

La connaissance des modes d'usage déclarés par les usagers des structures de première ligne, en 2008 montre que cette pratique n'est pas marginale parmi les usagers de kétamine qui fréquentent ces structures : 39,4 % des usagers récents l'ont injectée, 66,1 % l'ont sniffée, 6,9 % l'ont ingérée et 2,3 % l'ont fumée [11].

L'injection en intraveineux direct aurait été expérimentée par certains usagers (sans transformation en poudre) à Bordeaux [60].

## Perception

L'image de la kétamine parmi les amateurs de substances psychotropes est particulièrement controversée. Sa catégorisation par les amateurs de psychotropes comme anesthésique vétérinaire « destinée aux chevaux et aux éléphants » participe à son image de produit fort aux effets incontrôlables.

Peut-être plus encore que le LSD, son usage fait peur et le spectacle des usagers qui « tombent » ne rassure pas. L'aboutissement extrême, selon le rapport bordelais, du voyage sous kétamine pour les usagers les plus aguerris, la Near death experience (l'expérience proche de la mort) contribue à donner à ses usagers une image « d'expérimentateurs fous » aux yeux des non consommateurs [64].

L'image est en général celle d'un produit peu festif qui isole l'utilisateur soit psychiquement, soit physiquement et dont la présence peut « gâcher » une fête. Ainsi, le rapport toulousain évoque l'ironie à l'égard de celui qui a pris de la kétamine lors d'un tel événement et finalement reste dans le véhicule alors que ses amis, sous stimulants ou hallucinogènes font la fête près du sound system [23].

Cependant, avec l'accroissement de la part des personnes l'ayant expérimentée, et pour certains l'acquisition d'une expérience permettant de mieux maîtriser les dosages, son image tend à se positiver. Le rapport de Marseille souligne par exemple qu'après avoir passé le pas, les jeunes utilisateurs changent d'avis : les sensations désagréables de la descente seraient moins marquées qu'avec la MDMA ou le LSD, il serait possible (selon ces jeunes) de prendre sa voiture plus précocement, et les effets apparaîtraient moins marqués sur le visage au moment du retour chez les parents ! [13]

## **Conséquences de l'usage**

Au-delà des bad trips, les expériences de consommations peuvent s'avérer traumatisantes, notamment lorsque les effets dissociatifs n'ont pas été recherchés. La kétamine est une substance très délicate à doser et produit une « montée » extrêmement violente lorsque le produit n'est pas pris suffisamment progressivement. Les pertes de consciences ou les pertes de repères temporels et spatiaux avec conscience préservée « trous noir », « K-hole », « black out » ou « Ketamine out » s'avèrent angoissants pour les usagers comme pour les accompagnants.

Des usages réguliers sont maintenant repérés, essentiellement à Toulouse d'où émanent ces premières descriptions, telles celle de cette usagère.

*« Il y a un côté où tu n'as plus de réflexion sur la conso. Tu te lèves le matin, tu prends ton trait et puis voilà, c'est tout, tu n'as pas réfléchi. Mais une fois que tu as pris ton trait et que tu es raide, après la descente, hop, tu vas reprendre un autre trait, et en fait tu restes toujours dans un autre monde, parce que c'est ça la kéta, ça te met dans des niveaux différents de la réalité. » [23]*

S'il n'y a pas d'expression d'un syndrome de manque de la part des usagers, différents observateurs témoignent à Toulouse d'usages quotidiens de kétamine évoquant un processus de dépendance et développement d'une tolérance (accroissement progressive des doses) [23]. Ces consommations s'accompagnent d'effets potentiellement dangereux

*« Le problème, c'est qu'au bout d'un moment, le gros truc c'est de partir dans une espèce d'inconscience, tu ne te rends compte de rien et bam ! Tu t'endors, tu peux t'endormir debout, tu peut t'endormir au volant » [23].*

Des conséquences sociales apparaissent également en lien avec cette nouvelle consommation.

Un informateur décrit un certain désinvestissement des usagers quotidiens de kétamine, pour les activités habituelles.

*« Je trouve que dans le mode de vie, c'est un peu comme si c'était la came. Quand t'es défoncé 24 heures sur 24 à la Kéta, tu fais plus rien comme quand t'es sous came finalement. »*

Une observatrice met l'accent sur ce qui selon elle relève de troubles du jugement qui se traduisent concrètement par la provocation répétitive de bagarres violentes et pour finir des problèmes pénaux.

Ces dommages sont perçus par l'entourage mais peu par l'utilisateur et ne donneraient actuellement pratiquement pas lieu à des demandes de soins.

## LE GHB / GBL

Le GHB (gamma-hydroxybutyrate) est un anesthésique possédant une double action : euphorisante puis sédative et amnésiante [99]. Cette molécule est donc utilisée de manière récréative par certaines personnes et de manière criminelle par d'autres (dans le cadre de tentatives de soumission chimique d'une personne par une autre). Il est classé comme stupéfiant en France depuis l'année 2001. Les effets du GHB apparaissent au bout de 15 mn et durent 1h30 à 2h00.

Jusqu'à aujourd'hui, le GHB avait surtout acquis une notoriété à travers les campagnes de presse mettant en garde les usagers des clubs et des discothèques contre la diffusion de la « drogue du viol », allusions à l'usage criminel du GHB<sup>134</sup>.

Le GBL (gamma butyrolactone) est un solvant industriel, précurseur du GHB et métabolisé en GHB par l'organisme après absorption. Le GBL ne faisant l'objet d'aucun classement juridique du fait d'une utilisation courante dans l'industrie, l'approvisionnement se ferait essentiellement et très facilement par Internet ou par de petites filières de détournement auprès de l'industrie. Les effets du GBL montent de manière plus progressive que ceux du GHB (30 à 45 mn) et durent un peu plus longtemps (3 à 5 h).

Depuis 2006, l'usage du GBL, particulièrement facile d'accès<sup>135</sup> et bon marché, a progressivement remplacé celui du GHB [12, 22]. En revanche, autour des établissements frontaliers belges fréquentés par les Français, l'usage de GHB paraît toujours de mise [24]. Il est cependant difficile de savoir quel produit circule réellement, car le nom usuel donné au produit reste le plus souvent « GHB »<sup>136</sup>[1].

---

134. En fait le GHB est peu utilisé dans un but de soumission chimique. L'AFSSAPS relève au cours de son enquête nationale « Soumission chimique », 6 cas avérés de soumission chimique avec usage du GHB (sur 119 cas avérés, notifiés entre octobre 2003 et mars 2005), 1 cas seulement entre avril 2005 et fin décembre 2006 (sur 123 cas de soumission chimique avérée) et aucun cas en 2007 sur 123 cas avérés.

135. Ce phénomène ne constitue pas une spécificité française. En mars 2008, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a publié un rapport, *GHB and its precursor GBL : an emerging trend case study, pour s'inquiéter du développement de l'usage du GBL*.

136. D'où le terme GHB/GBL fréquemment employé.

### **Données de cadrage**

La fréquence déclarée d'expérimentation du GHB chez les jeunes de 17 ans est égale à 0,4 % en 2008 (0,45 % chez les garçons, 0,4 % chez les filles) et a connu une augmentation significative de 63 % par rapport à 2005 [53].

Les saisies de GHB sont habituellement faibles (autour de 1 l) voire très faibles (0,003 l en 2006). Elles varient d'une année sur l'autre sans montrer de tendance particulière. En 2008, 0,242 litres ont été saisis ; 7 personnes ont été interpellées pour usage et 2 pour trafic [9].

### **Fréquence d'usage et usagers**

Le GHB/GBL est, à ce jour, très peu présent dans la palette des produits consommés par les usagers, les plus marginalisés qui fréquentent les CAARUD. En 2006, son usage (plus de 10 fois au cours de la vie) est rapporté pour moins de 2 % des usagers [12].

### **Diffusion géographique et sociologique**

Entre 1999 et 2008, le réseau d'observation TREND a pu constater qu'à l'exception de la région de Lille où le GHB est consommé de manière significative autour des méga-dancings belges, notamment depuis 2005, l'usage dans le cadre de la mouvance techno est toujours apparu discret. L'usage du GHB est, en effet, resté un phénomène bien spécifique lié au milieu du clubbing homosexuel<sup>137</sup> où un usage relativement modéré de cette substance est rapporté depuis les débuts du dispositif TREND (1999) notamment à Paris et à Marseille. La population concernée, masculine, est restreinte et bien insérée, celle-ci appartenant à des catégories socioprofessionnelles plutôt élevées [34, 76].

À partir de 2002, cet usage se développe dans la communauté gay, restant dans un premier temps limité à des contextes privés (« parties sexuelles » en appartement<sup>138</sup> ou soirées à thématique sexuelle). Depuis 2005-2006, l'usage en milieu festif gay s'amplifie à Paris, en privé mais aussi dans les lieux festifs, y compris hors du champ « électro », vers un public plus jeune. Dans la capitale, le phénomène semble être resté relativement confiné dans le milieu gay du fait de l'existence d'une scène festive gay relativement hermétique aux autres populations [1].

---

137. Ce milieu ne concerne pas les personnes homosexuelles en général. Il s'agit des personnes qui fréquentent le milieu de la fête et notamment les cercles urbains gays ou à tendance gays où une attention particulière est prêtée au corps et aux activités sexuelles.

138. Ce phénomène a connu une visibilité médiatique après le décès le 17 avril 2008 d'un homme lors d'une soirée à Paris, Libération, 25 avril 2008, Le GHB : de la drogue du violeur à la drague dure.

L'usage du GHB/GBL se développe également au sein de la population festive gay dans plusieurs grandes villes de province (Toulouse, Montpellier<sup>139</sup>, Bordeaux, etc.) plus progressivement et plus discrètement (les « débordements » tels que les attitudes nettement « sexuelles » pouvant découler de l'usage du GHB ou les comas survenant dans les lieux publics y étant notamment moins admis). À Toulouse, par exemple, l'usage semble rester relativement confiné à la sphère privée jusqu'en 2009<sup>140</sup>, alors qu'à Bordeaux, Marseille ou Montpellier est décrit un usage dans les lieux festifs [1, 21, 23, 64, 75].

Les années 2007 et 2008 sont marquées par une diffusion de ce produit hors de la communauté gay auprès de très jeunes expérimentateurs festifs (voir phénomènes marquants).

### **Contextes et intentionnalité d'usage**

Dans le contexte festif techno, dans une population mixte, les motivations de l'utilisateur peuvent être de deux sortes [23, 64, 75] :

- L'expérimentation : un certain nombre de personnes, particulièrement les jeunes, filles ou garçons, essayent de manière opportuniste tout nouveau produit disponible.
- Une recherche d'effets comparables à ceux de l'ecstasy (d'où le nom d'ecstasy liquide comme périphrase du GHB/GBL) : désinhibition, euphorie et empathie, mais également relaxation avec comme particularité un effet d'endormissement fréquent contre lequel les usagers luttent en bougeant ou en consommant de la cocaïne. Les effets sont également comparés à ceux de l'alcool avec l'avantage, selon les usagers, d'un prix moindre et de l'absence de « gueule de bois » le lendemain.

Parmi les personnes appartenant à la communauté festive gay, les motivations peuvent varier avec le contexte d'usage : festif (lieux publics festifs) ou sexuel (lieux privés, backrooms ou autres lieux de rencontres tels que certains saunas) [1].

Dans le cadre festif, les effets recherchés, apparentés à ceux de l'ecstasy, peuvent être les mêmes que pour les autres groupes de consommateurs. On constate ainsi qu'en 2008 dans le milieu homosexuel festif à Paris, mais également dans le milieu gay friendly à Toulouse ou à Bordeaux, le GHB/GBL tendrait à se substituer à une ecstasy dont la disponibilité est en baisse notamment dans les clubs. Il serait alors pris dès le début des soirées [1, 21, 64].

---

139. Le dispositif TREND ne dispose pas de site à Montpellier. En revanche, les établissements festifs de Montpellier sont particulièrement fréquentés par les Toulousains, de la même manière qu'il existe une grande proximité festive, si ce n'est géographique, entre Toulouse et Barcelone.

140. Ce qui n'est peut-être plus le cas aujourd'hui puisqu'au moins un cas de jeune fille hospitalisée pour un usage volontaire de GHB a été signalé par la coordination TREND locale toulousaine.

Cependant, y compris dans ce contexte, la consommation du produit est souvent liée dans la population gay à une forte intentionnalité sexuelle. Celui-ci sert souvent à préparer une suite privée, éventuellement collective, à la soirée publique (du fait de la désinhibition notamment). Le produit est pris en milieu ou en fin de soirée [1]. Les observateurs des sites de Paris ou de Marseille, rapportent aussi un développement de l'usage de GHB dans le cadre des « after »<sup>141</sup> [21, 64].

Dans les contextes sexuels<sup>142</sup>, c'est surtout l'envie et l'amplification des sensations tactiles à l'origine notamment d'une augmentation du plaisir pendant la relation sexuelle qui sont mises en avant [1, 21].

## Marché

Le GBL est acheté sans difficulté, le plus souvent sur Internet, semble-t-il, en tant que solvant industriel. Le produit envoyé est étiqueté en fonction de l'usage allégué (décapant pour meubles par exemple) mais l'usage réel ne semble pas inconnu des distributeurs sur internet qui donneraient des informations sur les dosages. Sur certains sites, la dose recommandée correspond à l'équivalent d'une cuillère à café toutes les trois heures, ou de 2 ml toutes les deux heures [1].

Des informateurs parisiens font état d'achats en quantité importante (5 litres) auprès de distributeurs d'accessoires pour voitures.

En 2007, le prix se situait dans une fourchette comprise entre 50 et 70 € le demi-litre [1].

Les modes de transport les plus fréquents pour acheminer le produit dans un lieu public seraient les suivants :

- Une bouteille de poppers ;
- Une pipette ou une seringue. À l'intérieur du lieu festif le contenu de la pipette ou de la seringue est déversé dans une petite bouteille d'eau achetée sur place, dans laquelle on ajoute du sirop pour masquer le goût<sup>143</sup> du GHB ou du GBL et l'haleine désagréable qu'ils entraînent. La bouteille de sirop est ainsi un signe distinctif d'usage de GHB/GBL [1, 21].

Le GHB/GBL peut être vendu sur place aux usagers, à la dose (1 ml). Le site de Bordeaux rapporte un prix de 15 à 20 € le ml, en 2007 [64].

---

141. Désigne les « fêtes les plus souvent organisées à l'intérieur des clubs, accueillant le public à partir de 6 ou 7 heures du matin (heures de fermeture des clubs) et jusqu'à midi. C'est le prolongement de la fête » [1].

142. Dans le cadre de la préparation d'un acte sexuel précis, chaque produit est pris en fonction d'un effet recherché spécifique, par exemple, anesthésie, désinhibition ou relâchement musculaire local permettant la réalisation d'acte particulier, amplification des sensations, durée de la performance érectile.

143. Le GHB est salé et amer. Le GBL, quant à lui, a un goût de solvant.

La disponibilité du GHB autour des méga-dancings belges apparaît permanente depuis 2005 et relativement constante. Elle pourrait avoir été en hausse en 2008 mais ce point de vue est peu étayé [24].

Le GHB y est présent sous forme liquide. Il serait acheminé dans des bouteilles d'1,5 litre et vendu dans des flacons de 20 ml initialement destinés à contenir de l'alcool. Les usagers le consomment dilué dans une boisson. La dose (le flacon) serait vendue entre 15 et 30 [24].

## Conséquences de l'usage

La principale conséquence sanitaire évoquée en milieu festif est le « G-Hole », lequel se manifeste par une perte de connaissance suivie d'un profond sommeil de plusieurs heures. L'épisode comateux peut également se conclure par le décès de la personne. Dans la plupart des cas, l'amnésie de l'épisode est totale. Ces comas surviennent quand la dose dépasse la tolérance individuelle, très variable selon l'usager<sup>144</sup>, mais surtout en cas de consommation concomitante d'alcool, qui a pour effet de potentialiser l'effet du GHB-GBL [24, 100].

La connaissance par chacun de la dose qu'il peut absorber sans risquer le « G-hole » résulte d'un apprentissage empirique. Les usagers expérimentés apprendraient ainsi à consommer sans risque de surdose. En revanche, la consommation est dangereuse chez des individus ne connaissant pas « les règles d'usage » du produit (doses tolérées et abstinence d'alcool). C'est le cas notamment du néophyte à qui le produit est offert sans encadrement [1].

La montée relativement lente des effets du GBL constitue un risque supplémentaire pour usagers non expérimentés. Ceux-ci, ne sentant pas venir les effets, ont tendance à reprendre du produit [1]. Ainsi, il apparaît que les comas sont le fait le plus souvent d'usagers non expérimentés. Cela dit, il existe aussi des comas recherchés au nom de la quête d'expériences radicales [1, 64, 75].

Dès 2006 à Paris, ces comas semblent prendre un caractère « habituel » voire « banal » tant pour les services d'urgence qui les reçoivent à Paris que pour les consommateurs de GHB. Un observateur va alors jusqu'à comparer ce phénomène dans cette petite population à celui de la « cuite » concernant l'alcool [12, 21, 100].

