

# PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS LIÉS AUX DROGUES EN 2004

Sixième rapport national du dispositif TREND

---

Pierre-Yves BELLO  
Abdalla TOUFIK  
Michel GANDILHON  
Isabelle EVRARD

# ***PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS LIÉS AUX DROGUES EN 2004***

Sixième rapport national du dispositif TREND

---

Pierre-Yves BELLO  
Abdalla TOUFIK  
Michel GANDILHON  
Isabelle EVRARD

Novembre 2005

<b>CONTRIBUTIONS</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE</b>	<b>13</b>
<b>ORGANISATION ET MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF TREND</b>	<b>14</b>
LE DISPOSITIF TREND	14
LES OUTILS DE COLLECTE D'INFORMATION DU DISPOSITIF	15
LE RÉSEAU DES SITES	16
LE RAPPORT DE SITE	19
LE SYSTÈME SINTES	19
ANALYSE ET ÉLABORATION DE LA SYNTHÈSE GÉNÉRALE TREND ANNUELLE	21
<hr/>	
<b>1 - LES PRODUITS</b>	<b>22</b>
<b>L'USAGE D'OPIACÉS</b>	<b>23</b>
POINTS DE REPÈRES	23
<b>ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE SUR LES OPIACÉS</b>	<b>25</b>
<b>L'HÉROÏNE</b>	<b>27</b>
LES USAGERS D'HÉROÏNE	27
LES MODALITÉS D'USAGE DE L'HÉROÏNE	28
LES PERCEPTIONS DE L'HÉROÏNE EN 2004	29
ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ EN 2004	30

<b>LA BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE</b>	<b>33</b>
<i>LES USAGERS DE BHD</i>	33
<i>LES MODALITÉS D'USAGE DE LA BHD</i>	34
<i>LES PERCEPTIONS DE LA BHD EN 2004</i>	36
<i>ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ DE LA BHD EN 2004</i>	37
<b>LA MÉTHADONE</b>	<b>40</b>
<i>LES USAGERS DE MÉTHADONE EN 2004</i>	40
<i>LES MODALITÉS D'USAGE</i>	40
<i>LES PERCEPTIONS DE LA MÉTHADONE</i>	41
<i>ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ DE LA MÉTHADONE</i>	42
<b>LE SULFATE DE MORPHINE</b>	<b>44</b>
<i>LES USAGERS DE SULFATE DE MORPHINE EN 2004</i>	44
<i>LES MODALITÉS D'USAGE</i>	45
<i>LES PERCEPTIONS DES USAGERS</i>	46
<i>LA DISPONIBILITÉ DU SULFATE DE MORPHINE EN 2004</i>	46
<b>LA CODÉINE</b>	<b>48</b>
<i>LES USAGERS DE CODÉINE EN 2004</i>	48
<b>LE RACHACHA</b>	<b>49</b>
<b>L'USAGE DE STIMULANTS</b>	<b>51</b>
<i>POINTS DE REPÈRES</i>	51
<b>ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE SUR LES STIMULANTS HORMIS LA COCAÏNE ET LE CRACK</b>	<b>54</b>
<b>ÉVOLUTION DES CONSOMMATIONS DE COCAÏNE ET DU CRACK/FREEBASE</b>	<b>55</b>
<i>INTRODUCTION</i>	55
<i>CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIALES DES CONSOMMATEURS</i>	56
<i>CONTEXTE ET MODALITÉS DE CONSOMMATION</i>	58

<i>LES PROBLÈMES DE SANTÉ EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION DE LA COCAÏNE ET DE LA FREE BASE/CRACK</i>	64
<i>REPRÉSENTATIONS DE LA COCAÏNE ET DE LA FREE BASE/CRACK ET RISQUES ENCOURUS</i>	66
<i>MARCHÉ DE LA COCAÏNE ET DE LA FREE BASE/CRACK ET MODALITÉS D'APPROVISIONNEMENT</i>	69
<i>CONCLUSION</i>	74
<b>L'USAGE D'AMPHÉTAMINES</b>	<b>75</b>
<i>LES USAGERS D'AMPHÉTAMINE EN 2004</i>	75
<i>LES MODALITÉS D'USAGE</i>	76
<i>LES PERCEPTIONS DE L'AMPHÉTAMINE</i>	76
<i>ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ</i>	77
<i>CARACTÉRISTIQUES TOXICOLOGIQUES DE L'AMPHÉTAMINE</i>	78
<b>L'ECSTASY</b>	<b>79</b>
<i>LES USAGERS</i>	79
<i>LES MODALITÉS D'USAGE</i>	79
<i>LES CONSÉQUENCES OBSERVABLES</i>	81
<i>LES PERCEPTIONS DE L'ECSTASY EN 2004</i>	81
<i>CARACTÉRISTIQUES DE L'ECSTASY EN 2004</i>	82
<i>ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ</i>	84
<b>L'USAGE DE PRODUITS HALLUCINOGENÈS</b>	<b>86</b>
<i>POINTS DE REPÈRES</i>	86
<b>ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE SUR LES HALLUCINOGENÈS D'ORIGINE NON NATURELLE</b>	<b>88</b>
<b>LES USAGES DES SUBSTANCES HALLUCINOGENÈS NATURELLES EN FRANCE</b>	<b>89</b>
<i>INTRODUCTION</i>	89
<i>ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA CONSOMMATION ET CARACTÉRISTIQUES DES CONSOMMATEURS</i>	89
<i>CONTEXTE ET MODALITÉS D'USAGE</i>	93
<i>EFFETS INDÉSIRABLES ET PROBLÈMES DE SANTÉ</i>	97
<i>REPRÉSENTATION DES PLANTES HALLUCINOGENÈS ET PERCEPTIONS DES RISQUES ENCOURUS</i>	99
<i>MARCHÉ DES PLANTES ET MODALITÉS D'APPROVISIONNEMENT</i>	102
<i>CONCLUSION</i>	105

<b>L'USAGE DE LSD</b>	<b>107</b>
LES USAGERS DE LSD	107
LES MODALITÉS D'USAGE	108
LES CONSÉQUENCES OBSERVABLES	108
LES PERCEPTIONS DU LSD EN 2004	109
ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ DU LSD EN 2004	110
CARACTÈRES TOXICOLOGIQUES	111
<b>L'USAGE DE KÉTAMINE</b>	<b>113</b>
LES USAGERS DE KÉTAMINE	113
LES MODALITÉS D'USAGE	114
LES PERCEPTIONS DE LA KÉTAMINE EN 2004	115
ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ	116
CARACTÉRISTIQUES TOXICOLOGIQUES	117
<b>LE GHB</b>	<b>118</b>
<b>L'USAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES NON OPIACÉS</b>	<b>120</b>
POINTS DE REPÈRES	120
<b>ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE SUR LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES NON OPIACÉS</b>	<b>122</b>
<b>LE TRIHEXYPHENIDYLE (ARTANE®)</b>	<b>123</b>
LES USAGERS DE TRIHEXYPHÉNIDYLE EN 2004	123
LES MODALITÉS D'USAGE	123
LES PERCEPTIONS DU TRIHEXYPHÉNIDYLE EN 2004	124
ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ	124
<b>LE FLUNITRAZÉPAM (ROHYPNOL®)</b>	<b>126</b>
LES USAGERS DE FLUNITRAZÉPAM EN 2004	126
ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ ET PRIX	127

<b>LE CLONAZÉPAM (RIVOTRIL®)</b>	<b>129</b>
LES USAGERS DU RIVOTRIL®	129
ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ	130
<b>LE DIAZÉPAM (VALIUM®)</b>	<b>132</b>
<b>AUTRES MÉDICAMENTS</b>	<b>134</b>
<hr/>	
<b>2 - THÈMES PARTICULIERS</b>	<b>135</b>
<b>L'INJECTION EN FRANCE : LES USAGERS, LES PRATIQUES, LES PRODUITS ET LES REPRÉSENTATIONS</b>	<b>136</b>
INTRODUCTION	136
LES PRATIQUES D'INJECTION	136
LES DOMMAGES ASSOCIÉS À L'INJECTION	148
CONCLUSION	150
<b>USAGERS NOMADES OU EN ERRANCE URBAINE ET DISPOSITIFS SPÉCIALISÉS DE PREMIÈRE LIGNE OU DE SOINS</b>	<b>151</b>
DÉFINITIONS	151
SITUATION ET ÉVOLUTION DES SITES	152
DESCRIPTION SOCIODÉMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION ACTUELLE	154
PRODUITS CONSOMMÉS ET MOTIFS DES USAGES	157
ASSOCIATIONS DE PRODUITS	158
MODES D'ADMINISTRATION	158
PROBLÈMES SANITAIRES ET SOCIAUX LIÉS À LA CONSOMMATION	159
LES USAGERS NOMADES OU EN ERRANCE ET LES DISPOSITIFS SPÉCIALISÉS DE PREMIÈRE LIGNE OU DE SOIN	160
DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES DISPOSITIFS	163
CONCLUSION	166
<b>GLOSSAIRE</b>	<b>167</b>

## **CONTRIBUTIONS**

---

### ***Directeur de publication***

Jean-Michel Costes, directeur de l'OFDT

### ***Responsable du projet***

Pierre-Yves Bello, responsable du pôle « Tendances récentes », OFDT

### ***Rédaction du rapport***

Pierre-Yves Bello

Abdalla Toufik, chargé d'étude, OFDT

Michel Gandilhon, chargé d'étude, OFDT

Isabelle Evrard, chargée d'étude, OFDT

Valérie Mougnot, secrétariat

### ***Relecteurs du rapport***

Julie-Emilie Adès (OFDT), Catherine Bernard (DGS), Hassan Berber (OFDT), Agnès Cadet-Taïrou (OFDT), Matthieu Chalumeau (OFDT), Gérard Cagni (SEDAP), Isabelle Grémy (ORSIF), Jean-Michel Costes (OFDT), Isabelle Evrard (OFDT) Sandrine Halfen (ORSIF), Marie-José Parent (Laboratoire interrégional des douanes de Paris), Nathalie Richard (AFSSAPS), Sylvie Merle (ORSM), Monique Vallart (réseau T+)

### ***Remerciement spécial***

Isabelle Giraudon

## **RÉSEAU TREND-SINTES EN 2004**

### **Bordeaux**

#### *Coordination*

Jean-Michel Delile, coordinateur

Anne-Cécile Rahis, co-coordinatrice

#### *Enquêteurs*

Nicolas Bourguignon (CEID/TREND SINTES), Michel Castagné (ARIT Biarritz/SINTES), Agnès Creyemey (CEID/TREND SINTES), Jean-Michel Delile (CEID/TREND SINTES), Olivier Fiquet (CEID/TREND), Christian Laine (Béarn toxicomanies/SINTES), Jean-Michel Lasagua (Béarn toxicomanies/SINTES), Laurent Mazy (Béarn toxicomanies/SINTES), Séverine Papon (Béarn toxicomanies/SINTES), Andrés Pedredos (CEID/TREND), Anne-Cécile Rahis (CEID/TREND SINTES), Raphaël Seine (CEID TREND), Céline Seignette (CEID/TREND), Pierre Barc, Marie Cevaer, Laurence Garcia, Yves Lantheaume, Aurélie Saladin, Emmanuel Scotto Di Cesare, Olivier Claverie, David Gentilini

### **Dijon**

#### *Coordination*

Gérard Cagni, coordinateur

Sabine Chabert, co-coordinatrice

#### *Enquêteurs*

Sébastien Gallet, Lionel Grand, Julien Marotel, Magali Theuriet, Anne Zoll, Philippe Muller

### **Guyane**

#### *Coordination*

Monique Vallart, coordinatrice

Richard Edme, co-coordonateur ethnographique

#### *Enquêteurs*

Richard Edme, Olivier Beckerich, Marco Arnaiz

### **Lille**

#### *Coordination*

Laurent Plancke, coordinateur

Bernard Fontaine, Gaëlle Sallé

#### *Enquêteurs*

Ugo d'Alessandro (SPIRITEK/TREND SINTES), Benoît Cauliez (ADICTS/ TREND SINTES), David Cézou (ADICTS/ TREND SINTES), Vincent Croizé (ADICTS/ TREND SINTES), Peggy Debaisieux (SPIRITEK/TREND SINTES), Céline Labbé (ADICTS/ TREND SINTES), Thierry Mbaye (SPIRITEK/TREND

SINTES), Sylvain Wallart (SPIRITEK/TREND SINTES), Sandrine Vilfroy (SPIRITEK/TREND SINTES), Laurence Genty (ADICTS/TREND SINTES), Damien Boeldieu (ADICTS/TREND SINTES), Béatrice Vamour-Vivequin (Cèdre Bleu/TREND SINTES), Karlheinz Cerny (Espace du possible-ADNSEA), Catherine Debuire (Espace du possible-ADNSEA), Houssain Idali (Espace du possible-ADNSEA), Jean-Michel Romy (Espace du possible-ADNSEA), Estelle Sarrazin (Espace du possible-ADNSEA), Alexandre Vervacke (Espace du possible-ADNSEA), Etienne ZOSIME (SINTES Cannabis), Jean Lagneau (SINTES Cannabis), Youssef Saïdi (SINTES Cannabis), Marie Thibaut (SINTES Cannabis)

## **Lyon**

### *Coordination*

Catherine Miachon, coordinatrice

Olivier Guye, directeur

Delphine Gruaz

### *Enquêteurs*

Jean-Gabriel Bionnet (Keep smiling/SINTES), Martine Burhig (ANDSA/TREND), Florence Forgeot (Keep smiling/SINTES), Medhi Kara (SINTES), Françoise Monchanin (Keep smiling/TREND), Sigrid Sauron (Keep smiling/SINTES), Cédric Mortreuil (Keep smiling/SINTES), Sylvain Revol (Keep smiling /SINTES), Gaëlle Laurent (Keep smiling / SINTES), Rabia Verri (ADSEA/TREND), Philippe Géraud (ADSEA/TREND), Lucinda Dos Santos

## **Marseille**

### *Coordination*

Etienne Zurbach, coordinateur

Sandrine Musso, co-coordinatrice

### *Enquêteurs*

Stéphane Akoka (Mutualité française de Nice-MDM/TREND), Ali Benrezkala (OREP/TREND), Mansour Hamadi (MdM/TREND), Carine Magen (AMPTA/SINTES), Aurore Capeau (AMPTA/SINTES), Sabine Petit (AMPTA/SINTES), Julie Balbuena (AMPTA/SINTES)

## **Martinique**

### *Coordination*

Sylvie Merle, coordinatrice

Sandrine Chatenay, Vanessa Cornely, Annie Duféal, Karyne Pierre-Louis

### *Enquêteurs*

Claude Fitte-Duval, Françoise Launay

## **Metz**

### *Coordination*

Olivier Romain, coordinateur

Catherine Bray-Tomassi, co-coordinatrice  
Sylvie Balteau, référent médical (TREND/SINTES)  
Yvon Schléret, soutien méthodologique (ORSAS Lorraine)

#### *Enquêteurs*

Alexandre Agius (Pushing/TREND SINTES), Cédric Mussle (Pushing/ TREND SINTES), Edmond Zdybal (ASUD/TREND), Jean-Paul Meloni (CMSEA/TREND SINTES), Emmanuel Richter (CMSEA/TREND SINTES), Michel Monzel (CMSEA/TREND SINTES)

### **Paris**

#### *Coordination*

Isabelle Grémy (ORSIF)  
Sandrine Halfen (ORSIF)

#### *Enquêteurs*

Jimmy Kempfer (coordinateur milieu festif, Liberté), Guillaume Pfaus (coordinateur milieu urbain, Liberté), Benoit Delavault (Liberté/TREND SINTES), Arnaud Solanet (Liberté/TREND SINTES), Benoît Cuadrado (Liberté/TREND SINTES), Vincent Bourseul (Liberté/TREND SINTES)

### **Rennes**

#### *Coordination*

Chantal Amar, coordinatrice  
Guillaume Poulingue, co-coordonateur  
Françoise Gualde (TREND SINTES), Marie-Lise Petit (TREND), Cécile Fourdan (TREND)

#### *Enquêteurs*

Maëla Lebrun (TREND), Perrine Poulingue (TREND), Guillaume Girard (SINTES), Xavier Guillery (SINTES), Camel Gelloul (SINTES), M. Durand (SINTES Cannabis), Mme Guillaume (SINTES Cannabis, Mme Vallée (SINTES Cannabis), Mme Derien (SIMPPS), M. Juttel et M.Poras (CHGR Rennes/SINTES Cannabis)

### **Toulouse**

#### *Coordination*

Serge Escots, coordinateur  
Thibaut Bouillie (ORS-MIP), Françoise Cayla (ORS-MIP), Georges Fahet (ORS-MIP), Alexandra Montero (ORS-MIP), Marie Musset (ORS-MIP), Elisabeth Suteau (TREND)

#### *Enquêteurs*

Saloua Chaker (TREND/SINTES), Céline Le Ven (TREND/SINTES), Fabien Sarniguet (SINTES), Guillaume Suderie (SINTES), Stéphanie Pierre (SINTES), Yann Margouille (SINTES)

## **AUTRES PARTICIPANTS SINTES**

### **Médecins du Monde**

Coordination

Valérie Solbes

Stéphane Le Vu (responsable mission XBT)

*Responsables des missions locales de Paris, Nice et Bayonne*

Valère Rogissart, Jérôme Reynaud, Jean-Pierre Daulouede

Stéphane Akoka, Arkaitz Colina, Jérôme Debailleul, Maria Fayyaz-Toussi, Marianne

Godfarb, Georges Lachaze, Hervé Lallouff, Cyril Olaizola, Pascal Perez, Aymeric

Poizat, Laeticia Poulet-Coggia, Jérôme Quintin, Roberto Bianco-Levrin, Lionel

Sayag, Hans Gadelius, Patxi Martiarena

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

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

Jocelyne Arditti, responsable scientifique

Hubert Bourdon

**AP de Paris : laboratoire de toxicologie de l'hôpital Fernand-Widal à Paris (CEIP)**

Martine Galliot-Guilley, chef de laboratoire

Dominique Fompeydie

Jean Pierre Bazard

Samira Djezzar (CEIP de Paris)

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

Danièle Debryne, responsable scientifique

Reynald Le Boisselier

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

Marie-José Parent, responsable scientifique

Véronique Nedellec

Jean-Pierre Yim

**Laboratoire des douanes d'Antilles-Guyane, Pointe-à-Pitre**

Henri Frigaux

**Laboratoire des douanes de Bordeaux**

Jean-Michel Villechenoux

**Gendarmerie, laboratoire de l'IRCGN**

Martine Perrin, chef de laboratoire

## Police : laboratoire de la police scientifique de Lyon

Huguette Chaudron, chef de service

Josiane Girard, chef des stupéfiants

Fabrice Besacier, responsable adjoint

## **Réseau ASUD**

Jérôme Bonafons, Bertrand Bertrand, Marjorie Coridon, Loïc Courtais, François Itard, François-Georges Lavacquerie, Guillaume Martin, Pascal Mahé, Etienne Matter, John Milot, Mathieu Pastini, Pascal Trabichet, Thierry Schaffäuser, Edmond Zdybal, Yan Villars

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

## **Partenariats institutionnels**

### AFSSAPS, Unité stupéfiants

Chantal Gatignol, Nathalie Richard

### Système SIAMOIS InVS

Marie Jauffret-Roustide

### Oppidum CEIP

Xavier Thirion, Carine Saillard, et le réseau des CEIP

### OCRTIS

Vincent Weiler, Marc Geny, Crisantha Nadaraja

## **Investigation spécifique**

Approche quantitative de l'usage de substances psychoactives en milieu festif  
Catherine Reynaud-Maurupt (GRVS-Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale)

## **Architecture informatique de la base SINTES**

Bernard Legoueix, OFDT

## **Maquette et suivi de fabrication**

Frédérique Million, OFDT

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

---

Ce rapport présente les résultats issus du sixième exercice annuel du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) en 2004.

L'objectif du dispositif TREND, mis en place en 1999 par l'OFDT, est de fournir aux décideurs, professionnels et usagers, des éléments de connaissance sur les usages et les usagers de drogues illicites ainsi que sur les phénomènes émergents qui leurs sont liés. Ces derniers recouvrent des phénomènes nouveaux ou existants mais non encore détectés par les systèmes d'observation en place. La mise à disposition précoce de ces éléments de connaissance doit permettre à ces différents acteurs investis dans le champ de la toxicomanie d'élaborer des réponses, que ce soit au niveau de la décision publique, des activités professionnelles des uns et des autres ou au niveau du comportement individuel. Cette utilisation des informations produites est donc à même de favoriser une meilleure protection des usagers et de la population en général.

Le rapport 2004 comprend la synthèse générale relative aux tendances constatées lors de l'exercice portant sur l'année, précédée d'une description du fonctionnement du dispositif. Cette partie aborde les grandes familles de produit (opiacés, stimulants, hallucinogènes, certains médicaments psychotropes non opiacés). En tête des chapitres, des « points de repères » fournissent les principales données statistiques disponibles permettant de resituer les observations du dispositif TREND dans un contexte plus général. Ces données sont suivies d'une synthèse des grands faits marquants par famille de produits. Cette année, la cocaïne et les hallucinogènes naturels ont fait l'objet d'une présentation particulière sous forme d'un traitement approfondi des données accumulées au cours des exercices précédents. Deux autres thèmes particuliers, centrés sur les usagers, ont fait l'objet du même traitement et constituent la seconde partie du rapport :

- un état des lieux de l'injection en France ;
- les jeunes usagers nomades et en situation d'errance et leurs rapports avec les structures de première ligne et de soins.

Au seuil de ce rapport, nous tenons à remercier toutes celles et tous ceux qui ont permis que ce sixième exercice soit possible et en particulier toutes les personnes dont le nom n'a pu être mentionné dans la partie « contributions » : usagers, travailleurs sociaux, professionnels de santé, professionnels du maintien de l'ordre. De leur disponibilité et confiance dépendent en grande partie les résultats de ce travail. Nous espérons que ces derniers seront utiles au plus grand nombre.

## **ORGANISATION ET MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF TREND**

---

### **LE DISPOSITIF TREND**

L'objectif du dispositif TREND de l'OFDT est de fournir aux décideurs, professionnels et usagers, des éléments de connaissance sur les phénomènes émergents liés aux usages de drogues en France. Les phénomènes émergents recouvrent soit des phénomènes nouveaux soit des phénomènes existants mais qui n'avaient pas été détectés par les systèmes d'observation en place. La mise à disposition précoce d'éléments de connaissance doit permettre aux différents acteurs investis dans le champ de la toxicomanie d'élaborer des réponses que ce soit au niveau de la décision publique, des activités professionnelles des uns et des autres ou au niveau du comportement individuel. Cet usage des informations produites doit permettre une meilleure protection des usagers et de la population en général.

Le dispositif vient en complément des grandes sources traditionnelles d'information. L'observation est orientée en priorité en direction des substances illicites à faible prévalence d'usage, lesquelles, échappent généralement aux dispositifs d'observation classiques. Dans ce cadre, six thématiques principales ont été définies, qui structurent les stratégies de collecte et d'analyse des informations :

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

Deux espaces principaux d'observation ont été choisis : « l'espace urbain » et « l'espace festif ». Il s'agit d'espaces sociaux considérés comme innovateurs en termes d'usage de nouveaux produits et de modalités d'usage des produits et qui en même temps permettent une ouverture à certaines formes d'observation. Il y est donc possible de collecter des informations et la probabilité d'observer des phénomènes nouveaux y est élevée. L'espace urbain concerne, pour l'essentiel, des personnes que l'on peut rencontrer dans les structures d'accueil dites de « bas seuil » ou de première ligne (boutiques et programmes d'échange de seringues), certains centres de soins spécialisés et les lieux « ouverts » tels la rue et les squats. L'espace festif désigne les lieux où se déroulent des événements festifs, le plus souvent mais

pas exclusivement, relevant de la culture techno et ce quel que soit le type d'événements, qu'il ait lieu dans le cadre d'un club, d'un teknival, d'une free partie voire d'une soirée privée. Le choix d'investiguer en priorité ces deux espaces ne signifie nullement qu'ils épuisent à eux seuls la réalité de l'usage de drogues en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Il est important de garder à l'esprit que les informations disponibles proviennent de sous groupes d'utilisateurs particuliers.

## **LES OUTILS DE COLLECTE D'INFORMATION DU DISPOSITIF**

TREND s'appuie sur des outils de recueil continu coordonnés par l'OFDT, des investigations spécifiques ou des thèmes particuliers et sur des systèmes d'information partenaires.

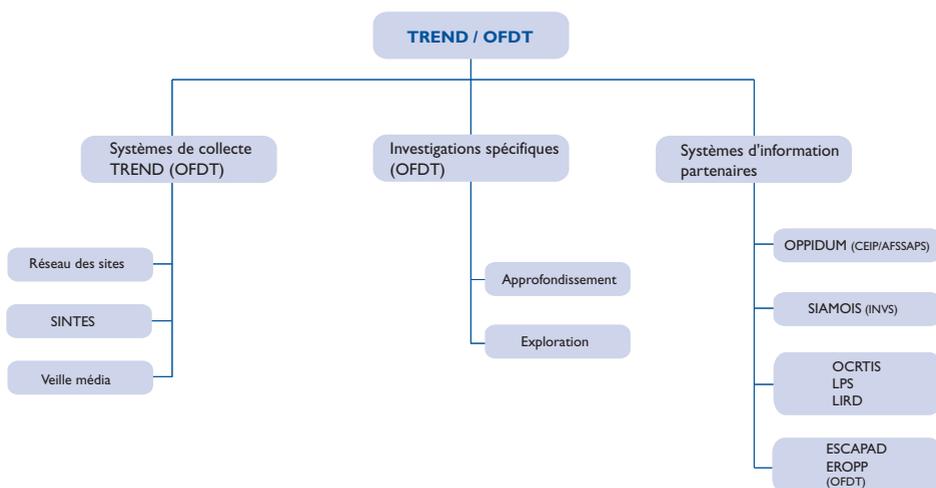
Les outils coordonnés par l'OFDT comportent :

- le réseau des sites TREND : onze sites ayant une stratégie commune de collecte et d'analyse d'informations ;
- le système SINTES : dispositif d'analyse toxicologique d'échantillons de drogues de synthèse saisis et collectés ;
- les investigations spécifiques/thèmes particuliers sont des enquêtes qui peuvent porter sur l'approfondissement d'une thématique identifiée par le dispositif, sur l'exploration d'un espace social particulier (milieu rock, prostitution par exemple) ou sur l'élaboration de nouveaux outils d'observation.
- Les systèmes d'information partenaires complémentaires :
  - l'enquête OPPIDUM\* du réseau des Centres d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances (CEIP) appuyé par l'AFSSAPS. Il s'agit d'une enquête d'observation et de surveillance multicentrique réalisée chaque année au mois d'octobre durant quatre semaines. Son objectif est de surveiller l'évolution de la consommation des substances psychoactives consommées par les sujets présentant une pharmacodépendance et d'évaluer le potentiel d'abus et de dépendance des médicaments. Le recueil d'information se fait auprès de personnes présentes dans des structures sociales et sanitaires. OPPIDUM offre une description des usagers fréquentant des structures de soins, essentiellement des centres de soins spécialisés. En 2004 a été réalisée la seizième édition de cette enquête annuelle.
  - Le système SIAMOIS (Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution) de l'Institut de veille sanitaire (InVS), observe l'évolution dans le temps des ventes en pharmacie de matériel d'injection destiné aux usagers de drogues et de produits de substitution (méthadone, buprénorphine haut dosage).