Une part des usagers en état de coma est hospitalisée. Ce phénomène prend une ampleur particulière en 2007, dans certains hôpitaux parisiens [1, 22].

Une autre partie des « comas » (ou « endormissements ») ou « G hole » semblent en 2007 à ce point banalisés qu'ils seraient gérés directement dans certaines boîtes de nuit, qui auraient installé des lieux isolés où les « dormeurs » attendraient le réveil.

---

144. Elle varie notamment en fonction de la masse corporelle de l'usager.

L'intensité maximale de ce phénomène semble avoir été atteinte entre l'été 2007 et le premier semestre 2008. La multiplication des comas conduit à l'annulation d'un certain nombre de soirées. Il en résulte une mobilisation de la communauté festive gay et notamment des organisateurs de soirées gay autour de l'idée que le « GHB tue la fête ». Au deuxième semestre 2008, il semble ainsi que le rythme de ces comas se soit ralenti à Paris, plutôt en relation avec une meilleure maîtrise de l'usage dans ce cadre que du fait d'une baisse des usages [21].

Par contre, c'est parmi les jeunes usagers de la population « tout-venant » que surviennent alors des comas. Certains sont signalés dès 2007 à Marseille liés à des prises de GHB/GBL en association avec de l'alcool ou des stimulants [75]. Début 2009, le groupement de plusieurs cas à Montpellier entraîne leur médiatisation (voir phénomènes marquants). Cependant, la plupart ne seraient, comme pour ceux survenus dans l'espace festif gay, pas signalés de manière officielle.

Concernant l'usage de GHB à la frontière belge, peu d'informations sont disponibles s'agissant de la survenue de surdoses. En novembre 2008, une information relative à trois comas a été relayée par la presse locale en Belgique.

## **Perception**

L'image du GHB/GBL auprès des non usagers rapportée par le dispositif TREND paraît assez négative jusqu'en 2008 et lors de l'étude ethnographique en milieu festif gay. D'une part, en raison des nombreux comas provoqués par les surdoses, mais aussi parce qu'il serait associé dans le milieu gay festif à Paris (rumeur ou réalité ?) au développement, non pas de vols, mais de violés. Les attitudes publiques de désinhibition sexuelle seraient fortement réprouvées par une partie du public festif (gay ou non) [1, 21, 23, 75]. Cependant, une minorité seulement des usages aboutit à une perte de connaissance, les usagers qui croisent le produit finissant par se familiariser avec lui. Il tend de ce fait à faire moins peur.

## **LE 2C-B**

Le 2C-B (4-Bromo-2,5-iméthoxyphénylamine) est une substance hallucinogène de synthèse dont les effets sont à la fois semblables à celles du LSD (hallucinations visuelles colorées, sensations psychédéliques, distorsions des formes et des surfaces) et de la MDMA (empathie, stimulation de la libido). La fenêtre entre l'effet et la toxicité serait très étroite et le risque de surdosage serait important lorsque le produit serait vendu pour de l'ecstasy [49].

Ce produit, très peu disponible, circule sous la forme de gélules, voire de cachets, à des prix compris entre 10 et 20 € l'unité. Ses noms de rue sont nexus, bromo ou spectrum. Le 2-CB est classé comme stupéfiant.

Le 2C-B est très occasionnellement signalé dans le cadre du dispositif TREND. En octobre 2001, une note d'information [50] avait été rédigée dans le cadre du dispositif SINTES, à la suite de la collecte de trois échantillons dans le milieu festif techno. En 2006, le site de Marseille faisait état d'une consommation, très marginale, de 2C-B dans un petit milieu d'utilisateurs relevant des milieux urbains alternatifs [96]. De nouveau en 2008, le 2C-B est réapparu, présenté comme un produit nouveau en provenance des Pays-Bas. Sa présence a été authentifiée par l'analyse d'un échantillon recueilli dans la région parisienne lors du teknival du 1er mai [49].

## **HALLUCINOGENES SYNTHETIQUES, PHENOMENES MARQUANTS DEPUIS 2007**

### **Le LSD très présent sur Paris**

Il semble que le « retour » de la demande et de la disponibilité du LSD dans les événements festifs, déjà mentionné en 2006, soit une tendance qui persiste, mais sur un rythme tout à fait modéré sur les sites TREND de province alors que le site parisien rend compte d'un phénomène plus net. En 2007, plusieurs sites (Rennes, Metz) notent que sa disponibilité, souvent erratique, se serait améliorée en particulier dans les grandes fêtes (grandes raves ou teknivals) particulièrement en été. Le dispositif Trend de Paris signale que le LSD est décrit comme « disponible » à « très disponible » dans les free parties et les teknivals ou même les « barbecues »<sup>145</sup>. À tel point que la situation de l'été 2008 est ainsi résumée par un observateur « Cet été, il n'y avait que des acides qui circulaient en teuf » [21].

Pour célébrer le décès d'Albert Hoffman (inventeur du LSD), survenu en avril 2006, une quantité plus ou moins importante de LSD aurait été diffusée gratuitement pendant l'événement techno [21].

Les données de saisies et d'interpellations d'utilisateurs en hausse depuis 2006 pour les premières, 2002 pour les secondes, tendent à accréditer l'idée d'une évolution sur le marché du LSD.

Si l'accès au produit n'est pas toujours au rendez-vous, selon les sites, il semble que la constante soit l'expression accrue d'un intérêt et d'une demande de la part d'une frange de la jeune génération des expérimentateurs festifs. Toutefois, la peur des effets limite fortement le nombre d'amateurs de psychotropes prêts à franchir le pas.

---

145. Voir descriptif de l'espace festif dans la partie transversale.

## Disponibilité et usage de la kétamine en hausse

Même si les usages de kétamine restent quantitativement minimes par rapport à l'ensemble de la population française, on assiste à un développement de son usage et de sa disponibilité.

La disponibilité de ce produit resté rare jusqu'en 2005 est signalée en hausse sur quatre de sept sites TREND sur les années 2006-2008 (Bordeaux, Marseille, Toulouse et Metz).

Les records de quantités saisies depuis 2006, même si ces quantités sont davantage destinées au champ international qu'au territoire français (quantités saisies en 2008, trente fois supérieures à celles de 2007), peuvent être le signe d'une meilleure accessibilité du produit souvent rapporté des pays frontaliers.

Elle est essentiellement présente dans l'espace techno alternatif à partir desquels elle peut se diffuser.

Parallèlement, les usages, évoluent. En premier lieu, ils ne concernent plus seulement le groupe restreint d'usagers d'origine, les « *travellers* ou nomades », emblèmes de la contre-culture techno mais se sont diffusés parmi les plus jeunes usagers de l'espace festif, notamment les plus précaires. Son usage se développe ainsi dans la population des jeunes en errance qui évoluent aux franges du milieu festif mais également dans les centres urbains et les squats.

Surtout, le rapport au produit et les modalités d'usage semblent avoir évolué.

Alors que la rencontre avec le produit découlait de l'opportunité, elle est actuellement désirée et recherchée activement par les nouveaux usagers. Le produit tend à devenir pour certains usagers un produit de « première expérimentation » alors qu'il survenait beaucoup plus tard dans la carrière « psychotrope » de la génération précédente.

D'un usage exceptionnel qui avait valeur d'« extra » chez les anciennes générations, l'usage tend à devenir de plus en plus régulier et à se systématiser pour certains en soirée. À l'extrême, les observateurs de Toulouse commencent à observer des usagers quotidiens (voir impact sanitaire).

Cependant l'ampleur de ce phénomène est difficile à estimer. D'une part parce qu'il n'est pas géographiquement généralisé, Toulouse connaissant une situation de croissance d'usage et de disponibilité particulière. D'autre part, car la demande s'accroissant apparemment plus vite que l'offre sur certains sites comme à Metz, « on en parle plus qu'elle n'est disponible réellement » [32]. De plus, la consommation de kétamine produit des effets particulièrement repérables – l'usage ne peut rester discret – et diffusant parmi une population, jeunes et inexpérimentée, elle s'accompagne de « complications » spectaculaires. Ces éléments conduiraient peut-être à surévaluer la progression de ce produit.

## **Accroissement de la pratique de l'injection de kétamine notamment en intra musculaire**

Il s'agit actuellement d'un phénomène émergent dont l'avenir est particulièrement incertain. Parmi les nouvelles populations usagères de kétamine, essentiellement les jeunes en errance qui fréquentent l'espace festif mais que l'on retrouve également dans les centres urbains, l'injection de kétamine, pratique à haut risque, est signalée en hausse sur quatre des sept sites TREND. À Bordeaux, un nouveau conditionnement de vente en rapport avec cet usage aurait été observé : des doses directement contenues dans des seringues de 2 ml, vendues pour 10 € dans la rue.

La particularité de cette population serait de favoriser l'injection intramusculaire (voire sous cutanée) de kétamine (voie d'usage prévue pour les produits vétérinaires). Ce mode d'usage, pratiquement inusité par les usagers de drogues français jusqu'alors, ajoute aux risques habituels de l'injection, celui des infections bactériennes à *Clostridium*, régulièrement responsables de groupement de cas de tétanos ou de botulisme chez plusieurs de nos voisins européens (notamment Grande Bretagne et Irlande).

## **La diffusion du GHB/ GBL dans une population de jeunes teuffeurs**

À l'exception de la région de Lille où le GHB est consommé autour des mégadancings belges, l'usage du GHB ou du GBL est jusqu'en 2007 un phénomène bien spécifique lié au milieu du clubbing homosexuel notamment à Paris et dans une moindre mesure Marseille. Depuis 2006, cet usage s'est intensifié à Paris mais c'est également étendu à d'autres villes de provinces, notamment Toulouse et Montpellier.

Contrairement à Paris où cette consommation est restée cantonnée à la communauté festive gay, elle se diffuse depuis 2007 en province dans une population de jeunes fréquentant l'espace festif commercial où se joue de la musique techno. En effet, si on ne trouve pas dans les grandes villes de province, de milieu festif exclusivement homosexuel comme à Paris, il existe en revanche des établissements ou soirées gay friendly, c'est-à-dire ouverts à tous mais fréquentés par une population importante de personnes appartenant à la communauté gay qui y joue un rôle de leader en termes de tendances (trend setter). Ces lieux festifs à tendance techno permettent aux populations d'usagers (usagers tout venant de la scène techno commerciale et usagers du milieu festif gay) de se côtoyer : le produit apporté par les uns est mis à la disposition de tous [1].

Cette population mixte (filles et garçons) est celle de jeunes « teuffeurs » (17-25 ans), qui vont alors consommer le produit, soit parce qu'ils recherchent spécifiquement les effets du GHB/GBL, soit parce qu'ils tendent à expérimenter toute nouvelle substance (voir paragraphe ci dessous). La plupart ignorent la faible marge

de manœuvre qui existe entre un usage relativement sans risque et un usage susceptible d'entraîner un coma et l'apprentissage nécessaire pour adapter la dose consommée à ses capacités de tolérance. En outre, les risques liés à la co-consommation d'alcool sont souvent ignorés [1, 75].

La diffusion de l'usage chez ces usagers peu expérimentés et souvent peu prudents s'est traduite par la survenue de groupement de comas comme cela avait été le cas dans la communauté festive gay parisienne à partir de 2006. En 2007, à Marseille, plusieurs admissions aux urgences, liées à des usages de GHB en association avec des stimulants et/ou de l'alcool et concernant des personnes de moins de 26 ans, sont signalées [75].

À Montpellier, enfin, au début de l'année 2009, la presse fait état d'une série de comas. Les personnes concernées sont jeunes (17 à 22 ans) et les jeunes filles sont aussi nombreuses que les jeunes gens. Dans cette ville<sup>146</sup>, où la communauté gay et l'activité festive sont importantes, il semble que le passage du produit vers les populations hétérosexuelles se soit opéré assez facilement. La médiatisation du produit qui s'en suit semble attirer de nouveaux expérimentateurs. Il n'est cependant pas certain que la tendance perdure, une fois l'effet de mode passé.

### **À signaler**

#### **Repérage d'un trafic de kétamine visant des usagers non visible dans le dispositif TREND**

En 2008, les fonctionnaires de police signalent au site parisien le démantèlement, par la Brigade des stupéfiants de Paris, d'un trafic de kétamine vendue en sachets de petits cristaux au sein de la communauté asiatique du quartier de Belleville (19<sup>ème</sup> arrondissement) [21]. En 2007, la Brigade des réseaux ferrés et les Douanes avaient déjà interpellé des ressortissants chinois avec plusieurs kilos de kétamine. Ces faits suggèrent d'une part qu'il pourrait exister des usagers de kétamine hors du champ couvert par le dispositif TREND et d'autre part que des tentatives de mise en place d'un trafic organisé seraient à l'œuvre.

#### **« On a vu passer »...des « étoiles rouges » ou « étoiles de mescaline » ... sans mescaline**

Le produit, signalé successivement à Avignon, Montpellier puis Bordeaux au cours de l'année 2008, a été souvent présenté comme de la Mescaline. La dernière collecte a été réalisée en juin 2008 dans la région Midi Pyrénées. Les analyses ont montré la présence de LSD mais pas de mescaline (produit moins volatile et normalement plus facilement identifiable que LSD) [47].

---

146. Voir note 139.

## LES SOLVANTS

Les solvants organiques sont des produits chimiques, liquides ou gaz volatiles, ayant la propriété de solubiliser les graisses ainsi que de nombreuses substances lipophiles.

De nombreux produits vendus librement peuvent être utilisés et cela principalement par des adolescents et jeunes adultes, « comme drogues » pour leurs effets psychotropes (éther, trichloréthylène, chloroforme, détachants, solvants de peinture, aérosols, protoxyde d'azote...). Les poppers (préparation contenant des nitrites d'alkyle, dissous dans des solvants organiques) peuvent également être classés dans cette catégorie.

Inhalés, les solvants agissent sur le système nerveux central en induisant des manifestations ébrieuses. Les effets induits par sniffing sont de survenue très rapide.

Trois effets se succèdent :

- Phase euphorique avec excitation psychomotrice et désinhibition ;
- Phase inconstante de perturbation sensorielle allant parfois jusqu'à l'hallucination visuelle ;
- Phase de sédation avec parfois sommeil et coma.

### Données de cadrage

En France, à 17 ans, 5,5 % des jeunes disent avoir déjà expérimenté les solvants. Cette part a progressé de 1,9 point entre 2005 (3,6 %) et 2008. Ces chiffres de cadrage sont à prendre avec précaution compte tenu de la nature des produits (facilement disponibles et donc sujets à expérimentation aisées), de l'imprécision de la question posée (« Produits à inhaler/sniffer (colle, solvants, trichlo) ») et du traitement à part du « poppers ». Ce dernier serait expérimenté par 13,7 % des garçons et filles de 17 ans (5,5% en 2005) [53].

Lorsqu'on les interroge les adolescents scolarisés de 16 ans sont 11 % à déclarer une expérimentation des « produits à inhaler », expérimentation dont on ne contrôle pas l'intensité [101]. L'usage à long terme et répété des solvants qui ont cours parmi des populations marginalisées (enfants des rues par exemple) ne semble pas exister en France.

Parmi les populations d'usagers problématiques de drogues en France, les usages de solvants/poppers sont très marginaux. Des usages quotidiens sont retrouvés chez 0,4% d'entre eux et au cours du dernier mois chez 4,9 % en 2006 (46 % en ont consommé au moins 10 fois au cours de leur vie). La fréquentation du milieu festif techno (festival, free partie...) n'apparaît pas dans cette population favoriser l'usage de ces produits contrairement aux produits stimulants et hallucinogènes [12].

En milieu festif peuvent être consommés les poppers (traités ci-dessous) et le protoxyde d'azote.

Le protoxyde d'azote, utilisé en médecine comme anesthésiant (mélange équimoléculaire oxygène/protoxyde d'azote - MEOPA), peut être consommé de façon détournée en milieu festif alternatif ; les effets attendus par les usagers sont un état d'euphorie, des sensations de picotements, un engourdissement des membres, un ralentissement de la perception du temps, une atténuation des sensations tactiles, un état cotonneux et des distorsions sonores. Appelé aussi « proto » par les usagers, il serait vendu sous forme de ballons (2 € l'unité). Son usage détourné, qui était rapporté depuis plusieurs années par les observateurs en milieu festif, semble aujourd'hui anecdotique. Le produit y est très peu disponible.

## **LES POPPERS**

Les préparations contenant des nitrites aliphatiques ou cyclique d'alkyle (nitrites d'amyle, de butyle d'isobutyle, de propyle, de pentyle), plus connues sous le terme générique de « poppers » sont généralement classées dans la famille des solvants mais aussi des hallucinogènes du fait des effets de type hallucinatoires que leur consommation est susceptible d'engendrer. Ils se présentent sous la forme de liquides très volatils contenus dans des fioles de 10 à 15 ml [21, 23].

Les nitrites d'alkyles ont une action immédiate par inhalation. Leurs effets ne durent pas plus de deux minutes. Leur effet principal est la relaxation des fibres musculaires lisses entraînant notamment une dilatation intense des vaisseaux. Ils sont responsables d'une hypotension et d'une accélération du rythme cardiaque. Le nitrite d'amyle (ou iso-pentyle) a notamment été utilisé pour ses propriétés vasodilatatrices des coronaires pour soulager les crises d'angine de poitrine (angor). Leur inhalation produit une euphorie, éventuellement accompagnée de rires.

En France, les poppers contenant des nitrites de pentyle et de butyle ou leurs isomères sont interdits à la vente ou à la distribution gratuite au public, depuis 1990 (décret n° 90-274 du 26 mars 1990). Par contre, certains nitrites, non mentionnés dans le décret d'interdiction, n'étaient pas contrôlés par une réglementation particulière et restaient disponibles (nitrites d'amyle ou de propyle par exemple) dans les sex-shops ou les bars gays. Depuis 2007, tous les produits comportant des nitrites d'alkyle aliphatiques, cycliques ou hétéro cycliques ou leurs isomères destinés au consommateur et ne bénéficiant pas d'une autorisation de mise sur le marché, ont été interdits à la vente ou à la distribution par le décret n°2007-1636 du 22 novembre 2007. Ce décret a été annulé en Conseil d'Etat le 15 mai 2009 sur la requête d'une des sociétés produisant ces produits et de plusieurs associations.

### Données de cadrage

Selon les données issues du Baromètre Santé 2005, 4,1 % des personnes âgées de 18 à 64 ans auraient expérimenté des poppers [7, 82]. C'est dans la tranche d'âge des 26-44 ans que l'expérimentation est la plus élevée (6,3 %). L'expérimentation des poppers est un phénomène plus spécifiquement masculin.

La fréquence d'expérimentation des poppers chez les jeunes de 17 ans est en nette augmentation depuis huit ans puisqu'elle passe de 2,4 % en 2000 à 13,7 % en 2008, notamment chez les filles (de 1,3 % à 13,2 %) [53] ; Parmi les expérimentateurs, seuls 6,7 % ont consommé le produit de manière régulière (au moins 10 fois) dans l'année précédente.

Les saisies de poppers étaient inexistantes depuis plusieurs années et demeurent anecdotiques. En 2008, 4 flacons de poppers ont été saisis. Les poppers n'ont donné lieu à aucune interpellation [9].

### Fréquences d'usage et usagers

Les poppers sont particulièrement consommés par les personnes fréquentant l'espace festif techno (alternatif et commercial). Ainsi les résultats d'une étude portant sur les villes de Bordeaux, Metz, Nice, Rennes et Toulouse ont montré que un peu plus de la moitié des personnes enquêtées dans ce milieu ont expérimenté les poppers et qu'elles sont 9 % à en avoir fait un usage récent (N=1496) [27].

Ils sont notamment expérimentés ou consommés occasionnellement par des adolescents qui recherchent l'état d'ébriété et d'euphorie brève qu'ils procurent. Leur image de produits peu risqués, la médiatisation dont ils ont été l'objet, dans un contexte de diffusion de l'expérimentation des drogues à usage festif chez les jeu-

nes, pourraient être à l'origine de cet engouement. Leur prix modéré et surtout leur partage particulièrement aisé dans un cadre festif (pas de préparation) ont pu concourir à la multiplication des expérimentations chez les jeunes. Des expérimentations ou des consommations occasionnelles de poppers sont également signalées chez des collégiens ou des lycéens hors contexte festif [21].

En contexte festif, consommé le plus souvent en groupe, notamment par les plus jeunes, ils procurent une sensation immédiate d'hilarité et d'euphorie de courte durée. Ils sont inhalé directement sur la piste de danse (la bouteille étant placée sous la narine).

Au cours des after, ils feraient « remonter l'effet des autres produits ».

Au sein de l'espace à tendance techno conventionnel, dans le milieu du clubbing (en partie homosexuel), l'usage récent concerne 17 % des personnes rencontrées (N=430) [27].

En effet, les usages les plus fréquents concernent la population homosexuelle masculine qui fréquente des lieux de rencontres festives ou sexuelles. Selon le Baromètre Gay 2005 réalisé auprès d'hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens, 47 % des personnes ayant participé à l'enquête déclarent avoir consommé des poppers au cours des douze derniers mois [2]. La population masculine homosexuelle amatrice de substances psychotropes le consomme majoritairement en contexte sexuel où le poppers occupe une place très particulière parmi les produits utilisés. Ils sont, en effet, censés améliorer l'érection, accroître les sensations orgasmiques et retarder l'éjaculation. Certains usagers ressentent une quasi-dépendance vis-à-vis du produit pour la réalisation d'actes sexuels. Il est également quasi systématiquement associé à la pratique d'actes qualifiés de « hard ». L'association avec du Viagra®, pourtant contraindiquée, n'est pas rare [1, 21, 23].

## **Marché**

Jusqu'en 2007, les poppers sont légalement vendus en France dans les sex-shops, les saunas ou les clubs. Toutefois, dans ce type d'établissement, les poppers vendus légalement en France sont en général considérés comme peu efficaces contrairement à ceux importés illégalement des Pays-Bas ou du Royaume-Uni [1]. Qualifiés de « vrais poppers » par les usagers, selon les observations ethnographiques réalisées à Paris, du fait d'effets plus forts et plus durables, d'une odeur moins désagréable, de maux de tête consécutifs à la prise moins fréquents et d'une absence de sensation de brûlure sur les parois nasales et sur la peau, ces derniers seraient davantage recherchés que les poppers acquis en France [1].

Le décret de 2007, élargissant l'interdiction de vente à l'ensemble des poppers ne semble pas, sur les deux sites où une observation en milieu festif gay était menée

(Paris et Toulouse), avoir entraîné de diminution franche des usages en contexte festif public. S'ils n'étaient plus proposés dans la plupart des saunas fréquentés par les hommes homosexuels, ils ont continué à y être utilisés. Plusieurs éléments ont concouru à cette disponibilité persistante. En premier lieu, dans l'espace festif gay, les usagers réguliers consommaient déjà un produit interdit en France, commandé sur Internet, le Jungle Juice. À Paris, dans ce milieu, le produit est également fréquemment rapporté des voyages européens (Londres, Berlin, Amsterdam). Par ailleurs il semble que certains sex-shops ou saunas aient continué de le proposer discrètement à leurs clients [1, 21].

Les consommateurs les plus affectés par cette réglementation ont été les usagers occasionnels, disposant d'un réseau relationnel gay insuffisant ou absent qui s'approvisionnaient dans les sex-shops, les clubs et les saunas et ne voulaient pas risquer de donner leur adresse ou de se faire livrer au domicile [1, 21, 23]. Il semble cependant, que l'accessibilité, même si elle a paru constante pour beaucoup d'usagers intégrés dans les cercles gays ait été perçue comme plus compliquée, avec une multiplication des intermédiaires pour ceux qui ne le commandaient pas eux même et une augmentation des prix.

Les prix cités en 2008 dans les sex-shops qui écoulent leurs stocks à Paris se situent entre 35 et 40 € le flacon de 13 ml. À Toulouse, le flacon de 10 à 15 ml, commandé à un intermédiaire, vendu 12 € en 2007 est accessible à 20 € en 2008 [1, 21, 23].

La situation depuis l'annulation du décret à la mi-2009, n'a pas encore été évaluée.

## Conséquences de l'usage

L'intoxication peut provoquer des nausées, des vomissements, une hypotension, une dermatite de contact caractéristique qui se traduit par des lésions nasales et du visage recouvertes de croûtes jaunâtre, une irritation cornéenne, des céphalées, une hypertension intraoculaire et parfois la survenue d'une anémie par altération des globules rouges (méthémoglobinémie). Elle peut théoriquement prendre la forme d'une psychose aiguë, plus rarement d'un coma ou d'un décès. L'association avec un certain nombre de médicaments, dont le Viagra® qui lui est pourtant régulièrement associé par une frange des usagers, potentialise les risques d'accidents cardiovasculaires.

En dehors des notifications spontanées, il n'existe pas de données françaises permettant de quantifier la survenue d'effets indésirables. De 1992<sup>147</sup> à 2000, 310 cas d'intoxications aiguës ont été rapportés [102]. Des cas de blessures sont signalés en 2008 à Paris à la suite de chutes induites par des étourdissements, des vertiges ou une ébriété [21].

---

147. Date du premier cas d'intoxication aiguë liée aux poppers rapporté aux centres anti-poisons et de toxicovigilance.

## LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES NON OPIACÉS DÉTOURNÉS DE LEUR USAGE

Les médicaments psychotropes regroupent plusieurs classes de substances destinées à agir sur l'activité cérébrale. Ceux-ci sont largement diffusés dans la population française. Pour la majorité des usagers, la consommation fait suite à une prescription médicale dans le cadre d'un traitement [52]. Seule une minorité les consomme en dehors d'un cadre thérapeutique avec pour objectif le soulagement de symptômes par le biais d'une automédication ou la recherche d'une modification de l'état de conscience.

D'une manière générale, les médicaments les plus détournés de leur usage sont les benzodiazépines (BZD) ou les molécules apparentées, principes actifs de la plupart des médicaments à visée anxiolytique ou hypnotique. Elles ont, outre leurs propriétés hypnotiques et anxiolytiques, des effets myorelaxants et anticonvulsivants. Leur utilisation continue est susceptible d'engendrer le développement d'une tolérance et un risque de dépendance physique et psychique pouvant entraîner un syndrome de sevrage.

Dans les populations particulièrement usagères de drogues, les antidépresseurs et les anti-psychotiques ne semblent pas détournés. Ainsi dans les CSST, bien que consommés chacun par 8 % des personnes rencontrées, ces médicaments ne font pas, selon l'enquête OPPIDUM 2006, l'objet de détournement [73].

Il faut noter que l'usage d'un médicament psychotrope tel que les BZD par un usager ou un ex-usager de drogues n'est pas forcément synonyme de recherche de « défonce ». La fréquence importante des co-morbidités psychiatriques chez les usagers de drogues s'accompagne souvent d'une symptomatologie anxieuse motivant un usage, qu'il soit encadré ou non. Si certains mésusages sont patents, il est

dans d'autres cas difficile de faire la part entre les différentes finalités d'usage. Ainsi, le niveau des usages mesuré en structures de soins ne peut être interprété de manière univoque, une bonne part d'entre eux s'intégrant probablement au cadre thérapeutique.

### Données de cadrage

Dans la population générale, l'usage de médicaments psychotropes, principalement anxi-hypnotiques et antidépresseurs, est très répandu. La fréquence de cet usage<sup>148</sup> en population adulte (18-75 ans) au cours d'une année s'établit autour de 19 % [7, 103]. En 2005, on estime qu'environ 9 millions de personnes ont consommé un médicament psychotrope dans l'année [7]. L'usage au cours d'un mois donné concerne 14 % des 18 ans et plus, les femmes deux fois plus que les hommes et l'usage en particulier d'un anxiolytique ou d'un hypnotique est le fait de 11 % de la même population.

La prévalence de la consommation tendrait à décroître légèrement pour les anxiolytiques/hypnotiques alors que celle des antidépresseurs continue à augmenter [52]. À 17 ans, en 2008, 25,1 % des filles et 13,9 % des garçons ont déjà pris un tranquillisant au moins une fois dans la vie. Ces fréquences sont respectivement égales à 17,1% et 12,1 % en ce qui concerne les somnifères [53]

Parmi les personnes suivies dans les CSST, le nombre de celles prises en charge principalement pour un problème d'usage de médicaments psychotropes non opiacés suit une pente descendante depuis 2004 (- 30 % entre 2004 et 2007) [61]. Parmi les primo-consultants, la part de ceux dont c'est le produit problématique principal est égale, en 2007, à 2,0 % contre 2,8 % en 2005 (données RECAP, analyse à champ constant) [35].

Le dispositif OSIAP qui observe les détournements d'ordonnances rapporte en 2007 que 7 molécules BZD ou apparentée sont présentes parmi les 10 premières molécules détournées. Les anxiolytiques et les hypnotiques et sédatifs représentent respectivement 24,7 % et 25,1 % des cas. Le Zolpidem (Stilnox<sup>®</sup>) et la zopiclone (Imovane<sup>®</sup>) sont les plus détournés de cette manière en 2007 [80]. Ce dispositif observe les détournements d'ordonnances « en population générale » et il est difficile de savoir si ces détournements concernent les populations poly-usagères observées par le dispositif TREND.

La troisième édition de l'enquête « Soumission chimique » de l'Afssaps (2007) retrouve comme les deux premières une nette prédominance des BZD parmi les produits employés. Ainsi en 2007, parmi les 67 cas vraisemblables de soumission chimique, les benzodiazépines et apparentées était en cause dans 50 cas) [104].

148. On mesure l'usage des deux classes citées (anxi-hypnotiques et antidépresseurs).

## **LA SITUATION**

### **Fréquences d'usage et usagers**

La totalité des médicaments mentionnés dans ce chapitre font l'objet d'un détournement dans l'espace urbain. Ceux-ci sont consommés par des usagers de rue fortement marginalisés, en général en association avec d'autres substances psychotropes comme l'alcool, le cannabis ou les médicaments de substitution des opiacés.

À l'exception du Rohypnol® et dans une moindre mesure du Rivotril® dont les effets se distinguent des autres BZD, elles ont globalement les mêmes fonctions pour les usagers. Même si chaque spécialité a ses particularités, les benzodiazépines sont utilisées du fait de leurs effets sédatifs pour gérer la descente de produits stimulants, pour compléter un traitement de substitution ou pour renforcer l'effet d'autres produits à la recherche de la « défonce ». Pour les plus précaires, les effets recherchés visent souvent également à lever les inhibitions pour faire face aux conditions de vie éprouvantes du monde de la rue.

Parmi les usagers des structures de première ligne en 2008 (Enquête ENa-CARUD), 29,7 % disent avoir consommé des BZD au cours du mois précédent<sup>149</sup> [11]. Elles sont essentiellement consommées par voie orale (93,5 % des usagers). L'injection ne concerne que 7,3 % des usagers, le sniff 12,1 % et la voie fumée 1,3 %. En 2006, les BZD (hors Rohypnol®) étaient utilisées par 44 % des usagers au cours du dernier mois fréquentant les structures de première ligne dans un but thérapeutique, par 39 % dans un objectif de défonce, les autres mêlant les deux objectifs [12].

Ces substances ont, dans le champ des drogues, un statut particulier. Elles constituent ce que l'on pourrait nommer un « non-sujet ». Pour les poly-usagers de drogues qui fréquentent les structures de RDR, leur usage est plus que banalisé, il est considéré comme normal et la prescription de BZD accompagne fréquemment celle de BHD. De ce fait, ils sont très peu l'objet de discours de la part des usagers [23, 75].

---

149. Il n'existe pas de statistique 2006 recueillie de la même manière donc pas de point de comparaison. Toutefois l'enquête PRELUD 2006, enquête multisites réalisée dans les CAARUD observait une chute de la fréquence de l'usage des BZD par rapport à 2003 (de 48 % à 30 %). Cette observation pourrait être liée à l'accroissement progressif de la part d'usagers issus du milieu festif dans les CAARUD, usagers peu consommateurs de ces produits. Cependant la part des prises en charge dans les centres de soins spécialisés pour un problème principalement liés aux médicaments psychotropes non opiacé est également en diminution.

Les quelques usagers de l'espace festifs qui consomment des BZD les utilisent pour la gestion de la « descente » des stimulants. Elles seraient également utilisées hors du contexte de la fête pour « compenser » les différents troubles psychiques que peut engendrer la fatigue liée au rythme de vie « festif » [21].

## Marché

Hormis le site de Paris et celui de Lille où l'on peut trouver des BZD sur les lieux de vente des médicaments opiacés (essentiellement Nord-Est de Paris et Gare de Lille Flandre), les usagers reçoivent le plus souvent ces psychotropes par prescription [21, 24]. Ainsi au début de l'année 2006, les BZD autres que le Rohypnol® étaient obtenues exclusivement par prescription par 62 % des usagers qui fréquentent les structures de première ligne. Ils étaient 38 % à se fournir partiellement (26 %) ou exclusivement (12 %) sur le marché parallèle [12].

Dans les structures de soins spécialisées, la proportion de BZD obtenues de manière illégale est de 21 %, avec des variations importantes selon les spécialités<sup>150</sup>. L'Imovane® (zopiclone) et le Stilnox® (zolpidem) ne sont obtenus illégalement que dans 8 % et 9 % des cas, alors que le Rohypnol® (flunitrazépam) l'est dans 61 % des cas et le Rivotril® (clonazépam) dans 37 % des cas. Entre les deux, se situent le Séresta® (oxazépam, 22 %), le Lexomil® et le Xanax® (bromazépam et alprazolam 21 %), ou encore, le Valium® (diazépam, 17 %) et la Tranxène® (clorazépate, 16%) [4].

### Le flunitrazépam (Rohypnol®)

Le flunitrazépam appartient à la famille des BZD. Il est prescrit dans le cadre des traitements contre l'insomnie ou les convulsions. À fortes doses, il peut induire une euphorie avec une levée des inhibitions et une amnésie anté-rétrograde (perte totale ou partielle de la mémoire des faits survenus après la prise de produit).