\* Le lecteur trouvera une synthèse des résultats de l'enquête OPPIDUM 2004 à l'adresse suivante : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/trend2004oppidum.pdf>

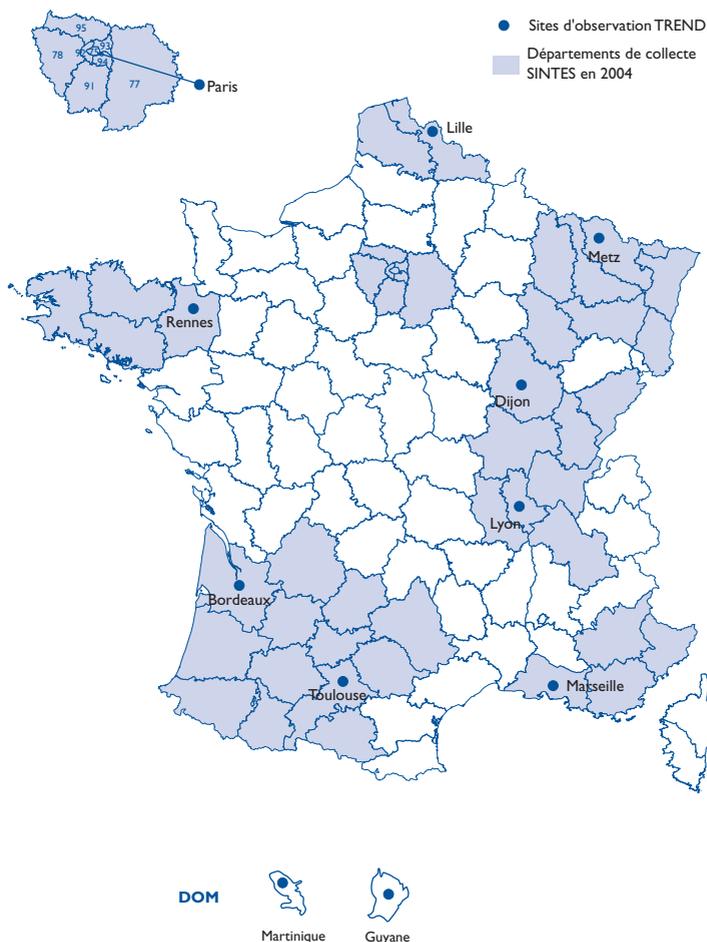
- L'enquête sur la santé et les consommations lors de l'Appel de préparation à la défense (ESCAPAD) de l'OFDT, qui traite, sur la base d'une enquête quantitative, des consommations de substances psychoactives chez les jeunes de 17/18 ans. Un échantillon représentatif des adolescents qui passent leur journée d'appel de préparation à la défense remplit un questionnaire auto-administré et strictement anonyme qui porte sur leur santé, leur mode de vie, leurs consommations et les contextes d'usage de produits psychoactifs.

- Les analyses toxicologiques sur les saisies de produits psychotropes illicites réalisées par les réseaux des laboratoires de la police scientifique, des douanes et de la gendarmerie. Des données synthétiques sur les résultats de ces analyses sont communiquées à l'OFDT.



## LE RÉSEAU DES SITES

Le réseau des sites est placé depuis l'année 2001 sous la responsabilité de onze coordinations locales chargées d'assurer la réalisation de la collecte des informations nécessaires à l'identification des phénomènes émergents liés à l'usage de drogues. Celles-ci ont été mises en place après deux années de fonctionnement du dispositif afin de disposer d'un interlocuteur pour chaque site permettant d'épouser au plus près les réalités du terrain. L'objectif de ces coordinations est d'assurer, en partenariat avec la coordination nationale, la constitution et la pérennité d'un réseau local de collecte et d'analyse des informations et de rédiger un rapport annuel local rendant compte des évolutions constatées sur leur site.



### **Les outils de collecte au niveau local**

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

- des observations de type ethnographique réalisées auprès des usagers des espaces urbain et festif techno ;
- des questionnaires qualitatifs remplis par des équipes en charge de structures bas seuil, des associations de santé communautaire ou de réduction des risques dans le cadre du mouvement festif techno et des associations d'usagers ;
- des groupes focaux réunissant des professionnels investis dans les champs sanitaires et répressifs et des usagers impliqués notamment dans les groupes d'auto-support.

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

Les questionnaires qualitatifs reposent sur des questionnaires semi-ouverts adaptés à la réalité de chaque espace portant sur chacune des substances faisant partie du champ d'investigation du dispositif TREND. Les substances investiguées pour les deux espaces sont entre autres : héroïne ; buprénorphine haut dosage (Subutex®) ; sulfate de morphine (Skenan®, Moscontin®) ; méthadone ; codéine ; cocaïne ; crack/free-base ; cannabis\* ; flunitrazépam (Rohypnol®) ; trihexiphénydyle (Artane®) ; autres benzodiazépines ; solvants ; ecstasy ; amphétamines ; kétamine ; LSD ; opium/rachacha ; champignons hallucinogènes.

Pour chaque produit, les thèmes abordés sont relatifs à la disponibilité, à l'accessibilité, au prix, à la préparation, au mode d'administration, aux problèmes de santé, aux caractéristiques des consommateurs, à la perception du produit et au petit trafic.

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 travaillant autour d'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 et de faire émerger 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 (psychiatre, urgentiste, infirmière, généraliste, infectiologue...). Ces groupes doivent essentiellement fournir des informations sur les phénomènes de comorbidité associés à l'usage de drogues ;

*\* Cette année, le cannabis a fait l'objet d'un traitement particulier sous la forme d'une enquête portant sur les consommateurs réguliers. Cette dernière est suivie d'un état des lieux portant sur l'année 2004. L'article est disponible à l'adresse suivante : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/trend2004cannabis.pdf>*

- 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...). Ces groupes doivent essentiellement fournir des informations sur les évolutions récentes du petit trafic ;
- des groupes focaux composés d'usagers ou d'ex-usagers impliqués dans des groupes d'autosupport. Ces groupes doivent essentiellement fournir des informations sur les produits et leurs modalités d'usage.

Les participants sont réunis pour une séance de travail de quelques heures. L'animateur et un auxiliaire sont chargés d'animer la séance tout en guidant la discussion vers les thèmes privilégiés du groupe focal. Une prise de notes détaillées est extrêmement précieuse pour la réalisation d'un compte rendu précis et d'une analyse du contenu de la discussion du groupe.

La plupart des coordinations TREND de métropole sont partie prenante du système SINTES (Système d'identification national des toxiques et des substances). La base de données SINTES vise à identifier, par le biais d'analyses toxicologiques de produits de synthèse, les nouvelles tendances (suivi épidémiologique) et les nouveaux produits (identification de molécules ou d'associations de molécules inconnues jusqu'alors). Les collectes réalisées au niveau local permettent de disposer d'informations sur la composition des drogues de synthèse qui circulent dans une région donnée.

## **LE RAPPORT DE SITE**

Les résultats présentés dans ce rapport sont donc le produit de la confrontation, de la mise en perspective, des données obtenues, au niveau local, grâce aux outils de collecte présentés plus haut. Cette méthode de travail, fondée sur le croisement des données, permet d'éviter la simple juxtaposition d'informations. Chaque site produit un rapport qui est le fruit d'un processus de confrontations des données disponibles aboutissant à une synthèse des faits qui paraissent les plus pertinents et les plus confirmés. Le système d'information français sur les drogues se trouve ainsi enrichi de connaissances découlant directement des observations quotidiennes des acteurs de terrain, quels qu'ils soient.

La rédaction des rapports de site est sous la responsabilité de chacun des coordinateurs de site. Une charte de rédaction et une structure communes ont été établies conjointement par les coordinateurs et l'OFDT. Toutefois, chaque site peut adapter le plan en fonction des problématiques locales.

## **LE SYSTÈME SINTES**

Le Système national d'identification des toxiques et substances (SINTES) est opérationnel depuis 1999. Il a pour objectif de produire des informations sur les

drogues de synthèse consommées en France (forme, composition, dosage), sur les usagers de ces produits et sur les contextes dans lesquels ces substances sont consommées. Il permet en outre de répondre aux obligations de la France prévues par l'action commune européenne du 16 juin 1997 instaurant un système d'alerte rapide portant sur l'apparition de nouvelles drogues de synthèse. SINTES recueille deux types d'information :

- des résultats d'analyses d'échantillons de drogues de synthèse. Les produits analysés proviennent d'une partie des saisies réalisées par les services répressifs (police, douanes et gendarmerie) et de collectes effectuées par des acteurs sociosanitaires auprès de consommateurs ;
- des informations de contexte recueillies pour chacun des produits collectés par les acteurs sociosanitaires.

Le dispositif s'appuie sur trois réseaux de partenaires :

- les acteurs sociosanitaires pour la collecte des produits et le remplissage des questionnaires. Ce réseau compte une soixantaine de collecteurs et se superpose maintenant en grande partie aux coordinations TREND de France métropolitaine : CEID - Bordeaux ; SEDAP - Dijon ; Cèdre Bleu - Lille ; CMSEA - Metz ; CIRDD - Lyon et Rennes ; GRAPHITI - Toulouse ainsi que Médecins du Monde (MdM) - Bayonne, Nice, Paris- ; Association LIBERTE - Bagneux ; SPIRITEK et ADDICT -Lille- ; Keep Smiling ; Pushing. On distingue deux grands groupes de collecteurs : il s'agit d'une part d'acteurs du milieu associatif intervenant dans le champ de la prévention, et particulièrement de la réduction des risques, et des dommages en milieu festif et, d'autre part, de travailleurs du champ sanitaire et social intervenant en toxicomanie (infirmiers, éducateurs, médecins) ;
- les laboratoires d'analyse toxicologique : le laboratoire de la police scientifique de Lyon, le laboratoire des douanes de Paris, les laboratoires hospitaliers de Fernand-Widal à Paris (CEIP), de l'hôpital Salvator à Marseille (CEIP) et du CHU de Caen (CEIP). 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, douanes, gendarmerie. Au sein des services de la police scientifique, les laboratoires de Paris, Marseille, Toulouse, Lille et Lyon sont chargés de réaliser les analyses toxicologiques des produits saisis en France. Le laboratoire interrégional des douanes d'Ile-de-France centralise les résultats des dix laboratoires des douanes couvrant le territoire français. Les analyses des produits saisis par la gendarmerie sont effectuées par l'IRCGN, au laboratoire de gendarmerie de Rosny-sous-Bois.

L'ensemble des informations obtenues (éléments de contexte, données toxicologiques) est intégré à la base de données SINTES. Les informations produites par SINTES portent sur des échantillons nouveaux ou potentiellement dangereux et des analyses périodiques sur les tendances observables à partir des éléments disponibles.

## **ANALYSE ET ÉLABORATION DE LA SYNTHÈSE GÉNÉRALE TREND ANNUELLE**

Chacune des sources d'information fournit des éléments utiles à la synthèse annuelle.

Chaque système partenaire fournit soit un article, soit des résultats bruts.

Chaque site fournit :

- une synthèse des observations de l'année ;
- une base de données qualitatives (notes ethnographiques essentiellement) indexées selon une stratégie commune à tous les sites ;
- la base de données SINTES est analysée.

L'ensemble des documents et données ainsi obtenus est réuni et une synthèse est réalisée. Le plan détaillé préétabli permet de rassembler l'ensemble des informations disponibles pour chaque thème et, le cas échéant, de les confronter.

La synthèse générale ainsi obtenue est soumise à de nombreuses relectures internes, puis par les coordinateurs de sites et les partenaires du dispositif et enfin par une partie du Collège scientifique de l'OFDT et des partenaires institutionnels.

# ***LES PRODUITS***

## L'USAGE D'OPIACÉS

---

### POINTS DE REPÈRES

#### **L'usage en population générale**

En 2002, le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois dans la vie) de l'héroïne en population générale en France est faible. Il ne dépasse pas les 10 pour 1000 que ce soit chez les 15-34 ans (5 pour mille) ou les 35-75 ans (9 pour mille) (a). Le nombre d'expérimentateurs d'héroïne en France parmi les 18-75 ans est estimé à 300 000 personnes (b).

En 2003, parmi les jeunes âgés de 17 ans participant à la Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD), l'expérimentation de l'héroïne s'élève à 7 pour 1000 chez les filles et à 10 pour 1000 chez les garçons (c).

#### **Les usagers pris en charge par le système sanitaire**

Entre 1998 et 2001, la part des personnes prises en charge dans les CSST (Centres de soins spécialisés pour toxicomanes) pour consommation d'opiacés est passée de 63 à 51 % et l'héroïne demeure le premier opiacé à l'origine d'une prise en charge, mais diminue sensiblement (de 51 à 42 %). Cette diminution est également visible chez les

patients nouvellement pris en charge (de 41 % en 1998 à 34 % en 2002). La buprénorphine haut dosage et la méthadone sont à l'origine de 8 % des prises en charges en 1998 et en 2001 (d)

Parmi les personnes pharmaco-dépendantes enquêtées auprès des structures de prise en charge sanitaires et sociales (enquête OPPIDUM) en 2004, on constate que pour 70 % d'entre elles, l'héroïne est le premier produit psychotrope ayant entraîné une dépendance (e).

En 2003, le nombre de personnes traitées par buprénorphine haut dosage (BHD, Subutex®) est estimé entre 71 800 et 84 500, tandis que celui par la méthadone oscille entre 11 200 et 16 900 (f).

Parmi les personnes enquêtées par OPPIDUM en 2004, 73 % des personnes interrogées déclarent suivre un protocole de substitution. Pour la première fois en 2004, s'agissant de la part respective de chacun des deux traitements proposés, la proportion de sujets sous protocole méthadone est plus importante que celle des sujets sous buprénorphine (49 % sous méthadone vs 50 % sous buprénorphine en 2003 et 53 % vs 46 % en 2004). Parmi les

personnes consommant de la BHD, à savoir 36 % des sujets inclus dans l'enquête en 2004, 93 % le font dans le cadre d'un protocole médical. Parmi celles utilisant la méthadone (39,5 %), les cas de détournement sont extrêmement rares.

### **Autres indicateurs**

En 2004, selon OSIAP, 6 % (contre 9,6 % en 2003) des ordonnances falsifiées concernent la BHD. Il s'agit du deuxième médicament à l'origine d'une falsification (g).

En 2004, 3 730 personnes ont été interpellées en France pour usage simple d'héroïne, ce qui représente une augmentation de 15 % par rapport à l'année précédente. En 2004, 1905 trafiquants ont été interpellés et 2650 saisies, correspondant à 557 kg d'héroïne saisis ont été réalisées par les forces de l'ordre (h).

En 2004, les services de police ont constaté 23 décès par surdose consécutifs à une consommation d'héroïne (contre 35 en 2003 et 36 en 2002). Depuis 2001, la part des décès par surdose liés à l'usage d'héroïne est passée de 58 à 33 % environ. En 2004, 4 décès ont été rattachés à une surdose de BHD dont 2 en association avec d'autres produits et 10 décès à une surdose de méthadone dont 5 en association avec d'autres produits.

a : BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002*, Paris, OFDT, 2003, 228 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eropp02.htm>).

b : BECK (F.), LEGLEYE (S.), « Les adultes et les drogues en France: niveaux d'usage et évolutions récentes », OFDT, *Tendances* n° 30, juin 2003, p. 1-6. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend30.htm>).

c : BECK (F.), LEGLEYE (S.), SPILKA (S.), *Drogues à l'adolescence : Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France.*, ESCAPAD 2003, Paris, OFDT, 2004.

d : PALLE (C.), BERNARD (C.), SEVENIER (E.), MORFINI (H.), CSST 1998-2001. *Exploitation des rapports d'activité-type des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes, 1998-2001*, Paris, OFDT/DGS, 2003, 53 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/csst.htm>).

e : OPPIDUM (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse), *Nouvelles tendances 2004*, CEIP, Marseille.

f : CADET-TAIROU (A.), COSTES (J.-M.), BELLO (P.-Y.), PALLE (C.), « Les traitements de substitution en France : résultats récents en 2004. Quel est le nombre d'usagers d'opiacés sous BHD ? », OFDT, *Tendances* n° 37, juin 2004, p. 1-2. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend37.HTM>).

g : LACROIX (I.), LAPEYRE-MESTRE (M.), *Rapport OSIAP 2004, Ordonnances suspectes Indicateurs d'abus et de pharmacodépendance*, CEIP, Toulouse, 2005, 51 p.

h : OCRTIS, *Usages et trafic des produits stupéfiants en France en 2004*, Nanterre, DGPN/DGPJ, 2004, 112 p.

## ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE SUR LES OPIACÉS

---

En 2004, le nombre de sites du dispositif TREND, situés en France métropolitaine, rapportant une augmentation de la disponibilité de l'héroïne (sous sa forme brune essentiellement) dans l'espace urbain est plus important que l'année précédente. Alors qu'en 2003, seuls deux sites (Toulouse et Paris) faisaient état d'une telle tendance, cette année, outre les deux sites susmentionnés, quatre autres sites (Lyon, Lille, Metz et Rennes) partagent ce constat. En revanche, il semblerait qu'à Marseille, dans la continuité des observations des années précédentes, la disponibilité du produit soit devenue extrêmement faible.

Dans l'espace festif, l'héroïne confirme sa présence lors des événements de type free parties et teknivals et semble toucher des publics de plus en plus larges. Plusieurs sites évoquent une certaine banalisation de l'héroïne même si la perception de celle-ci n'évolue guère et reste marquée par le tabou lié à sa consommation.

Hormis deux sites (Bordeaux et Toulouse) ayant fait état cette année d'une baisse de la disponibilité de la buprénorphine haut-dosage (Subutex®) sur le marché parallèle du fait essentiellement de facteurs locaux liés à des restrictions de prescriptions, il apparaît en 2004 que la BHD demeure largement disponible dans les centres urbains. L'usage détourné, comme les années précédentes, affecte plutôt des populations très marginalisées, pour lesquelles le médicament constitue en quelque sorte une « héroïne du pauvre ». La perception de la buprénorphine haut-dosage, compte tenu des populations qui la détournent, demeure mauvaise. Celle-ci est associée en effet au monde de la rue. Par ailleurs, de plus en plus d'utilisateurs se plaignent de la forte dépendance engendrée par son usage, qu'il soit détourné ou inscrit dans le cadre d'un protocole thérapeutique.

La méthadone, en revanche, continue de bénéficier d'une image positive. Celle-ci garde en effet un statut clair de médicament du fait d'une présence marginale sur le marché parallèle et du protocole thérapeutique rigoureux qui encadre sa prescription.

S'agissant du sulfate de morphine, la situation en 2004 confirme les observations réalisées les années précédentes. La disponibilité du produit sur le marché parallèle de l'espace urbain ne cesse de diminuer du fait des restrictions apportées à sa prescription même s'il peut exister encore sur certains sites quelques zones de trafics. Ce phénomène, qui touche plutôt des populations marginalisées (anciens héroïnomanes, jeunes en situation d'errance) est toutefois résiduel malgré l'image globalement positive dont le sulfate de morphine continue de bénéficier parmi les usagers.

Cette année, l'usage détourné de codéine confirme son déclin. Seuls deux sites signalent cette pratique tout en précisant qu'elle touche des franges très minoritaires d'anciens héroïnomanes ; ceux-ci se livrant à cette pratique le plus souvent dans le cadre d'une auto-substitution.

Comme en 2002 et 2003, le rachacha, consommé essentiellement dans l'espace festif, demeure un produit rarement observé. Quant il l'est, l'usage a plutôt cours dans les free parties et les teknivals au sein d'une population de jeunes s'inscrivant dans les milieux underground et contre-culturels et le consommant en régulation de produits stimulants. L'image de l'opiacé, au contraire de l'héroïne, est plutôt bonne du fait de son origine « naturelle ».

## L'HÉROÏNE

---

L'héroïne est un opiacé synthétisé en 1874 à partir de la morphine. Elle se présente sous forme de poudre. Son usage entraîne fréquemment une forte dépendance physique et psychique.

### LES USAGERS D'HÉROÏNE

Dans l'espace urbain, la figure dominante de l'utilisateur d'héroïne est constituée par une population masculine, âgée en général de plus de 30 ans, le plus souvent substituée et consommatrice de ce produit et ce de façon sporadique. Cette année, outre cette population bien connue des structures de première ligne, s'ajoute la présence, identifiée depuis environ deux ans par le réseau des sites, de plus en plus visible dans l'espace urbain de nouvelles populations. Celles-ci se divisent principalement en trois groupes :

■ des jeunes en situation de grande précarité sociale (errance, nomadisme, voir le chapitre consacré à cette population page 151) et évoluant aux frontières de l'espace festif et de l'espace urbain.

**Lyon** : « *Il semblerait que les consommateurs soient à la fois des jeunes (garçons et filles) d'un peu plus de 15 ans, SDF, qui ont expérimenté l'héroïne depuis peu ; de jeunes teuffers en recherche de sensations fortes (speedball) ; [...]* » (Rapport de site)

**Metz** : « *Si l'héroïne est perçue comme un produit dont le "retour" est perceptible c'est parce qu'il pénètre depuis quelque temps, et aujourd'hui de manière plus intense et plus visible, d'autres milieux et d'autres populations que ceux habitués des centres de soins ou des services de première ligne, avec des modes de consommation différents. On observe sa consommation en milieu festif. Des teuffers la sniffent dans les free parties. Dans les teknivals, elle peut être non seulement sniffée mais aussi injectée. Pour comprendre cette différence des modes de consommations entre ces deux types de moment festif, il faut rappeler qu'ils ne drainent pas tout à fait le même public. Les teknivals rassemblent aussi un public de voyageurs qui sont moins insérés socialement.* » (Rapport de site)

**Paris** : « *Emergence confirmée d'un groupe de jeunes consommateurs d'héroïne. A côté des usagers "habituels" d'héroïne, souvent des hommes âgés d'environ 30-40 ans, le plus fréquemment désinsérés, ayant parfois un usage d'héroïne occasionnel, associé notamment aux traitements de substitution, un groupe*

*d'usagers ayant des caractéristiques différentes a été signalé pour la seconde année consécutive. Ces usagers seraient nettement plus jeunes (à partir de 20 ans), seraient parfois issus du milieu festif techno de type underground (teuffers, travellers). Certains d'entre eux auraient initié leur consommation d'opiacés avec un usage détourné de Subutex®* » (Rapport de site)

- des nouveaux arrivants, principalement d'Europe centrale et orientale, en France, eux aussi en grande difficulté sociale.

**Bordeaux** : « *Un groupe d'usagers d'héroïne semble avoir pris de l'envergure en 2004 : essentiellement composé d'hommes bulgares âgés de 25 à 35 ans, leurs conditions de vie sont précaires (squats). Ils consomment l'héroïne en intraveineux et présentent, lors de leurs passages en structures de soins, des syndromes de sevrage et y demandent un traitement de substitution.* » (Rapport de site)

- des usagers mieux intégrés sur le plan social que les deux groupes précédents, lesquels ont initié leur usage d'héroïne dans un cadre festif dont ils ont perdu le contrôle.

**Rennes** : « *Sur le plan de l'accès aux soins, le changement que nous pouvons relever cette année concerne cette nouvelle population d'héroïnomanes "festifs" dont la consommation d'héroïne dépasse largement le cadre festif. Le groupe focal sanitaire rapporte que les personnes qui viennent demander de l'aide sont plutôt insérées et ont le plus souvent un travail : "ils ont un pied dans la socialisation, ils se rendent compte qu'ils n'arrivent plus à gérer leur consommation et ils essaient de bricoler seuls dans un premier temps, avec des bouts de Subutex®, des choses comme ça." [...]* » (Rapport de site)

## **LES MODALITÉS D'USAGE DE L'HÉROÏNE**

Comme les années précédentes, les observateurs du réseau des sites font état de trois modes dominants d'administration de l'héroïne : l'injection et le sniff, et plus marginalement la fumette (chasse au dragon). L'injection domine dans l'espace urbain au sein des populations qui fréquentent les structures de première ligne. En 2003, d'après l'enquête menée dans les structures dites de première ligne, 53 % des usagers ayant consommé de l'héroïne au cours du mois écoulé avaient recours à l'injection. Le sniff, quant à lui, est le mode d'administration prédominant de l'espace festif. Cependant, cette dichotomie, pertinente en général, ne doit pas masquer des phénomènes, qui bien que minoritaires<sup>1</sup>, sont de plus en plus rapportés

---

1. L'enquête quantitative relative aux consommations de produits psychoactifs dans le milieu festif « espace électronique » en 2004 met en évidence un usage minoritaire d'héroïne au cours du mois écoulé (6,7 %). Le pourcentage augmente dans le milieu des usagers des événements de type « free » ou « rave » (15,5 %). Le mode d'administration majoritaire est le sniff avec près de 70 % des usagers tandis que l'injection représente 5,7 % des consommateurs d'héroïne au cours du mois écoulé.

par un certain nombre d'observateurs comme le développement de l'injection d'héroïne dans l'espace festif et plus particulièrement les free parties et les teknivals dans une population plutôt jeune et marginalisée.

**Paris** : « *Les nouveaux usagers semblent peu utiliser la voie injectable, néanmoins une structure intervenant dans l'espace festif signale des demandes constantes sur les stands de prévention d'acide citrique servant à la préparation de l'héroïne brune injectée.* » (Rapport de site)

**ASUD Paris** : « *L'injection d'héroïne est en développement, notamment dans des populations jeunes provenant de l'espace festif techno. Cette population apparaît attachée à cette pratique de l'injection puisqu'on note également l'injection de speed et de cocaïne.* » (Groupe focal)

**Toulouse** : « *Il y a de la "rabla" [Teknival du 1er mai] selon les MDM [Médecins du monde (NDR)]. Beaucoup de seringues ; ça augmente [...]* » (Rapport de site)

## LES PERCEPTIONS DE L'HÉROÏNE EN 2004

Ces dernières années, certains observateurs du réseau des sites rapportaient une tendance à l'amélioration de l'image de l'héroïne tant dans l'espace urbain que dans l'espace festif. Dans l'espace urbain, ce phénomène s'expliquait d'une part du fait de la « lassitude » éprouvée par certains usagers à l'égard de la buprénorphine haut-dosage et d'autre part par le développement de modes d'administration moins stigmatisés que l'injection tels que le sniff ou la fumette. Dans l'espace festif, l'hégémonie des deux modes d'administration et l'appellation « rabla » moins connue que le nom « héroïne » permettaient de dédramatiser l'usage.

En 2004, les appréciations, notamment dans l'espace urbain, sont plus contrastées, certains sites insistant sur une perception fréquemment négative non du produit en soi mais de sa qualité, laquelle semble diminuer d'année en année.

**Lille** : « *La qualité du produit est très médiocre et les plaintes à son égard sont nombreuses ; les images du produit sont tirées du répertoire scatologique.* » (Rapport de site)

Dans l'espace festif, la situation cette année est la même que les années précédentes. L'héroïne demeure une substance faisant l'objet d'un certain tabou même si sa circulation sous l'appellation « rabla » permet d'atténuer voire de retourner les perceptions négatives.

**Paris** : « *Dans l'espace festif techno, où l'héroïne marron est surtout connue sous le nom de 'rabla', (certains usagers de rabla ignorant même consommer de l'héroïne), l'image très positive est celle d'un produit naturel. Pour certains, la rabla serait un dérivé du rachacha (sorte d'opium) concentré en poudre qui se fume, pour d'autres, il s'agirait d'une poudre issue d'une plante exotique.* » (Rapport de site)

## ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ EN 2004

Alors qu'en 2003, seuls deux sites (Toulouse et Paris) rapportaient une augmentation de la disponibilité de l'héroïne dans l'espace urbain, cette année quatre autres sites, outre les deux précités, partagent ce constat. Dans la plupart des cas, les observateurs évoquent la forme brune dite « brown sugar », l'héroïne blanche étant quant à elle une forme dont la disponibilité est plus rare.

**Lyon** : « *L'héroïne (brune) serait de nouveau plus disponible et consommée par des populations qui vont en milieu festif ou des jeunes (majeurs, mineurs ?) en errance qui vivent dans la rue : ce produit, peu connu des jeunes, serait expérimenté de plus en plus fréquemment soit comme sédatif, soit pour redescendre des usages de speed (pour calmer la descente). En milieu urbain, le prix de l'héroïne (brune) serait en baisse, ce qui faciliterait son accessibilité. Pour les usagers substitués ou utilisant les médicaments de substitution hors cadre de prescription, l'usage d'héroïne resterait un plus.* » (Rapport de site)

**Lille** : « *La disponibilité de ce produit est très importante en milieu urbain ; elle est estimée supérieure ou égale à celle des années précédentes. Il s'agit presque exclusivement d'héroïne brune.* » (Rapport de site)

**Metz** : « *L'hypothèse émise l'an passé sur une relative recrudescence de la consommation d'héroïne se maintient et se confirme même pour 2004. Certes la progression n'est pas spectaculaire et se fait lentement. Différents observateurs le soulignent pour résumer que "l'héroïne revient", même si elle n'avait pas disparu de la scène messine. Pour le public des structures de première ligne, comme pour les centres de soins, l'héroïne est toujours le produit le plus consommé qui motive la prise en charge. L'héroïne disponible sur le site de Metz est la brune. La blanche est très rare et pratiquement introuvable même si elle est recherchée par certains et peut générer de temps à autre, des arnaques à la vente.* » (Rapport de site)

**Rennes** : « *En 2004, la baisse de l'accessibilité du Skénan® aurait occasionné une augmentation de l'héroïne. Son prix élevé semblerait pousser les consommateurs les plus démunis et les plus dépendants à dealer ou arnaquer et à entrer dans un processus de désocialisation.* » (Rapport de site)

Sur les sites de Paris et Toulouse, les évolutions enregistrées l'année dernière relatives à une hausse de la disponibilité de l'héroïne, restent d'actualité en 2004.