Depuis 2001<sup>151</sup>, du fait des nouvelles dispositions prises par les pouvoirs publics encadrant plus strictement la prescription du Rohypnol®, la disponibilité du médicament est en baisse sur le marché parallèle des grands centres urbains. Deux sites, Marseille et Paris, rapportaient encore ces dernières années l'existence d'un marché parallèle significatif. En 2008, la tendance à la baisse se poursuit. Le Rohypnol® est toutefois encore décrit comme disponible à Paris mais surtout à Marseille où il est accessible à un prix moindre : 10 € la plaquette (7 cp) en semaine contre 15 € à Paris et de 15 à 20 € le week-end contre un prix pouvant monter jusqu'à 50 € à Paris. Le comprimé serait parfois acheté à l'unité à Paris entre 1 et 5 €.

---

150. Voir pour plus d'informations sur le potentiel de détournement des différentes molécules, les résultats de l'enquête OPPIDUM, disponibles sur le site de l'AFSSAPS.

151. En février 2001, l'AFSSAPS a décidé de l'utilisation d'ordonnances sécurisées avec une durée maximale de prescription limitée à quatorze jours et une délivrance fractionnée par période de sept jours pour ce produit.

Ailleurs, on décrit de rares disponibilités occasionnelles ou une quasi-disparition du marché (un prix de 15 € la plaquette a été cité à Lille, et de 15 € le comprimé à Rennes). Parallèlement, les données OSIAP sur les détournements d'ordonnances continuent de montrer un recul du Rohypnol® parmi les médicaments en cause (9ème position en 2007 vs 4ème en 2004) même dans le département des Bouches-du- Rhône (Marseille) où ce dernier a perdu sa première place pour occuper la deuxième [80].

La population encore consommatrice est composée essentiellement d'hommes, très marginalisés sur le plan social. Le Rohypnol® est recherché pour la levée des inhibitions que sa consommation suscite, laquelle permet des passages à l'acte liés aux stratégies de survie dans la rue (vols à l'étalage, mendicité). À fortes doses, mélangé à de l'alcool, le médicament prodigue des effets de type « Rambo » à savoir une désinhibition importante et un sentiment de toute puissance qui durerait 2 à 3 heures puis serait suivi de somnolence. Les usagers deviendraient alors violents et difficiles à encadrer pour les structures de soins. À doses plus faibles, l'effet serait sédatif et anxiolytique et provoquerait un effet de bien-être permettant de supporter le froid et l'inactivité en altérant la perception du temps, notamment en association avec l'alcool et le cannabis [13]. Ce mélange à l'alcool est mentionné comme très fréquent.

### **Le clonazépam (Rivotril®)**

Le clonazépam est une BZD anti-épileptique commercialisée sous forme de comprimés ou de solution buvable ou injectable, sous le nom de Rivotril®.

Entre 2003 et 2006, le développement de l'usage détourné de clonazépam (Rivotril®) sur quatre sites TREND (Paris, Marseille, Toulouse et dans un moindre mesure Rennes), avait laissé penser que cette molécule s'apprêtait à occuper, auprès des usagers de drogues, la place « libérée » par le Rohypnol® [12].

En 2008, on constate que cette évolution ne s'est pas produite. Sa présence sur le marché parallèle et son mésusage n'apparaissent plus significatifs qu'à Paris et semblent s'être stabilisés ou même avoir décru sur les autres sites. Le Rivotril® reste le plus souvent obtenu directement par prescription, d'autant que certains médecins jugeraient son effet antiépileptique utile dans cette population usagère de drogues. À Paris, cependant, la spécialité aurait été « très disponible » dans la rue en 2008, dans le secteur de Château-Rouge et Barbès Rochechouart pour un prix moyen de 10 à 15 € la boîte témoignant d'une remontée du prix qui était annoncé à 5 € en 2006.

Son usage détourné touche plutôt, comme celui du Rohypnol®, un public d'usagers très marginalisés, vivant dans des conditions de vie très précaires. L'effet « défonce » du Rivotril® ne serait, cependant, pas aussi marqué que celui du Rohypnol®. Les usagers marseillais affirment en effet consommer trois plaquettes de Rivotril® en remplacement d'une de Rohypnol®. À Paris, il semblerait que le détournement du médicament affecte plus particulièrement la population des

usagers de crack qui le prennent pour amortir la descente ou atténuer le besoin impulsif (« craving ») de réitérer la prise [13, 21].

La consommation du Rivotril® peut venir en régulation ou en association avec d'autres produits comme l'alcool (potentialisation des effets d'ébriété) ou la BHD (accentuation de la défonce).

Le mode d'administration le plus répandu semble être la voie orale, l'injection n'étant pratiquement pas rapportée par les observateurs.

La perception du médicament par les usagers apparaît meilleure que celle du Rohypnol® d'une part, parce qu'il prodigue, mélangé à l'alcool, des effets « défonce » moins violents que ce dernier et d'autre part parce qu'il semble relativement facile de l'obtenir quand on connaît bien les réseaux.

En 2008, les malaises, convulsions et autres troubles neurologiques liés à l'usage de Rivotril® (et notamment à son arrêt brutal) ne sont plus signalés par les sites<sup>152</sup>.

### **Le diazépam (Valium®)**

Le diazépam est une BZD anxiolytique commercialisée sous le nom de Valium®. Le médicament existe sous trois formes : comprimés, solutions injectable et buvable. Son usage détourné touche essentiellement des populations similaires à celles qui consomment du Rohypnol®, de l'Artane® ou du Rivotril®, à savoir des personnes appartenant à l'espace urbain et plutôt marginalisées sur le plan social. Depuis l'apparition du dispositif TREND, la présence de Valium® est surtout notée à Paris et à Rennes. La forme liquide y est recherchée par les injecteurs. Outre les motifs d'usage classiques des BZD, on signalait à Rennes, les années précédentes, que certains usagers injecteurs utilisaient le Valium® pour assouvir leur « piquomanie<sup>153</sup> » en dépit du caractère douloureux (brûlures) de son injection. Celle-ci serait parfois intramusculaire<sup>154</sup> [19]. Des usagers rapportent chauffer le produit pour faciliter son injection. En 2008, toutefois, il semble que les pratiques d'injection du Valium® se soient raréfiées compte tenu d'une réticence des médecins à prescrire la forme injectable, du caractère douloureux de ce mode d'usage et des dégâts qu'il provoque sur le système veineux.

À Paris, la boîte de Valium® injectable (6 ampoules) serait vendue, au marché noir en 2008, entre 8 et 15 € et la boîte de comprimés (30 cp de 10 mg), 10 €. À Lille, la plaquette de 10 cp de 10 mg coûterait environ 5 €.

### **Le trihexyphenidyle (Artane®)**

La trihexyphenidyle est un anticholinergique ayant une action antiparkinsonnienne, essentiellement sur le tremblement. Elle dispose donc d'une autorisation

152. Soit qu'ils ont régressé, soit qu'ils ont moins suscité d'intérêt puisque n'apparaissant plus comme nouveaux.

153. Comportement compulsif centré sur l'injection.

154. Et non intra veineuse comme c'est l'usage habituel.

de mise sur le marché en France pour la maladie de Parkinson et pour le syndrome parkinsonien des neuroleptiques. On peut la trouver commercialisée sous les noms de marque Artane® ou Parkinane®. Un surdosage entraîne, entre autres, une confusion mentale et des hallucinations, effets recherchés par certains usagers.

L'usage détourné d'Artane® est essentiellement le fait d'une population extrêmement marginalisée sur le plan social et fréquemment affectée de troubles psychiatriques. A Paris, le médicament serait préférentiellement détourné par des usagers de drogues en provenance du Maghreb [21]. Deux raisons essentielles expliquent le détournement de ce médicament :

- la recherche d'un effet de toute puissance et d'invulnérabilité qui permet, quand l'Artane® est pris à petites doses, d'affronter l'univers de la rue ;
- la recherche d'effets hallucinogènes, lesquels sont extrêmement puissants quand l'Artane® est pris à hautes doses et/ou associé à l'alcool.

À Paris, l'Artane® serait également décrit comme associé à l'usage du crack car censé « maintenir l'effet du crack plus longtemps » [21].

L'image du médicament est de toute façon très négative, l'usage rimant avec désinsertion et déchéance. Ses effets secondaires, spectaculaires et éprouvants pour ceux qui ont à les gérer (confusion importante, symptomatologie d'allure psychotique avec passages à l'acte violents...), effraient la plupart des usagers de drogues. Les conséquences sociales des prises d'Artane® apparaissent particulièrement importantes pour le consommateur : expulsions de centres d'hébergement, agressions subies du fait de l'incapacité à se défendre, incarcération pour des actes violents, etc. [13, 24].

Depuis l'existence du dispositif TREND, la présence de l'Artane® sur le marché parallèle n'est rapportée que sur deux sites (Marseille et Paris) où elle apparaît néanmoins très faible. En 2008, le comprimé de 5 mg serait vendu environ 2 € à Marseille, entre 2,5 et 5 € à Paris et autour de 1 € à Lille. La molécule serait, sur les sites où elle est consommée, assez facile à obtenir auprès des médecins généralistes mais son image très négative auprès des non consommateurs en limite l'usage.

## **MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES NON OPIACÉS, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007**

Chaque année, les benzodiazépines sont toujours très présentes dans l'éventail de substances consommées par les usagers de drogues. Le poids de chaque spécialité parmi les médicaments consommés et les évolutions de ce poids varient d'un site à l'autre sans qu'on en maîtrise bien les déterminants.

### **La Ritaline® (Méthylphénidate) s'installe dans le paysage des médicaments détournés.**

Le principal élément marquant concernant les médicaments psychotropes non substitutifs des opiacés est la confirmation de l'installation d'un usage détourné de Ritaline® à Marseille et à Paris en 2007 et 2008.

Les premiers témoignages d'utilisation détournée de ce médicament parmi les usagers observés par le dispositif TREND sont recueillis en 2004 à Marseille : deux usagers d'Aix en Provence injecteraient de la Ritaline® acquise sur le marché de rue, affirmant ne pas être les seuls à adopter cette pratique. En 2006, c'est une dizaine d'usagers des CAARUD qui disent en consommer. En 2008, c'est donc dans la population des usagers de drogues précarisés qui fréquentent les CAARUD que ce produit s'est diffusé et le rapport marseillais mentionne que la majorité des usagers des structures de RDR en ont déjà consommé. Certains usagers seraient des consommateurs d'Artane®. Les effets recherchés par les usagers précaires relèvent essentiellement de l'aide à l'action et à la communication. Dans une logique économique, la Ritaline® serait également utilisée par les usagers en substitution de la cocaïne lorsque les fonds manqueraient (fin de mois par exemple). Dans cette population, le produit serait en majorité injecté. On observerait comme avec la cocaïne une multiplication des injections.

Quelques anciens usagers d'amphétamine en population insérée la rechercheraient aussi.

Comme celle des autres stimulants, la chute des effets et le sevrage s'accompagnent d'une symptomatologie psychique très désagréable (sentiment dépressif, anxieux, paranoïaque). Le produit serait disponible directement par prescription ou auprès de quelqu'un qui le reçoit sans le consommer. À Aix, un trafic de rue aurait d'autre part fait son apparition en 2008 [13].

À Paris, c'est plutôt dans « certains circuits très confidentiels en boîte de nuit » qu'est évoquée l'utilisation de la Ritaline® en 2005. En 2007, le rapport parisien fait état d'autres témoignages émanant des espaces festifs. L'année suivante, des observations issues de trois sources différentes (médecins, observation en milieu festif techno et observation en milieu festif gay) suggèrent un accroissement du

nombre des utilisateurs. Certains usagers recevraient la Ritaline® par prescription en médecine générale dans le cadre d'un traitement de la dépendance à la cocaïne (qui n'est à ce jour pas une indication retenue officiellement de la Ritaline®) [21]. Les autres s'approvisionneraient par Internet. Il s'agirait de jeunes consommateurs (20-25 ans) aisés et socialement bien insérés qui l'utiliseraient pratiquement toujours par voie orale, en association avec de l'alcool voire avec de la cocaïne comme stimulant « festif ».

### **À signaler**

#### **Des usages de Stilnox® par voie injectable**

Un programme d'échange de seringues parisien signale, en 2008, la visibilité d'usage de Stilnox® en injection, phénomène tout à fait nouveau. Il s'agirait d'usagers déjà injecteurs de cocaïne. L'effet décrit est similaire à celui de l'héroïne (état de bien-être cotonneux) sans l'effet de « piquage du nez » (état de somnolence).

# ANNEXES

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Fournier, S. and S. Escots, eds. *Homosexualité masculine et usage de substances psychoactives en contextes festifs gays*. ed. OFDT. 2010, à paraître: Saint-Denis.
2. Velter, A., et al., *Baromètre gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens*. BEH, 2006. 25: p. 178-180.
3. 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*, 2008. 61: p. 4.
4. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) and Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), *OPPIDUM, résultats de l'enquête 20 (octobre 2008)*. 2009, AFSSAPS: Saint-Denis. p. 8.
5. Palle, C. and L. Vaissade, « Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCA en 2005 ». *Tendances*, 2007. 54: p. 6.
6. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) and Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), *DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances), résultats de l'enquête 2007*. Compte rendu de la Commission Nationale des stupéfiants et des psychotropes. 2008: Saint Denis.
7. Beck, F., et al., « Les niveaux d'usage de drogues en France en 2005, Exploitation des données du Baromètre Santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte ». *Tendances*, 2006. 48: p. 6.
8. Beck, F., S. Legleye, and S. Spilka, « Les drogues à 17 ans, évolution, contextes d'usage et prises de risque ». *Tendances*, 2006. 49: p. 6.
9. Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), *Les grandes tendances de l'usage et du trafic illicite de produits stupéfiants en France*, Extrait du rapport annuel 2008. 2009, Nanterre: OCRTIS. 23.

10. Gandilhon, M., E. Lahaie, and A. Cadet-Taïrou, « Origine, organisation et modalité de fonctionnement du dispositif TREND », in *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, OFDT, Editor. 2010: Saint-Denis.
11. Cadet-Taïrou, A., A. Coquelin, and A. Toufik, *Profils, pratiques des usagers de drogues ENa -CAARUD*. 2010, à paraître, OFDT: Saint-Denis.
12. Cadet-Taïrou, A., et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND*. 2008, OFDT: Saint-Denis. p. 189.
13. Hoareau, E. and E. Zurbach, *Tendances récentes et nouvelles drogues*, TREND Marseille 2007. 2009, AMPTA / CIRDD PACA / OFDT.
14. Castel, R., *Les métamorphoses de la question sociale*. Folio, ed. Gallimard. 1999, Paris.
15. Bello, P., et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. 6ème rapport national du dispositif TREND*. 2005, Saint-Denis: OFDT. 176.
16. Reynaud-Maurupt, C., et al., *Conduites addictives, errance, prostitution à l'intérieur et aux abords des gares du Nord et de l'Est, Paris, 10ème arrondissement. Etude ethnographique et qualitative. Etat des lieux, besoins et ressources en 2008*. 2009, GRVS; ORS Ile-de-France. p. 124.
17. Schléret, Y., et al., *Rapport de site Trend-Metz (Lorraine)*. 2009, CMSEA, ORSAS Lorraine.
18. Données issues du questionnaire qualitatif intégré aux rapports d'activité des CAARUD, non publiées, Exercice 2007.
19. Girard, G., G. Boshier, and C. Amar, TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), Site de Rennes (Bretagne), 2008. 2009, CIRDD (Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances) Bretagne : Rennes. p. 79.
20. Gandilhon, M., *Nouvelles populations migrantes et addictions*. 2010, à paraître, OFDT: Saint-Denis.
21. Halfen, S. and I. Grémy, *Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux et évolutions en 2008*, TREND. 2009, ORS Ile de France / OFDT: Paris.
22. Halfen, S. and I. Grémy, *Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux et évolutions en 2007*, TREND. 2008, ORS Ile de France / OFDT: Paris.
23. Sudérie, G., *Phénomènes émergents liés aux drogues, tendances récentes sur les usages de drogues à Toulouse en 2008*. 2009, Graphiti - CIRDD Midi-Pyrénées / OFDT: Toulouse.
24. Plancke, L. and S. Wallart, *Usages de drogues sur le site de Lille en 2008. Etat des lieux et endances récentes 2009*, Le Cèdre Bleu / OFDT. p. 103.
25. Sudérie, G., M. Monzel, and E. Hoareau, *Evolution de la scène techno et des usages en son sein*, in *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999*, OFDT, Editor. 2010: Saint-Denis.

26. Girard, G., G. Boscher, and M. Chalumeau, *Les pratiques d'injection en milieu festif : Etat des lieux en 2008*. 2009, OFDT: Saint-Denis.
27. Reynaud-Maurupt, C., *Les pratiques et les opinions liées aux usages des substances psycho-actives dans l'espace festif «Musique Electronique». Etude de faisabilité d'une enquête «en population cachée» à partir d'un plan de sondage ethnographiquement raisonné*. 2007, Saint-Denis La Plaine: OFDT.
28. Sudérie, G., *Phénomènes émergents liés aux drogues, tendances récentes sur les usages de drogues à Toulouse en 2007*. 2008, Graphiti - CIRDD Midi-Pyrénées / OFDT: Toulouse.
29. Fournier, S. and S. Escots, *Les milieux festifs gays : des usages spécifiques ?*, in *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, OFDT, Editor. 2010: Saint-Denis.
30. Reynaud-Maurupt, C. and E. Hoareau, *Les usages de la cocaïne chez les consommateurs cachés*. 2010, à paraître, OFDT / GRVS: Saint-Denis.
31. Reynaud-Maurupt, C., *Les habitués du cannabis; une enquête quantitative auprès des usagers réguliers*. 2009, OFDT: Saint-Denis.
32. Schléret, Y., et al., *Rapport de site Trend-Metz (Lorraine)*. 2008, CMSEA, ORSAS Lorraine.
33. TREND / OFDT, *Enquête PRELUD (Première ligne usagers de drogue)*. 2006, (données non publiées).
34. Bello, P.-Y., et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. 5ème rapport national du dispositif TREND*. 2004, Saint-Denis: OFDT. 277.
35. Palle, C. and I. Evrard, *Données du système d'information RECAP (OFDT)*, non publiées. 2009.
36. Jauffret-Roustide, M., et al., *Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot 2004*. BEH, 2006. 33: p. 244-247.
37. Institut National de veille sanitaire (InVS). *Recueil des notifications des cas de SIDA*. Available from: <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>.
38. Janssen, E., *Les décès par surdose de drogues en France. Une présentation critique*. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2009. 57(2): p. 126-129.
39. 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*. 2009, OFDT: Saint Denis.
40. Lahaie, E., *Enquête nationale SINTES-Observation sur les drogues de synthèse*. Données non encore publiées, OFDT.
41. Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), *Le prix des stupéfiants en France, Photographie au deuxième trimestre 2008*. 2008, OCRTIS.

42. Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2007*. 2008, Nanterre: OCRTIS. 119.
43. Gandilhon, M. and E. Hoareau, « Les évolutions du petit trafic d'héroïne et de cocaïne en France », in *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, OFDT, Editor. 2010: Saint-Denis.
44. Plancke, L. and Y. Schléret, « Les déplacements transfrontaliers liés aux drogues dans le Nord et l'Est de la France », in *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, OFDT, Editor. 2010: Saint-Denis.
45. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Understanding the spice phenomenon*. 2009, EMCDDA: Lisbon.
46. Lahaie, E., Bulletin d'information, Volet Veille du dispositif SINTES, 2008(N°2-08, juin 2008).
47. Lahaie, E., Bulletin d'information, Volet Veille du dispositif SINTES, 2008(N°3-08, novembre 2008).
48. Lahaie, E., Bulletin d'information, Volet Veille du dispositif SINTES, 2008(N°1-08, février 2008).
49. Lahaie, E., Bulletin d'information, Volet Veille du dispositif SINTES, 2009(N°1-09).
50. SINTES / OFDT (2002) Premières identifications en 2001/2002 de 2C-B (4-Bromo-2,5-Dimethoxyphenethylamine) dans la base SINTES Note d'information d'octobre 2001 (actualisation 19/02/2002)
51. SINTES / OFDT (2009) mCPP, nouvelle identification. Note d'information du 29 avril 2009, actualisation, 2.
52. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Drogues et dépendances, données essentielles*. 2005, Paris: La Découverte. 202.
53. Legleye, S., et al., « Les drogues à 17 ans, Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 ». *Tendances*, 2009. 66: p. 6.
54. Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2005*. 2006, Nanterre: OCRTIS.
55. Institut national de police scientifique, *Statistiques 2007. Fichier STUPS. Analyses par produit*. 2008, Institut national de police scientifique. p. 45.
56. Institut national de police scientifique, *Satitistiques 2008, Fichier STUPS, Analyse par produit*. 2009. p. 42.
57. Plancke, L., *Usages de drogues sur le site de Lille en 2007. Tendances récentes 2008*, Le Cèdre Bleu / OFDT: Lille.
58. Bello, P.-Y., et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002. 4ème rapport national du dispositif TREND*. 2003, Paris: OFDT. 287.

59. Escots, S. and G. Fahet, *Usages non substitutifs de la Buprénorphine haut dosage investigation menée en France en 2002-2003*. 2004, Paris: Graphiti/ORSMIP/OFDT. 115.
60. Rahis, A.C. and J.M. Delile, *Phénomènes émergents liés aux drogues sur le site de Bordeaux en 2007*. 2009, CEID de Bordeaux / OFDT.
61. Palle, C. and N. Prisse, *CSST en ambulatoire - tableaux statistiques 2007*. 2009, Saint-Denis: OFDT.
62. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) and Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), *DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances), résultats de l'enquête 2004*. 2006: Saint Denis. p. 4.
63. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Rapport mondial sur les drogues 2009*. 2009.
64. Rahis, A.C. and J.M. Delile, *Phénomènes émergents liés aux drogues sur le site de Bordeaux en 2007*. 2008, CEID de Bordeaux / OFDT.
65. Lahaie, E. and A. Cadet-Taïrou, *Surdoses d'héroïne en Lorraine, probable début d'une tendance plus générale. Point sur un contexte préoccupant Note à la Direction générale de la santé*, Editor. 2008, OFDT: Saint-Denis.
66. Communiqué de presse du 4 août 2008 émis par l'AFSSAPS, l'OFDT, la DGS, l'InVS, et la MILDT, *Tendances à propos de la consommation d'héroïne en France*. 2008.
67. Romain, O., *Overdoses en Lorraine, Compte rendu de la réunion du 6 mai 2008*. 2008, CSST du CMSEA «Les WAD», site TREND de LORRAINE.
68. Cadet-Taïrou, A., et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2007 et 2008. Neuvième rapport national du dispositif TREND*. 2009, à paraître, OFDT: Saint-Denis.
69. Canarelli, T. and A. Coquelin, « Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés ». *Tendances*, 2009. 65: p. 6.
70. Bello, P.-Y. and A. Cadet-Taïrou, « Les mésusage de BHD, les traitements de substitution en France, résultats récents 2004 ». *Tendances*, 2004(37): p. 4-7.
71. Cadet-Taïrou, A., et al., « Quel est le nombre d'usagers d'opiacés sous BHD ? Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004 ». *Tendances*, 2004(37): p. 1-2.
72. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSAPS) and Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), *Programme d'Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire (OPEMA) : résultats de la première enquête. Vigilance*, 2009: p. 8.
73. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSAPS) and Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), *OPPIDUM, résultats de l'enquête 18 (octobre 2006)*. 2007, AFSSAPS: Saint-Denis. p. 8.

74. Escots, S., « Usages non substitutifs de la Buprénorphine haut dosage en France, les traitements de substitution en France, résultats récents 2002-2003 ». *Tendances*, 2004(37): p. 7-8.
75. Hoareau, E., E. Zurbach, and S. Vernier, *Tendances récentes et nouvelles drogues, TREND Marseille 2007*. 2008, AMPTA / CIRDD PACA / OFDT.
76. Bello, P.-Y., A. Toufik, and M. Gandilhon, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*. 2002, Paris: OFDT. 292.
77. Halfen, S., C. Vincelet, and I. Grémy, *Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux et évolutions en 2006, TREND*. 2007, ORS Ile de France / OFDT: Paris.
78. Cadet-Tairou, A. and D. Cholley, *Approche régionale de la substitution aux opiacés à travers 13 sites français, 1999-2002, Pratiques et disparités régionales*. 2004, Paris: CNAMTS / OFDT. 118.
79. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) and Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), *OPPIDUM, résultats de l'enquête 19 (octobre 2007)*. 2008, AFSSAPS: Saint-Denis. p. 8.
80. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) and Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), *OSIAP (Ordonnances suspectes indicateurs d'abus possibles), résultats de l'enquête 2007*. 2008: Saint Denis. p. 8.
81. Parfitt, T., « Designers drug Subutex takes its toll in Tbilisi ». *The Lancet*, 2006. 368(July 22): p. 273-4.
82. Beck, F. and J. Cytrynowicz, « Usages de drogues illicites », in *Baromètre Santé 2005, premiers résultats*, INPES, Editor. 2006: Saint denis. p. 49-58.
83. Legleye, S., S. Spilka, and O. Le Nezet, « Drogues », in *Baromètre Santé 2006*. 2008, à paraître, INPES: Saint Denis.
84. Espoir Goutte d'Or (EGO), *Crack, pathologies associées et soins*. 2005, non publié: Paris.
85. Espoir Goutte d'Or (EGO), *Projet d'un CSST «cocaïne base»*. 2005: Paris. p. 18.
86. Gandilhon, M., « Le petit trafic de cocaïne ». *Tendances*, 2007. 53: p. 4.
87. Evrard, I., S. Legleye, and A. Cadet-Tairou, *Content, purity and perceived quality of street cocaine in France*. 2010, processus de publication en cours.
88. Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2006*. 2007, Nanterre: OCRTIS. 122.
89. SINTES / OFDT (2007) Phénacétine, produit de coupe de la cocaïne en augmentation. Note d'information SINTES du 29 novembre 2007, 6.
90. SINTES / OFDT (2005) Cocaïne et atropine, 29 cas d'intoxications en France, 2ème vague de signalement en Europe. Note d'information du 21 novembre 2005 (actualisation), 5.

91. Lahaie, E. and J-E. Adès, « Mythe-amphétamine et autres mythes », in *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999*, OFDT, Editor. 2010: Saint-Denis.
92. Evrard, I., *La BZP une inconnue bientôt classée stupéfiant* Swaps, 2007. 49: p. 6-8.
93. Reynaud-Maurupt, C., *Les usages contemporains des plantes et des champignons hallucinogènes, une étude ethnographique conduite en France*, ed. OFDT. 2006, Saint Denis.
94. Rahis, A.C. and J.M. Delile, *Phénomènes émergents liés aux drogues sur le site de Bordeaux*. 2007, CEID de Bordeaux.
95. Romain, O., et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006, tendances récentes sur le site de Metz*. 2007, CMSEA, ORSAS Lorraine.
96. Sudérie, G., *Phénomènes émergents liés aux drogues, tendances récentes sur les usages de drogues à Toulouse en 2006*. 2007, Graphiti - CIRDD Midi-Pyrénées / OFDT: Toulouse.
97. Zurbach, E. and S. Vernier, *Tendances récentes et nouvelles drogues, TREND Marseille 2006*. 2007, AMPTA / CIRDD PACA / OFDT.
98. Girard, G., G. Boshier, and C. Amar, *TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), Site de Rennes (Bretagne)*, 2007. 2008, CIRDD (Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances) Bretagne: Rennes. p. 79.
99. Cadet-Taïrou, A. and M. Gandilhon, *Usages de GHB et GBL, Données issues du dispositif TREND*. Note n°09-3, 2009.
100. Cadet-Taïrou, A., et al., « Huitième rapport national du dispositif TREND, Phénomènes marquants 2006 et premières observations 2007 du dispositif Tendances Récentes et Nouvelles Drogues ». *Tendances*, 2008. 58: p. 4.
101. Legleye, S., et al., « Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. Evolutions, usages récents, accessibilité et modes de vie. Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2007 ». *Tendances*, 2009. 64.
102. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), *Cas signalés d'intoxications liés aux poppers*. Vigilance n°1, 2000. 1.
103. Gasquet, I., et al., *Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000*. *L'encéphale*, 2005. 31: p. 195-206.
104. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) CEIP de Paris, *Soumission chimique, résultat de l'enquête nationale 2007*. 2008: Paris.

# GLOSSAIRE

## **2C-B (4-bromo-2,5-diméthoxyphéné-thylamine)**

Substance, appartenant à la famille des phénéthylamines, dont les effets seraient proches à la fois de ceux de la MDMA et du LSD, procurant à la fois énergie physique et hallucinations. Classé comme stupéfiant.

## **4-MTA (4-méthylthioamphé-tamine)**

Substance – encore peu connue – qui aurait un effet stimulant relativement léger sans engendrer ni hallucinations ni distorsions visuelles. Le 4-MTA procurerait un sentiment de calme sans euphorie. Classé comme stupéfiant.

## **Accessibilité perçue**

Désigne le degré d'effort à fournir par un consommateur moyen, possédant l'argent nécessaire, pour se procurer la substance recherchée. Une substance peut être disponible mais peu accessible. Il existe en effet plusieurs degrés d'accessibilité, lesquels peuvent se mesurer à partir d'éléments comme le temps nécessaire pour accéder à la substance ; la nature des lieux de vente (lieux fermés comme les discothèques, les bars voire les appartements ; lieux ouverts/espace public à savoir les rues, les parcs, les gares etc.) ; la plage horaire (jour/nuit, matin/soir) durant laquelle le consommateur peut se procurer la substance ; et l'obligation ou non, pour un consommateur, même averti, d'avoir recours à un ou plusieurs intermédiaires pour contacter le vendeur.

## **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, dans le but, le plus souvent, d'en augmenter le poids.

### **Agoniste**

Molécule qui mime l'action d'une molécule physiologique (ici des neurotransmetteurs) sur son site récepteur et entraîne par conséquent des effets identiques.

### **Amphétamine, amphétaminiques**

Chef de file d'une famille de molécules, les amphétaminiques, l'amphétamine est le plus souvent appelée « speed ». Celui-ci se présente le plus souvent sous forme de poudre et est la plupart du temps sniffée. Les autres amphétaminiques sont, entre autres, la méthamphétamine (ice, crystal-meth, ya ba ...), la MDMA (méthylène-dioxy-méthamphétamine, ecstasy), etc. Produits stimulants, les amphétaminiques effacent la sensation de fatigue et entraînent une insomnie, donnent un sentiment de vigilance, d'euphorie et d'hyperconcentration, suppriment la sensation de faim et augmentent la confiance en soi. L'ecstasy, à forte dose, peut en outre modifier les perceptions sensorielles. La consommation chronique entraîne une dépendance psychique et une tolérance. Utilisée de façon thérapeutique par le passé, l'amphétamine n'est plus prescrite qu'en cas de syndrome d'hyperactivité de l'enfant (Ritaline®) et en cas de narcolepsie chez l'adulte, uniquement par des spécialistes hospitaliers. La MDMA et la méthamphétamine sont classées comme stupéfiants en France.

### **Antagoniste**

Réduit ou supprime l'action d'une molécule physiologique donnée (ici, des neuro-médiateurs) – et du ou des agonistes correspondants – en se fixant au niveau de son site récepteur sans le stimuler.

### **Ayahuasca**

Boisson hallucinogène issue de l'infusion de deux plantes d'Amérique centrale : Banisteriopsis caapi (une liane) et Psychotria viridis (arbuste de la famille du caféier). La combinaison des deux permet la libération de diméthyltryptamine (DMT), molécule hallucinogène. La DMT est classé comme stupéfiant en France.

### **Bad trip**

Etat de malaise et d'angoisse à tonalité cauchemardesque voire de panique, consécutif à la prise de substances ayant en général un effet hallucinogène. Bas seuil (structures de) Ancienne appellation donnée aux structures visant la réduction des risques implantées dans l'espace urbain, il s'agit d'une forme tronquée de « bas seuil d'exigence ». Ce nom était donné par opposition aux structures de soins où l'on exigeait que l'utilisateur renonce à la consommation de drogues pour rentrer dans un protocole de soins.

## **Benzodiazépines (BZD)**

Famille de molécules apparues dans les années 1960 en France. Produits sédatifs, les BZD sont prescrites essentiellement comme anxiolytiques (exemple : Valium<sup>®</sup>, Lexomil<sup>®</sup>) et comme hypnotiques (exemple : Rohypnol<sup>®</sup>, Halcion<sup>®</sup>) à plus forte dose. Elles favorisent en outre la relaxation musculaire et entraînent des troubles de la mémoire (voire des amnésies de quelques heures). Les différentes BZD se caractérisent également par des durées de vie variables dans l'organisme, qui déterminent la durée de leurs effets. Elles entraînent très rapidement une dépendance physique. La dépendance est plus problématique lorsqu'il s'agit d'une dépendance psychique, qu'elle survienne dans un cadre d'abus et/ou de mésusage et/ou de dépendance associée à d'autres produits (alcool en particulier). Ils peuvent induire une tolérance.

Bhang , bang ou bhong Inhalation à chaud à l'aide d'une pipe à eau. Le produit est posé sur un « foyer » percé de trous et chauffé avec un briquet. Les trous laissent passer les vapeurs de combustion vers la pipe et celle-ci sont inhalées par un tuyau s'échappant de la pipe. La pipe peut être fabriquée artisanalement à l'aide d'une bouteille en plastique.

## **Boutiques**

Lieux d'accueil créé en 1993 pour les usagers de drogues en situation de grande précarité ne souhaitant ou ne pouvant pas encore stopper leur consommation de produits. Les boutiques offrent l'accès à des installations sanitaires, du matériel de prévention (préservatifs, seringues), des soins infirmiers, une écoute et des services sociaux et/ou juridiques. L'occasion peut être mise à profit pour engager un suivi social et sanitaire avec l'aide d'une équipe pluridisciplinaire.