**Paris** : « *La plupart des observateurs signale un accroissement de la disponibilité d'héroïne à Paris en 2004 dans l'espace urbain comme dans l'espace festif. [...] A Paris, comme en 2003, l'héroïne brune serait plus disponible que l'héroïne blanche, quasi-introuvable dans la capitale. Cette dernière serait plus facilement disponible en banlieue, notamment au sud de Paris. [...]* » (Rapport de site)

**Toulouse** : « *Pour l'héroïne qui, après avoir marqué un net recul, tant dans l'espace festif qu'urbain, avait donné des signes de "retour" léger, mais possible ces deux dernières années, il semble que la baisse de l'accessibilité de la BHD stimule un peu sa présence sur le site en 2004.* » (Rapport de site)

En revanche, les sites de La Martinique et de Marseille font état d'une disponibilité très faible du produit. A Marseille, d'après les observateurs situés dans l'espace urbain, l'héroïne aurait même quasiment disparu : « *Ce qu'on observe depuis deux ans à Marseille, c'est la disparition de produits classiques comme l'héroïne. En milieu urbain, la disparition est quasi-totale. [...]* » [GF ASUD (octobre 2004)]

Dans l'espace festif de culture techno, il semblerait que l'on assiste, dans la continuité des années précédentes, à une confirmation de la présence de l'héroïne et ce notamment dans les teknivals et les free parties. Cette substance serait en train de devenir, pour une frange du public qui fréquente ce type d'événements, un produit à part entière dont l'usage ne se cantonnerait plus seulement à la régulation de l'usage de produits stimulants tels que la cocaïne, l'ecstasy ou le speed.

**Dijon** : « *C'est un produit qui séduit toujours une partie des très jeunes consommateurs du milieu festif, notamment en descente de produits stimulants.* »

**Lyon** : « *En milieu festif, l'héroïne brune serait disponible en raves payantes et free parties. Les membres de "Keep smiling" [une association de réduction des risques intervenant dans l'espace festif (NDR)] ont constaté que la "rabla" était présente dans plusieurs soirées ; les usagers en parlent. Le produit serait moins caché qu'auparavant.* »

**Paris** : « *On observe dans le milieu techno, une banalisation de la présence de l'héroïne. Avant celle-ci était vendue, plutôt discrètement, en fin de soirée, pour gérer notamment les descentes de stupéfiants, maintenant elle tend à devenir un produit à part entière, susceptible même d'être vendue à la criée.* »

**Rennes** : « *Pour le milieu festif, il s'agit, comme l'an dernier, du produit qui permet de clore un épisode festif, mais les professionnels du groupe focal sanitaire s'accordent pour dire qu'il y a "de plus en plus de demandes d'aide au niveau du soin parce qu'ils sont dépendants de la Rabla", ce qui laisse entendre que pour certains usagers, la consommation d'héroïne dépasse ce cadre festif.* »

**Toulouse** : « *[...] dans l'espace festif, la 'rabla' est toujours présente et ne semble pas reculer, au contraire, dans plusieurs rassemblements techno, sa consommation était nettement présente.* »

Si dans une majorité des sites du dispositif TREND, l'héroïne est de plus en plus disponible, il n'en demeure pas moins que l'accès au produit nécessite le plus souvent le recours à des réseaux de deal opérant plutôt dans des lieux privés. L'héroïne n'est, semble-t-il, à l'exception du site de Lille, que très rarement accessible directement à l'échelle de la rue.

**Paris** : « *Malgré l'accroissement de la disponibilité d'héroïne, le produit resterait surtout accessible aux personnes connaissant les réseaux de distribution ; les trafics se faisant surtout dans des appartements ou par rendez-vous téléphonique, sans réelle visibilité.* »

**Rennes** : « *En dehors des soirées, les ventes se pratiquent en appartement, hors des places de deal touristiques.* »

En 2004, les prix de l'héroïne ont été établis à l'aide des données qualitatives fournies par les différents sites. Cette année, il apparaît qu'en métropole (voir le tableau ci-dessous), le prix médian du gramme d'héroïne brune s'établirait à 30 euros. En 2003, le prix médian s'établissait à 45 euros. Compte tenu des différences méthodologiques en matière de recueil entre l'année 2003 et 2004, il serait imprudent de tirer des conclusions quant à une baisse brutale du gramme d'héroïne en 2004.

**Tableau : Prix en euros de l'héroïne en France en 2004 sur les sites TREND (espace urbain)**

<b>SITES</b>	<b>Héroïne blanche</b>	<b>Héroïne brune</b>
Bordeaux		70
Lille		30
Lyon		40
Metz	40	20
Paris	100	20
Rennes		55
Toulouse		30
Métropole		30
Guyane		55

## LA BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE

---

La buprénorphine haut dosage (BHD) est une molécule agoniste/antagoniste disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) dans les traitements substitutifs des pharmacodépendances majeures aux opiacés. A partir de données SIAMOIS de l'InVS et de données CNAMTS, le nombre de patients traités quotidiennement par BHD en France se situerait en 2003 entre 71 800 et 84 500<sup>2</sup>. Il s'agit en France du principal traitement de substitution aux opiacés.

### LES USAGERS DE BHD

En 2004, les observations issues du réseau des sites n'enregistrent pas de modifications s'agissant du profil des consommateurs.

Comme les années précédentes, les observations mettent en évidence l'existence de trois groupes principaux d'usagers :

1) des consommateurs, situés dans la tranche d'âge 35-40 ans, anciennement usagers réguliers d'héroïne, qui ont recours à la BHD dans le cadre d'un traitement de substitution ;

2) de jeunes consommateurs, en situation de grande précarité sociale (errants, nomades), évoluant entre l'espace urbain et l'espace festif, qui ont rencontré le médicament dans la rue, en général initiés par des pairs, et en font un usage en dehors de tout protocole médical.

*Marseille* : « [...] l'expérimentation peut aussi se faire dans le cadre d'un réseau de pairs avec lesquels d'autres substances psychoactives sont consommées. La question du Subutex® souligne ainsi la porosité des "frontières" entre "espace festif" et "espace urbain" : des usagers expérimentés fréquentant les structures 'bas seuil' peuvent ainsi initier de jeunes consommateurs dès lors qu'ils partagent avec eux l'expérience de la vie quotidienne au sein de 'squats'. L'initiation au Subutex® se fait ainsi dans le cadre de la gestion de la descente de produits stimulants (ecstasy, cocaïne, speed, MDMA). » (Rapport de site)

3) Des personnes nouvellement arrivées en France, en général d'Europe de l'Est, elles aussi, à l'instar du groupe précédent, en situation de marginalité prononcée, se procurant la BHD sur le marché parallèle.

---

2. Agnès Cadet-Tairou et al., « Les traitements de substitution en France, résultats récents en 2004 : quel est le nombre d'usagers d'opiacés sous BHD ? » OFDT/Tendances n° 37, 2004.

**Bordeaux** : « Les catégories d'usagers ne semblent guère s'être modifiées et le Subutex® semble toujours aussi tabou dans l'espace festif. Mais tout comme stipulé à propos de l'héroïne, le groupe de consommateurs, d'origine étrangère, apparaît composé de consommateurs occasionnels de Subutex® piochant dans la palette d'opiacés auxquels ils ont accès en fonction des revenus et des opportunités. Pour ces personnes sans ouverture de droits et en situation précaire, il s'agit a priori d'un approvisionnement extérieur à la prescription médicale. » (Rapport de site)

Outre ces trois grands types de consommateurs, les sites de Paris et de Marseille signalent l'existence d'usagers provenant de milieux insérés socialement, qui feraient un usage « récréatif » du médicament.

**Paris** : « De nouveaux usagers de Subutex® socialement insérés. [...] la plupart des observateurs signalent l'émergence de nouveaux usagers de Subutex®. Ces usagers auraient des consommations occasionnelles de Subutex® et seraient a priori non concernées par les drogues illicites. Ces personnes consommeraient du Subutex® pour se "détendre" (l'une d'elle explique en prendre par petite dose quand elle se sent 'tendue ou de mauvaise humeur'), pour "transgresser un peu", pour se désinhiber, pour "passer le temps" ("Quand je m'ennuie le week-end ou quand je prends le train ou l'avion, ça passe mieux"). Le produit serait associé à une certaine convivialité et des personnes en consommeraient entre amis, pour "mieux apprécier les match de foot à la télé" Ces nouveaux usagers de Subutex® s'en procureraient illégalement, sans savoir ce qu'est précisément ce médicament et sans avoir conscience des conséquences néfastes d'un tel usage, dans la mesure où "ce n'est qu'un médicament". » (Rapport de site)

**Paris** : « Depuis un ou deux ans, on assiste à un phénomène de mode qui touche des jeunes fréquentant des soirées branchées et qui prennent du Subutex® comme on peut prendre du Viagra® par exemple. Pour eux, compte tenu de la nature médicamenteuse du produit, il s'agit d'une défonce sans risques. » (Groupe focal ASUD)

**Marseille** : « Le Subutex® bénéficie d'une image ambiguë auprès d'une frange de consommateurs plutôt bien insérés, qui en consomment occasionnellement du fait de sa proximité avec l'héroïne. En prenant du Subutex®, ces personnes ont l'impression de consommer quasiment de l'héroïne sans toutefois prendre les risques inhérents à la prise d'une telle substance. » (Groupe focal ASUD)

## **LES MODALITÉS D'USAGE DE LA BHD**

Trois modes d'administration principaux, outre la voie sublinguale prévue par les protocoles thérapeutiques, de la buprénorphine haut-dosage sont identifiés par les observateurs du réseau des sites à savoir l'injection, le sniff et plus marginalement la voie fumable. Si l'injection demeure le mode d'administration le plus

répandu quand le médicament est détourné de son usage thérapeutique, plusieurs sites rapportent une augmentation de la pratique du sniff. Ce constat est en concordance avec les données produites lors de l'enquête réalisée dans les structures de première ligne en 2003 dans laquelle il apparaissait une augmentation significative (+ 40 %) de la fréquence du sniff au cours du mois écoulé par rapport à l'année précédente.

**Bordeaux** : « *Comme le stipule le GFS (Groupe focal sanitaire (NDR)), le “sniff est rentré dans les mœurs”, la pratique du sniff, signalée en augmentation depuis 2002, se confirme.* » (Rapport de site)

**Paris** : « *Le Subutex® détourné serait de plus en plus sniffé. [...] Le sniff, relativement simple à mettre en œuvre (il est juste nécessaire de piler le comprimé, soit environ une minute pour le faire), provoquant des effets rapides (“ça monte vite”) et ne semblant pas présenter trop de désavantages pour les usagers par rapport aux autres voies d'administration paraît, selon des observateurs du milieu urbain et du milieu festif, en expansion. Les nouveaux usagers occasionnels (voir la partie consacrée aux “Groupes de consommateurs” (NDR)) le consommeraient surtout selon ce mode. Certaines personnes gratteraient un peu du comprimé de 8 mg et se feraient de très nombreux “traits”, entre 10 et 20, et feraient parfois durer un comprimé durant des semaines.* » (Rapport de site)

Plusieurs facteurs seraient en cause dans cette augmentation de la pratique du sniff. En premier lieu, et ce, chez les « vieux » injecteurs, celle-ci permettrait de pallier la dégradation de leur capital veineux liée à la fréquence des injections. En second lieu, pour les plus jeunes usagers le sniff serait un mode d'administration moins stigmatisant et surtout moins risqué sur le plan sanitaire que l'injection.

**Metz** : « *Les risques de l'injection sont bien connus et décrits par les centres de soins. Le produit est fabriqué pour ne pas être injecté et son excipient comporte des composés non solubles qui génèrent des obstructions veineuses. Les conséquences les plus évoquées sont celles des abcès, de la dégradation du système veineux, de la phlébite, des embolies pulmonaires secondaires, etc.* » (Rapport de site)

**Rennes** : « *La détérioration du système veineux reste la complication sanitaire la plus fréquemment rapportée lors de la consommation par injection. Par exemple, un consommateur n'ayant plus de veines praticables sur les bras, utilisait par moment la jugulaire. Il était possible d'observer des hématomes le long du trajet de cette veine.* » (Rapport de site)

L'injection dans la jugulaire est rapportée également par le site de Bordeaux comme une pratique émergente :

« *Il a été évoqué également en pratique marginale, l'apparition d'injection de Subutex® par voie jugulaire pour les usagers au capital veineux très endommagé du fait de pratiques d'injection répétées. Les informateurs confirment qu'il s'agit*

*d'une pratique marginale, mais qui leur apparaît nouvelle au sein de l'espace urbain.* » (Rapport de site)

## **LES PERCEPTIONS DE LA BHD EN 2004**

Il se confirme cette année encore, et ce dans la continuité des années précédentes, que l'image de la BHD est à peu près unanimement mauvaise tant chez les usagers, qu'ils en fassent un usage médical ou détourné, que chez les non usagers. Deux raisons fondamentales, en dehors de celles liées à l'injection évoquées plus haut, expliquent cette dégradation continue de la perception du médicament :

1) la BHD apparaît comme la drogue du « pauvre ». Son usage détourné est associé au monde de la rue et à la fraction des usagers la plus désocialisée.

**Lyon** : « *Il [le Subutex® (NDR)] est tout de même un peu perçu comme un produit de “défonce”, une “drogue du pauvre”.* » (Rapport de site)

**Metz** : « *Dans la panoplie des différents produits présents sur la scène locale, tant urbaine que festive, le Subutex® apparaît de plus en plus comme la “drogue du pauvre”. Elle est peu coûteuse, accessible à tout moment de la journée et en plus légale pour ceux qui se la font prescrire.* » (Rapport de site)

**Paris** : « *Le Subutex® est [...] perçu comme un produit qui désocialise, qui met en marge de la société, c'est un “médicament de toxico” [...]* » (Rapport de site)

Cette image négative de « drogue du pauvre » est partagée, semble-t-il, par certains intervenants en toxicomanie qui voient dans le Subutex® un outil de contrôle social sur les usagers de drogues les plus marginaux.

**Marseille** : « *Les perceptions du Subutex® parmi certains intervenants sont extrêmement péjoratives. Le Subutex® est souvent qualifié de “drogues des pauvres” ou “drogue de l'Etat”.* » (Rapport de site)

2) Le Subutex® est décrit comme un produit engendrant une forte dépendance, plus forte en tout cas que l'héroïne, dont il est très difficile de sortir.

**Lille** : « *L'image la plus fréquente du Subutex® est celle d'une drogue, d'un produit dangereux, dont on devient dépendant. Elle est donc négative, d'autant que la notion de plaisir est quasiment absente. Les toxicomanes ont assez peur du Subutex® ; c'est un produit dont on est accro. Pour s'en débarrasser, il faut des mois et des mois ; c'est un traitement long et lourd. Ils en ont assez peur ; certains estiment qu'il n'y a pas assez de suivi qu'il est trop facile de s'en procurer. De ce fait, certains demandent à être passés sous méthadone, et ça, de plus en plus [infirmière].*

*“Le Subutex® rend beaucoup plus accro que l'héroïne, et pendant beaucoup plus longtemps. L'héroïne, on peut s'en débarrasser en quinze jours, le Subutex®, c'est un an pour s'en débarrasser. Le Subutex®, c'est une super saloperie” [F., usager].* » (Rapport de site)

**Lyon** : « *Du point de vue des usagers, [...], il aurait beaucoup d'inconvénients : coupe l'appétit, provoque des vomissements, rend "accro".* » (Rapport de site)

**Marseille** : « *Chez les usagers, elle [la perception (NDR)] serait "de plus en plus négative". Les usagers disent que c'est un "produit de merde" mais ils continuent à en chercher. Ils disent que c'est "le plus dur à arrêter". La dépendance au Subutex® est fréquemment présentée comme étant la plus dure des dépendances.* » (Rapport de site)

**Paris** : « *Le produit bénéficie d'une image relativement négative : "pire que l'héro" car le produit créerait une forte dépendance dont il serait difficile de se sevrer. Certains usagers dépendants au Subutex® considèrent les médecins prescripteurs comme des dealers, qui veulent juste se maintenir une clientèle, rendant ainsi responsable les médecins de leur dépendance.* » (Rapport de site)

## ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ DE LA BHD EN 2004

A l'instar des années précédentes, la disponibilité et l'accessibilité, de la BHD demeurent importantes dans la plupart des sites de métropole du dispositif TREND, notamment sur le marché parallèle des centres urbains.

**Dijon** : « *Pour la population bas seuil, le Subutex® est devenu un produit de consommation banalisé qui trouve toute sa place dans la pharmacopée du toxicomane.* » (Rapport de site)

**Lyon** : « *Très disponible auprès des médecins ou dans la rue hors cadre de prescription. Les usagers parlent beaucoup de ce produit et de leurs usages, beaucoup d'entre eux ont été initiés au Subutex® comme "premier produit de défonce". Il y aurait une très grande demande de leur part. Hors prescription médicale, le produit était très accessible jusqu'à la fin du mois de septembre 2004, du fait de la facilité des multiprescriptions.* » (Rapport de site)

**Marseille** : « *Le Subutex® dans l'espace urbain marseillais le premier produit injecté parmi les usagers des structures de première ligne. [...] Le Subutex® est qualifié de très disponible et très accessible par les structures de première ligne. Sa vente dans la rue se fait quasiment "à la criée", et ni les prix ni l'accessibilité ne semblent s'être restreints dans le cours de l'année 2004.* » (Rapport de site)

**Metz** : « *A l'instar des années précédentes, ce produit est toujours aussi disponible sur le site de Metz, hors prescription médicale, autrement dit ce que l'on peut appeler le "marché noir".* » (Rapport de site)

**Paris** : « *Toujours très disponible. Le Subutex® est signalé par la grande majorité des observateurs de l'espace urbain comme étant toujours très disponible ("échangé, vendu, avancé, donné, dépanné, le subu est très disponible"). Il est également très accessible à tous les usagers, avec ou sans intermédiaire.* » (Rapport de site)

En revanche, deux sites, Bordeaux et Toulouse, rapportent en 2004 une diminution de la disponibilité et de l'accessibilité de la BHD. Cette situation semble liée aux contrôles accrus des CPAM locales (Caisse primaire d'assurance maladie), qui auraient incité certains médecins et pharmaciens à limiter leur prescription, qui leur délivrance du médicament.

**Bordeaux** : « *La tendance amorcée l'année dernière relative au Subutex®, à sa réputation et aux conséquences de son accessibilité s'est confirmée cette année : "[...] plus ça va, plus c'est dur d'en trouver... les gens se font serrer, la sécu les radie... même déjà l'année dernière ça commençait à serrer la vis"* [Témoignage d'un usager (NDR)]. » (Rapport de site)

A Toulouse, la CPAM a déposé des plaintes, au début de l'année 2004, contre des assurés sociaux, « dont la consommation abusive laisse soupçonner qu'ils revendent les médicaments achetés au frais de la Sécu » [AFP/ 13 mai 2004]. Par ailleurs, trois pharmaciens étaient mis en examen pour délivrance abusive et non respect des règles de prescription. Cette situation a eu pour effet de réduire l'accessibilité de la BHD : « *La médiatisation et les menaces de répression que font peser les interpellations ont conduit à un renversement des attitudes : la facilité de prescription se transforme en absence de prescription. Même, les médecins connus pour être investis dans la prise en charge des usagers de drogues n'acceptent de nouveaux patients qu'avec réticences. [...] certains pharmaciens refusent de délivrer des ordonnances parfaitement réglementaires et des médecins du réseau les rappellent à leurs obligations dans des réunions publiques.* » La raréfaction du médicament sur le marché parallèle consécutive à cette situation est d'ailleurs visible sur le cours du médicament sur le site de Toulouse, lequel est passé de 3 euros en 2003 à 10 euros avant de se stabiliser à 5 euros en 2004 (voir tableau ci-dessous).

Dans l'espace festif, le médicament est signalé comme peu présent. Toutefois, le site de Paris signale dans certains teknivals un accroissement de sa visibilité. Celle-ci est constatée par des intervenants : « *Une structure [...] nous signale que le Subutex® serait disponible, voire très disponible dans les teknivals indiquant même que la grande disponibilité du Subutex® fait qu'il est de plus en plus visible selon des observations issues de teuffers, d'intervenants dans les programmes d'échange de seringues, de groupes d'autosupport, de revendeurs de Subutex®, etc.* » (Rapport de site)

Ce constat est confirmé par le site de Toulouse, qui évoque la présence du Subutex® au teknival « Occitek », lequel s'est tenu en août 2004 aux frontières des départements de l'Aude et la Haute-Garonne et a rassemblé 60 000 personnes. Il semble toutefois que celle-ci soit liée à la présence d'usagers qui viennent avec le médicament et qui se l'injectent ou le sniffent sur place.

Plus généralement, il n'apparaît pas, à partir des observations réalisées dans l'espace festif, que la BHD deviendrait un produit à part entière de l'espace festif même si des pratiques, très minoritaires, d'usage du médicament de la part d'usagers « atypiques » ont pu être rapportées notamment en descente de produits stimulants.

**Tableau : Prix estimé, en euros, d'un comprimé de 8 mg de Subutex® dans l'espace urbain de 2000 à 2004 selon les sites TREND**

Sites	2000	2001	2002	2003	2004	Evolution 2000-2004
Bordeaux	8,4	5,3	2,5	4	3	-64 %
Dijon	12,2	8,4	8	4	NR	
Lille	4,6	4,0	2,5	2	5	+8,6 %
Lyon	6,1	3,1	5	3	5	-18 %
Marseille	4,6	3,7	7,5	6	2	-56 %
Metz	7,6	4,0	3	3	2	-73 %
Paris	2,7	1,8	1,5	1	1,5	-44 %
Rennes	1,5	3,1	3	1,5	NR	stable
Toulouse	6,9	3,1	3,5	3	5	-27 %
Médiane	6	3,7	3	3	3	-50 %

## LA MÉTHADONE

---

La méthadone est une molécule agoniste des récepteurs opiacés disposant d'une AMM pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. Sa part dans les traitements de substitution est en croissance au cours des dernières années. Le nombre de personnes traitées quotidiennement est estimé en France entre 11 200 et 16 900<sup>3</sup>.

### LES USAGERS DE MÉTHADONE EN 2004

Dans l'enquête menée en 2003 auprès des usagers de structures de première ligne, il apparaissait que, parmi les personnes ayant consommé de la méthadone au moins 10 fois au cours de leur vie, le profil de l'utilisateur moyen qui émergeait était celui d'une personne de sexe masculin et âgée de plus de 35 ans. Cette année, si ce profil prévaut toujours, un site, en l'occurrence Toulouse, souligne un rajeunissement inhabituel de la file active fréquentant les programmes méthadone.

**Toulouse** : « *On assiste ces dernières années à un rajeunissement des patients inclus dans les programmes méthadone. En 2003 et 2004, les demandes d'inclusion concernent essentiellement des usagers injecteurs de BHD, complétés de jeunes usagers d'héroïne, souvent consommateurs par voie nasale. Ces jeunes usagers se tournent vers la méthadone compte tenu de la mauvaise image qu'ils ont du Subutex®, notamment comme produit d'injection.* » (Rapport de site)

### LES MODALITÉS D'USAGE

En 2003, l'enquête menée auprès des structures de première ligne faisait apparaître un respect très large des protocoles thérapeutiques prévus, à savoir la voie orale, s'agissant de l'administration de la méthadone. Sur les 181 personnes rencontrées lors de l'enquête, seules 11 d'entre elles, soit 6 % de l'effectif, indiquaient avoir eu recours à d'autres modes d'administration dont l'injection.

---

3. Agnès Cadet-Tairou et al., « Les traitements de substitution en France, résultats récents en 2004 : quel est le nombre d'usagers d'opiacés sous BHD ? » OFDT/Tendances n° 37, 2004.

Cette année, deux sites, Lille et Lyon, évoquent cette pratique tout en signalant son caractère extrêmement minoritaire.

**Lyon** : « *Nette confirmation de l'usage de méthadone hors prescription médicale par injection. La plupart des usagers la prennent par voie orale. Quelques-uns l'injectent après l'avoir dilué avec de l'eau directement dans la seringue de 10 ml, cette pratique serait de plus en plus courante. Elle entraîne des problèmes de santé graves.* » (Rapport de site)

Certains sites soulignent par ailleurs les problèmes posés par l'association entre la méthadone et l'alcool, laquelle nécessiterait des prises en charge spécifiques des usagers qui s'y adonnent, liés à des syndromes d'alcoolisation très lourds.

**Lille** : « *Plus fréquente est la forte alcoolisation de patients en cours de traitement, qui recherchent des ivresses qu'ils ne connaissent plus depuis leur arrêt de l'héroïne. [...] Au service méthadone, nous observons une alcoolisation massive des jeunes.* » (Rapport de site)

**Marseille** : « *L'association la plus fréquemment citée avec la méthadone est l'alcool. [...] on voit arriver des gens maintenant sous méthadone et on doit gérer un sevrage d'alcool* » [Groupe focal sanitaire]. Un usager de méthadone explique : « *la buprénorphine (Subutex®) avec l'alcool ne marche pas trop par contre la méthadone et l'alcool, c'est une bonne défonce mais tu risques d'être en manque. Le problème de cette interaction, c'est que ça temonte tout de suite et pendant deux heures avec l'alcool, mais quand tu te réveilles t'as les symptômes de manque.* » » (Rapport de site)

**Rennes** : « *La méthadone viendrait juste calmer le manque d'opiacés, c'est pourquoi d'autres produits, comme l'alcool en particulier, sont consommés massivement au quotidien pour apporter des effets psychoactifs, créant ou aggravant une dépendance à ceux-ci : "Il y a des gens qu'on a mis sous métha et en fait qu'on a été obligé de mettre aux "Iris" (unité de soins en alcoologie) pour décrocher* » [Groupe focal sanitaire]. » (Rapport de site)

## LES PERCEPTIONS DE LA MÉTHADONE

La méthadone bénéficie d'une image positive auprès des usagers, d'une part pour ses effets intrinsèques positifs dans la lutte contre le manque physique et psychique, d'autre part pour le protocole rigoureux qui accompagne sa délivrance, lequel renforce son statut de médicament. Par ailleurs, la rareté de la méthadone sur le marché parallèle, contrairement à la BHD, en fait un produit dont l'image est associée à des usagers plus intégrés socialement. Les quelques réserves sur le produit, quand elles sont rapportées, portent le plus souvent sur l'importance de la dépendance engendrée par l'usage, qui la renverrait à des usagers lourdement dépendants et l'absence de « plaisir » qu'elle suscite.