## **Buprénorphine haut dosage (BHD) / Subutex<sup>®</sup> et génériques**

Molécule opiacée agoniste et antagoniste de la morphine disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) dans les traitements substitutifs des pharmacodépendances majeures aux opiacés depuis 1995. La BHD est disponible sous le nom de marque Subutex<sup>®</sup> sous forme de comprimés destinés à un usage sublingual. La prescription du produit doit se faire sur ordonnance sécurisée pour un maximum de 28 jours avec des délivrances fractionnées par 7 jours. La BHD neutralise partiellement les effets de l'héroïne et calme le syndrome de manque. Elle n'expose pas à un risque de tolérance mais donne lieu à une dépendance physique. Son classement comme produit stupéfiant est actuellement en discussion.

## **Cannabis**

Plante comprenant plusieurs espèces, le cannabis est surtout connu pour la production de marijuana (herbe), de résine (haschisch) et d'huile de cannabis. La teneur en principe actif (Delta9-tétrahydrocannabinol ou Delta9-THC) est très variable selon les zones de production, les parties de la plante utilisées et le degré de « coupe ». Le plus souvent fumé sous forme de cigarette (joint), le cannabis peut être consommé

sous forme de gâteau (« space-cake ») ou d'infusion, ces modes de consommation restant très marginaux. Souvent classé parmi les hallucinogènes, il possède des effets euphorisants, désinhibants, relaxants. La substance peut induire une dépendance psychique chez les consommateurs quotidiens. Le Delta9-THC est classé comme produit stupéfiant en France.

## **CAARUD**

Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues. Structures de réduction des risques, anciennement appelé structures de première ligne ou structures bas seuil. Elles offrent des prestations à des toxicomanes qui ne souhaitent ou ne peuvent pas suivre une prise en charge classique. Elles assurent également des activités liées à la promotion de la santé et à la réduction des dommages en milieu urbain (boutiques, échanges de seringues...) et éventuellement en milieu festif (voir boutiques, bas seuil).

## **Champignons hallucinogènes**

Champignons contenant des substances hallucinogènes. Ils induisent des distorsions des perceptions sensorielles, voire des hallucinations. Il existe de nombreuses espèces, certaines proviennent de l'étranger (Hawaï, Colombie, Mexique...), d'autres poussent en France. Ils sont presque exclusivement 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. Chasse au dragon Mode d'inhalation à chaud d'un produit qui consiste à déposer ce dernier sur une feuille d'aluminium sous laquelle l'utilisateur place un briquet dont la flamme va provoquer la combustion du produit. Les vapeurs sont inhalées en général à l'aide d'une paille ou d'un stylo vide.

## **Cocaïne**

Stimulant obtenu chimiquement à partir de la feuille de coca (chlorhydrate de cocaïne). Le chlorhydrate de cocaïne se présente sous forme de poudre blanche, généralement sniffée et parfois fumée ou injectée ; on peut également le trouver sous forme de crack (voir crack). La consommation de cocaïne induit une stimulation importante de la vigilance, une sensation d'accélération de la pensée et entraîne une dépendance psychique forte. La substance, quelle que soit sa forme, est un produit classé comme stupéfiant en France.

**Cocaïne base** Voir crack

## **Codéine**

Médicament opiacé, dérivé synthétique de la morphine et utilisé comme analgésique soit seul (Dicodin®, 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).

## **Crack**

Stimulant obtenu par adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque à du chlorhydrate de cocaïne. Le produit est également dénommé « free-base » ou « cocaïne base » par les usagers. Il est généralement fumé mais peut aussi être inhalé (pipe), plus rarement injecté (après avoir été dissous dans de l'eau additionnée à un milieu acide). Le crack se présente sous forme de « galette » aisément débitable en morceaux (dits « rochers » ou « cailloux »). Le produit provoque une sensation fulgurante de flash plus puissante que celle induite par la cocaïne. La dépendance psychique s'installe plus rapidement qu'avec la cocaïne. Cette forme dérivée de cocaïne est un produit classé comme stupéfiant.

## **Crystal Voir Ice**

### **Datura stramonium**

Plus connue en Europe sous l'appellation « herbe au diable » les feuilles de cette plante sont utilisées en infusion ou fumées pour leurs propriétés hallucinogènes. Les espèces de *Datura stramonium* sont répandues sur tous les continents. Cette plante a longtemps été utilisée comme médicament, notamment contre l'asthme (sous forme de cigarettes) mais son utilisation pharmaceutique est interdite depuis 1992. 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 et d'angoisses. Les usagers utilisent fréquemment d'autres substances, notamment opiacées, pour en atténuer les effets.

### **Disponibilité perçue**

Présence globale d'une substance dans un espace géographique donné. Cette disponibilité est dite perçue dans la mesure où elle est appréciée par les observateurs sentinelles participant au projet TREND. Cette appréciation peut être parfois en décalage avec une réalité souvent difficile à appréhender compte tenu du caractère illicite de la plupart des substances. C'est la raison pour laquelle nous faisons appel à plusieurs observateurs sentinelles sur chacun des sites choisis.

## **Ecstasy**

Dénomination la plus fréquente pour des comprimés dont le principe actif est la MDMA.

## **« Errants » (usagers errants)**

Population majoritairement «jeune, aux conditions de vie souvent précaires, poly consommatrice, fréquentant l'espace festif alternatif mais recourant aussi, de manière plus ou moins fréquente aux dispositifs sociaux et sanitaires d'urgences présents dans les centres des grandes villes. Ils présentent la particularité d'être visibles dans les deux espaces d'investigation du dispositif TREND. Les « errants » se distinguent des « nomades » par le caractère davantage subi de leur situation et une moindre maîtrise de l'ensemble de leurs pratiques [15].

## **Expérimentation**

Avoir consommé une substance psychoactive au moins une fois dans sa vie.

## **« Free-base » Voir crack**

## **Free -party**

Rassemblement des adeptes de musique techno organisé souvent sans autorisation des pouvoirs publics ; et qui dure généralement un ou deux jours. Elles se déroulent le plus souvent sans autorisation légale, à l'extérieur dans un coin de nature, quelles que soient les conditions climatiques, ou sur des sites industriels abandonnés. Ces manifestations réunissent le plus souvent deux cents à deux mille personnes. L'entrée est gratuite ou sur donation. Les compositions musicales les plus appréciées lors de ces rassemblements se classent dans les tendances les plus agressives de la famille Electro, qualifiées de « techno punk » par les profanes : Hard-core, Hard-teck, Tribe.

## **Fumette**

Mode d'usage consistant à fumer le produit c'est-à-dire à inhaler les vapeurs de combustion du produit (inhalation à chaud). Plusieurs méthodes existent : la cigarette ou le joint dans lesquels on peut également ajouter des produits comme l'héroïne ou la cocaïne... ; la chasse au dragon ou la pipe à eau (ou bhang) (voir ces termes).

## **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. Il s'agit d'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.

### **Hallucinogène (ou psychodysléptique )**

Substance psychoactive dont l'usage est recherché pour sa capacité à induire des distorsions des perceptions en agissant sur les neurones du cerveau. Celles-ci peuvent être visuelles, auditives, spatiales, temporelles ou concerner la perception que l'individu a de son propre corps. La plupart des hallucinogènes sont des végétaux ou des alcaloïdes extraits de ceux-ci et, plus rarement, des produits obtenus par synthèse chimique. On distingue : les phényléthylamines (mescaline, ecstasy à forte dose), les dérivés indoliques (DMT, psilocybine, ayahuasca, LSD) ou d'autres hallucinogènes à structures diverses (sauge divinatoire, cannabis, poppers, kétamine). L'alcool est souvent classé dans ce groupe. Les hallucinogènes n'entraînent théoriquement ni dépendance, ni tolérance.

### **Héroïne**

Molécule opiacée, synthétisée à partir de la morphine, elle-même produite à partir du pavot. Introduite en 1878 en thérapeutique humaine dans les traitements de la douleur, sous le nom de Héroïne<sup>®</sup>, mais également en tant que médicament de substitution de pharmacodépendance à la morphine, son usage médical a rapidement été interdit. L'héroïne peut se présenter sous forme de poudre blanche (sel acide) ou marron (sel basique). Elle peut être injectée par voie intraveineuse, fumée ou sniffée. Les propriétés pharmacologiques de l'héroïne, substance sédatrice, sont comparables à celles de la morphine mais elle agit plus vite, plus intensément et plus brièvement. Du fait de sa forte capacité à générer une dépendance psychique et physique ainsi qu'une tolérance, elle est devenue dans les années 1970 le principal produit illicite d'addiction en France. L'héroïne est un produit classé comme stupéfiant en France.

### **Iboga**

L'iboga est une préparation à base de racines d'un arbuste des forêts équatoriales d'Afrique de l'ouest, Tabernanthe iboga. Son principal principe actif est l'ibogaïne. Celle-ci a une demi-vie de 7,5 heures et une durée d'action pouvant atteindre 48 heures. Elle provoque des nausées, des vomissements intenses potentiellement graves, une hypotension et des troubles du rythme cardiaque pouvant conduire à l'arrêt cardiaque, une dépression respiratoire, une hyper ou une hypothermie. Psychostimulante, elle est à l'origine d'agitation, de tremblement, d'incoordination des mouvements parfois de convulsions. La notion du temps peut être perturbée ; un état de somnolence, une ébriété ainsi que des états comateux sont également rapportés. A dose plus élevée, des hallucinations visuelles et auditives peuvent sur-

venir ainsi qu'un sentiment de dépersonnalisation. Son usage est très marginal en France. Il vise la réalisation de traitement psychothérapeutique « express » ou de sevrages radicaux chez les personnes dépendantes à un produit. Classée 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.

### **Kava ou Kava Kava Dit aussi Kawa ou Kawa Kawa (nom allemand).**

Plante tropicale utilisée historiquement dans les îles du pacifiques dans le cadre de rituels récréatifs. Consommée pour ses propriétés anxiolytiques sous forme de boisson préparée à partir de ses racines. Interdit en France en 2002 par mesure de prévention d'une éventuelle hépatotoxicité.

### **Kétamine**

Produit hallucinogène utilisé en France, en anesthésie vétérinaire et humaine (chlorhydrate). Les cauchemars ou hallucinations consécutifs aux anesthésies ont conduit à une forte réduction de son utilisation en médecine humaine. Ce sont en partie ces sensations d'hallucinations qui amènent certaines personnes à utiliser la kétamine de manière récréative. On la trouve le plus souvent sous forme de poudre, parfois sous forme liquide. Elle est principalement sniffée, mais peut être avalée et beaucoup plus rarement injectée ou fumée. La kétamine est classée comme produit stupéfiant.

### **Khat**

Le khat est une plante (*catha edulis*) dont les feuilles sont utilisées comme stimulant nerveux. Celles-ci sont en général consommées fraîches, mastiquées ou consommées en infusion. L'alcaloïde principal contenu dans la plante est la cathinone, laquelle agit comme un stimulant du système nerveux central dont les effets sont similaires à ceux des amphétamines. Classé comme stupéfiant.

### **LSD (acide lysergique)**

Hallucinogène synthétique, le LSD se présente le plus souvent sous forme de buvard destiné à être avalé. Plus rarement, on le trouve sous forme de micropointes ou de liquide (« gouttes »). Il a accompagné le mouvement psychédélique et la montée de la contre-culture américaine des années 1960-1970. Ce produit n'entraîne ni dépendance, ni tolérance. Le LSD est classé comme stupéfiant en France.

## **MDMA Ou Méthylène-dioxy-3,4-méthamphétamine.**

Principe actif de l'ecstasy, il s'agit d'une molécule appartenant à la famille des amphétaminiques. Son usage s'est développé en Europe parallèlement à celui de la culture techno. Les dénominations sont variées, reprenant souvent le logo ou la couleur du comprimé. Si la forme dominante est le comprimé, un développement de poudres supposées contenir de la MDMA a récemment été observé. La MDMA est avalée dans 9 cas sur 10, rarement fumée ou injectée. Les effets recherchés sont un renforcement de la résistance physique pour pouvoir faire la fête plus longtemps et un effet empathogène pour se sentir mieux avec les autres. La MDMA est un produit sédatif à doses modérées et hallucinogène à fortes doses. Elle est classée comme stupéfiant en France.

## **Médiane**

Valeur d'une série statistique ordonnée qui la partage en deux groupes de même effectif (par exemple, le prix médian d'un ensemble d'échantillons d'un produit partage la série en deux : 50 % des échantillons observés sont moins chers et 50 % sont plus chers).

## **Médicaments psychotropes**

Médicaments dont l'effet recherché est de modifier l'état psychique. Les principales classes de médicaments psychotropes sont : les hypnotiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les neuroleptiques et les thymo-régulateurs (régulateurs de l'humeur). Les médicaments psychoactifs constituent une classe plus large que les psychotropes.

## **Mescaline**

Principe actif du peyotl (*echinocactus williamsii*) et d'autres plantes hallucinogènes, la mescaline provoque des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle. Sa consommation peut occasionner crises de panique, angoisse, paranoïa et autres troubles psychiatriques, de manière plus ou moins durable. Classée comme stupéfiant.

## **Mésusage**

Usage non-conforme à une utilisation thérapeutique prévue

## **Méthadone**

Molécule agoniste des récepteurs opiacés disposant d'une Autorisation de mise sur le marché pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. Elle est disponible en France sous forme de flacons de sirop de différents dosages. Sa prescription doit se faire sur ordonnance sécurisée pour un maximum de 14 jours avec des délivrances fractionnées par 7 jours. La prescription initiale de méthadone doit être faite par un médecin exerçant en Centre de soins spécialisés

aux toxicomanes (CSST) ou en hôpital. La méthadone est un médicament classé comme stupéfiant.

### **Méthamphétamine**

Les dénominations les plus connues de cette molécule amphétaminique sont ice (cristal de méthamphétamine appelé encore crystal) et yaba (comprimés de méthamphétamine). Les effets stimulants de la méthamphétamine sont plus puissants et plus durables que ceux de l'amphétamine. La consommation chronique entraîne une dépendance psychique et une augmentation des doses consommées. La méthamphétamine est classée comme stupéfiant.

### **Morphine (sulfate de)**

Molécule agoniste opiacée disposant d'une Autorisation de mise sur le marché pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits analgésiques. Le traitement est disponible sous forme à action brève et sous forme à action prolongée (Moscontin LP® et Skenan LP®). Les présentations d'action prolongée sont parfois utilisées comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. La morphine est un sédatif classé comme stupéfiant.

### **« Nomades » (usagers nomades)**

Population jeune, aux conditions de vie souvent précaires, poly consommatrice, fréquentant l'espace festif alternatif mais recourant aussi de manière plus ou moins fréquente aux dispositifs sociaux et sanitaires d'urgences présents dans les centres des grandes villes. Ils présentent la particularité d'être visibles dans les deux espaces d'investigation du dispositif TREND. Les « nomades » se distinguent des « errants » par le caractère choisi et revendiqué de leur forme de vie et une meilleure maîtrise de l'ensemble de leurs pratiques qui apparaissent dans l'ensemble moins subies que choisies [15].

### **Opiacés**

Famille de produits obtenus à partir de l'opium, produit sédatif d'origine naturelle provenant de cultures de pavot (*Papaverum somniferum*). Leurs effets au niveau de la cellule sont transmis par des récepteurs spécifiques (opiorécepteurs). Leur action peut être agoniste et/ou antagoniste à l'opiacé de référence (la morphine). Outre la morphine, l'héroïne, la codéine, la méthadone, la buprénorphine haut dosage, la nalorphine, la naloxone et la naltrexone sont des opiacés. Une des caractéristiques majeures de certains opiacés est leur capacité à induire une dépendance psychique et physique. Opium Suc épaissi obtenu par incision, avant la maturité du fruit, des capsules d'un pavot. L'opium a donné lieu au XIXe siècle au développement d'une toxicomanie spécifique, l'opiomanie. En France, avant la première guerre mondiale, il était moins coûteux de recourir à l'opium qu'aux alcools forts. La loi du 12 juillet 1916 a mis un terme à la consommation du produit dans les fumeries. En pratique, l'opium est traditionnellement fumé ou inhalé sous forme de vapeurs, plus rarement ingéré (généralement pour

une utilisation thérapeutique) ou prisé (pour la poudre d'opium). Parachute (ou bombe, bombonne) Méthode d'ingestion d'un produit en poudre. Celui-ci est déposé sur une feuille de papier à cigarette, roulée ensuite sur elle-même et avalée.

### **Polyconsommation**

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 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'Etat en mai 2009.

### **Première ligne (structures de)**

Voir CAARUD

### **Primo-usagers de BHD**

Personne ayant utilisé la BHD comme premier opiacé sans avoir jamais consommé d'héroïne auparavant.

### **Programme d'échange de seringues (PES)**

Mise en œuvre d'une distribution de seringues à l'unité ou de trousse de prévention dans des lieux fixes (associations, pharmacies) ou mobiles (bus, équipes de rue). Par extension, sont nommés PES les lieux où sont distribuées les seringues. Ces programmes ont été mis en place à la fin des années 1980.

### **Psilocybine**

Hallucinogène d'origine naturelle, issu des champignons de type psilocybe. Ingérés crus ou cuits (dans une omelette par exemple), ces derniers provoquent des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle. Leur consommation peut occasionner crises de panique, angoisse, paranoïa et autres troubles psychiatriques de manière plus ou moins durable. La psilocine et la psilocybine sont classées produits stupéfiants en France.

### **Psychoactif(ve) (produit, substance)**

Qui agit sur le psychisme en modifiant le fonctionnement du cerveau, c'est-à-dire l'activité mentale, les sensations, les perceptions et le comportement. Au sens large, beaucoup de produits possèdent un effet psychoactif (chocolat à forte dose et café par exemple), mais tous ne posent pas problème. Dans un sens plus restreint, les substances psychoactives sont celles dont l'usage peut être problématique. On classe habituellement les substances psychoactives en trois catégories : les sédatifs, les stimulants et les hallucinogènes. En dehors du cas particulier des médicaments (voir médicaments psychotropes), les termes psychotropes et psychoactifs ont la même signification.

### **Rachacha**

Résidu d'opium obtenu par transformation artisanale du pavot. Cet opiacé se présente sous forme de pâte molle de couleur marron ou rouge qui peut être fumée (voie pulmonaire) ou ingérée en décoction (voie orale). Ce produit est classé comme stupéfiant.

### **Rave party**

Les rave parties rassemblent jusqu'à six mille personnes pour des soirées événementielles organisées dans de grands espaces loués pour l'occasion, voire en plein air pendant la saison estivale. L'entrée est payante et le prix variable en fonction de la programmation. Les styles de musique écoutée sont différenciés et le plus souvent, plusieurs plateaux de son et dance floors laissent le choix des genres : Trance, Jungle, Drum'n'bass, mais aussi des courants musicaux plus 'durs' comme le Hard-core et le Hard-teck.

### **Rose des bois (LSA)**

Plante qui produit des graines qui contiennent, entre autres, un principe actif hallucinogène, le LSA (D-Lysergic acid amine ou ergine), proche chimiquement du LSD. Les graines sont utilisées en petites quantités par mastication, mais elles se prêtent aussi à une extraction, aisée, du LSA. Les effets induits par le LSA durent entre 6 et 8 heures.

### **Salvia divinorum (ou sauge divinatoire)**

Plante appartenant aux nombreuses espèces de sauge. Elle doit son nom à ses effets hallucinogènes. Les feuilles fraîches de la sauge peuvent être mâchées, chiquées ou infusées. Une fois séchées, elles peuvent être fumées (avec une pipe à eau ou mélangée avec du tabac), ou encore réhydratées et mâchées. Le principal principe actif est la salvinorine A. En vente libre.

### **Scène ouverte de drogue**

Lieu de vente et consommation de drogues où habitants et citoyens non-consommateurs sont confrontés à l'usage et au petit trafic en public des produits illicites.

Sniff Prise d'un produit par voie nasale. Le produit est aspiré avec le nez et absorbé par le biais des muqueuses nasales, riches en petits vaisseaux sanguins.

### **Solvants**

Ce terme désigne une gamme de produits de synthèse variés : colles, solvants, détachants, vernis, dérivés du pétrole, etc. Inhalés, ces produits provoquent des distortions 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)**

Produit qui ont pour particularité d'augmenter l'activité psychique. Les principales substances addictogènes stimulantes sont la cocaïne (dont crack), les amphétamines (dont l'ecstasy à doses modérées). D'autres produits sont considérés comme des stimulants mineurs : caféine et nicotine par exemple.

### **Structure de première ligne**

Voir CAARUD

### **Stupéfiants (produits ou substances)**

Substance inscrite dans l'une des listes de stupéfiants telles qu'elles ont été définies par la Convention unique de 1971 sur les stupéfiants. Si ces derniers constituaient initialement un groupe de substances réunies par leur propriété commune à inhiber les centres nerveux et à induire une sédation de la douleur (opiacés essentiellement), ils rassemblent aujourd'hui, au sens juridique, un ensemble de produits, variables quant à leur structure, leurs propriétés pharmacologiques et leur capacité à induire une pharmacodépendance. Les critères de classement d'une substance comme stupéfiant reposent sur deux principes : son potentiel à induire une pharmacodépendance et les dangers qu'elle représente pour la santé publique.

### **Surdose**

Intoxication aiguë, à l'issue parfois fatale, découlant de la consommation d'une drogue.

### **Synthèse (drogue, produit ou substance de)**

Droque 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 sans ou avec autorisation des pouvoirs publics. Un teknival (festival techno) peut durer jusqu'à sept jours et rassembler de cinq à quinze mille personnes.

### **Traitement de substitution aux opiacés**

Modalité de traitement médicamenteux d'un sujet dépendant, reposant sur l'administration d'une substance ayant une activité pharmacologique similaire à celle de la drogue addictive (l'héroïne ou un autre opiacé en l'occurrence). La substitution vise à 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. 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.

### **Travellers**

Adeptes de la contre-culture techno pour lequel ils constituent une figure emblématique qui vivent de façon itinérante (en camion par exemple) et se déplacent en suivant les manifestations festives techno qui se déroulent en Europe.

### **Usage récent**

Consommation d'une substance psychoactive au moins une fois dans les 30 derniers jours.

### **Ya ba**

Forme de méthamphétamine répandue en Asie du Sud-Est.

## LISTE DES SIGLES

AAH	Allocation adulte handicapé
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AME	Aide médicale d'état
AMM	Autorisation de mise sur le marché
BHD	Buprénorphine haut dosage
BZD	Benzodiazépines
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue
CEIP	Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CépiDC	Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès
CIM	Classification internationale des maladies
CMU	Couverture maladie universelle
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centre de soins spécialisés pour toxicomanes
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances
ENaCARRUD	Enquête Nationale CAARUD (OFDT)
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (OFDT)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (INSERM- OFDT)
GBL	Gamma-butyrolactone
GHB	Gamma-hydroxybutyrate

## Drogues et usages de drogues en France État des lieux et tendances récentes 2007-2009

INPES	Institut national de prévention et d'éducation à la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut de veille sanitaire
MDMA	Méthylènedioxymétamphétamine
MSO	Médicament de substitution aux opiacés
OCRDIS	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OPPIDUM	Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse (CEIP/AFSSAPS)
OSIAP	Ordonnances suspectes indicateur d'abus et de pharmacodépendance
PRELUD	Première ligne Usagers de drogues (OFDT)
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (OFDT)
RMI	Revenu minimum d'insertion
SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution (Invs)
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances (OFDT)
THC	Tétrahydrocannabinol (agent actif du cannabis)
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues (OFDT)
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UDIV	Usagers de drogues par voie intraveineuse
UNODC	United nations office on drugs and crime
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

## **SYNTHÈSE : ÉLÉMENTS MARQUANTS 2007-2008 ET PREMIÈRES OBSERVATIONS 2009**

Cette synthèse présente les principaux résultats issus du fonctionnement du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) portant sur les années 2007 et 2008, éclairés par les premières données observées au plan national en 2009. Cette synthèse est issue du rapport *Drogues et usagers de drogues en France ; état des lieux et tendances récentes*, qui sera disponible début février 2010 sur le site de l'OFDT.

Elle présente en trois points les éléments essentiels du rapport : évolutions les plus marquantes, éléments à surveiller et enfin, tendances confirmées.

Rappelons que dispositif TREND se concentre sur des populations beaucoup plus consommatrices de drogues que la population générale d'âge équivalent. Les observations réalisées sur ces groupes ne peuvent donc être généralisées à l'ensemble de la population française.

### **ÉVOLUTIONS MARQUANTES**

Celles-ci constituent des tendances de fond qui modifient fortement les contextes actuels des usages de drogues.

#### **La diversité croissante des populations usagères, une mutation à prendre en compte**

■ Plusieurs substances continuent à se diffuser hors des groupes initialement consommateurs. Ainsi, la cocaïne, déjà présente dans des milieux sociaux très hétérogènes poursuit sa diffusion. Trois sites (Marseille, Rennes et Metz) soulignent en 2008, l'émergence d'une « nouvelle » population d'usagers de cocaïne, jeunes (16-

25 ans) issus des quartiers populaires et des banlieues périphériques qui jusqu'alors ne consommaient que du cannabis. L'héroïne, pour sa part, étend « sa clientèle » vers des populations de plus en plus variées notamment les plus jeunes usagers, le milieu festif et des populations très insérées socialement. On a vu également s'élargir la consommation de produits restés jusque là confinés à des groupes restreints (GHB/GBL ou poppers par exemple).

■ Plusieurs éléments contextuels sous-tendent ce phénomène : la « généralisation » du polyusage qui tend à banaliser l'expérimentation de nouveaux produits ; la présence, notamment en milieu festif techno, zones d'accessibilité des produits, de jeunes « expérimentateurs » en recherche permanente de nouvelles expériences et enfin, l'accessibilité grandissante des produits par le biais de la progression du micro-traffic et du commerce sur Internet. En effet, la multiplication des miro-réseaux d'usagers-revendeurs qui se lancent dans le deal, dans un premier temps pour financer leur consommation personnelle à moindre coût, finissant parfois par se professionnaliser en alimentant quelques clients, joue maintenant un rôle majeur dans l'accès à l'héroïne ou à la cocaïne en France. Ce type de réseau génère un important trafic transfrontalier entre la France et les pays voisins où les produits sont largement accessibles à moindre coût -la Belgique, la Hollande et l'Espagne- et permet un accès aux produits sur une large étendue du territoire national [1-2]. De même, l'apparition d'un usage de cocaïne dans les quartiers populaires est probablement au développement dans les quartiers périphériques des métropoles régionales françaises des réseaux de vente « multicate », anciens réseaux de deal du cannabis investissant le trafic de cocaïne, beaucoup plus lucratif. Il en va de même pour le trafic du crack à Paris, qui, traditionnellement monopolisé par les modou, dealers originaires d'Afrique de l'Ouest, est actuellement repris pas certains réseaux de vendeurs de cannabis.

■ Une extension géographique des usages en zones périurbaines. On assiste ces deux dernières années à une tendance des usages de drogues à s'étendre de manière marquée à partir des centres-villes vers des zones périurbaines voire rurales. Ce processus est favorisé par la migration de certains usagers de drogues les plus précaires, des centre-villes vers les zones périurbaines ou de proche banlieue par le biais des déplacements de squats (expulsions notamment de ces squats par les forces de l'ordre). D'autres personnes, déjà usagères de drogues également, tendent à s'établir en zone rurales, « chassées » des villes par le niveau des loyers et la pénurie de logements ou encore dans le but de s'éloigner des produits. Il s'agit, schématiquement, de personnes vivant fréquemment de revenus sociaux s'installant en groupe dans des camions ou des maisons à loyer modique.

## **La disponibilité de l'héroïne poursuit sur sa lancée**

■ La hausse de la disponibilité de l'héroïne, signalée par le dispositif dès 2006, est désormais généralisée à l'ensemble des espaces urbains des sites TREND (à l'exception de Marseille). Elle s'accompagne de l'accroissement du deal de rue, de

nouveau visible à Paris et à Lille, et du trafic de proximité. L'héroïne est également considérée par les observateurs et les usagers comme disponible voire très disponible dans l'espace festif alternatif, mais peu ou pas présente dans l'espace festif commercial où les patrons d'établissements assurent une surveillance soutenue. Plusieurs sites évoquent une véritable pression de l'offre. L'accroissement de la diversité des produits disponibles peut également être appréhendé dans ce cadre. Les différentes couleurs proposées, accompagnées d'allégations parfois fantaisistes, semblent en effet relever de stratégies « marketing » de la part des dealers et ne fournissent aucune indication sur le contenu réel du produit.

■ Le résultat le plus marquant de ce « retour » de l'héroïne se situe dans l'accroissement du nombre de surdoses, attesté par les données quantitatives jusqu'en 2007, mais surtout perçu à travers les dossiers qui ont mobilisé les autorités sanitaires au long des années 2008 et 2009. L'héroïne, présente dans 45 % des surdoses en 2007, alors qu'elle l'était dans seulement 36 % des cas en 2006 et 29 % en 2004 [3]. Deux facteurs principaux sont en jeu. Le premier, relève des usagers eux-mêmes, et se situe dans la progression, déjà évoquée, de l'usage d'héroïne dans des populations d'usagers très éloignées du milieu des « toxicomanes traditionnels », souvent jeunes, dépourvues de connaissances et d'expérience concernant ce produit et de ses risques qu'ils résumant à tort à ceux de l'injection. Le second est lié au produit : la présence des lots d'héroïne fortement dosée augmente corrélativement aux quantités d'héroïne présentes sur le territoire national et leur part semble croître en 2009 [4]. La forte hétérogénéité des poudres en circulation constitue un risque certain de surdose dans un marché actuel largement dominé par une héroïne « de mauvaise qualité » [5].

### **Des prises de risques qui se poursuivent ou s'intensifient, notamment chez les plus précaires**

■ Sur le plan sanitaire, on notera la persistance et même l'aggravation des prises de risques infectieux, en particulier vis-à-vis de l'hépatite C, dans les groupes d'usagers les plus précaires : pratiques d'injection de groupe, consommations dans des lieux insalubres, injections réalisées dans la précipitation. Les usagers de drogues évitent d'être porteurs de matériels qui les identifient comme tels aux yeux des fonctionnaires de police et peuvent déboucher sur une fouille. Ils évitent également d'être porteurs de substances et tendent à consommer n'importe où et dans la précipitation dès que le produit est acquis. Sur plusieurs sites TREND, observateurs et usagers font état, en effet, de la survenue de ruptures répétées du statu quo qui prévalait depuis la mise en œuvre des mesures de réduction des risques à savoir l'absence d'intervention des forces de l'ordre à proximité des lieux de réduction des risques, de manière à ne pas dissuader les usagers de drogues de fréquenter ces structures.

■ Les jeunes en errance usagers de drogues parfois mineurs, qui se retrouvent sans soutien après avoir quitté, de manière volontaire ou contrainte, le domicile fami-

liau ou encore sont sortis d'une institution sociale à leur majorité, sont décrits comme de plus en plus nombreux et de plus en plus visibles dans les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques). Adoptant pour certains des codes empruntés au courant techno, ils se caractérisent entre autres par une proportion importante de jeunes femmes au sein des groupes et par des comportements à risques (prostitution, injection avec partage important du matériel...)[6]. La dernière enquête nationale ENa-CAARUD constate ainsi que les usagers de moins de 25 ans qui fréquentent les CAARUD partagent leur matériel entre deux et trois fois plus que les plus âgés (> 35 ans) [7].

■ Les groupes d'usagers qui ne fréquentent pas ou peu les CAARUD en milieu urbain, apparaissent par ailleurs peu au fait des mesures de RDR (réduction des risques). Il s'agit en particulier des jeunes désaffiliés en errance [6], déjà évoqués, mais aussi des usagers dits « socialement insérés » qui s'initient à l'injection, des jeunes des quartiers populaires et des plus jeunes usagers de l'espace festif.

■ La fréquentation plus marquée des événements festifs techno par les injecteurs est notamment préoccupante au plan sanitaire. Fortement rejetée par la culture techno, la pratique de l'injection tend pourtant à devenir progressivement plus visible en marge des rassemblements musicaux alternatifs les moins encadrés. Pour autant, elle y demeure un phénomène marginal, concernant une population plutôt précarisée dont les consommations de psychotropes ne sont pas cantonnées au champ de la fête. Cette pratique pose de nouveaux enjeux à la réduction de risques : conditions sanitaires totalement inadéquates, usagers très ignorants des procédures de RDR et difficultés pour les acteurs de la RDR en milieu festif à être présents sur l'ensemble d'une scène techno de plus en plus éclatée en de petites manifestations non annoncées publiquement [8-9].

## **Molécules émergentes et développement du trafic sur internet**

Si le développement des trafics sur le réseau Internet n'est pas une tendance nouvelle, il a pris au cours de ces trois dernières années un relief particulier du fait de sa conjonction avec un autre phénomène : l'apparition et la diffusion d'un éventail de nouvelles molécules de synthèse dont la plupart sont uniquement diffusées par ce vecteur. De nombreux sites Web proposent une gamme de produits psychoactifs à l'attention de jeunes usagers festifs à la recherche de nouvelles expérimentations ou encore d'usagers de substances illicites (parmi lesquels le cannabis) souhaitant rester dans la légalité. Ces produits sont, en effet, généralement labellisés « légaux » ou bien vendus avec la mention « non destiné à la consommation humaine ».

Sont ainsi apparus, dès 2007, des produits annoncés comme des mélanges de plantes (Spice, Gorilla etc.) légales en France, mais pourvues d'effets psychoactifs. Il s'est avéré que ces produits ne contenaient pas les ingrédients « naturels » annoncés mais des analogues synthétiques du cannabis.