**Marseille** : « *Chez les usagers de méthadone, elle est dite combler les deux versants du manque, le manque physique et psychique ; mais ne pas régler la*

*question du plaisir. D'après un intervenant ASUD, 'les gens qui prennent le sub croient qu'en se mettant à la méthadone, pour eux le risque est plus grand, il vaut mieux être au sub qu'à la méthadone. Car ils ont de la méthadone l'image d'un produit qui est plus fort, plus dangereux parce qu'au début on la délivrait (fin 95 début 96) aux personnes séropositives porteuses d'une maladie opportuniste. L'idée a fait son chemin qu'elle était réservée aux séropositifs VIH puis aux porteurs de l'hépatite C... avant d'être accessible aux simples usagers toxicomanes. La méthadone a été diabolisée parce qu'on a cru que c'étaient pour les vieux de la vieille et les anciens c'est les séropositifs [...] Et puis comme elle n'est pas injectable, alors certains attendent la forme injectable'. » (Rapport de site)*

## **ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ DE LA MÉTHADONE**

La disponibilité et l'accessibilité de la méthadone sur le marché parallèle, contrairement à la situation qui prévaut pour la buprénorphine haut-dosage, semblent relativement rares. En 2004, le nombre de sites rapportant l'existence d'un marché parallèle est plus nombreux, sept contre quatre l'année dernière, à savoir Dijon, Lyon, Marseille, Metz, Paris et Rennes. Celui-ci apparaît toutefois, à l'exception semble-t-il de Dijon, de très faible ampleur et semble lié à des facteurs conjoncturels, ainsi, à Rennes et à Bordeaux, la moindre disponibilité du Skénan® inciterait certains usagers à se procurer de la méthadone hors du cadre thérapeutique prévu, ou à des spécificités locales comme c'est le cas à Lille et à Metz où la proximité de la Belgique permet à des usagers d'avoir accès plus facilement qu'en France à la méthadone, ce qui favoriserait les reventes illicites.

**Bordeaux** : « [...] le GFS [Groupe focal sanitaire (NDR)] note un nombre croissant d'initiation à la consommation de méthadone dans la rue où la fiole de 40 à 60 mg se monnaie de 10 à 15 euros. » (Rapport de site)

**Dijon** : « Méthadone : du dépannage ... au trafic de rue. Différents acteurs de terrain ont constaté une diffusion de plus en plus importante de la méthadone de rue. Le trafic remplace progressivement le dépannage. Effectivement, une forte proportion des candidats à la méthadone [dans un cadre thérapeutique (NDR)] déclare avoir essayé, discours confirmé par les analyses d'urine. » (Rapport de site)

**Lyon** : « La disponibilité du produit hors cadre de prescription reste rare, mais tout de même possible, il semblerait que des usagers sous prescription "vivent à deux sur un traitement" ou revendent une partie de leur traitement. » (Rapport de site)

**Marseille** : « Un phénomène nouveau mais manifestement très rare a été rapporté cette année, à savoir la présence de méthadone dans la rue : "Il y a quelques jours, quelqu'un nous a dit qu'il était très mal avec son sub. Il s'est donc mis en manque de sub pour prendre de la méthadone. On lui a dit qu'il n'allait

*pas y arriver et là il nous a dit qu'il y en avait sur le marché noir; c'est la première fois que je l'entends.»* » (Rapport de site)

**Metz :** « *La méthadone est certes disponible, hors prescription sur le marché local. Mais dans les faits, on observe très peu de trafic de ce produit. Il y a bien sûr les pratiques de 'dépannage' entre proches pour pallier un manque d'héroïne. Cette possibilité est liée au dosage de la prescription en phase d'injection (10 à 40 mg par jour) qui peut augmenter par palier de 5 à 10 mg sur 15 jours jusqu'à disparition du manque. Une fois que le patient se stabilise dans une situation qui lui paraît confortable, il peut ne pas avoir besoin de la totalité de la prescription. Le surplus peut alors éventuellement servir à d'autres. Mais le trafic de méthadone à partir des usagers des centres de distribution messins apparaît comme anecdotique. Le mésusage de méthadone peut aussi être lié à un approvisionnement provenant de Belgique par des patients français qui l'ont eu en prescription auprès de médecins de ce pays. Or la réglementation belge dans la délivrance de quantité de méthadone est moins restrictive que la française. Une fois le traitement initié, et à moins qu'un contact quotidien du patient avec le pharmacien ne continue à se justifier, le principe est de délivrer les doses pour plusieurs semaines lorsque le patient a bien intégré le principe du traitement. Ce qui offre des possibilités d'échange plus importantes. Mais il n'y a pas de marché local de la revente. L'acquisition se fait que par la connaissance d'une personne substituée.* » (Rapport de site)

**Paris :** « *Comme en 2003, les observateurs de TREND Paris signalent une disponibilité rare de méthadone dans le cadre d'usage non-prescrit. L'utilisation détournée de méthadone serait extrêmement peu fréquente et aucun trafic ne semble véritablement exister pour le moment. Une personne substituée à la méthadone a néanmoins souligné l'existence dans le XVIII<sup>e</sup> arrondissement d'un marché illégal de méthadone, encore embryonnaire, mais en train de se développer. Le flacon serait vendu au prix moyen de trois euros.* » (Rapport de site)

**Rennes :** « *[...], la baisse de disponibilité du Skénan<sup>®</sup> a amené ses consommateurs à se tourner vers la méthadone. Cette baisse aurait relancé un marché de méthadone de rue mais elle fut également le point de départ d'une inscription des plus anciens usagers de Skénan<sup>®</sup> au sein des programmes de substitution par méthadone. [...] les infirmiers remarquent, à ce propos, que certains consommateurs souhaitant entrer en protocole sont souvent déjà consommateurs de méthadone de rue : 'ce sont des gens qui consomment déjà depuis quelques semaines la méthadone qu'ils achètent comme ça, et qu'ils demandent à valider en traitement.* » (Rapport de site)

## LE SULFATE DE MORPHINE

---

Le sulfate de morphine est une molécule agoniste opioïde pur des récepteurs opiacés de type  $\mu$  disposant d'une AMM (Autorisation de mise sur le marché) pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits analgésiques. Il est disponible sous forme à action brève et sous forme à action prolongée (Moscontin LP® et Skenan®). Bien que ne disposant pas d'AMM pour cette indication, les présentations d'action prolongée sont parfois utilisées comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, et ce en s'appuyant sur une note de la DGS de juin 1996.

### LES USAGERS DE SULFATE DE MORPHINE EN 2004

Comme les années précédentes, deux grands groupes de consommateurs de sulfate de morphine en usage détourné peuvent être distingués :

- un groupe composé de personnes âgées de plus de trente ans, anciennement consommatrices d'héroïne, et plutôt marginalisées sur le plan social ;
- un groupe composé d'une population plus jeune, évoluant aux frontières de l'espace urbain et de l'espace festif techno et vivant à l'instar du premier groupe dans des conditions précaires. Ce groupe relève des catégories dites des « nomades » et des errants (laquelle fait l'objet d'un chapitre du rapport page 151). Ces deux groupes au cours de leurs pérégrinations urbaines peuvent se croiser dans des espaces communs comme les lieux de deal, les squats ou encore les structures dites de première ligne. C'est au cours de ces rencontres, que des influences en termes de consommations peuvent s'exercer et que des plus jeunes peuvent être initiés à l'injection du sulfate de morphine par les plus anciens relevant du premier groupe identifié.

**Lyon** : « Les consommateurs sont rares, ce seraient plutôt des personnes “de la génération d'avant le Subutex” qui vivent dans la précarité. » (Rapport de site)

**Paris** : « Deux groupes d'usagers de Skénan®, tous deux très marginalisés, ont été décrits en 2004.

*D'une part un groupes de personnes de 30-40 ans, principalement des hommes, anciens usagers d'héroïne, souvent sous traitement de substitution aux opiacés mais insatisfaits du Subutex® ou de la méthadone ou consommant le Skénan® en “extra”. La plupart sont sans abris et bénéficient des minima sociaux.*

*Un autre groupe de consommateurs de Skénan®, identifié en 2003 et dont la visibilité a augmenté en 2004, composé de jeunes en errance issus des milieux festifs. La plupart se revendiquent de la mouvance technopunk. Ces jeunes (20-30 ans) vivraient dans des squats et consommeraient le Skénan® en injection. Ils subviendraient à leurs besoins par la mendicité et parfois se feraient prescrire du Subutex® qu'ils vendraient pour acheter du Skénan® dans la rue. [...] » (Rapport de site)*

*Rennes : « Le Skénan® semble encore le produit de prédilection d'usagers injecteurs d'opioïdes. Il concerne une majorité d'hommes, âgés de plus de 20 ans et, en général, en difficulté sociale. » (Rapport de site)*

## LES MODALITÉS D'USAGE

Quand il est détourné de son usage thérapeutique, le Skénan® est essentiellement injecté par les usagers, le sniff étant une pratique peu fréquente. L'injection procurerait aux usagers qui s'y livrent un « flash » similaire à celui provoqué par l'héroïne.

*Lyon : « L'usage par voie orale ne provoque pas d'autres effets que le soulagement de la douleur. Par voie intraveineuse, il se produit un flash au moment de l'injection (dont certains témoignent qu'il est renforcé avec l'usage de méthadone), accompagne de sensations de fourmillements et de démangeaisons sur l'ensemble du corps. Les effets semblent durer de 30 minutes à une heure, ce sont des bouffées de chaleur, une tachycardie, une sensation de nez qui pique, une détente, un soulagement des douleurs. [...] » (Rapport de site)*

### MODALITÉ DE PRÉPARATION DE L'INJECTION DU SULFATE DE MORPHINE

*« Se présentant sous forme de microbilles, à l'intérieur d'une gélule. le produit, pour être injecté, est écrasé pour en faire une poudre, puis dilué dans un peu d'eau, chauffé et filtré avant l'injection. Cette préparation demande cinq à dix minutes, certains usagers "pressés" verseraient directement la poudre dans le corps de la seringue avec un peu d'eau, mélangeraient un peu et injecteraient le produit.*

*Certains injecteurs utiliseraient deux à trois gélules de 100 mg par "shoot" mais, ne disposant pas toujours de seringues de grande taille (2,5 ml ou 5 ml), il leur faudrait deux à trois "shoots" pour injecter la totalité du produit, ce qui constituerait autant de prise de risques. Il semblerait néanmoins que l'injection de Skénan® provoque moins de dommages sanitaires (abcès, veines bouchées, etc.) que celle de Subutex®.*

*Dans les squats, une consommation de 400 à 600 mg serait habituelle, avec parfois des personnes injectant jusqu'à 1000-1400 mg par jour de Skénan®. »*

*Extrait du rapport de site de Paris portant sur l'année 2004*

## LES PERCEPTIONS DES USAGERS

La perception du sulfate de morphine par les usagers, comme les années précédentes, est plutôt positive, du fait notamment de sa proximité avec l'héroïne. Le Skénan® en effet, après la préparation adéquate (voir ci-dessus), est susceptible d'être injecté et l'effet qu'il suscite, le flash, est proche de celui ressenti avec l'héroïne. Ces dernières années, sa rareté lui confère en outre l'aura d'un produit réservé qu'à quelques « privilégiés ».

**Lyon** : « *“Un produit de rue”, qui a une bonne image car il entraînerait peu d'effets secondaires, il serait mieux apprécié que le Subutex® en substitution. Cependant, les usagers de Skénan® sont inquiets car le produit est de plus en plus difficile à obtenir.* » (Rapport de site)

**Metz** : « *Le produit semble assez bien perçu par ses rares utilisateurs. Ils y trouvent un confort que le Subutex® injecté ne leur procure pas : moins d'abcès et des effets plus puissants et plus proches de ceux de l'héroïne.* » (Rapport de site)

## LA DISPONIBILITÉ DU SULFATE DE MORPHINE EN 2004

Depuis 1999, première année d'exercice du dispositif TREND, la disponibilité du sulfate de morphine sur le marché parallèle, telle qu'elle est rapportée par le réseau des sites est en diminution constante. En 2004, les observateurs rapportent sur la plupart des sites une quasi-disparition du trafic de Skénan®. Cette situation est liée en premier lieu aux effets des mesures de restriction des prescriptions intimant aux médecins avant de prescrire du Skénan® dans le cadre d'une substitution aux opiacés d'obtenir l'accord du médecin-conseil de la CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie).

**Bordeaux** : « *Les sulfates de morphine ont souffert de variations significatives en termes de disponibilité cette année. Une des raisons en est l'application des mesures de contrôles de la CPAM qui en limitent la prescription. La disponibilité dans la rue en a clairement été affectée et les usagers qui avaient réussi jusque-là à se faire prescrire des sulfates de morphine, considérés comme de “vieux routards de la défonce”, se sont vus orientés vers les centres de traitement de substitution. Les discours dans la rue s'en sont suivis, autour d'une 'institutionnalisation' de la dépendance : “le Skénan®, on le gérait nous et on nous oblige à être accro à un autre truc, c'est une manipulation de l'Etat pour nous rendre dépendant.”* » (Rapport de site)

**Lyon** : « *Le produit est rare car les prescriptions médicales sont de plus en plus contrôlés* » (Rapport de site)

**Metz** : « *D'après les observateurs, l'usage de sulfates de morphine est plutôt rare, en raison du contrôle de la prescription par les médecins.* » (Rapport de site)

**Rennes** : « *Le Skénan®*, encore très présent sur le milieu urbain l'année dernière, est devenu rare cette année. Ceci est à mettre en lien avec la mise en application de la circulaire du 19 février 2004 rédigée par la CPAM sur les prescriptions de Skénan®. Ce dispositif concerne les médecins, les patients et les pharmaciens. Il rappelle que les médecins ne peuvent prescrire des sulfates de morphine que sous réserve d'une procédure spécifique. » (Rapport de site)

**Toulouse** : « *Les sulfates de morphine ne semblent pas 'profiter' du recadrage de Subutex®. En prescription contenue sur le site jusqu'à présent, la consommation principalement de Skénan® reste le fait d'un groupe de consommateurs "privilegiés". Sa présence sur un marché parallèle existe, mais de façon restreinte.* » (Rapport de site)

A Paris, la situation est plus contrastée. Si, en effet, les observateurs rapportent une baisse globale de la disponibilité du Skénan® sur le site, il existe cependant dans certains endroits de la capitale des lieux où le marché noir du médicament serait relativement actif.

**Paris** : « *Si les observateurs participant à TREND indiquent que le Skénan® est un produit dont la disponibilité est rare, il semblerait néanmoins que, dans le XVIIIe arrondissement (Château-Rouge), celui-ci soit à la fois disponible et relativement accessible. Des usagers de Skénan®, du quartier des Halles (signalés comme étant de plus en plus nombreux) viendraient dans cet arrondissement s'approvisionner et le revendrait occasionnellement dans les Halles.* » (Rapport de site)

L'explication de cette forte disponibilité du sulfate de morphine dans le XVIIIe arrondissement tiendrait, semble-t-il, en partie au moins, à l'existence d'un réseau structuré de trafic de Skénan® dont l'organisateur principal était domicilié dans le XVIIIe arrondissement. Celui-ci a été démantelé par la Brigade des stupéfiants en février 2005 au cours d'une enquête consécutive au décès d'un homme survenu en décembre 2004 du fait d'une surdose de sulfate de morphine<sup>4</sup>.

---

4. Dépêche de l'AFP : « Trois personnes arrêtées après une surdose de Skenan, puissant analgésique »

« Paris, 8 février 2005 (AFP) : Trois personnes présumées se livrer au trafic de Skenan, un puissant analgésique, ont été interpellées après le décès par surdose d'une de leurs clients toxicomane, a rapporté la police mardi. Ces personnes, dont le présumé fournisseur, ont été déférées lundi devant la justice, a-t-on précisé. La brigade des stupéfiants avait été saisie d'une enquête après le décès d'un Parisien, en décembre 2004, qui avait acheté cinq boîtes de Skénan pour soixante euros aux suspects. Le trafic de ce médicament, interdit par exemple aux conducteurs, comme à se répandre dans la capitale parmi les toxicomanes, selon la police. [...] »

## LA CODÉINE

---

La codéine est un dérivé semi synthétique de l'opium utilisé comme analgésique, soit seul (Dicodin®, Codenfan®) soit combiné à d'autres molécules (par exemple : Codoliprane®) ou comme antitussif (par exemple : Néo-Codion®). La possibilité de vente de certaines de ces spécialités sans ordonnance et son prix modéré permettent une facilité d'accès à une molécule utilisée par certains comme substitution à l'héroïne.

### LES USAGERS DE CODÉINE EN 2004

En 2004, en dépit de cette facilité d'accès, il semble que l'usage détourné du Néo-Codion® soit devenue une pratique marginale. Seuls deux sites, Paris et Metz, signalent encore l'existence d'une frange, très minoritaire, d'anciens héroïnomanes qui utilisent le Néo-codion® dans le cadre d'une pratique d'autosubstitution ou encore d'usagers d'héroïne très marginalisés qui en font un usage faute d'autres produits opiacés disponibles.

**Paris** : « *L'usage détourné de Néocodion® semble toujours aussi rare et le produit serait surtout utilisé en dernier recours, lorsque le manque aux opiacés se fait sentir et qu'il n'y a pas d'autres produits disponibles. Le Néocodion® serait consommé uniquement par voie orale, associé à de l'alcool, lorsqu'il est en sirop, pour potentialiser ses effets. [...]* » (Rapport de site)

**Metz** : « *L'usage détourné du Néocodion est devenu assez rare. Il n'est pas pour autant inexistant. On signale sa consommation, de manière sporadique, chez des personnes en situation d'errance ou chez d'autres pour essayer les effets. Un témoignage porte sur le cas d'une personne qui prend 20 comprimés en une seule prise et qui la renouvelle six fois dans la journée avec des espacements de deux heures.* » (Rapport de site)

## LE RACHACHA

---

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

Comme lors des deux années précédentes, la plupart des observateurs du réseau des sites font état en 2004 d'une baisse de la disponibilité du rachacha dans l'espace festif techno où il est pour l'essentiel observé. Pour la troisième année consécutive, donc, cet opiacé est considéré comme un produit rare.

**Lyon** : « *Que ce soit en milieu festif ou urbain, ce produit [le rachacha(NDR)] est rare, il y a peu d'offre, les usagers en parlent très peu en boutique [...] »* (Rapport de site)

**Marseille** : « *L'usage du rachacha est marginal sans l'espace festif commercial et dans tous les cas réservé au temps privé après la fête. [...] Produit semblant absent des manifestations couvertes par la mission rave MFAM/MDM en 2004 »* (Rapport de site)

**Paris** : « *L'opium et le rachacha sont, comme en 2003, toujours aussi peu visibles. Ils seraient même totalement introuvables dans l'espace urbain et seraient peut-être encore moins disponible qu'auparavant dans l'espace festif. »* (Rapport de site)

Au sein de l'espace festif techno, malgré sa rareté, le rachacha serait rencontré plus fréquemment dans le milieu des free parties et des teknivals diffusant plus volontiers de la musique hardcore. De fait, dans l'enquête « musiques électroniques », l'usage au cours du mois écoulé concerne 4,3 % des enquêtés, mais 8,6 % des usagers rencontrés lors d'évènements de type « free » ou « rave ». Son usage toucherait plutôt une population de teuffers proche des « nomades » et des « travellers ».

**Lyon** : « *En milieu festif, l'usage concernerait plutôt des usagers qui se déplacent en camion (travellers). »* (Rapport de site)

**Paris** : « *le rachacha (appelé aussi "rach" serait surtout disponible en été sur les évènements festifs alternatifs de type teknivals. [...] Les consommateurs seraient quasiment exclusivement des teuffers et des travellers, amateurs de teknivals et de free parties et de musique hardcore. »* (Rapport de site)

Au sein de ce type d'évènements, l'usage de rachacha (dont les modes d'administration sont divers - l'opiacé peut être gobé, infusé ou fumé ) aurait la même fonction que celui de l'héroïne au sein de cet espace, c'est-à-dire réguler la prise de

produits stimulants et gérer la descente subséquente : « *les effets décrits par les usagers sont une somnolence, un bien-être, une impression de légèreté du corps (sensation de marcher sur un sol mou) [...]* » (Lyon rapport de site)

**Bordeaux** : « *Pendant le période estivale en particulier, ils sont consommer comme opiacés de “confort” en descente des autres substances consommées au cours de la nuit ou de la soirée.* » (Rapport de site)

**Lyon** : « *L'opium peut être associé à l'usage de cocaPine ou utilisé pour remplacer l'héroïne en descente de produits speedants* » (Rapport de site)

**Paris** : « *Le rachacha constitue surtout un produit utilisé pour la 'descente' de stimulants (effets de relaxation, de détente)* ». (Rapport de site)

Comme les années précédentes, il semble que la perception du produit par les usagers soit plutôt bonne, du fait du caractère « naturel » qui lui est prêté, qui distinguerait radicalement le rachacha de l'héroïne.

**Paris** : « *Malgré ses effets sur la santé, comme vomissements, maux de ventre, démangeaisons, constipation, le rachacha bénéficie d'une bonne image de produit naturel, exotique, relativement inoffensif, qui clame correctement durant la “descente”, sans risquer de rendre dépendant.* » (Rapport de site)

## L'USAGE DE STIMULANTS

---

### POINTS DE REPÈRES

#### L'usage en population générale

##### La cocaïne

Le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois au cours de la vie) de la cocaïne en population générale, selon les dernières données disponibles, est le plus élevé parmi les produits illicites stimulants. Il s'élève à 19 pour 1 000 chez les personnes de 15 à 75 ans. On observe une fréquence plus élevée au sein des plus jeunes générations, puisqu'elle est de 30 pour 1 000 chez les 15-34 ans et de 13 pour 1 000 chez les 35-75 ans (a).

Le nombre de personnes âgées de 18 à 75 ans ayant expérimenté de la cocaïne est estimé à 850 000 personnes et celui des usagers au cours de l'année à 150 000 (b).

En 2003, parmi les jeunes âgés de 17 ans, l'expérimentation de cocaïne concerne 20 garçons pour 1 000 et 11 filles pour 1 000. Chez les garçons, ce taux a augmenté significativement par rapport à ESCAPAD 2000 (13 pour 1 000). En 2003, l'expérimentation de forme basée de cocaïne (crack) concerne 6 garçons sur 1 000 et 5 filles sur 1 000 (c).

##### L'ecstasy

L'ecstasy est un produit globalement peu expérimenté (11 pour 1 000 personnes de 15 à 75 ans) en France. Cependant, le niveau d'expérimentation est nettement plus élevé chez les jeunes adultes (19 pour 1 000 de 15 à 34 ans) que chez les plus âgés (2 pour 1 000 personnes de 35 à 75 ans) (a). Le nombre de personnes âgées de 18 à 75 ans ayant expérimenté de l'ecstasy est estimé à 350 000 personnes et celui des usagers au cours de l'année à 150 000 (b).

Les données issues d'ESCAPAD en 2003 montrent que parmi les jeunes âgés de 17 ans, 24 filles sur 1 000 et 41 garçons sur 1000 déclarent avoir consommé de l'ecstasy au moins une fois dans leur vie. Par rapport à l'enquête menée en 2000, ces taux ont augmenté, tant chez les filles (14 pour 1 000) que chez les garçons (28 pour 1 000) (c).

##### Les amphétamines

La fréquence de l'expérimentation d'amphétamines en population générale en 2002 est faible (4 pour 1 000 personnes de 15 à 75 ans). Elle est plus élevée chez les 35-75 ans (6 pour 1000) que chez les 15-34 ans (1 pour 1 000) (a).

Chez les jeunes de 17 ans, l'expérimentation est de 11 pour mille chez les filles et de 24 pour mille chez les garçons. On observe une augmentation par rapport aux résultats de l'an 2000 (6 pour mille chez les filles et 14 pour mille chez les garçons) (c).

### **Usagers de stimulants pris en charge pour des problèmes sanitaires**

Entre 1998 et 2001, la part des stimulants comme produits à l'origine de la prise en charge d'un nouveau patient dans les CSST (Centres de soins spécialisés pour toxicomanes) est passée de 8,9 % à 10,5 %. Pour la cocaïne, elle est passée de 5,7 à 6,5 % ; pour les amphétamines de 2,3 à 2,5 % dont, pour l'ecstasy, de 0,9 à 1,5 % (d). Si la fréquence des stimulants comme motif de prise en charge, ceux-ci n'en restent pas moins des produits peu fréquents (d).

Parmi les personnes pharmaco-dépendantes enquêtées auprès des structures de prise en charge sanitaires et sociales (enquête OPPIDUM) en 2004, on constate que pour 4 % d'entre elles, la cocaïne est le premier produit psychotrope ayant entraîné une dépendance, loin derrière l'héroïne (70 %) et le cannabis (15 %) (e).

### **Mortalité**

En 2004, 15 cas de décès par cocaïne contre 10 en 2003 ont été enregistrés par les services de police. Dans cinq cas, la cocaïne était associée à d'autres substances (benzodiazépine, morphine, ecstasy, méthadone, alcool). Quatre décès sont attachés à la consommation d'ecstasy dont une en association avec

un médicament contre 8 en 2003. Un cas de décès consécutif à une surdose d'amphétamines a été enregistré en 2004.

### **Saisies et arrestations pour usage simple**

En 2004, les interpellations pour usage simple de cocaïne et de crack dépassent comme l'année dernière les 3 000 personnes avec 2 458 interpellations d'usagers de cocaïne (+ 16,8 % par rapport à 2003) et 744 interpellations d'usagers de crack (- 17 % par rapport à 2003).

Les interpellations pour usage simple d'ecstasy sont en hausse puisqu'elles concernent 1 659 personnes contre 1 548 en 2003 et 711 en 1999.

Les interpellations pour usage simple d'amphétamines enregistrent une très forte progression cette année avec 256 personnes arrêtées en 2004 contre 176 en 2003.

Depuis l'année 2000, les saisies de cocaïne en France ne cessent d'augmenter passant de 4 172 kg en 2003 à 4 484 kg en 2004. Les saisies de crack s'élèvent à près de 18 kg contre 12 kg en 2003. S'agissant de l'ecstasy, les saisies de l'année 2004 sont en baisse par rapport à l'année dernière avec 1 887 447 comprimés saisis contre 2 211 727 en 2003. Les saisies d'amphétamines et de méthamphétamine ont fortement diminué avec 76 kg environ contre 274 en 2003 et 4 kg contre 24 kg pour la seconde.

a : BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête*

sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002, Paris, OFDT, 2003, 228 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eropp02.htm>).

b : BECK (F.), LEGLEYE (S.), « Les adultes et les drogues en France: niveaux d'usage et évolutions récentes », OFDT, *Tendances* n°30, juin 2003, p. 1-6. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend30.htm>).

c : BECK (F.), LEGLEYE (S.), SPILKA (S.), *Drogues à l'adolescence : Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France.*, ESCAPAD 2003, Paris, OFDT, 2004.

d : PALLE (C.), BERNARD (C.), SEVENIER (E.), MORFINI (H.), CSST 1998-2001. *Exploitation des rapports d'activité-type des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes, 1998-2001*, Paris, OFDT/DGS, 2003, 53 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/csst.htm>).

e : OPPIDUM (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse), *Nouvelles tendances 2004*, CEIP, Marseille.

f : OCRTIS, *Usages et trafic des produits stupéfiants en France en 2004*, Nanterre, DGPN/DGPJ, 2004, 112 p.

## **ELÉMENTS DE SYNTHÈSE SUR LES STIMULANTS HORMIS LA COCAÏNE ET LE CRACK**

---

En 2004, et dans la continuité des années précédentes, il apparaît que l'ecstasy est une substance banalisée dans l'espace festif techno. La raréfaction des free parties en son sein a conduit à la diffusion de ce produit dans les clubs et les discothèques notamment sous ses formes de comprimés et de gélules qui la rendent aisément et discrètement consommables. En outre, il se confirme cette année qu'un usage d'ecstasy en dehors de tout cadre festif se développe dans l'espace urbain auprès d'une population marginalisée, qui la consommerait en injection. L'ecstasy serait appréciée pour ses effets stimulants, lesquels permettraient d'affronter les conditions de vie difficiles attachées au monde de la rue. Si la diffusion de l'ecstasy se poursuit, la question de l'appréciation de son image auprès des usagers est ambiguë. Il semblerait qu'une dimension générationnelle apparaisse dans l'appréciation que ceux-ci peuvent porter sur l'ecstasy. Alors que les usagers récents semblent apprécier celle-ci, les plus âgés paraissent considérer l'ecstasy, quand elle se présente sous la forme de pilules ou de gélules, comme un produit « ringard », « banal » dont l'usage ne permet plus d'apporter la « distinction » qui la rendait attrayante il y a encore quelques années. En revanche, la forme « poudre », considérée comme de meilleure qualité, est plus appréciée semble-t-il du fait d'effets plus forts.

L'image de l'amphétamine en revanche est sans équivoque. Depuis trois ans maintenant celle-ci est en amélioration constante. L'usage d'amphétamines touche, dans l'espace festif, un public plus restreint que l'ecstasy, constitué généralement de jeunes fréquentant les mouvances alternatives du courant techno. Dans cette population, le speed apparaît comme un produit « fort » contrairement à l'ecstasy en comprimés, et réservé à des usagers avides de sensations fortes éloignés en tout cas du profil du jeune clubber du samedi soir adepte de l'ecstasy. En outre, par rapport à la cocaïne son prix est très bon marché (20 euros le gramme de poudre) pour des effets, au demeurant, relativement proches, ce qui favorise le développement de sa disponibilité.

S'agissant des méthamphétamines (yaba, ice), la situation est identique à l'année 2003 : les informations sont très rares même si des rumeurs persistantes font état d'un début d'usage de méthamphéthamines dans des fractions très restreintes du milieu festif proche de la communauté homosexuelle.

## EVOLUTION DES CONSOMMATIONS DE COCAÏNE ET DU CRACK/FREEBASE

---

### INTRODUCTION

En France, 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. Son usage a toujours été largement devancé par les opiacés : opium et morphine, morphine et héroïne puis héroïne uniquement. L'augmentation, depuis 1995/6 environ, de l'usage de cocaïne, représente une rupture dans l'histoire de ce produit. Les années 90 se présentent donc comme une décennie charnière en matière de diffusion des stimulants car c'est au cours de celle-ci 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 à l'élargissement de la forme basique (free base/crack)<sup>5</sup>.

S'agissant plus spécifiquement de la diffusion de la forme base de la cocaïne (crack), son usage aurait été introduit presque simultanément par deux groupes distincts s'adressant à deux profils de consommateurs distincts :

- des personnes ayant voyagé ou séjourné aux Etats-Unis au cours des années 80, lesquelles l'auraient introduite en métropole auprès du milieu relativement aisé des sniffeurs de cocaïne en poudre<sup>6</sup> ;
- des personnes d'origine antillaise, qui auraient favorisé sa diffusion à Paris dans le milieu de la rue.

---

5. La cocaïne se présente sous deux formes : chlorhydrate (poudre) conçue pour être injectée (voie intraveineuse) ou sniffée (voie nasale) et base ou free base (caillou, galette) conçue pour être fumée (voie pulmonaire). Quoique, d'un point de vue pharmacologique, la partie essentielle de la substance soit identique, ces deux formes diffèrent d'abord quant à la solubilité. Alors que le sel est soluble dans l'eau, la substance, elle, chauffée au lieu de se volatiliser, a tendance à se décomposer. La Base est peu soluble dans l'eau donc inadéquate aux deux modalités d'administration sanguine (injection et sniff). Thermostable, chauffée, elle ne se décompose pas, elle se volatilise : 84% de cette « free-base » survit à la chaleur nécessaire à sa volatilisation contre 1% seulement pour le chlorhydrate de cocaïne. Plusieurs procédés permettent de transformer la chlorhydrate de la cocaïne - sniffable ou injectable - en forme fumable. Le premier, appelé « Free base », est connu depuis le milieu des années 70. Ce procédé consistait à chauffer un mélange de chlorhydrate de cocaïne et d'éthanol dans le but de libérer (free) la base de son sel. Dangereuse, exigeant des équipements de laboratoire sophistiqués, la production, forcément limitée, était réservée à des consommateurs aisés. Le crack sous sa forme actuelle est apparu pour la première fois à Los Angeles en 1981. La méthode utilisée est plus en adéquation avec une production à une échelle commerciale : un agent alcalin (l'ammoniaque ou le bicarbonate de soude) remplace l'éthanol. Le nouveau procédé a permis l'industrialisation de la production et, ainsi, en démocratise l'usage.

6. Etienne Matter (A.S.U.D.) : Rapport national sur le 'Freebase' et le 'Crack', janvier 2003 (rapport non publié réalisé dans le cadre de dispositif TREND)

Cette double origine a probablement contribué à créer et maintenir la confusion autour de l'appellation et la composition chimique de la forme « base » d'autant plus que ces deux appellations et méthodes se sont diffusées presque simultanément en France au cours de la seconde moitié des années 80.

En effet, la forme fumable de la cocaïne, free base/crack, est apparue d'abord dans les trois départements français d'outre-mer (Guyane, Guadeloupe, Martinique) au milieu des années 80. La proximité des zones de production de la cocaïne (Amérique du Sud) et des îles hispanophones et anglophones, devenues une des principales zones de transit de la cocaïne et du crack vers l'Europe et les États-Unis, ont contribué au développement d'un marché local du crack dans ces départements au point de lui donner le statut de produit illicite localement le plus répandu après le cannabis. Pour bien apprécier le rôle de ce facteur géographique propre à la région Antilles-Guyane, il convient de noter l'absence totale de cette substance dans le quatrième des départements dominiens, l'île de La Réunion, lequel a été épargné du fait de son éloignement géographique des routes du trafic de ce produit.

En métropole, c'est à Paris que le crack fait son apparition en premier. 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 autour de 1989, les consommateurs, comme les petits trafiquants, auraient été des personnes provenant de la zone caraïbe. L'élargissement à d'autres groupes ethniques, Français et Maghrébins pour la consommation, et Africains pour le petit trafic, ainsi que vers d'autres départements métropolitains, n'est intervenu que quelques années plus tard. Traduction de ce double phénomène de diffusion, social et géographique, les statistiques du ministère de l'Intérieur sont éloquentes : 22 interpellations en 1990 dans cinq départements pour usage/usage-revente du crack et 16 pour trafic contre 897 interpellations pour usage simple et 537 pour trafic et usage-revente et cela dans 37 départements en 2003.

## **CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIALES DES CONSOMMATEURS**

Les milieux sociaux touchés par l'usage de cocaïne sont assez hétérogènes : il est donc difficile de dessiner un profil type du consommateur. En effet, la cocaïne n'est dorénavant plus seulement utilisée par des groupes sociaux ayant un fort pouvoir d'achat ou par des usagers de drogues très marginalisés, mais touche également les classes économiques moyennes ou encore des usagers rencontrés en milieu festif.

Dans les trois enquêtes TREND menées entre 2001 et 2003, auprès des usagers des structures dites de « première ligne », la prévalence de consommation de la cocaïne au cours du mois écoulé est respectivement de 39 % ; 42 % et 35 %. Pour le crack, et quelle que soit l'année, la prévalence au cours du dernier mois est environ deux fois moindre que celle de la cocaïne (20 % ; 26 % et 18 % respectivement).

Le rapport entre la consommation au cours du mois et la consommation quotidienne n'est pas le même pour la cocaïne et le crack. Pour la cocaïne, le pourcentage des consommateurs quotidiens varie de 25 % en 2001 à 8 % en 2003. Pour ce qui est du crack/free base, en revanche, il se situe aux alentours de 40/50 % soit, en fonction de l'année, deux à quatre fois plus que le pourcentage des consommateurs quotidiens de cocaïne. Cette différence peut s'expliquer, au moins en partie, par les caractéristiques sociodémographiques des usagers ; plutôt intégrés et ayant une modalité de consommation plutôt occasionnelle de type « festif » dans le cas de la cocaïne et très marginalisés, aux modalités de consommation plutôt compulsives quand il s'agit du crack.

**Tableau 1 : Pourcentage de consommation de la cocaïne et du crack/free base au cours des derniers 30 jours parmi des usagers de structures de première ligne en 2001 n = 799 ; 2002 n = 964 et 2003 n = 1082 ; festif électronique = 1496**

	Cocaïne		Crack/free base	
	Dans les 30 jours	dont quotidiennement	Dans les 30 jours	dont quotidiennement
1ère ligne 2001*	39	25	20***	50***
1ère ligne 2002*	42	19	26	39
1ère ligne 2003*	35	8	18	40
Festif électronique 2004/5**	34.6	2.7	6.1	3.2

**Données et exploitation : \* TREND/OFD ; \*\* GRVS/TREND/OFD**

**\*\*\* la question posée ne mention pas la free base**

Dans l'espace festif « musique électronique » des cinq villes (Nice, Toulouse, Rennes, Bordeaux et Metz) ayant participé à l'enquête, 34,6 % (518/1496) des personnes enquêtées déclarent avoir consommé de la cocaïne et 6,1 % du crack/free base (91/1496) au cours du mois écoulé. A noter aussi la faible prévalence de la consommation quotidienne de cocaïne et de crack au sein de cette population essentiellement festive, laquelle atteint respectivement 2,7 % (14/518) et 3,2 % (3/91), comparée à celle mise en évidence par l'enquête menée auprès des structures de première ligne susmentionnée.

De ces données, il ressort donc bien que la consommation de cocaïne s'étende à des groupes et des réseaux sociaux diversifiés et non connectés entre eux, lesquels varient d'un site à un autre.

En métropole se dessine un tronc commun composé essentiellement des milieux de la nuit et de la fête, des ex-toxicomanes substitués à la méthadone et au Subutex® et enfin des usagers de drogues plus ou moins marginalisés fréquentant ou

pouvant fréquenter les structures dites de « bas seuil ». Dans les deux départements d'outre-mer, Martinique et Guyane, la situation est sensiblement différente dans la mesure où les consommateurs de la cocaïne chlorhydrate se distinguent nettement de ceux des consommateurs du crack.

En Martinique, il existe une opposition très nette entre le profil habituel du consommateur de cocaïne et celui du consommateur de crack. Étant données les différences de prix et de modes d'approvisionnement, les deux produits ne rencontrent pas le même public, l'usage de cocaïne étant l'apanage de milieux relativement aisés au contraire de celui du crack qui affecte une population beaucoup plus marginalisée socialement. Toutefois, les consommateurs de crack ne sont pas tous désocialisés et issus de milieux sociaux peu favorisés. On constate que de nombreuses personnes arrivent à consommer du crack, en général de manière occasionnelle (sous forme de « black joints ») tout en travaillant et ayant une vie de famille. Cela dit, la majorité des consommateurs de crack sont d'origine martiniquaise. On retrouve parmi eux quelques anciens héroïnomanes ou polyconsommateurs revenant au pays qui découvrent un produit auquel ils n'avaient pas accès auparavant. Ce sont d'ailleurs chez ces utilisateurs que l'on décrit parfois des modes d'usages inhabituels tels l'injection après acidification.

En Guyane, la population errante et/ou marginalisée constitue l'essentiel des usagers de crack. Celle-ci est localisée le plus souvent à Cayenne et à Saint-Laurent et dans une moindre mesure dans certaines communes de taille plus modeste. Leur nombre et leur visibilité sont sans cesse croissants. Leur « recrutement » est aisé par les dealers, au sein des groupes les plus fragilisés de la population : malades mentaux livrés à eux-mêmes, chômeurs, RMistes, « sans papiers ». En général, l'usage de la forme chlorhydrate ou du crack dépend du niveau social, la cocaïne étant principalement utilisée chez les personnes ayant un niveau de vie supérieur à la moyenne, même s'il est de plus en plus fréquent de constater des consommations de crack au sein de milieux aisés.

## **CONTEXTE ET MODALITÉS DE CONSOMMATION**

### **Contexte de consommation**

La consommation de la cocaïne sous sa forme chlorhydrate est généralement associée à des contextes festifs au sens large du terme. Ceux-ci peuvent être une soirée entre amis à domicile ou en établissement de nuit ou encore un teknival. Il est bien évident que la consommation de cette substance ne se réduit pas à ce type de contexte. Des cas d'usage solitaire compulsif et toxicomaniaque existent en dehors même des populations plus ou moins marginalisées. Ces cas se rencontreraient plus fréquemment chez les injecteurs, qu'ils soient marginalisés ou pas, que chez les sniffeurs de ce produit.

Dans les établissements de nuit (clubs, discothèques, etc.), la consommation peut avoir lieu sur place ou aux alentours notamment dans les voitures stationnées dans les parkings. Compte tenu du risque de fermeture administrative, certains de ces établissements ont pris des mesures pour la rendre plus difficile. C'est probablement pour cette raison que les observateurs constatent le développement de consommation peu avant d'entrer dans l'établissement. Cette pratique concerne la plupart des produits et semble se généraliser quelle que soit la spécificité de programmation musicale de l'établissement.

Contrairement à l'espace privé ou aux grands événements festifs se déroulant dans l'espace public, les établissements de nuit ne sont guère propices à l'usage de cocaïne en forme base par inhalation car la transformation en base et le mode d'administration sont, dans ce contexte, trop voyants.

Le contexte de consommation de la forme base (crack) serait plus fréquemment en liens et/ou observés dans un contexte où marginalité et désocialisation prédominent. De ce fait le crack fait plutôt l'objet d'un usage dans l'espace public comme c'est le cas en Martinique, en Guyane et à Paris.

### **Préparation du chlorhydrate et de la free base/crack**

Les modalités de préparation et de consommation de la cocaïne en forme poudre par voie nasale varient peu au cours du temps et entre les sites TREND. Le site de Metz signale néanmoins l'apparition des petits ustensiles (doseurs) permettant de sniffer la cocaïne directement sans l'étaler sur une surface lisse : *« Il s'agit de petits appareils de propulsion fabriqués en plastique transparent. Le recours à cette aide au sniff remplace la pratique plus classique de la ligne et permet une plus grande facilité d'absorption du produit et une relative discrétion. »*

### **Transformer le chlorhydrate de cocaïne en " base "**

Pour transformer la cocaïne chlorhydrate en forme base (voir encadré ci-dessous) deux procédures similaires sont généralement utilisées par les usagers. La procédure du bicarbonate de soude et la procédure de l'ammoniaque. Le rapport du site de Toulouse résume bien les avantages et les inconvénients de chacune des deux procédures du point de vue de l'utilisateur : *« Le choix entre le bicarbonate de sodium et l'ammoniaque comme agent de transformation repose sur plusieurs facteurs : la difficulté technique, minimiser la perte de produit, la "pureté" du produit obtenu, le "goût", la toxicité supposée, l'effet subjectif, ainsi que la "dépendance". [...] L'utilisation du bicarbonate est plus périlleuse et nécessite une meilleure maîtrise du dosage et de la température. La transformation à "l'ammo" (ammoniaque) est plus répandue car d'un accès plus simple, mais d'un résultat plus "fort" tant au niveau du goût, de la toxicité, de l'effet, voire de la dépendance. Il s'agit a priori d'une représentation, car du point de vue chimique un caillou correctement rincé ne contient que de la cocaïne à 100% dans les deux cas. »*

La procédure de l'ammoniaque: « Après avoir déposé la quantité de cocaïne dans le récipient, il s'agira d'incorporer l'agent. Dans le cas de l'ammoniaque, les doses restent plus ou moins approximatives “à l'œil”, il s'agit de baigner la cocaïne (un fond de bouchon de bouteille pour un tiers de gramme par exemple). L'utilisation du bouchon pour verser est une précaution pour ne pas renverser la cocaïne par un apport trop important d'ammoniaque. Les petits paquets ou grumeaux de cocaïne sont écrasés à l'aide de la pointe d'un couteau pour une bonne imprégnation de l'ammoniaque. Puis, il s'agit de chauffer une trentaine de secondes jusqu'à ce que la cocaïne se rassemble et s'agglomère et que le mélange soit à ébullition et crépite. Le retrait du feu correspond à la formation “de la goutte” d'une couleur plus sombre qui se détache nettement au centre de l'ammoniaque. Quelques secondes de refroidissement, puis à l'aide de papier absorbant il s'agit d'éponger l'ammoniaque restant autour de la goutte de cocaïne. Ensuite, à l'aide d'un bouchon, le préparateur verse un peu d'eau sur la goutte qu'il absorbe avec du papier, en renouvelant l'opération, une, deux ou trois fois[...]. La goutte bien absorbée doit ensuite se reposer pour durcir. Certains la mettent sur une source de chaleur légère (radiateur) pour accélérer le processus. La température ne devant pas être trop élevée au risque de rendre huileuse la préparation à nouveau. Il est possible de “travailler” la “goutte” pour faire de la pâte qui, en quelques secondes, va “prendre” et durcir. À l'aide de la pointe d'un couteau, “on malaxe” jusqu'à durcissement du “caillou”. Une fois durci, il ne reste plus qu'à récupérer le “caillou”. »

La procédure du bicarbonate de soude : « Celui-ci est incorporé à sec à la cocaïne de façon à obtenir un mélange assez homogène. Car, contrairement à l'ammoniaque qui se présente sous forme liquide, il s'agit ici de mélanger deux poudres. La dose est d'un tiers de bicarbonate par rapport à la cocaïne. Ensuite, il s'agit de rendre la préparation liquide en y ajoutant de l'eau : un bouchon dans une cuillère à soupe pour 300 mg de cocaïne. Puis, comme pour l'ammoniaque, le mélange est chauffé jusqu'à l'obtention d'une surface huileuse blanchâtre, qu'il faudra séparer de l'eau à l'aide d'un couteau, en ramenant “l'huile” vers le bord. Une fois séparée “la pâte” du liquide, à l'aide de papier absorbant, le préparateur évacue l'eau de la cuillère ne laissant que le futur caillou sur le bord. Le durcissement est alors très rapide, il ne reste plus qu'à détacher le caillou du métal pour le récupérer. La préparation au bicarbonate ne nécessite pas de rinçage. » (Rapport de site Toulouse)

### **Motivations dans le choix de sniffer ou inhaler la cocaïne**

Alors que dans l'espace festif « musique électronique », la cocaïne est majoritairement sniffée (98 %) et fumée « basée » (19 %) mais très rarement injectée (0,6 %), dans l'espace urbain, parmi les usagers fréquentant les structures de « première ligne » participant à l'enquête TREND, si le sniff est majoritaire (62 %), l'injection est largement répandue puisqu'elle touche plus de quatre usagers sur dix (43 %).

**Voie d'administration\* du chlorhydrate de cocaïne au cours du mois écoulé parmi les participants à l'enquête « première ligne 2003 » et festival musique électronique 2004/5**

<b>Mode d'usage*</b>	<b>1ère ligne** n = 303</b>	<b>Festival électronique*** n = 506</b>
Injection	43 %	0,6 %
Sniff	62 %	98 %
Inhalation, fumer	15 %	19 %

\* une même personne peut recourir à plusieurs voies d'administration

Données et exploitation : \*\*TREND/OFDT ; \*\*\* GRVS/TREND/OFDT

Au-delà des motifs purement personnels et individuels, par définition, difficiles à cerner dans leur diversité et leur totalité, qui peuvent influencer le choix de chacun, deux principaux motifs sont clairement identifiés quant au recours à la forme sniffable ou fumable.

Lorsqu'elle est consommée par voie nasale, c'est l'image attachée à ce mode d'administration synonyme, pour de nombreux usagers, de « maîtrise » de sa propre consommation qui semble être la principale raison du recours à ce mode.

Si la forme fumable de la cocaïne, « free-base », a pu se diffuser c'est parce qu'elle semble répondre aux attentes d'une frange des anciens et des nouveaux consommateurs de cocaïne. Pour ces personnes, fumer la cocaïne présente certains avantages : l'inhalation permet de ressentir les effets de la cocaïne de manière plus rapide et plus intense (effet flash) que le sniff et dans une moindre mesure que l'injection intraveineuse.

En outre, le « basage » de la cocaïne est aussi considéré comme un procédé de purification, 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. L'utilisation de la cocaïne sous forme basée permet de la fumer dans un joint, mélangée à du cannabis, ou dans une cigarette mélangée 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. Par ailleurs, l'acte de fumer est perçu comme « normal », ne provoquant pas ou peu de désapprobations sociales de l'entourage. Si fumer du crack est souvent interprété comme synonyme de marginalité, dans un certain contexte, cette pratique peut l'être comme une recherche de normalité. Enfin le fait de fumer est perçu comme une pratique à moindre risque en matière de contamination par le VIH et des hépatites et de surcroît moins stigmatisant que l'injection.

*Toulouse : « Le choix de consommer de la cocaïne dans sa forme base, renvoie pour les usagers rencontrés, à l'usage d'un produit plus "pur", donc plus fort et dont l'effet est plus violent. Pour le consommateur, la question est celle d'un changement de mode d'usage qui l'introduit à une nouvelle dimension de la cocaïne où les sensations seront plus intenses et les risques encourus plus*

*grands. [...] Fumer de la base, c'est "élever" l'enjeu de sa consommation, c'est changer la donne, mais aussi la mise, en changeant de statut parmi les usagers. [...] » (Rapport de site)*

**Paris** : « *Les effets recherchés dans la freebase sont des effets sensiblement différents par rapport à la cocaïne, à savoir des effets violents comparables à une "grosse claque". L'accès à une autre expérience est également mis en avant : on peut parfois se demander si baser la cocaïne n'est pas un effet de mode et un rituel de passage pour revendiquer une identité culturelle underground. Les effets ressentis sont ceux d'une sensation de flash très courts (une à deux secondes), d'un temps qui s'arrête, d'un apaisement, d'un cerveau qui est nettoyé et ne pense pas (ne pas avoir d'idées).* » (Rapport de site)

En Martinique et en Guyane, une petite minorité des usagers de cocaïne, pour des raisons liées au prix et à la disponibilité, peut être amenée à prendre du crack. Inversement des usagers de crack ont recours à la cocaïne car ils estiment sa consommation plus gérable. Dans ces deux départements, où le crack est négativement perçu, la cocaïne, en comparaison, apparaît comme une alternative à moindres risques pour sa propre santé et moins dégradante pour l'image sociale que renvoie l'usager.

**Martinique** : « *On peut schématiquement dire que l'orientation vers une forme ou l'autre se fera en fonction du milieu social d'origine, des fréquentations et des capacités financières de l'usager. Si on peut observer que quelques personnes adeptes de la cocaïne prennent du crack comme pis-aller (prix moins élevés, passage au crack en période de rupture d'approvisionnement), en revanche il y a des usagers qui préfèrent le crack, mais qui prennent de la cocaïne comme un équivalent de "traitement de substitution" pour se préserver du crack, car pour eux le crack ouvre la porte à tous les excès.* » (Rapport de site)

**Guyane** : « *Les motivations qui poussent les usagers à rechercher la cocaïne plutôt que le crack, peuvent être d'ordres différents : Elle est généralement sniffée, parfois fumée, étalée sur une cigarette, de plus en plus utilisée par des consommateurs de crack pour se défaire de ce produit; "fumée", elle est considérée plus "cool" qu'en sniff; Son image est "plus propre", moins dégradante, les effets en sont moins violents et la consommation est plus facile à gérer ; les femmes seraient plus enclines à en consommer pour ces raisons, notamment dans les milieux de prostitution avérés, où il est aisé de se donner les moyens d'en acheter ; Les revendeurs ( Guyaniens, Surinamais), lorsqu'ils sont consommateurs, ont également tendance à la préférer au crack, pour les mêmes raisons de moindre difficulté de gestion de consommation. [...] Malgré ces avantages sur le crack, le chlorhydrate est bien moins répandu sur le site, ceci en raison de mécanismes de marché pré-établis et bien rôdés qui amènent presque inexorablement l'usager à consommer du crack.* » (Rapport de site)

## Motivations dans le choix de fumer ou injecter le crack

Dans les trois départements des Antilles et de la Guyane, le crack est presque exclusivement inhalé alors qu'à Paris il peut être aussi injecté.

Le recours à la voie pulmonaire est l'expression, entre autres, du rejet de l'injection et dans une moindre mesure du sniff par crainte à la fois de la contamination par le biais du partage des pailles et des problèmes nasaux. En outre, l'inhalation est motivée par la recherche d'effets immédiats et puissants (« flash ») que l'on ne peut obtenir que par ce mode d'administration à l'exclusion de l'injection intraveineuse. Cette dernière étant devenue une pratique stigmatisée, la voie fumable est désormais la seule alternative possible pour les amateurs de sensations fortes.

La pratique d'injection<sup>7</sup> du crack quant à elle demeure restreinte. Essentiellement cantonnée à la région parisienne et particulièrement à Paris intra-muros. Ailleurs, elle est rapportée comme rare.

Le profil des injecteurs de crack est similaire à celui des injecteurs de cocaïne (anciens injecteurs d'héroïne, personnes substituées ou extrêmement marginalisées). Deux éléments permettent de comprendre cette pratique :

- certains usagers évoquent la brièveté des effets de cette substance lorsqu'elle est fumée, et disent avoir recours à l'injection pour prolonger les sensations ;
- d'autres estiment qu'injecter du crack équivaut à injecter de la cocaïne dans sa forme la plus pure dans la mesure où la procédure de transformation aboutirait à ce que le produit final soit à la fois plus pur, plus concentré et de surcroît moins nocif pour la santé car débarrassé de tous les produits de coupage et de toutes les impuretés.

Toutefois, il ne semble pas y avoir un consensus parmi les usagers sur l'injection du crack notamment à Paris où cette pratique est la plus répandue. Il semblerait que l'injection de la cocaïne contrairement au crack soit moins violente pour ce qui est des effets et plus gérable dans la phase de descente.

*Paris : « L'injection de cocaïne a été décrite par des usagers, surtout par les anciens usagers d'héroïne sous substitution, comme présentant des “avantages” par rapport à celle de crack. Selon ces personnes, l'effet du crack injecté serait plus violent et plus bref que celui de la cocaïne, et donnerait lieu à une descente beaucoup plus angoissante, alors que l'injection de cocaïne, d'un effet violent mais “plus agréable”, serait plus facile à “gérer” ; d'autre part, la cocaïne en injection provoquerait moins souvent des abcès que celle de crack. L'un des interlocuteurs affirme avoir arrêté sa consommation de crack et être revenu à l'injection de cocaïne. Cela lui aurait permis de mieux maîtriser sa consommation et même de l'avoir réduite significativement. Il serait parvenu à espacer de plus en plus ses prises, au point de ne consommer aujourd'hui que pendant les week-ends, ce qui le motive à tenter d'entreprendre un sevrage total. » (Rapport de site)*

---

7. Pour retransformer le crack en forme injectable les usagers utilisent le même agent chimique que pour l'héroïne base à savoir du jus de citron.

## **Modalités d'inhalation du free base/crack**

Afin de fumer le crack, les usagers utilisent une des modalités suivantes :

- en le chauffant directement à l'aide d'un briquet pour l'inhaler au moyen d'une pipe en verre ou artisanale (tuyau utilisé en plomberie, recouvert à une extrémité d'une feuille d'aluminium percée). Cet ustensile permettrait de récupérer l'« huile », c'est-à-dire ce qui reste au fond d'une pipe lorsque l'on a fumé plusieurs cailloux de crack. Certains pensent que cette « huile » est beaucoup plus forte que le caillou lui-même ;
- une canette de bière ou de soda dans laquelle on perce quelques trous. Le crack est posé sur le dessus, chauffé avec une flamme, puis inhalé par l'orifice destiné à l'absorption du liquide ;
- la modalité inspirée du principe du « narguilé »: avec un verre, partiellement rempli d'eau, recouvert d'un papier aluminium, troué à plusieurs endroits, et traversé d'une paille. Des cendres de cigarette sont déposées sur le papier accompagné d'un morceau de crack, lequel est chauffé directement puis aspiré. En Martinique l'eau peut être remplacée par l'alcool, qui est ensuite bu une fois le crack consommé ;
- en « chassant le dragon », c'est-à-dire en versant directement sur un papier d'aluminium une petite quantité de chlorhydrate de cocaïne mélangée au bicarbonate, puis en le chauffant jusqu'à obtention de la réaction chimique avec ensuite un assèchement de l'eau pour fumer ensuite directement la substance obtenue;
- en « bang » (sorte de pipe à eau permettant d'aspirer le produit sans y associer de l'air, pour obtenir des effets plus rapidement) ;
- et enfin la modalité dite du black-joint ou blaka jango, utilisée dans la région Antilles-Guyane laquelle consiste à fumer une cigarette composée de crack mélangée à du tabac ou à de l'herbe de cannabis.

Pour réguler et mieux gérer l'anxiété consécutive à la prise de cocaïne chlorhydrate ou base, en fonction du site, les usagers ont recours à quatre familles de substances psychoactives : l'alcool (rhum) et le cannabis en Antilles-Guyane ; les opiacés (héroïne, Subutex® ; sulfate de morphine), les benzodiazépines et de l'alcool en métropole.