Cette « course » entre trafiquants-chimistes et autorités sanitaires, à la sortie de produits encore non classés, se joue également sur le terrain des drogues de synthèse visant le marché des consommateurs d'ecstasy de l'espace festif techno. Depuis 2006, étaient (ré)-apparues dans les fêtes des molécules telles que la BZP, la mCPP, le 2C-B repérées, pour certaines, par leurs effets secondaires. Les analyses réalisées dans le cadre du dispositif SINTES en 2009 ont confirmé leur circulation et a aussi fait émerger l'apparition de nombreuses autres molécules, non classées, parfois vendues comme ecstasy et disponibles sur Internet : fluphédron, méphédron, pFPP, butylone, méthylone, TMFPP, etc.).

Enfin, l'innovation de l'année 2008, pour le moment anecdotique, est la vente sur un site Internet, de drogues virtuelles, nommées « idoses », fournies sous le format d'un fichier de son dit « bi neural », censées provoquer les mêmes effets que les drogues réelles.

## **PHÉNOMÈNES À SURVEILLER**

### **Disponibilité et usage de la kétamine en hausse**

Même si les usages de kétamine restent quantitativement minimes par rapport à l'ensemble de la population française, on assiste à un développement de son usage et de sa disponibilité, signalée en hausse sur quatre des sept sites TREND entre 2006 et 2008 (Bordeaux, Marseille, Toulouse et Metz). Elle est essentiellement présente dans l'espace techno alternatif à partir desquels elle peut se diffuser. Parallèlement les usages, évoluent. En premier lieu, ils ne concernent plus seulement le groupe restreint « d'usagers d'origine » (les « voyageurs ou nomades), emblèmes de la contre-culture techno mais se sont étendus à de plus jeunes usagers de l'espace festif, notamment les plus précaires, à savoir la population des « jeunes en errance » que l'on retrouve aux franges du milieu festif. Surtout, le rapport au produit et les contextes d'usage semblent avoir évolué. Alors que la rencontre avec le produit découlait de l'opportunité, elle est actuellement désirée et recherchée activement par les nouveaux usagers. Le produit tend à devenir pour certains usagers un produit de « première expérimentation » alors qu'il survenait beaucoup plus tard dans la « carrière psychotrope » de la génération précédente. D'un usage exceptionnel qui avait valeur d'« extra » chez les anciennes générations, l'usage tend à devenir de plus en plus régulier. À l'extrême, les observateurs de Toulouse commencent à observer des usagers quotidiens. La consommation de kétamine produit des effets assez repérables et elle s'accompagne parfois de « complications » spectaculaires (comas hallucinations, troubles psychiatriques). Cette visibilité peut conduire à surévaluer la progression de ce produit. Quoiqu'il en soit, celui-ci demeure fortement controversé parmi les usagers de drogues et sa diffusion est limitée par la peur qu'il suscite.

## La Ritaline® s'installe dans le paysage des médicaments détournés

Le détournement de ce médicament émerge, depuis 2004 à Marseille et 2005 à Paris, dans deux populations très distinctes. A Marseille, où le produit aurait déjà été expérimenté par une majorité de personnes fréquentant les CAARUD, il s'agit d'une population d'usagers très précarisés fréquentant les structures de RDR à la recherche d'un effet d'aide à l'action et à la communication. Dans une logique économique, la Ritaline® serait également utilisée par les usagers en substitution de la cocaïne lorsque les fonds manqueraient. Dans cette population, le produit serait en majorité injecté.

A Paris, il s'agirait de groupes restreints de jeunes consommateurs (20-25 ans) aisés et socialement bien insérés qui l'utiliseraient pratiquement toujours par voie orale, en association avec de l'alcool voire avec de la cocaïne comme stimulant « festif ».

## Rencontre du GHB et GBL par de jeunes teuffers

La diffusion des usages de GHB/ GBL et des comas qui l'accompagne à partir du milieu festif gay vers des groupes de jeunes « teuffers » à la recherche d'expérimentations ayant été largement évoquée au cours de l'année 2009, elle ne sera ici que mentionnée. Elle concerne particulièrement les villes où existent des établissements festif gay friendly<sup>1</sup>, mais également par d'autres populations fréquentant la scène festive [10].

## Des injections par voie intra-musculaire

Il s'agit d'un phénomène très marginal mais devenu visible sur plusieurs sites du dispositif. Cette pratique concerne la Kétamine dont l'injection, pratique à haut risque, est signalée en hausse à Rennes, Marseille, Bordeaux et Paris et le Diazépam (Valium®) à Rennes. Si ce type d'injection reste à ce jour anecdotique en France, l'évolution de sa fréquence d'usage doit être surveillée du fait des risques infectieux particuliers liés à ce mode d'usage particulier (tétanos, botulisme entre autres).

## Une baisse possible de la prévalence de l'hépatite C

En dépit du contexte de prises de risques marquées chez les usagers de drogues les plus précaires, l'analyse d'un ensemble de données déclaratives de prévalence de l'hépatite C parmi les usagers de drogues suggère que l'épidémie pour-

---

1. C'est-à-dire les lieux qui cherchent activement à créer une atmosphère « amicale » vis-à-vis de la population LGBT (Lesbienne, gay, bi, trans) et où se côtoient donc populations festives gays et non gays.

rait être en phase de régression. L'enquête ENaCAARUD montre notamment chez les usagers injecteurs un taux de séropositivité déclarée régressant de 47,2 % en 2006 à 40,0 % en 2008 [7]. Les actions menées ces dernières années à divers échelons géographiques pourraient porter leurs fruits.

## **TENDANCES STABLES**

### **Cocaïne : une poursuite de la diffusion**

Que ce soit dans l'espace urbain, au sein duquel évolue une population d'usagers de drogues marginalisés, ou dans les différents espaces festifs (free parties, boîtes, discothèques, soirées privées), la disponibilité de la cocaïne en poudre continue à augmenter. La pratique du basage de la cocaïne, pour la consommer fumée, semble également poursuivre sa progression dans diverses populations plutôt jeunes (18-25 ans) : usagers fréquentant l'espace techno, usagers plutôt aisés consommant en fêtes privées ou jeunes consommateurs issus de milieux plus défavorisés et en provenance de banlieue. L'usage de crack, cocaïne achetée directement basée, par des populations très précarisées, vivant souvent en squat, reste un phénomène spécifiquement présent à Paris (et dans sa petite couronne) où le produit occupe une place particulièrement importante (43,4 % des usagers des CAARUD d'Ile de France en ont pris au cours du mois précédent en novembre 2008) [7]. Cependant, des consommateurs de free-base peuvent également acheter du crack.

Enfin, la consommation de poudre de cocaïne fumée dans une cigarette ou un joint, pratique émergente en 2006, s'enracine comme un mode d'usage récréatif, convivial et discret du produit.

### **Les médicaments de substitutions détournés, peu d'évolutions majeures**

■ La buprénorphine haut dosage (BHD) : un marché illicite sous tensions, mais toujours actif

Après les actions plus ou moins généralisées des CPAM en 2007, envers les usagers ou professionnels de santé jugés « déviants », la quasi-totalité des sites a fourni en 2008 des éléments quantitatifs attestant de perturbations du trafic. Le prix moyen du comprimé de 8 mg de Subutex®<sup>2</sup> apparaît ainsi en hausse (5,5 € en 2008 contre 4 € en 2006). Cependant, si les marchés sont parfois moins visibles, presque tous les sites signalent un maintien de la disponibilité du produit sur le marché illicite (ou une baisse uniquement transitoire de celle-ci) à l'exception

---

2. Le médicament princeps restant celui qui continue d'occuper l'essentiel du marché illicite malgré la mise sur le marché des génériques.

de Toulouse qui mentionne une accessibilité plus difficile et quelques périodes de pénurie en 2008. Les modalités des trafics semblent, en effet, avoir continué à s'adapter, les trafiquants trouvant des parades à chaque nouvel obstacle. Une baisse de la demande de BHD pourrait également contribuer à l'absence de sentiment de pénurie: passage de la BHD à la méthadone et pour certains usagers hors cadre thérapeutique, retour vers l'héroïne.

■ La méthadone, quant à elle, connaît toujours un accroissement très lent de sa disponibilité sur le marché noir (probablement en rapport avec l'élargissement de sa prescription), sans trafic organisé. Par contre, il semble que les démarrages de traitements, à l'initiative des usagers, avec de la méthadone de rue, soit une pratique qui s'intensifie

■ Enfin, concernant les sulfates de morphine qui avaient connu une hausse de leurs usages détournés en 2006 en particulier à Paris et à Rennes, la maîtrise de leur prescription a rendu leur accès plus difficile, restreignant ainsi les détournements.

### **Stimulants synthétiques : déclin du comprimé d'ecstasy en faveur des poudres**

■ Coté usagers, le déclin de l'intérêt pour le comprimé d'ecstasy, ringardisé, se poursuit au profit des formes poudre et cristal du MDMA et de l'amphétamine. Il semble que le cycle du comprimé d'ecstasy initié il y a une dizaine d'année soit en train de s'épuiser, phénomène favorisé par la piètre réputation de sa qualité (multiplication des faux « ecstasy ») et la vogue du sniff porté par la cocaïne. Cette appréciation doit être cependant tempérée par le fait que le comprimé reste encore la porte d'entrée de l'usage pour les jeunes, primo arrivants dans le monde festif. Cependant, elle tend à être de plus en plus délaissée au profit des amphétamines.

■ Du côté de l'offre, le marché de la MDMA a également opéré un glissement, du comprimé vers la poudre pour aboutir en 2009 à des périodes de pénurie d'ecstasy dans certains endroits. De plus, si la MDMA sous ses autres formes est encore considérée comme très disponible en milieu festif, on note que les indicateurs généraux suivent plutôt une tendance à la baisse (usage à 17 ans, interpellations, saisies...) qui pourrait annoncer un recul plus général de cette substance.

■ La méthamphétamine ne connaît toujours que des usages très ponctuels en France et aucun trafic.

### **Hallucinogènes, des évolutions essentiellement parisiennes<sup>3</sup>**

■ L'usage des hallucinogènes naturels (champignons surtout, mais aussi d'autres plantes telles que la salvia) est observée en hausse à Paris parmi des personnes

---

3. À l'exception de la kétamine (voir supra)

familiales du mouvement festif techno, supportée, d'une part par l'accroissement du commerce en ligne et d'autre part par l'apparent engouement des citoyens pour le micro-jardinage. De même, si le « retour » de la demande et de la disponibilité du LSD dans les événements festifs, déjà mentionné en 2006 semble une tendance qui persiste, c'est également sur le site parisien que le phénomène est le plus net. Il y est décrit comme « disponible » voire « très disponible » dans les free parties et les teknivals ou même des fêtes privées en extérieur. Ailleurs, l'accès au produit n'est pas toujours au rendez-vous, mais il y est partout recherché par une frange de la jeune génération des expérimentateurs festifs. Toutefois, la peur des effets limite fortement le nombre d'amateurs de psychotropes prêts à franchir le pas.

### **Le trafic de proximité plus discret**

- Une adaptation de l'organisation du « deal » à l'intensification de la lutte contre le trafic et l'usage : fonctionnaires de police et observateurs ethnographiques décrivent en effet une complexification du deal tendant à rendre les transactions moins visibles dans la rue et plus furtives : segmentation des tâches entre une multitude de petit dealers lors de l'achat, développement de l'usage du téléphone portable même pour les usagers les plus précaires, accroissement de la discrétion des échanges qui se replie dans le métro ou les parties privées et mobilité accrue des trafics.
- Un déplacement des centres de gravité des trafics hors des centres-villes : Alors qu'à Paris, le trafic est déjà bien implanté dans les banlieues, plusieurs sites provinciaux (Rennes et Toulouse) signalent le déplacement des activités de trafic vers la périphérie des métropoles régionales. Ainsi, les zones périurbaines, plus ou moins rurales sont de plus en plus utilisées comme base arrière pour le trafic (stockage notamment). La multiplication des petits réseaux d'usagers-revendeurs, déjà évoquées élargit également les zones géographiques de petits trafics y compris dans les zones rurales.

### **Évolution des prix de détail : une relative stabilité**

- Si les prix médians ou moyens varient peu, ils masquent en fait des disparités très importantes selon la région française d'acquisition, plus ou moins proches des sources transfrontalières, le réseau d'achat et la qualité supposée du produit. Ainsi, tant pour la cocaïne que pour l'héroïne, des échantillons, le plus souvent de très faible qualité peuvent être acquis pour des prix faibles permettant l'usage de populations sans ou à faible revenu. L'achat collectif direct par les usagers, de moyenne quantité, au delà des frontières permet également aux usagers de bénéficier de prix plus bas que ceux constatés sur le marché français

**Évolutions des prix (en €) des principales drogues illicites, 2006 à 2008**

	2006	2007	2008	Évolutions
Résine de Cannabis	4	6	5	→
Ecstasy	6	5	5	→
Herbe de cannabis	5	7	10	↗
LSD	10	10	10	→
Amphétamine	20	15	15	↘
Héroïne	45	42	45	→
Cocaïne	63	65	65	→

Note : Les données des 3 années sont issues du réseau OFDT des sites du dispositif TREND (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Toulouse, Paris et Rennes) - elles correspondent à la médiane des prix de vente dans la rue (au détail) les plus fréquemment constatés. Tous les prix sont exprimés en /gr à l'exception de l'ecstasy et du LSD (euro/unité).

Source : **TREND / OFDT**

### **Bibliographie**

1. Gandilhon (M.) and Hoareau (E.), « Les évolutions du petit trafic d'héroïne et de cocaïne en France », in *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, OFDT, 2010, Saint-Denis.
2. Plancke (L.) and Schléret (Y.), « Les déplacements transfrontaliers liés aux drogues dans le Nord et l'Est de la France », in *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, OFDT, 2010, Saint-Denis.
3. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) and Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), *DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances), résultats de l'enquête 2007*. Compte rendu de la Commission Nationale des stupéfiants et des psychotropes, 2008, Saint Denis.
4. Institut national de police scientifique, Statistiques 2009, Fichier STUPS, Analyse par produit. 2010, à paraître: Lyon. p. 42.
5. Lahaie (E.) and Cadet-Taïrou (A.), *Enquête nationale SINTES-Observation sur l'héroïne, mars 2007 à juin 2008, résultats principaux*, 2010, OFDT, Saint-Denis.
6. Rahis (A.C.), Cadet-Taïrou (A.), and Delille (J.M.), « Les nouveaux visages de la marginalité », in *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999*, OFDT, 2010, Saint-Denis.
7. Cadet-Taïrou (A.), Coquelin (A.), and Toufik (A.), *Profils, pratiques des usagers de drogues ENa -CAARUD*, 2010, à paraître, OFDT, Saint-Denis.
8. Sudérie (G.), Monzel (M.), and Hoareau (E.), « Évolution de la scène techno et des usages en son sein », in *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999*, OFDT, 2010, Saint-Denis.
9. Girard (G.), Boscher (G.), and Chalumeau (M.), *Les pratiques d'injection en milieu festif : Etat des lieux en 2008, 2009*, OFDT, Saint-Denis.
10. Cadet-Taïrou (A.) and Gandilhon (M.), *Usages de GHB et GBL, Données issues du dispositif TREND*, Note n°09-3, 2009.

**Citation recommandée**

Auteurs, *Drogues et usages de drogues. État des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France - Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 280 p.

N° ISNB : 978-2-11-98568-2

**Observatoire français  
des drogues et des toxicomanies**

3, avenue du Stade de France  
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex  
Tel : 01 41 62 77 16  
Fax : 01 41 62 77 00  
Courriel : ofdt@ofdt.fr

**Site Internet : [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)**

La mission du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), mis en place en 1999, est d'observer les tendances récentes et de détecter les phénomènes émergents en matière d'usages de drogues illicites afin de prodiguer des éléments de connaissances précis aux décideurs politiques comme aux personnes, usagers et professionnels, intervenant dans le champ de la toxicomanie.

Pour ce faire le dispositif s'appuie sur un réseau de sept sites situés en France métropolitaine (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse) chargés de coordonner l'investigation et la collecte de données dans les espaces sociaux (urbain et festif) les plus susceptibles d'apporter l'information recherchée.

Ce neuvième exercice présente une synthèse des résultats des observations réalisées pendant les années 2007 et 2008 ainsi que les premières données à disposition portant sur l'année 2009.

Deux grands volets structurent ce rapport : une partie transversale qui s'intéresse aux différents groupes d'usagers, aux contextes et aux modes d'usage; et une partie centrée plus particulièrement sur les grandes familles de produits psychotropes (opiacés, stimulants, hallucinogènes, médicaments détournés).

À côté des tendances de fond enregistrées depuis plusieurs années, comme la continuation de la diffusion de la cocaïne ou la désaffection pour l'ecstasy sous sa forme comprimé, plusieurs phénomènes méritent une attention particulière :

- la diversification sociale croissante des populations usagères de substances illicites ;
- les prises de risques au sein des populations jeunes les plus précarisées ;
- la confirmation d'un nouveau cycle de diffusion de l'héroïne après des années de déclin de l'usage consécutif à l'introduction des traitements de substitution ;

[www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)



ISBN : 978-2-11-098568-2