## **LES PROBLÈMES DE SANTÉ EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION DE LA COCAÏNE ET DE LA FREE BASE/CRACK**

La consommation de cocaïne et de crack n'est que rarement à l'origine d'une prise en charge dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). Cependant, depuis quelques années, la part de ces prises en charge est en augmentation : en 2002, 6,5 % des nouveaux patients vus dans les CSST étaient pris en charge pour usage de cocaïne (dont 2,4 % pour le crack) contre 5,7 % (dont 1,8 % pour le crack) en 1998. Contrairement aux opiacés et aux benzodiazépines, la cocaïne n'engendre pas de dépendance physique mais une forte dépendance

psychique. Ainsi, parmi les personnes qui fréquentent les structures sociosanitaires en 2003, 4 % déclarent que la cocaïne est le premier produit ayant entraîné une dépendance.

La consommation de cocaïne peut être à l'origine de décès par surdose. Le nombre de décès recensés par les services de police et de gendarmerie reste faible en 2003 (10 cas contre 12 en 2002) alors qu'il était en augmentation depuis 1999 (7 cas en 1999). En 2003, 9 cas de décès enregistrés sont uniquement dus à la prise de cocaïne et un décès était consécutif à l'association de la cocaïne et d'un médicament.

Les problèmes de santé inhérents à la consommation régulière tels qu'ils sont rapportés par les acteurs sanitaires du dispositif TREND sont de deux ordres : psychiques et somatiques. Ces problèmes sont à la fois similaires et différents. Similaires pour ce qui touche aux effets du produit lui-même, et différents pour ce qui relève du mode d'administration pulmonaire nasal ou parentéral.

S'agissant des problèmes psychiques, les pathologies les plus fréquemment rapportées sont les délires à tonalité persécutive et les troubles psychotiques représentés le plus souvent par un état paranoïaque transitoire. Dans ce cas, certaines personnes ont la conviction d'être parasitées, d'avoir une « bête » sous la peau, ce qui provoque des lésions engendrées par le grattage. On trouve également des états d'agitation aigus, susceptibles d'être occasionnés par des consommations massives, et enfin des troubles dépressifs accompagnés d'insomnie, d'anxiété, d'agressivité verbale ou motrice ainsi que de pertes de mémoire. Certains usagers, pour mieux gérer ou maîtriser la cocaïne, consomment aussi des opiacés et des benzodiazépines dont ils peuvent devenir dépendants à la place de ou concomitamment à la cocaïne (co-addiction).

Les comportements de type pathologiques, plus spécifiquement attachés à l'usage du crack, les plus décrits dans les trois départements où ce produit est le plus fréquemment consommé, sont les troubles obsessionnels liés à la recherche stéréotypée du produit qui voient les consommateurs de crack scruter le sol des lieux où ils ont consommé dans l'espoir de trouver de petits bouts de crack qui auraient pu leur échapper, alors même qu'ils savent qu'ils n'en trouveront pas.

Sur le plan somatique, les épisodes d'usage intensif engendrent insomnie et troubles des conduites alimentaires, qui conduisent à des pertes de poids rapides dues aux effets combinés de la mauvaise hygiène alimentaire et l'effet anorexigène du produit lui-même. L'usage de crack entraîne en outre les risques de contamination par le VIH et VHC lorsqu'il y a partage du matériel (seringue ou paille). S'agissant des injecteurs, la fréquence des injections combinée aux effets propres du crack aboutit fréquemment à une détérioration importante du capital veineux.

Chez les usagers de crack, il est fait mention aussi de complications traumatiques liées notamment aux blessures par arme blanche, en lien avec les violences propres à ce milieu ; aux coupures aux doigts occasionnées lors du découpage de la « galette » de crack. En outre, les atteintes dermatologiques, essentiellement dues à l'absence d'hygiène corporelle, telles que les dermatoses, les « poussées d'acné » ;

Ekbohm<sup>8</sup>, sont fréquentes de même que la détérioration des pieds (ampoules, plaies, tendinites) engendrée par de longues séquences de marche nécessitées par la recherche du produit. Plus graves sont les pathologies pulmonaires et respiratoires provoquées par les bronchites chroniques et les crises d'asthme chez les sujets prédisposés ; ainsi que les spasmes des artères coronaires produisant des douleurs thoraciques. A cela s'ajoute le plus souvent la détérioration de l'état bucco-dentaire, notamment des incisives supérieures, liée probablement à l'effet vasoconstricteur du crack qui à la longue déchausserait et casserait les dents et à l'inhalation à chaud du crack, de l'ammoniaque et/ou du bicarbonate de soude qui enflamme et altère les muqueuses buccales et nasales.

Par ailleurs, il est rapporté des difficultés constantes de prise en charge sanitaire et sociale liées en partie à l'extrême marginalité de ces populations et au fait que les équipes médicales ne sont pas toujours suffisamment sensibilisées aux pathologies spécifiques engendrées par le crack. De plus, maints usagers de crack, dans la mesure où ils n'ont pas recours à l'injection, ne se considèrent pas comme toxicomanes et de ce fait ne fréquentent pas ou peu les CSST. En outre, l'absence de traitement de substitution à la cocaïne/crack réduit l'offre de la palette de soins et ne facilite pas la rétention de ces patients et leur observance aux traitements des pathologies annexes. Plus particulièrement, à Paris, il a été fait mention des difficultés particulières dans la prise en charge des usagers du crack d'origine antillaise, notamment de ceux utilisant le rhum pour gérer la descente. La prise en charge de ces patients nécessiterait dans ce cas de prendre en compte des facteurs culturels.

## **REPRÉSENTATIONS DE LA COCAÏNE ET DE LA FREE BASE/CRACK ET RISQUES ENCOURUS**

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. Le fait qu'elle soit principalement sniffée renforce cette perception. 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 évoqué pour le cannabis. La cocaïne est également perçue de manière plutôt positive par les jeunes consommateurs occasionnels, sniffeurs ou fumeurs, socialement bien insérés.

---

8. Sensations bizarres et à la fois désagréables, siégeant dans les jambes et accompagnées d'agitations incessantes, ainsi que d'algomérasthénie (douleurs dans les cuisses) appelé également syndrome des jambes sans repos. Ce syndrome n'est calmé que par une activité constante ou éventuellement la marche

Toutefois, cette image positive est plus nuancée notamment chez les consommateurs réguliers et chroniques. Ceux-ci prennent en effet conscience d'aspects problématiques liés à l'usage tels la dépendance psychique et le caractère onéreux du produit. Généralement associé à une ambiance festive, l'usage occasionnel et/ou festif est bien perçu tandis que l'usage régulier, en revanche, est ressenti comme synonyme de perte de maîtrise, notamment parmi les injecteurs de cette substance qui subissent les contrecoups d'un mode d'administration considéré par ailleurs comme dégradant.

**Dijon** : « *Les usagers la perçoivent comme un produit de luxe non dangereux, festif, devenu enfin accessible. Les usagers socialement insérés ont la sensation de maîtriser leur consommation et de limiter la prise de risques mais ne peuvent pourtant pas s'arrêter. Ils donnent le sentiment d'être "au-dessus" des usagers d'autres produits.* » (Rapport de site)

**Marseille** : « *Chez les usagers occasionnels insérés socialement, la cocaïne est le produit de la fête et lorsque la consommation est restreinte à ce contexte d'usage, est considérée comme sans grand danger. [...] La démocratisation de la consommation s'inscrirait ainsi dans le même temps dans l'appropriation d'attributs symboliques qui font de l'histoire récente des usages de cocaïne avant sa démocratisation une "drogue de bourgeois, de branchés" (Cf l'utilisation du billet de banque et de la carte bleue pour faire une ligne) mais aussi le symbole du "culte de la performance" qui ont fait un produit exemplaire de tendances sociales plus vastes. [...]* ». (Rapport de site)

**Paris** : « *La cocaïne (en poudre) est une drogue qui fascine, globalement perçue comme étant positive et dont les conséquences néfastes sont rarement mises en avant. La cocaïne est associée à une sensation de puissance, elle représente le monde de la nuit, c'est le "champagne des drogues" et sa consommation peut constituer une manière de montrer son pouvoir d'achat. Mais pour les usagers ayant des consommations un peu moins occasionnelles, la grande difficulté de "gestion" du produit est fréquemment mise en avant. Chez les non-usagers, la cocaïne est perçue comme une "drogue de bourgeois ou d'élite", "la drogue des stars et des fêtes" ».* (Rapport de site)

**Toulouse** : « *La cocaïne sous toutes ses formes bénéficie auprès d'une majorité de ses consommateurs de l'image valorisée d'un produit puissant et efficace un peu dangereux mais maîtrisable. Seuls les consommateurs expérimentés savent que la cocaïne est une substance susceptible de générer une forte dépendance et des troubles psychiques ou physiques selon les modalités et la fréquence des consommations. [...] C'est un produit qui, tout en se "démocratisant", comme l'annonce la presse locale, conserve une image "branchée", très "tendance". "La cocaïne reste un produit à la mode".* » (Rapport de site)

Les représentations du crack, quant à elles, sont aux antipodes de celles prévalant pour la cocaïne dite « chlorhydrate ». Celles-ci sont sans nuances, négatives et ce quels que soient le site, le contexte ou la période. Dès son apparition sur la scène française, 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.

Dans les départements domiens, la stigmatisation du crack atteint son comble. Ce produit est perçu comme la « pierre du diable » ; le « produit des ténèbres » et le dealer est présenté comme un « émissaire du diable » tandis que ceux qui le consomment sont considérés comme des « possédés ». Dans le cadre du dispositif TREND, nous avons identifié environ quarante-cinq appellations différentes pour le crack. Ces appellations font référence à la forme, à la couleur, au poids, au conditionnement, à la composition chimique, aux effets positifs et négatifs etc. Ce foisonnement d'appellations peut être assimilé à des tentatives d'euphémisation de la consommation d'un produit devenu au fil du temps irrémédiablement stigmatisé et stigmatisant.

Abstraction faite de Paris et des départements d'outre-mer où la forme fumable de la cocaïne est connue comme étant du crack, sur les autres sites faisant partie du dispositif TREND, ladite forme est connue sous la dénomination de free base. Quoique chimiquement identiques, « crack » et « free base » ne sont pas pour autant des simples synonymes linguistiques interchangeable. Les deux vocables sont porteurs de sens et de significations différentes et investis de représentations diamétralement opposées. Cette divergence réside dans la différence entre les milieux qui consomment le crack et la base. Tandis que le crack apparaît comme une substance consommée par des usagers très marginalisés socialement, la « base » est rencontrée plus fréquemment dans l'espace festif et consommée par des usagers plus intégrés dans la société.

**Metz** : « *Le crack subit la même image que celle de l'injection de cocaïne, alors que la free base connaît une représentation plus tolérante, même s'il s'agit d'un produit identique. Mais sa symbolique reste différente.* » (Rapport de site)

**Paris** : « [...] *Dans le milieu festif techno de type underground (free partie et technivals) où des consommations de free base sont observées, il semble très fréquent que les usagers de free base n'associent pas du tout ce produit au crack. [...] La consommation de free base bénéficie même d'un certain statut dans la mesure où il s'agit d'une pratique d'initiés, faisant appel à un certain savoir-faire (pour la préparation du produit). Chez les non-usagers, que ce soit dans l'espace festif ou non, le crack/free base est considéré comme "le diable en puissance", "pire que tous les produits", c'est un produit "qui accroche trop vite et qui est trop cher", le crack véhicule l'image de "drogue de ghetto qui détruit ceux qui en prennent". La perception du crack est la seule qui converge relativement bien entre les usagers et les non-usagers.* » (Rapport de site)

**Martinique** : « *Le crack a une image très négative, il est vu comme un produit dégradant, dangereux et destructeur aussi bien pour la cellule familiale que pour la société. [...] La dimension magico-religieuse est toujours présente. Le crack serait un produit des ténèbres (la "pierre du diable") et le dealer un émissaire du diable tellement son pouvoir sur l'utilisateur est grand. D'après les usagers, le crack a quelque chose de diabolique car il entraîne des effets tellement démesurés que c'est la seule explication possible.* » (Rapport de site)

*Guyane : « Pour le crack, les perceptions sont plus partagées, à la fois bonnes, car le fait de “fumer” (en fait il s'agit d'un mode inhalé), est considéré comme peu dangereux, en comparaison de l'injection, mais aussi, mauvaises, en référence aux dommages sanitaires, notamment psychiatriques (“rend fou”) et sociaux souvent cités par les usagers eux-mêmes. Dans l'ensemble, peu d'usagers arrivent à une perception de réelle dépendance au produit et la plupart d'entre eux pensent pouvoir arrêter quand ils l'auront décidé. » (rapport de site)*

## **MARCHÉ DE LA COCAÏNE ET DE LA FREE BASE/CRACK ET MODALITÉS D'APPROVISIONNEMENT**

### **Disponibilité des différentes formes de cocaïne**

La disponibilité de la cocaïne sous sa forme chlorhydrate est signalée comme étant large et/ou en cours d'élargissement dans l'ensemble des sites TREND depuis sa mise en place à la fin des années 90. Il en va de même pour ce qui est de la forme basique qui, sans faire nécessairement l'objet d'un trafic, est signalée comme étant présente aussi bien dans l'espace festif que dans l'espace urbain.

En revanche, la disponibilité de la cocaïne sous la forme « crack » est plus réduite. Seuls les trois sites traditionnels connus, à savoir la Guyane, la Martinique et Paris intra-muros, font état d'une présence significative du produit ainsi que de l'existence de réseaux de vente sur leur site.

Ces départements sont dotés de « scènes ouvertes », qui se sont installées au cours des années 1990, où ce produit était vendu par de petits trafiquants en situation de grande marginalité sociale et consommé par des populations aux conditions de vie très proches de ces derniers. L'estimation du nombre de ces errants à Paris et en Guyane fait défaut. En Martinique, en revanche, elle est estimée à environ 400 personnes, rien que dans les rues de Fort-de-France.

À Paris, la scène ouverte du crack est à la fois stable et mobile. Stable dans la mesure où elle est enracinée dans le nord de la capitale, notamment dans les 18e, 19e et 10e arrondissements. Mobile, dans la mesure où les vendeurs et les consommateurs déplacent leurs activités au sein de cet espace en fonction des activités de la police et des réactions hostiles des habitants<sup>9</sup>.

En Martinique, concentrée, auparavant, dans le quartier de la « Mangrove » et dans une moindre mesure sur la place Savane à Fort-de-France, la scène ouverte, du fait des opérations de « nettoyage » menées sur ces sites et de l'augmentation du nombre de consommateurs, s'est petit à petit disséminée dans de nombreux points de l'île n'épargnant aucune commune.

---

9. En 2004, l'intervention policière la plus spectaculaire a eu lieu le 7 septembre dans un squat abritant plusieurs centaines d'usagers de crack situé à Saint-Denis, une commune du nord de Paris.

En Guyane, une scène ouverte existe également dans les trois principales villes du département Cayenne, Kourou et Saint.-Laurent, où le petit trafic de crack est assez visible.

Les scènes ouvertes et la marginalité entretiennent avec le petit trafic de crack des rapports étroits et présentent des similitudes avec les scènes ouvertes engendrées par l'usage d'héroïne. La scène ouverte du crack a, certes, d'abord pour fonction de faciliter l'échange et les transactions autour du produit mais elle fonctionne aussi, pour la population marginale et errante qui la fréquente, comme un espace de socialisation entre pairs. Le rythme d'approvisionnement et de consommation frénétiques imposé par la consommation du crack encourage la présence constante de dealers dans des lieux bien identifiés et névralgiques, facilement accessibles et assure à ces derniers une masse critique de volume de vente qui justifie les risques encourus inhérents à la vente dans l'espace public. Cela peut expliquer, du moins partiellement, l'enracinement des scènes ouvertes dans la région Antilles-Guyane et Paris et l'absence de ce même phénomène sur les autres sites TREND.

Il est frappant de constater que la cocaïne sous sa forme chlorhydrate ne soit jamais parvenue à s'implanter dans la rue en France, que ce soit en métropole ou dans les départements d'outre-mer alors que le crack y est parvenu facilement, du moins dans les quelques sites connus pour y abriter une consommation. Cela est dû, entre autres, au fait que le prix de vente de la cocaïne sous sa forme poudre, à l'unité (1 gramme), relativement élevé la confine dans les sphères d'une clientèle aisée. En revanche sous sa forme fumable (crack), dont le prix est modique à l'unité, la cocaïne est parvenue à conquérir toute une frange d'usagers appartenant, certes, à des couches moins favorisées mais cependant potentiellement génératrices de beaucoup plus de consommateurs.

**Dijon** : « *On ne trouve donc pas, absolument pas, de cocaïne-base vendue sous le nom de crack, ni de caillou, ni de galette, comme on peut en rencontrer en Guadeloupe ou dans certains quartiers parisiens. L'ensemble de la disponibilité du produit se fait sous forme de cocaïne poudre, nous entendons par-là : chlorhydrate de cocaïne, bien entendu cette forme de cocaïne est parfois disponible, surtout quand il s'agit de grandes quantités, sous des formes solides, mais ce n'est pas de la base.* » (Rapport de site)

**Metz** : « *La disponibilité de la cocaïne s'est largement accrue sur le site de Metz depuis le début des années 2000. C'est un produit qui est facilement à la disposition de qui a envie d'en consommer, notamment pour un usage en milieu festif où elle "rivalise" avec l'ecstasy s'il n'y avait pas une différence de prix entre ces deux produits.* » (Rapport de site)

**Paris** : « *Un grand nombre d'observateurs ont signalé en 2004 un accroissement de la disponibilité de la cocaïne à Paris, que ce soit dans l'espace urbain ou dans l'espace festif où elle est signalée par un observateur comme étant "de plus en plus disponible, consommée et acceptée". La cocaïne serait aussi de plus en plus accessible du fait de l'augmentation considérable du nombre de petits revendeurs, réguliers ou occasionnels [...]* » (Rapport de site)

**Martinique** : « *Le crack est toujours très disponible en Martinique sans impression de baisse des quantités disponibles à la vente, on peut en acheter dans toutes les communes de Martinique même les plus petites. Dans certains quartiers de Fort de France ou à la mangrove il est parfois plus facile de trouver du crack que de l'herbe. [...]* ». (Rapport de site)

**Guyane** : « *Bien que les deux formes du produit soient disponibles sur le site, c'est sous la forme "crack" que cette disponibilité est particulièrement forte, avec un sentiment général de diffusion du produit, présent à tout moment et en tous lieux, sur l'ensemble du territoire. La cocaïne : Depuis 2002, on assisterait à une recrudescence de la disponibilité du chlorhydrate de cocaïne, avec une reprise de sa consommation, toujours dans les milieux aisés, mais aussi et, semble-t-il, de plus en plus, dans les milieux de prostitution de Cayenne et Kourou.* » (Rapport de site)

## Prix

Le prix du gramme de cocaïne vendu dans l'espace urbain en 2004 semble être stable par rapport à l'année 2003. Le site de Bordeaux signale une baisse importante (d'environ de 20 euros) par rapport à l'année précédente. Cette baisse serait en lien avec l'échouage sur les plages proches de celui-ci de quantités importantes de cocaïne dont une partie serait bradée par les personnes qui les ont trouvées. Dans certains cas, le prix du gramme est descendu jusqu'à 20 euros. Pour l'ensemble de la période 2001-2004, la médiane nationale du prix au détail, plutôt fluctuant, n'indique pas une tendance franche à la baisse. Le prix médian d'un gramme de cocaïne en 2004 est de 60 euros. C'est le prix le plus bas enregistré au cours de ces quatre dernières années.

### Prix moyen estimé du gramme de chlorhydrate de cocaïne selon les sites

#### Prix moyen par site

SITES	2001	2002	2003	2004
Bordeaux	53	80	65	45
Dijon	72	55	55	60
Lille	62	52	55	50
Lyon	61	65	65	60
Marseille	61	73	50	65
Metz	65	75	70	60
Paris	76	60	77	55
Rennes	83	56	60	67.5
Toulouse	53	67	60	65
Métropole(médiane)	62	65	63	60
Guyane	24	25	30	17.5
Martinique	122	60	55	52.5

Données et exploitation : TREND/OFDT

## Approvisionnement

Les modalités d'approvisionnement et du petit trafic de la forme chlorhydrate et de la forme base diffèrent au moins à trois niveaux. Le premier a trait à la géographie : alors que le petit trafic de la forme chlorhydrate est signalé par l'ensemble des sites TREND, celui de la forme base/crack n'est rapporté que par trois sites uniquement. Le deuxième a trait à l'absence/présence de lieux de vente et de consommation publics. Dans les trois sites où le crack est présent, celui-ci est principalement accessible dans le cadre de scènes ouvertes alors que pour la forme chlorhydrate ce même phénomène est totalement absent. Le troisième a trait à la fabrication et au conditionnement : alors que la forme base disponible sous l'appellation « crack » est majoritairement vendue par des dealers sous forme préfabriquée conditionnée (caillou, galette, plaquette, etc.) la base, même si elle peut être vendue comme telle, est plus souvent préparée par le ou les usagers au moment de la consommation ou juste avant<sup>10</sup>. Il n'existe donc pas sur les sites TREND une modalité d'approvisionnement spécifique pour cette forme. Ce sous-chapitre se focalisera donc sur les deux premières formes susmentionnées (cocaïne poudre et crack).

### Cocaïne poudre (chlorhydrate)

Qu'elle ait lieu dans l'espace urbain ou festif, la vente de cocaïne est un phénomène plutôt discret. Le développement au cours de ces dernières années du deal par « portable » et l'accroissement de la pression policière semble grandement contribuer à cette évolution.

L'achat groupé et l'usage revente, notamment pour les usagers de l'espace festif, semble devenir au fil du temps les modalités d'acquisition les plus usitées de ce produit au demeurant cher, malgré la baisse successive du prix, notamment pour les jeunes.

**Dijon :** « *Les teufeurs qui vendent de la cocaïne sont souvent eux-mêmes consommateurs réguliers du produit, ils vendent pour se permettre de dépenser moins d'argent.* » (Rapport de site)

**Marseille :** « [...] *Il n'existe pas de "scènes ouvertes" de deal de cocaïne. Le deal se ferait de plus en plus fréquemment par le biais de téléphone portable grâce auquel serait fixé le lieu de rendez-vous. En outre des discussions informelles avec des consommateurs occasionnels de cocaïne donnent à voir un mode d'approvisionnement lié au réseau d'interconnaissance. L'achat se fait rarement en soirée, mais a lieu de façon anticipée avant une "fête" via un réseau d'amis en lien avec un revendeur ou au courant d'un "plan". L'achat est souvent groupé qu'il s'agisse de consommateurs insérés socialement ou en situation de précarité.* » (Rapport de site)

---

10. Préparer la free base soit même a une valeur ajoutée en soi par rapport à une drogue achetée déjà préparée ; ainsi l'usager a l'impression de participer à la fabrication de son produit et de ce fait avoir un minimum de contrôle sur la qualité, comme le souligne à juste titre le rapport d'ASUD, « L'enjeu de ces procédures est que dans le cas du crack [...] la qualité du caillou, produit vendu "prêt à consommer", est contrôlée par les dealers, alors que la technique de basage est au contraire utilisée par l'usager comme outil de contrôle de la qualité de la cocaïne ». (Etienne Matter (A.S.U.D), 2003)

**Paris** : « *Dans ce dernier type d'établissement, (bars-restaurants "élégants-branchés") l'approvisionnement en cocaïne se ferait essentiellement par le biais de revendeurs bien connus de leurs clients, joignables par téléphone et qui livrent la drogue soit au domicile des consommateurs, soit dans les établissements en question.[...].* » (Rapport de site)

Plusieurs sites ont mis en exergue le rôle majeur des infrastructures de vente du cannabis dans la promotion de la cocaïne. Dans la plupart des cas, ce rôle prend une des deux formes suivantes :

- La première est la convergence au niveau des circuits de vente de détail qui voit le dealer « mono-carte », en l'occurrence de cannabis, se transformer en vendeur « multi-cartes » en ajoutant la cocaïne à sa panoplie proposée aux acheteurs. Ce même phénomène est observé chez certains dealers jadis vendeurs exclusifs d'héroïne.
- La seconde forme est le passage pur et simple d'anciens petits trafiquants de cannabis à la cocaïne exclusivement. La raison principale est le plus souvent lucrative. A risque d'arrestation égale en effet le gain engendré par la vente de la cocaïne serait plusieurs fois supérieur à celui du cannabis.

### **Cocaïne base/crack**

Dans les trois sites TREND où le crack fait objet d'un trafic (Paris, Guyane et Martinique), les principaux acteurs ainsi que le type de structuration du petit trafic sont très différents.

A Paris, historiquement, deux groupes, plus au moins distincts ont dominé le marché du crack : les dealers antillais qui ont pour ainsi dire introduit le produit et les dealers africains qui ont élargi ensuite le marché vers d'autres groupes notamment les prostituées et les héroïnomanes. Ces dernières années, l'écrasante majorité des personnes interpellées pour des petits trafics de crack sont des ressortissants des pays africains ou des personnes originaires du continent.

En Guyane, les principaux acteurs de petit trafic sont des citoyens des pays limitrophes de la Guyane comme le Brésil et le Surinam ou des pays voisins comme le Guyana et Saint-Dominique. Le marché de détail semble être assuré plus par une myriade de petits revendeurs que par des organisations hiérarchisées. La pression policière a tendance à favoriser le déplacement des lieux de vente et la diversification des méthodes de revente : déplacements rapides en « boosters », utilisation du téléphone portable, livraisons à domicile.

En Martinique, les réseaux de trafic sont constitués essentiellement de ressortissants de l'île anglophone de Sainte-Lucie très proche. L'organisation est pyramidale au sein de petits réseaux indépendants mais solidaires dominés par ces trafiquants. S'appuyant sur une logistique composée essentiellement de Martiniquais, et bénéficiant de l'expérience et de la logistique développées par ceux-ci pour le trafic de cannabis, les trafiquants saint-luciens ont pu s'assurer une mainmise quasi totale sur l'importation du crack. Celui-ci demeure, quant à la vente au détail, séparé du cannabis. Le petit trafic est assez visible dans l'espace public et semble s'être doté

d'un certain degré d'organisation et de hiérarchisation dans lequel on trouve à la base l'utilisateur revendeur « jumpy » et au sommet le boss, le lieutenant et le capitaine.

## CONCLUSION

La diffusion de la cocaïne sous ses deux formes, chlorhydrate et base, est en cours d'élargissement. Jouissant, sous sa forme chlorhydrate, de représentations sociales positives notamment attachées à la réussite sociale et professionnelle, elle constitue en outre un des rares produits disponibles sur le marché dont le consommateur peut faire usage afin d'augmenter ses performances dans la sphère professionnelle et privée (festif et sexuel). La cocaïne base sous l'appellation « crack », quant à elle, quoique perçue défavorablement, poursuit aussi un processus d'élargissement, qui est limité géographiquement à Paris et aux Antilles Guyane et socio démographiquement aux usagers marginaux et désocialisés.

Cet élargissement de la diffusion de la cocaïne sous ses deux formes, entamé depuis environ une dizaine d'années, se confirme grâce aux différents indicateurs permettant d'en constater et d'en mesurer l'ampleur. La disponibilité du produit ne cesse de s'accroître tandis qu'en même temps son prix connaît des baisses successives au point de devenir abordable à un nombre croissant de personnes désireuses d'en consommer. Ce phénomène est sans doute en lien avec l'augmentation du trafic international en direction de l'Europe au cours de la même période, qui se traduit par la multiplication des réseaux ad hoc de petit trafic souvent produit de la reconversion des réseaux de deal d'héroïne et de cannabis vers la vente de cocaïne ainsi que l'intégration de celle-ci aux palettes de produits initialement vendus. Son accessibilité s'en trouve donc grandement facilitée.

Contrairement à d'autres usagers de substances psychoactives, les adeptes de la cocaïne ne sont guère frappés de la stigmatisation attachée à l'usage de produits illicites. Précédée d'une représentation élogieuse de drogue « maîtrisable » et « gérable », ayant peu de conséquences négatives en termes de dépendance, la cocaïne s'introduit facilement dans des réseaux sociaux diversifiés.

L'ensemble de ces éléments ne laisse donc pas présager d'un ralentissement du processus de diffusion en France de cette substance dans les années à venir.

## L'USAGE D'AMPHÉTAMINES

---

Les amphétamines possèdent des propriétés stimulantes et anorexigènes. L'amphétamine (« speed ») a été synthétisée pour la première fois en Allemagne en 1887. Des dérivés ont été utilisés au cours de la Seconde Guerre mondiale pour maintenir les soldats en éveil et à partir des années 60 comme thérapeutique de l'obésité. La méthamphétamine (Ice, Yaa baa) a été synthétisée en 1919 au Japon. Elle est particulièrement utilisée en Asie du Sud-Est (Thaïlande et Philippines). L'amphétamine et la méthamphétamine sont classées comme stupéfiants en France.

### LES USAGERS D'AMPHÉTAMINE EN 2004

Trois sites, Marseille, Metz et Toulouse, rapportent un élargissement du spectre habituel des consommateurs de « speed » en direction de populations fréquentant les raves commerciales voire les clubs et donc se rapprochant du profil moyen de l'usager d'ecstasy. Cependant, il apparaît cette année, comme les années précédentes, que la consommation de speed demeure attachée à une population de « teuffers » évoluant dans l'espace festif alternatif et de type « nomades » ou « errants ». Ce constat est corroboré par l'étude quantitative relative aux usagers de l'espace « musiques électroniques », laquelle confirme qu'il existe bien une surconsommation de l'amphétamine dans les milieux « free/rave ». Près d'une personne sur trois (29 %) en a consommé le mois écoulé dans ce milieu contre moins d'une sur dix dans les trois autres milieux festifs. Cette population est plutôt précarisée socialement et fréquente épisodiquement les structures de première ligne implantées dans l'espace urbain.

**Bordeaux** : « *Consommé par les usagers les plus marginalisés, les teuffers et ceux qui naviguent entre les deux espaces.* »

**Lyon** : « *Parmi les consommateurs accueillis en boutique, on trouve une population diversifiée : des jeunes garçons et filles de 16/17 ans, de jeunes filles d'environ 20 ans, des adultes de 30/35 ans... qui ont peu de moyens financiers. Pour eux, l'amphétamine est "la coke du pauvre". Ils sont tous polyconsommateurs.* »

**Marseille** : « *[...] deux profils spécifiques d'usagers consommant volontairement des amphétamines peuvent être dégagés. Le premier profil est celui d'un homme (60 % des cas) âgé en moyenne de 24/25 ans, très fortement inséré dans le milieu techno (appartenance identitaire forte de type "tribes" ou "travellers"),*

*en perte progressive de lien social ordinaire (travail, famille...) et dont les consommations importantes peuvent dépasser l'espace festif. Le second profil est celui d'un homme (75 %) âgé en moyenne de 30 ans présentant un profil plus urbain que festif (précaire), souvent anciennement pharmacodépendant aux opiacés et/ou ayant déjà, avant sa participation au milieu techno, consommé des amphétamines, souvent par injection. » (Rapport de site)*

**Paris** : *« les amphétamines semblent être essentiellement consommées par les amateurs de courants musicaux comportant beaucoup de basses (hardcore, technopunk, etc.). les usagers seraient relativement jeunes 16-25 ans, souvent également usagers de LSD. » (Rapport de site)*

**Toulouse** : *« Notamment dans l'espace festif underground où leur consommation [d'amphétamines (NDR)] est observable quasi systématiquement, mais aussi dans l'espace festif commercial de façon plus intermittente, comme l'atteste l'enquêteur ethnographique : le "speed" qui circule dans le milieu commercial provient du milieu festif "techno". [...] dans l'espace urbain, et notamment dans les lieux qui accueillent les populations nomade ou en errance, les amphétamines sont très appréciées : "On entend beaucoup plus parler d'amphétamines que de LSD" parmi les usagers qui fréquentent une structure de première ligne, explique un intervenant. » (Rapport de site)*

## **LES MODALITÉS D'USAGE**

La forme « poudre » des amphétamines étant de loin la plus répandue, le sniff est logiquement le mode d'administration le plus pratiqué. Cette année, du fait d'une disponibilité importante de la forme pâte, deux sites, Marseille et Toulouse, signalent un fort développement de l'ingestion lors de laquelle un fragment de pâte est entouré d'une feuille à cigarette puis avalé. L'injection semble marginale et ne toucherait, pour l'essentiel, que la frange la plus marginalisée des populations dites « nomades » ou « errantes » .

## **LES PERCEPTIONS DE L'AMPHÉTAMINE**

Dans l'espace festif techno alternatif où la substance est très consommée, l'image de l'amphétamine est plutôt bonne parmi les usagers. Celle-ci apparaît comme un produit correspondant bien aux attentes d'usagers qui veulent pouvoir faire la fête longtemps. En outre, l'amphétamine est moins onéreuse que la cocaïne et bénéficie d'une image de produit « dur » en phase avec un certain esprit de rébellion propre aux milieux alternatifs.

**Bordeaux** : *« le speed paraît bénéficier d'une image toujours valorisée, pour ses qualités propres : stimulant, énergisant, il semble correspondre aux demandes des usagers qui font la fête et être compatible avec les activités de subsistance*

*nécessaires à la vie dans la rue [...] » (Rapport de site)*

**Lyon** : « *Le speed a une image particulière de produit assez violent : “c'est pas cher et ça tabasse.” ; “c'est un peu guerrier”. C'est également un produit associé à la fête, avec une image plutôt positive.* » (Rapport de site)

## ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ

Les amphétamines sont disponibles sous trois formes :

- les formes « poudre » et « pâte », qui sont les plus répandues ;
- la forme « comprimé », qui semble beaucoup plus rare.

En 2004, le speed apparaît selon les observateurs du réseau des sites comme un produit quasi exclusivement présent dans l'espace festif techno. La disponibilité du speed varie selon les événements et il semblerait que cette substance soit davantage présente dans les événements du type teknivals ou free parties que dans les clubs ou les discothèques.

Dans l'ensemble, les sites font état d'une stabilité dans l'usage du speed, lequel fait désormais partie des consommations banales à l'intérieur de l'espace festif aux côtés de l'ecstasy ou de la cocaïne.

Deux sites, Metz et Paris, font état toutefois d'une recrudescence importante de la consommation dans l'espace festif.

**Metz** : « *La proximité de l'Allemagne semblerait influencer sur la plus grande disponibilité de ce produit en Moselle-Est, mais aussi sur la zone de Metz. Et, à cet égard, l'année 2004 est décrite par certains comme “l'année du speed”. Encore que cette observation doive être relativisée, car le speed n'a jusqu'à présent, jamais été très présent sur la scène festive messine. Sa présence aujourd'hui, depuis l'été 2003, avec une amplification en 2004, le rend donc plus visible que par le passé et peut influencer les jugements. Toujours est-il que les observateurs en milieu festif décrivent sa disponibilité comme importante dans les raves payantes et les free parties. Elle le serait un peu moins dans les soirées privées et plutôt rares dans les clubs.* » (Rapport de site)

**Paris** : « *[...] dans l'espace festif alternatif (free parties et teknivals), les amphétamines seraient très largement disponibles [...]. L'une des structures explique cette 'consommation massive' dans le milieu des free parties par le “renouveau punk” et le “retour des squats” (milieux où les amphétamines étaient “traditionnellement fréquemment utilisées”).* » (Rapport de site)

Dans l'espace festif, les prix du gramme de poudre, forme la plus largement répandue, varient selon les sites en fonction de la disponibilité du produit. En 2004, ceux-ci sont comparables à l'année précédente et s'inscrivent dans une échelle qui va de 10 euros sur les sites où il est très disponible (Paris, Toulouse) à 30 euros avec un prix moyen de 20 euros.

## **La méthamphétamine (Yaba, Ice)**

Comme l'année dernière, les informations relatives à ces deux substances sont quasi inexistantes ou ne dépassent pas le stade de la rumeur. Toutefois, certains observateurs, relayant des informations circulant dans le cadre du clubbing homosexuel parisien évoquent un début d'usage de méthamphétamine dans ces milieux. En décembre 2004, le magazine *Têtu*<sup>11</sup>, proche de la communauté gay, annonçait l'arrivée du crystal et lui consacrait un dossier axé sur les dangers engendrés par l'usage, à partir de témoignages de consommateurs américains, notamment en matière de relâchement des pratiques de prévention lors des rapports sexuels.

## **CARACTÉRISTIQUES TOXICOLOGIQUES DE L'AMPHÉTAMINE**

En 2004, de l'amphétamine est retrouvée dans 100 poudres (50 % de l'ensemble des poudres), 37 comprimés (5 %), 5 pâtes (100 %) et 4 gélules (7 %).

La part de comprimés contenant de l'amphétamine a diminué puisqu'elle atteignait 9 % en 2003. Seules 3 (10 %) personnes savent que leur produit contient de l'amphétamine. Dans 90 % des cas, les comprimés sont supposés contenir de la MDMA ou sont identifiés comme ecstasy : 12 (40 %) d'entre eux contiennent effectivement de la MDMA en association avec l'amphétamine, les 18 (60 %) autres contiennent de l'amphétamine associée à de la caféine.

La part de poudres contenant de l'amphétamine augmente encore légèrement : 39 % en 2002, 45 % en 2003 et 50 % en 2004. Les trois substances amphétamine, caféine et MDMA permettent de former 90 % des associations retrouvées : 60 % pour amphétamine et caféine, 18 % pour l'amphétamine seule, 14 % pour l'association amphétamine - MDMA et 2 % pour les 3 composés. Les autres produits contiennent des substance médicamenteuses (phénacétine, paracétamol, kétamine) ou de la cocaïne. La plupart des personnes savent que leur produit contient de l'amphétamine (90 %). L'association amphétamine - MDMA n'est identifiée que par une personne sur les 13 en possession du mélange. Le dosage médian des poudres en amphétamine est de 8 %, avec la moitié des dosages compris entre 4 % et 12 %. Lorsqu'elles contiennent de la caféine, le dosage est très élevé puisque pour les 23 dosages effectués, le dosage médian se situe à 75 %.

## **La méthamphétamine**

Seul 2 % des produits collectés par le dispositif SINTES contiennent de la méthamphétamine. Elle est contenue essentiellement dans des comprimés, en association avec de la MDMA. Pour deux produits, un comprimé et une gélule, le produit a été retrouvé seul.

Sur l'ensemble des personnes interrogées, 10 personnes pensaient être en possession de méthamphétamine. Seul un des produits en contenait réellement, les autres étaient constitués d'amphétamine, MDMA, caféine, paracétamol, propoxyphène.

11. « Drogue, alerte au Crystal », *Têtu* numéro 95, décembre 2004.

## L'ECSTASY

---

### LES USAGERS

En 2004, comme les années précédentes et compte tenu de la très large disponibilité de l'ecstasy, la diversité des groupes de consommateurs est telle qu'il est devenu très difficile de dresser un portrait type du consommateur moyen. En effet, si l'ecstasy demeure la substance privilégiée de l'espace festif techno et ce quels que soient les types d'évènements (free parties, teknivals, clubs, discothèques, etc.) et touche donc majoritairement une population jeune et plutôt bien insérée dans la société, les observateurs notent, et ce depuis quelques années, une extension de son usage. Cet élargissement de l'usage concerne des groupes jusqu'alors épargnés par celui-ci comme les jeunes des « cités » issus de l'immigration parce que leurs références culturelles n'étaient pas en phase avec celles de la culture techno ; ou comme les usagers « traditionnels » des structures de première ligne, parce que l'usage de la MDMA ne faisait pas partie des produits traditionnellement consommés dans l'espace urbain. En 2003, 32 % des usagers de structures de bas seuil ayant participé à l'enquête « première ligne » avaient consommé de l'ecstasy au cours du mois écoulé.

### LES MODALITÉS D'USAGE

Les deux modes principaux d'administration de l'ecstasy sont la voie orale et le sniff. Si la voie orale demeure largement majoritaire, le sniff est une pratique de plus en plus visible du fait de l'attrait qu'éprouvent beaucoup d'usagers pour la forme poudre de l'ecstasy dite « MDMA ».

*Paris : « Le sniff d'ecstasy pourrait être en extension, même si cela est douloureux pour les muqueuses. Consommé de cette manière, les effets se manifesteraient plus rapidement (environ cinq minutes contre vingt à quarante minutes lorsqu'ils sont avalés) mais dureraient moins longtemps. Certaines personnes modèleraient et maintiendraient les effets durant toute la nuit, en se faisant de petits "rails" très fréquemment. Ce mode consommation entraînerait aussi une certaine forme de convivialité. Des "lignes" ou "rails" (selon la grosseur) seraient fréquemment offerts ou partagés. [...] » (Rapport de site)*

Cependant, il semble que ce soit dans l'espace festif alternatif que la pratique du sniff soit la plus observée. La surveillance plus prégnante dans les boîtes de nuit et les discothèques empêche en effet le sniff, moins discret que la voie orale, de s'y développer.

Des cas d'injection sont signalés par certains sites, notamment dans l'espace urbain où la disponibilité de l'ecstasy auprès d'une population fréquentant les boutiques serait en hausse. Cette pratique demeure toutefois marginale.

S'agissant des polyconsommations, de plus en plus d'observateurs rapportent la banalisation de l'existence d'associations de produits autour de l'usage d'ecstasy. Celles-ci sont réalisées à des fins de régulation des effets stimulants de cette substance soit pour les modérer (cannabis) soit pour les adapter aux besoins recherchés (alcool). Le triptyque alcool-ecstasy-cannabis, aux côtés d'associations plus marginales, impliquant des opiacés, des hallucinogènes voire des benzodiazépines, semble largement répandu.

**Marseille** : « *Alcool, cannabis, ecstasy* : c'est la consommation standard observée. L'alcool potentialise les effets de l'ecstasy, le cannabis en diminue l'effet stimulant non désiré (stress, contracture musculaire...).

*LSD et ecstasy* : le LSD potentialise l'effet psychodysléptique de l'ecstasy. Les risques de bad trip nous semblent potentialisés par cette association.

*Opium, rachacha, héroïne, kétamine et ecstasy* : l'objectif est d'accompagner la descente en diminuant les effets secondaires générés par la consommation des psychostimulants. » (Rapport de site)

**Paris** : « *Comme cela avait déjà été signalé en 2003, l'ecstasy est de moins en moins consommé seul. C'est un produit qui tend désormais à s'intégrer dans des séquences de consommation. L'ecstasy est souvent associé à l'alcool, au cannabis, à la cocaïne ou au speed, pour amplifier ou moduler les effets : le cannabis va provoquer un effet plus relaxant, plus planant alors qu'inversement la cocaïne ou les amphétamines (speed) augmentera le côté stimulant de l'ecstasy. Pour la "descente", les benzodiazépines, des opiacés, de grande quantité d'alcool ainsi que du cannabis peuvent être utilisés. Il semblerait que les opiacés soient plus utilisés qu'auparavant (héroïne, Subutex®, rachacha).* » (Rapport de site)

### **POYCONSOMMATION : « UNE TRAJECTOIRE TYPE D'UN POLYUSAGER LORS D'UNE FREE PARTY HARDCORE »**

*1 heure du matin : 2 ecstasy gobés + 1 sniff de speed ; 2h30 : 1 sniff de speed ; 3h00 : 1 sniff de speed ; 3h30 : 2 ecstasy gobés ; de 4h00 à 7h00 : 1 sniff de speed toutes les trente minutes (soit environ 1 gramme de speed) + 2-3 sniffs de cocaïne offerte ou échangée + cannabis tout au long de la nuit + un peu d'alcool. Vers 7h00 du matin : grosse dose d'alcool + des 'bangs de cannabis pour descendre. De 7h30 à midi : boulette de rachacha, Lexomil®, Xanax®, parfois " Rabla " [héroïne (NDR)] suivant les opportunités.*

*Extrait du rapport de site 2004 de Paris*

## LES CONSÉQUENCES OBSERVABLES

Les effets sanitaires de l'usage d'ecstasy sont bien connus. Les plus répandus sont liés aux risques de déshydratation pendant le temps de la fête ou à des épisodes dépressifs consécutifs à la phase de descente. Cette année, plusieurs sites mettent l'accent sur la visibilité croissante du phénomène des décompensations psychiatriques notamment chez les usagers réguliers.

**Marseille** : « *Déprime/dépression : elle reste légère pour les consommateurs occasionnels, sévères pour les consommateurs réguliers (consommation au moins égale à plusieurs fois par mois). Les usagers deviennent irritables voire agressifs vis-à-vis de leur rentourage, ils peuvent aussi se refermer sur eux-mêmes. Certains cas nécessitent des prises en charge adaptées. [...] Nous estimons que dans les départements du Var et des Alpes-Maritimes le nombre d'usagers présentant de réelles complications est égal à plus ou moins 4000 usagers (estimation faite à partir d'observations sur divers sites). [...]* » (Rapport de site)

**Paris** : « *Les problèmes de dépression et d'anxiété après des épisodes de consommation sont fréquemment décrits.* » (Rapport de site)

**Rennes** : « *le groupe focal sanitaire a collectivement observé que le nombre de consommations problématiques de ce produit augmentait. Les "dérapages" seraient plus fréquents. Les consommations peuvent dépasser largement le cadre festif et le week-end. Des professionnels parlent même d'un usage parfois "auto-thérapeutique", dans le cas de consommation quotidiennes. Des états hallucinatoires apparaissent alors chez certains sujets. Cependant, aucun élément ne permet de dire si cet état, qui est parfois de l'ordre de la maladie mentale, est induit ou révélé par ce type de consommation.* » (Rapport de site)

## LES PERCEPTIONS DE L'ECSTASY EN 2004

Les perceptions de l'ecstasy diffèrent selon les générations d'usagers et la forme de la MDMA (selon qu'elle se présente sous la forme de pilules/cachets ou de poudre). S'agissant des facteurs générationnels, les observateurs notent une fracture entre les jeunes usagers entrés récemment dans la consommation et les plus anciens. En général, les premiers ont une image très positive du produit, notamment pour ses effets empathogènes. En revanche, les seconds partagent une vision plus nuancée, d'une part parce que les effets sur leur santé d'une consommation sur un plus long terme ont eu le temps de s'exercer, d'autre part parce que la banalisation de son usage en fait un produit démodé, un produit dont l'usage ne permet plus de se distinguer de la masse des « teuffers ». En somme, pour eux, l'ecstasy se ringardise, se banalise et l'enthousiasme des néophytes est regardé avec condescendance.

**Marseille** : « *L'ecstasy est le produit phare du milieu festif techno. Les jeunes usagers ont une perception très positive de la substance. Elle leur permet un contact facile avec autrui. Cependant le discours général en 2004, c'est que*

*“les taz” c'est de la merde, mieux vaut prendre des cartons [LSD]. C'est les grands, les teufers confirmés qui préfèrent prendre des trips que de l'ecstasy, et les petits jeunes passent directement aux trips pour avoir l'air “grand”. Pour les usagers plus anciens, qui lui préfèrent la cocaïne, l'amphétamine voire la kétamine, nous observons une certaine forme de dédain. Ils considèrent que la qualité (concentration en principe actif) a fortement baissé depuis plusieurs années et, selon eux, seuls les cachets artisanaux (sans logos) et les gélules, leur garantissent encore les effets initiaux recherchés. » (Rapport de site)*

**Rennes** : *« La perception positive (comme produit de fête, perception la plus répandue) de l'ecstasy tend à diminuer chez les consommateurs réguliers de ce produit. Il est courant d'entendre chez eux une certaine déception sur la qualité des produits, ce que ne confirment pas les analyses SINTES. Nous pensons donc qu'il s'agit d'un phénomène d'accoutumance. Ils gardent alors en mémoire leurs premières expérimentations où ils pouvaient ressentir pleinement 'les effets speed et love' de ce produit. Des effets qui s'estompent dans le cas de consommations régulières. » (Rapport de site)*

Le second point s'agissant de la perception de l'ecstasy réside dans sa forme. Comme les années précédentes, la forme poudre dite « MDMA » est appréciée par les usagers, car procurant des effets plus forts, tandis que les cachets et les gélules apparaissent le plus souvent comme abritant un produit de mauvaise qualité.

**Metz** : *« Si globalement la perception des cachets ou des gélules d'ecstasy se dégrade, celle de la poudre de MDMA reste positive et en fait un produit plutôt recherché. La poudre permet, en effet, aux dires de ses consommateurs, de mesurer et graduer les effets recherchés par un meilleur contrôle, à la différence des cachets. Selon des initiés interrogés, avec une prise d'ecstasy on a une montée immédiate et une sensation forte, par contre la descente n'est pas agréable. Avec une prise de MDMA, la montée est plus lente, peut-être moins perceptible, mais dans tous les cas moins violente. Les effets sensoriels sont les mêmes que ceux de l'ecstasy mais amplifiés, notamment les sensations liées à la musique. Enfin, avec de la MDMA en poudre, il n'y aurait pas de descente pénible. » (Rapport de site)*

**Paris** : *« L'image négative associée au produit est principalement liée au fait que la “qualité” de l'ecstasy serait considérée comme un produit “pur” très convoité relativement rare et bénéficiant d'un statut élitiste. » (Rapport de site)*

## **CARACTÉRISTIQUES DE L'ECSTASY EN 2004**

### **Les produits contenant de la MDMA**

En 2004, 732 produits sur les 1059 collectés dans le cadre du dispositif SINTES contiennent de la MDMA, soit 69 % des produits collectés. Ceux-ci se répartissent de la façon suivante : 630 (86 %) comprimés, 61 (8,5 %) poudres et

cristaux, 33 (4,5 %) gélules, 4 (1 %) buvards, 2 (0,5 %) liquides et 2 (0,5 %) pâtes. La part de produits collectés contenant de la MDMA est stable par rapport à 2003 (71 %).

### Les comprimés

En 2004, le dosage médian en MDMA s'élève à 60 mg par comprimés. La moitié des dosages est compris entre 47 et 73 mg. La médiane augmente cette année de 6 mg, alors qu'elle baissait régulièrement depuis 2000. La dispersion des dosages reste stable mais autour d'une valeur médiane plus élevée.

Les variabilités régionales demeurent : les dosages médians s'évaluent entre 50 mg à Lille et presque 70 mg pour Toulouse, Lyon et Bordeaux. L'augmentation du dosage médian est très importante pour les sites de Bordeaux et Bayonne (+20 mg).

Le nombre de comprimés dosé à 100 mg et plus par comprimé a augmenté de 1,5 % par rapport à 2003. Cependant, le dosage de la plus grande partie de ces comprimés se situe entre 100 et 120 mg, et non plus dans la tranche 120-140 mg de 2003.

**Tableau : répartition des comprimés dosés à au moins 100 mg**

	Nombre de comprimés (% du nombre total)			
	2003		2004	
110 - 120 mg	19	(2,1 %)	25	(4,0 %)
120 - 140 mg	12	(1,3 %)	4	(0,6 %)
140 - 160 mg	2	(0,2 %)	2	(0,3 %)
160 - 180 mg	1	(0,2 %)		
Total	33	(3,6 %)	32	(5,1 %)

Le nombre de comprimés ne contenant que de la MDMA est de 529 (84 %). Comme chaque année, les produits les plus souvent associés à la MDMA sont la caféine, l'amphétamine, la MDEA, la méthamphétamine et la MDA. Le pourcentage de comprimés contenant d'autres substances que de la MDMA diminue en 2004 (16 %) et revient à un niveau équivalent à ceux de 2001 et 2002 alors qu'en 2003 il atteignait 22 %. Trois substances ont été retrouvées pour la première fois associées à de la MDMA dans des comprimés : l'asarone (note d'information SINTES, réf : <http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir-040930-asar.pdf>), le lactitol et la chloroquine.

Concordance entre contenu supposé et résultat d'analyse : 487 personnes pensaient que leur comprimé contenait de la MDMA : 313 (64 %) des personnes ont cité la MDMA en contenu, 174 (36 %) ont utilisé un terme plus générique. Parmi ces collectes, 450 (92 %) contenaient effectivement de la MDMA ou une substance proche (MDA ou MDEA), 19 (4 %) étaient des spécialités médicamenteuses, 10

(2 %) contenaient de l'amphétamine ainsi que de la MDMA, 5 (1 %) des substances médicamenteuses, 3 (1 %) aucune substance psychoactive connue.

### **Les poudres, gélules et cristaux**

La part d'échantillons de poudres collectées a augmenté : avec 60 échantillons, elle atteint 8 % des produits contenant de la MDMA contre 4 % en 2003. La part des gélules reste stable avec 4,5 % des produits contenant de la MDMA, soit 33 échantillons.

Les gélules sont plus dosées en principe actif que les poudres avec un dosage médian de 54 % de MDMA versus 48 %.

Les trois quarts des gélules ne contiennent que de la MDMA. Pour le quart de gélules contenant un mélange, les substances les plus retrouvées en association sont la caféine et l'amphétamine. Les autres mélanges contiennent des substances médicamenteuses : paracétamol (analgésique) et propoxyphène (morphinique), chloroquine (antipaludéen), bromazepam (benzodiazépine), ibuprofène (anti-inflammatoire), kétamine (anesthésique).

Les mélanges de substances sont plus fréquents dans les poudres puisqu'ils concernent 45 % des produits. La substance la plus souvent retrouvée est l'amphétamine. Elle est présente dans 19 (34 %) échantillon, et pour 13 échantillons c'est la seule substance associée. La deuxième substance la plus souvent rencontrée est la caféine avec 7 échantillons. Les autres substances sont retrouvées plus rarement : trois fois pour le paracétamol (analgésique), deux fois pour la kétamine (anesthésique), et une fois pour la chloroquine (antipaludéen), l'éphédrine<sup>12</sup> (sympathomimétique), ibuprofène (anti-inflammatoire), la MDEA (dérivé amphétaminique), le méprobamate (tranquillisant).

Concordance entre contenu supposé et résultat d'analyse : pour les poudres et les gélules, les personnes identifient directement le nom du principe actif (MDMA) et utilisent peu le terme générique ecstasy (4 %).

■ Poudres : 30 personnes indiquent être en possession de MDMA, et 27 (90 %) en contiennent bien. Pour les trois autres produits, il s'agit de deux poudres contenant de la chloroquine et d'une poudre de cocaïne.

■ Gélules : 37 personnes pensent que leur produit contient de la MDMA ce qui se est exact dans 29 (78 %) des cas. Les huit autres gélules contiennent : de la MDEA (substance voisine de la MDMA) et de l'amphétamine pour deux d'entre elle, de l'éphédrine<sup>1</sup> ou de la pseudo-éphédrine<sup>1</sup> pour trois gélules, deux ne contiennent que de la chloroquine, et une de la valériane.

### **ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ**

L'ecstasy est un produit à la fois très disponible et très accessible dans l'espace festif techno relevant des sites participant au dispositif TREND. La tendance

---

12. Stimulant central de type amphétamine, mais d'action moins marquée

rapportée depuis deux ans relative à une présence croissante de la MDMA dans les clubs et les discothèques se confirme. La raréfaction des free parties, engendrée par les dispositions légales et réglementaires encadrant l'organisation en France de type d'évènements depuis 2002, a provoqué une réorientation de l'offre du produit en direction des évènements festifs payants. En outre, dans le contexte des clubs et des discothèques, marquée par la surveillance accrue des consommations illicites de la part des responsables de ce type de lieux, l'ecstasy apparaît, du fait de sa modalité d'usage majoritaire (voie orale/gobage), comme une substance facilement et discrètement consommable.

**Metz** : « [...] Globalement, sur l'année, cette disponibilité est décrite comme très forte dans les raves payantes, les free parties, les clubs ou discothèques et les soirées privées. [...] on fait remarquer que dans les clubs où la cocaïne est moins directement accessible, en raison de la surveillance des patrons de discothèque, les consommateurs se rabattent sur l'ecstasy. » (Rapport de site)

Dans l'espace urbain, plusieurs sites signalent une présence de plus en plus forte du produit, lequel deviendrait une substance à part entière de cet espace, consommée par des usagers n'ayant pas de contacts avec l'espace festif et de plus en plus par voie injectable.

**Bordeaux** : « Sa consommation dans le milieu de la zone et surtout son utilisation par voie injectable tout comme la baisse des prix, semblent avoir concouru à la dévalorisation de cette drogue dans tous les milieux observés. C'est pourtant au sein de l'espace urbain que ces modifications sont le plus argumentées : “Dans la rue, c'est la nouvelle mode, y'en a vraiment plus [au sens de plus en plus (NDR)] qui shoote les tazes, dans l'ensemble des gens que je connais dans la rue qui se défoncent y'en a moins une dizaine qui shoote les tazes”. » (Rapport de site)

**Lyon** : « Les usagers des boutiques témoignent d'une bonne disponibilité du produit en milieu urbain, il serait souvent proposé au consommateur dans la rue, avec une bonne accessibilité plutôt en journée (lieux publics, gares). » (Rapport de site)

**Paris** : « Si l'ecstasy demeure très disponible dans les espaces festifs, les observations, recueillies en 2004, permettent de noter un accroissement par rapport à l'année précédente de la disponibilité de ce produit et de son accessibilité hors de l'espace festif. En effet, à Paris, on trouverait désormais de l'ecstasy en deal de rue, dans certaines cités du XI<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> arrondissement de Paris auprès de revendeurs de cannabis, aux alentours des discothèques et des gares. L'ecstasy serait également plus souvent vendue comme produit annexe par des dealers de cocaïne ou d'héroïne. » (Rapport de site)

Dans l'espace urbain, l'ecstasy serait recherchée entre autres pour ses effets stimulants : « En milieu urbain, l'effet recherché serait avant tout l'aspect stimulant de l'ecstasy plutôt que son effet “love”. La recherche de sensations de chaleur est également fréquente durant l'hiver. » [Rennes]

## L'USAGE DE PRODUITS HALLUCINOGENES

---

### POINTS DE REPÈRES

#### **L'usage en population générale**

L'expérimentation de champignons hallucinogènes et de LSD en population générale est relativement marginal (respectivement 11 et 10 personnes pour 1000 parmi les 15-75 ans). Le niveau est un peu plus élevé parmi les plus jeunes (respectivement 21 et 15 pour 1 000 chez les 15-34 ans) que chez les plus âgés (respectivement 6 et 8 pour 1 000 chez les 35-75 ans) (a).

Parmi les jeunes de 17 ans ayant répondu à l'enquête ESCAPAD en 2003, les champignons hallucinogènes sont expérimentés par 20 filles sur 1 000 et 49 garçons pour 1000. Le LSD est quant à lui un produit beaucoup moins expérimenté. En 2003, 6 filles sur 1 000 et 11 garçons sur 1000 déclaraient un usage au moins une fois au cours de la vie. Les usages de GHB et de kétamine demeurent marginaux (b).

#### **Les usagers pris en charge par le système sanitaire**

Entre 1998 et 2001, la part des hallucinogènes comme produits à l'origine de la prise en charge d'un nouveau patient dans les CSST (Centres de

soins spécialisés pour toxicomanes) est restée autour de 1 % (c).

#### **Mortalité**

En 2004, un cas de décès par association de LSD, de bienzodiazépine et d'alcool a été enregistré par les services de police. Par ailleurs, le GHB serait en cause dans un décès de même que les champignons hallucinogènes lors d'une association avec l'alcool (d).

#### **Saisies et interpellations pour usage simple**

En 2004, 59 interpellations pour usage simple LSD et 269 pour usage de champignons hallucinogènes ont eu lieu en France soit des hausses respectivement de 13,4 % et de 23 % par rapport à l'année 2003. Le GHB est impliqué quant à lui dans deux interpellations réalisées dans un contexte festif.

Les quantités saisies de LSD ont fortement augmenté en 2004 par rapport à l'année précédente, 19374 supports contre 10 383. Celles de champignons hallucinogènes sont passées de 18 kg à 24 kg. S'agissant du GHB et de la kétamine, les saisies

sont extrêmement faibles avec 4 cl pour le premier et 41 g pour la seconde.

a : BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002*, Paris, OFDT, 2003, 228 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eropp02.htm>).

b : BECK (F.), LEGLEYE (S.), « Les adultes et les drogues en France: niveaux d'usage et évolutions récentes », OFDT, *Tendances* n°30, juin 2003, p. 1-6. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend30.htm>).

c : BECK (F.), LEGLEYE (S.), SPILKA (S.), *Drogues à l'adolescence : Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France.*, ESCAPAD 2003, Paris, OFDT, 2004.

d : PALLE (C.), BERNARD (C.), SEVENIER (E.), MORFINI (H.), CSST 1998-2001. *Exploitation des rapports d'activité-type des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes, 1998-2001*, Paris, OFDT/DGS, 2003, 53 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/csst.htm>).

e : OCRTIS, *Usages et trafic des produits stupéfiants en France en 2004*, Nanterre, DGPN/DGPJ, 2004, 112 p.

## **ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE SUR LES HALLUCINOGENES D'ORIGINE NON NATURELLE**

---

La réapparition du LSD dans l'espace festif techno constatée en 2003 se confirme en 2004. Cette hausse de la disponibilité est toutefois contrastée. Certains sites comme Marseille, Paris et Toulouse signalent en effet une forte hausse de celle-ci tandis que d'autres comme Bordeaux, Lyon et Metz, tout en confirmant la réapparition du LSD dans le champ des consommations, font état du caractère erratique de la présence du produit ainsi que de la fréquence des « arnaques ». Porté par la vogue actuelle pour les produits engendrant des effets de type hallucinatoires, il semble que l'image du LSD, dans l'espace festif techno, soit très bonne. A côté de ses effets très recherchés, il apparaît que cette substance jouit d'une certaine « aura » attachée à sa réputation de substance phare des années 60/70 liée aux différents courants de la contre-culture de cette époque. Il s'agit donc pour beaucoup de jeunes usagers proches des milieux alternatifs du mouvement techno d'un produit mythique.

La Kétamine comme les années précédentes est une substance disponible quasi exclusivement dans le milieu des free parties dans une population marginale s'inscrivant dans les courants underground de l'espace festif techno. Hormis cette population, les observateurs ne rapportent pas d'élargissement du spectre des consommateurs. D'ailleurs la réputation du produit, hormis dans le petit milieu qui la consomme, demeure cette année très négative et est considérée comme incompatible avec l'esprit festif.

Comme l'année dernière, il se confirme qu'il existe bel et bien un usage détourné de GHB en France dans l'espace festif techno. Cet usage demeure toutefois limité géographiquement puisque seuls deux sites, Paris et Marseille, rapportent des observations directes et socialement puisque il semblerait que l'essentiel de l'usage toucherait les milieux proches de la communauté homosexuelle. Dans ce cadre, le détournement de l'anesthésique interviendrait dans le cadre des clubs où les effets désinhibants du produit à très petite dose seraient recherchés. Le site de Paris signale par ailleurs une hausse des accidents sanitaires rapportés par les professionnels de santé consécutifs à l'usage de GHB. Ceux-ci consistent le plus souvent en des états comateux.

## LES USAGES DES SUBSTANCES HALLUCINOÈNES NATURELLES EN FRANCE

---

### INTRODUCTION

Depuis une dizaine d'années, des observations concordantes confirment l'élargissement de la diffusion des drogues d'origine végétale auprès d'un public de plus en plus important. Certaines de ces drogues hallucinogènes sont bien connues telles les champignons et le Datura ; d'autres, en revanche, telles l'Ayahuasca, la Salvia Divinorum et la Rose des bois, ne le sont que très peu du fait d'une tradition de consommation quasi inexistante sur le territoire français.

Le rythme ainsi que le degré de diffusion de chacune de ces substances ne sont pas homogènes. Abstraction faite des champignons hallucinogènes, assez connus et consommés y compris par des populations non observées dans le cadre du dispositif TREND, les autres substances ont vu leur diffusion s'accélérer depuis au moins l'année 2000 et tout particulièrement à partir de l'année 2001. Aujourd'hui, les champignons demeurent les produits les plus expérimentés tandis que la consommation des autres substances demeure réservée à des groupes restreints.

### ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA CONSOMMATION ET CARACTÉRISTIQUES DES CONSOMMATEURS

Les substances hallucinogènes naturelles les plus expérimentées en France sont les champignons. L'expérimentation des autres substances hallucinogènes naturelles est si peu fréquente qu'elle n'est pas mesurable au niveau de l'ensemble de la population. Dans la population générale adulte (18-75 ans), les champignons sont plus fréquemment expérimentés dans la tranche d'âge 18-25 ans que les autres (tableau 1) et aussi plus chez les hommes que les femmes et ce quel que soit l'âge.

**Tableau 1 : Fréquence de l'expérimentation de champignons hallucinogènes à 18-75 ans, 2002**

	18-75 ans	18-25 ans	26-44 ans	45-75 ans	Hommes	Femmes
Champignons	1,1 %	2,3 %	1,6 %	0,3 %	1,4 %	0,9 %

Source : EROPP 2002, OFDT

Chez les jeunes de 17-18 ans, 6 % des garçons en ont déjà consommé au moins une fois dans leur vie, ce qui en fait l'un des produits illicites les plus couramment expérimenté après le cannabis. Les filles du même âge paraissent plus réservées à l'égard des champignons puisque 2,6 % d'entre elles en ont consommé au moins une fois. L'usage récent demeure cependant marginal pour les deux sexes.

**Tableau 2: Fréquence de l'expérimentation et de l'usage récent de champignons hallucinogènes à 17-18 ans, 2003**

	Au cours de la vie			Au cours des 30 derniers jours		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Champignons	2,6 %	5,9 %	4,3 %	0,6 %	1,4 %	1,0 %

Source : ESCAPAD 2003, OFDT

Dans l'espace festif dit « musique électronique » des cinq villes (Nice ; Toulouse, Rennes ; Bordeaux et Metz) ayant participé à l'enquête<sup>13</sup> plus d'un usager sur deux a expérimenté au moins une fois les champignons au cours de la vie. En revanche, une personne sur huit en a consommé au cours du mois écoulé. Dans les structures de première ligne, l'usage au cours du mois écoulé (14 %) est légèrement supérieur à celui ayant cours l'espace festif électronique (12,4 %).

**Tableau 3 : Consommation des champignons hallucinogènes au cours des derniers 30 jours parmi des usagers de structures de première ligne 2003 n = 1082 ; festif électronique n = 1496**

1ère ligne 2003*	Festif électronique 2004/5**
Dans les 30 jours	Dans les 30 jours**
14 %	12,4 %

Données et exploitation : \* TREND/OFDT ; \*\* GRVS/TREND/OFDT

13. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques sociodémographiques et les consommations de substances psychoactives des personnes qui fréquentent l'espace festif « musiques électroniques ». Des investigations ethnographiques préalables permettent d'établir une typologie des événements et des sous-populations à investiguer. Un plan de sondage est alors établi pour sélectionner le nombre et les caractéristiques des répondants (sexe et âge). Le questionnaire, passé en face à face, aborde les pratiques festives, les pratiques de consommation de substances psychoactives, leur accessibilité/proximité, les conduites à risques et les caractéristiques sociodémographiques des personnes rencontrées. Pour en savoir plus : REYNAUD-MAURUPT (C.), AKOKA (S.) et CHAKER (S.), « Faisabilité d'une étude quantitative sur les pratiques des substances psychoactives dans l'espace festif "musiques électroniques" : compte rendu intermédiaire », dans BELLO (P.-Y.) et al., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif TREND, Saint-Denis, OFDT, 2004, p. 231-252 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend03.htm>).

Hormis les profils des usagers de champignons hallucinogènes, de la *Salvia divinorum* et du *Datura*, lesquels sont relativement identifiables, il est difficile, en revanche, s'agissant des autres hallucinogènes naturels de dégager un profil actuel et spécifique des consommateurs, mis à part le fait que l'usage soit plutôt le fait d'expérimentateurs attirés, à des degrés divers, par le mysticisme et le chamanisme.

### **Les champignons hallucinogènes sont consommés dans des groupes très variés**

Les champignons hallucinogènes sont consommés par des multitudes de personnes provenant d'horizons sociaux et culturels différents. Les observateurs du réseau TREND identifient, en 2004, de nombreuses catégories de consommateurs. Celles-ci sont regroupées ici dans cinq sous-groupes non exclusifs :

#### ■ Jeunes

- Des adolescents consommateurs de cannabis ; des jeunes scolarisés « [...] dont la consommation s'insère dans une dynamique d'expérimentation, de quête de sensations où ils apparaissent intéressés par l'aspect « fun » de l'usage de substances euphorisantes » (Dijon) ;

- de jeunes « teufeurs » « dont le choix semble davantage être orienté par la composante hallucinogène de la substance consommée que par son origine naturelle » (Bordeaux) ;

- des jeunes ne s'identifiant pas nécessairement « à un quelconque courant ou mouvance culturelle contestataire » (Toulouse).

#### ■ Marginaux, nomades

- Des « zonards » qui consomment « un peu tout ce qui traîne » (Bordeaux) ;
- des usagers des structures dites de bas seuil d'exigence (Lyon).

#### ■ Amateurs du courant musical techno

- Des usagers, ayant de moins de 30 ans d'âge et qui seraient « issus de toutes les tendances du milieu festif techno, avec néanmoins une forte dominante du milieu "trance" » (Paris) ;

- des « babas » amateurs de musique techno, (trance-go et jungle) mais qui se revendiquent aussi comme « proche de la nature » ;

- des personnes fréquentant des établissements de nuit «clubbers convertis » qui, auparavant, n'étaient pas en mesure de consommer les variétés françaises sur place (préparations culinaires spécifiques, non adaptées à ces établissements) désormais, en mesure de le faire « grâce, semble-t-il, à la diffusion plus large des variétés "exotiques", mexicains, qui, conditionnés secs et vendus au gramme, peuvent être simplement avalés [...] » (Bordeaux)

#### ■ Adeptes de tendances alternatives et chamaniques

Selon les sites, ce sous groupe rassemble en son sein soit des personnes ayant des modes de vie qu'on peut qualifier d'alternatifs comme les « nomades » et les

« *travellers* » : « *ce sont des personnes ayant un background contestataire ou mode de vie alternatif dont les plus représentatifs sont les nomades modernes dites "travellers"* » (Toulouse), soit des personnes adeptes du « *chamanisme, de la spiritualité, des philosophies orientales, des hippies, etc.* » (Paris).

■ Adeptes des tendances « bio » et « ecole »

Il s'agit de personnes se réclamant d'un mode de vie proche de la nature, privilégiant la consommation « bio » sans pour autant être « *forcément en phase avec le milieu techno* » (Dijon) et des jeunes adultes qui « *revendiqueraient une forte conscience écologique, seraient globalement un peu plus âgés (22-35 ans) et maîtriseraient bien les technologies comme Internet* » (Paris).

### **Le Datura : une substance expérimentée par des jeunes plutôt poly toxicomanes et marginalisés**

Le Datura stramonium est un produit quasi exclusivement attaché à des sous groupes constitués de polytoxicomanes et de jeunes marginalisés. En dehors de ce groupe, il peut faire l'objet d'expérimentation, souvent unique, de la part de jeunes issus de milieux plus favorisés (étudiants) fréquentant l'espace festif techno mais consommant en dehors des événements et/ou à la marge de ceux-ci. Toutefois, quelles que soient les personnes et le contexte, abstraction faite d'un sous groupe d'utilisateurs marginaux, il semble que l'expérience du Datura ne se renouvelle que rarement du fait des difficultés à déterminer le dosage adapté et des effets indésirables, souvent décrits comme « *cauchemardesques* » et, semble-t-il, difficilement évitables.

**Bordeaux** : « *En dehors des groupes marginalisés, il semblerait que la consommation de Datura soit essentiellement le fait d'expérimentations plus ou moins durables chez des usagers plutôt jeunes et qui se tarissent rapidement, au vu des expériences vécues ou observées dans le groupe* » (Rapport de site)

**Lyon** : « [...] *Les usagers des soirées festives et des étudiants de l'agglomération l'expérimentent "par curiosité" au détour d'une rencontre avec un consommateur initié.* » (Rapport de site)

**Toulouse** : « *Le Datura est consommée par des jeunes teufeurs inexpérimentés (entre 15 et 20 ans) ou par des polyconsommateurs à la recherche d'autres "drogues" plus puissantes que le LSD par exemple. L'expérience de consommation de datura est souvent très difficile à gérer, et ne laisse pas toujours de très bons souvenirs, de ce fait, elle reste unique dans la vie du consommateur.* » (Rapport de site)

### **La Salvia une substance en cours de diffusion dans des groupes plutôt socialement insérés**

A l'issue d'une première phase de diffusion, autour de l'année 2001, dans des cercles très restreints composés d'amateurs de substances hallucinogènes et plutôt

marginalisés socialement, la *Salvia divinorum* aurait entamé une seconde phase de diffusion dans des groupes plus larges constitués essentiellement de personnes bien insérées socialement. C'est le cas à Toulouse où elle se diffuse à partir de 2002, notamment « *auprès de jeunes de 20-25 ans plutôt insérés socialement, étudiants ou salariés, qui l'intégraient à leur démarche d'expérimentation de produits hallucinogènes* ». Un processus similaire semble se produire aussi à Dijon où deux catégories distinctes de consommateurs sont distinguées par les observateurs de ce site :

- des personnes issues majoritairement de l'espace festif techno « qui ont découvert un produit « légal », à prix modéré, avec des effets directs importants et puissants et des effets de régulation intéressants pour des polyconsommateurs de teuf ».
- des personnes un peu plus âgées sans lien avec ledit espace festif, amatrices et connaisseuses de produits naturels « *très documentés sur le sujet, des fans des années 70, notamment grands consommateurs de cannabis, et pas du tout issus du milieu festif.* »

Lyon et Paris mettent en avant des groupes similaires composés essentiellement de personnes qui soit ont déjà pris des produits hallucinogènes naturels, « *qui cherchent 'à voyager dans la tête' à l'aide d'hallucinations.* » (Lyon) soit sont attirées par le psychédéisme et les cultures chamaniques (Paris). Le site de Bordeaux, quant à lui, rapporte une consommation dans des petits groupes de jeunes « vivant dans la rue ».

## CONTEXTE ET MODALITÉS D'USAGE

### Contextes et motivations des consommations

Contrairement à de nombreuses autres substances psychoactives, telles les opiacés, les hallucinogènes naturels sont dans la plupart des cas consommés en groupe composés de personnes nourrissant généralement des liens amicaux lors de moments particuliers. Les champignons en effet ne font pas l'objet d'une consommation régulière. Ils sont le plus souvent réservés à des événements festifs, ayant lieu ou pas dans un cadre privé, ce qui favorise la convivialité et les pratiques de partage que l'on retrouve par exemple pour une substance comme l'alcool. En outre, le caractère collectif de l'usage contribue à rassurer les participants quant à l'advenue d'éventuels « accidents » lors de la consommation.

Les motivations guidant l'usage d'une substance naturelle semblent être constituées par l'amalgame de critères rationnels et de représentations sociales attachées à une substance donnée, fonctionnant selon trois axes : coût/disponibilité ; facilité/difficulté de gestion des effets indésirables et enfin représentation négative/positive de la substance.

En fonction des groupes de consommateurs, un de ces critères peut prendre le dessus sur les autres. Par exemple, dans le milieu des usagers marginaux, le coût,

presque nul, du *Datura* prime sur les difficultés de gestion et les risques inhérents liés à l'usage.

Cela dit, il apparaît que, de toutes les substances hallucinogènes naturelles, les « psilocybes » français sont les seuls qui réunissent l'ensemble des critères requis. Ils sont en effet disponibles, gratuits ou presque, réputés « sans risques », faciles à gérer et bénéficient de surcroît d'une représentation sociale positive (produit « bio » et convivial).

**Lyon** : « [...] Toutefois, nous pouvons apporter une nuance sur le fait que ce n'est pas tant l'argument de la dangerosité qui primerait que le fait de savoir d'où provient le produit (cueillette des champignons, de *datura*...) et que celui-ci est de qualité (non coupé) étant ramassé par l'usager lui-même. En fait, les usagers seraient rassurés sur le fait de connaître le contenu de ce qu'ils consomment. » (Rapport de site)

**Rennes** : « Les motivations dans le choix de consommer certaines plantes plutôt que d'autres sont pluri-factoriels. La réputation du produit en est un. Il est difficile pour beaucoup de passer outre, d'ignorer l'étiquette de “non comestibilité”, par exemple. Ce type de champignon pouvant provoquer des troubles digestifs, ce peut être un motif de l'écartier. [...] La puissance des effets en est un autre. C'est le cas du *Datura*, dont les effets sont réputés très forts et difficiles à maîtriser, ce qui dissuade plus d'une personne bien que l'accessibilité soit relativement aisée. » (Rapport de site)

## Modalités d'usages

En fonction des substances, la procédure de préparation, de même que le dosage, peut varier de façon importante. En revanche, le mode d'administration varie peu. Les hallucinogènes naturels sont généralement pris par voie orale et, dans une moindre mesure, inhalés à chaud (fumer). La voie nasale est peu utilisée tandis que la voie parentérale semble inexistante.

## Champignons hallucinogènes

Les champignons hallucinogènes sont généralement consommés avec ou sans préparation (dans ce dernier cas, ceux-ci sont directement ingérés par l'usager). Quand ils font l'objet d'une préparation, de nombreuses recettes culinaires ont été identifiées par les observateurs TREND. Parmi celles-ci, quatre paraissent très répandues et peuvent être classées en deux catégories selon que la consommation est immédiate ou différée.

- En vue d'une consommation immédiate :
  - En infusion : les effets se feraient sentir au bout de 15 à 20 minutes ;
  - cuisinés (en omelette, pizza, etc.) : les effets se feraient sentir en l'espace de 15-30 minutes

- En vue d'une consommation différée :
  - Macérés : plusieurs jours/semaines /mois dans des alcools forts (rhums, whisky, vodkas, eau de vie) et dans certains cas aussi avec du cannabis.
  - En confiture avec du miel.

L'amanite tue-mouches se consommerait séchée. Selon le site de Rennes, elle contiendrait un alcaloïde, se manifestant lors du processus de séchage, qui provoquerait les effets de hallucinatoires recherchés, tandis qu'un autre alcaloïde susceptible de provoquer des intoxications, se résorbant au cours du même processus, rendrait le champignon comestible.

Les champignons hallucinogènes sont rarement fumés (2 % dans l'enquête « première ligne 2003 » et 2,9 % dans celle sur l'espace « festif électronique »2004/2005). Lorsqu'ils le sont, notamment en bang, douille, ou joint, les effets des champignons se font sentir plus rapidement et durent environ une trentaine de minutes. Cette voie serait utilisée lorsque la quantité disponible n'est pas suffisante pour être prise par voie orale.

Il n'y a pas de quantité standard à partir de laquelle les effets surviendraient. La dose la plus fréquemment citée se situe autour d'un gramme. En fonction de la variété, celle-ci peut correspondre à une dizaine ou à quelques dizaines d'unités. Des cas de consommation extrêmes (plusieurs centaines de psilocybes ingérés dans la même soirée) ont été aussi rapportés.

Généralement, les usagers considèrent que les variétés étrangères ou exotiques sont mieux dosées que les variétés françaises. C'est la raison pour laquelle ils ont tendance comparativement à en consommer moins.

Lorsque les champignons sont ingérés, des difficultés à établir un dosage adéquat sont souvent rapportées. Elles sont dues dans la plupart des cas au temps de latence entre la prise et l'apparition des effets (environ 15 à 30 minutes). L'absence d'effets durant ce laps de temps encourage l'utilisateur non averti à en reprendre plusieurs fois, ce qui aboutit lorsque les effets commencent à apparaître à des malaises liés au surdosage.

Les champignons ne sont pas en principe associés à d'autres produits psychoactifs. Toutefois, une minorité des usagers, dans le but de moduler les effets qu'ils ressentent en vue d'obtenir ceux auxquels ils aspirent, utiliseraient de manière concomitante ou différée certaines substances telles que l'alcool, le cannabis, la MDMA, etc. :

- l'alcool, pendant la montée, orienterait le « trip » vers l'ivresse (désinhibition, envie de faire la fête) ;
- la MDMA (petite dose) permettrait d'accentuer l'effet empathique et de faciliter la communication ;
- le speed/la cocaïne atténueraient une montée hallucinogène trop violente ;
- les tranquillisants, opiacés faciliteraient la descente ;
- la cocaïne ou le speed équilibrerait/réduirait les effets hallucinogènes.

## Datura

Similaires en cela aux champignons, les graines de Datura sont soit consommées sans préparation soit préparées. Mais, contrairement aux premiers, le but de la préparation n'est pas la conservation pour une consommation ultérieure ou l'adoucissement du goût : les préparations culinaires de Datura visent avant tout à réduire ses effets toxiques. La plus commune de ces préparations est l'infusion des graines seules ou avec d'autres parties de la plante telles que les feuilles et les branches. Une autre préparation décrite consiste à « *cuisiner à feu doux en tournant pendant une douzaine d'heures les bogues avec les graines (ou les graines seules) mélangées à de l'eau jusqu'à l'obtention d'une pâte qui s'ingère ensuite. Cette préparation permet, d'après les consommateurs plus expérimentés, de garder les effets de “défonce” de Datura sans avoir les effets secondaires : perte de maîtrise et troubles oculaires.* » (Toulouse). L'inhalation à chaud (fumer) mélangé ou non au tabac et/ou du cannabis est moins répandue.

Le site de Lyon rapporte des préparations en pommade à appliquer sur la peau, ce qui « *permettrait de limiter les affres de mauvais dosages mais éviterait également le nœud dans la gorge qui empêche d'avalier quoi que ce soit durant les effets du produit* ».

Le dosage de Datura, permettant de produire le maximum d'effets « positifs » et en même temps d'éviter les effets négatifs indésirables, est difficile à déterminer. Lorsque la plante est bue en infusion, le dosage moyen se situerait aux alentours de vingt centilitres. Lorsque les graines sont avalées, la dose nécessaire se situerait autour d'une centaine de graines pour atteindre, dans des cas extrêmes, plusieurs centaines.

Le Datura est rarement associé à d'autres produits. Néanmoins, le site de Bordeaux fait état du cas suivant, rapporté par un usager, d'une préparation à base de Datura et d'alcool : « *dans une bouteille d'un litre et demi mettre 20 fruits de datura (seulement les graines) et 250 champignons de la région, la moitié de la matière allait jusqu'au trois quart de la bouteille et recouvrir d'alcool à 90°, 3 trips rajouté et laissé pendant 10 jours de décantation dans un frigo, le liquide très concentré avait une odeur de datura et de mois.* »

## Salvia

La Salvia divinorum est généralement fumée, sans ou avec du tabac, dans un joint, un bang, une pipe à eau ou une douille : « *Les feuilles sont écrasées et mises dans une douille (soit environ 0,05 mg de Salvia concentré x10 par douille) afin d'être fumées. [...] Les effets maxima sont obtenus en fumant la plante ; en effet la Salvinorine est très mal résorbée par le tube digestif où elle est partiellement détruite, néanmoins les résultats sont meilleurs en mâchant longuement la plante car la muqueuse buccale permet une certaine résorption. C'est en fumant la Salvia qu'on peut obtenir les effets de “décorporation”* » (Dijon)

Elle peut être ingérée voire mastiquée : « *Dans ce cas, huit à dix feuilles de salvia sont trempées dans de l'eau pour les ré humidifier et sont roulées en boule. Celle-ci est mise sous la langue, en mâchant de temps en temps, durant une demie heure environs* » (Lyon).

Elle peut-être prise en infusion.

Lorsqu'elle est fumée les effets sont à la fois rapides et de courte durée (moins de 30 minutes) alors que, prise par voie orale, la Salvia voit ses effets se démultiplier pour être trois à quatre fois supérieurs.

### **Les autres substances**

Les graines de LSA sont généralement ingérées ou préparées en infusion ou marinées dans une boisson alcoolisée. Certains usagers, afin de prévenir une éventuelle nausée provoquée par l'ingestion de ces graines, tentent d'enlever la pellicule qui les recouvre, laquelle, selon ces derniers, serait la cause de ce désagrément. Le dosage le plus fréquent est inférieur à une dizaine de graines.

Le DMT, principe actif de l'Ayahuasca, existe sous deux formes : synthétique et naturelle. La consommation de la forme dite « synthétique » n'exige aucune préparation spécifique. Dans ce cas, le DMT est le plus souvent inhalé à chaud et dans une moindre mesure administré par voie nasale. Pour ce qui est de la forme dite « naturelle » qui exige, quant à elle, une préparation et une maîtrise complexes du dosage, l'usage est fortement ritualisé et ce dans le cadre d'un groupe. Chez les usagers observés à Toulouse, la fréquence de consommation du DMT est fonction du contexte de l'usage : festif ou expérimental. La fréquence peut être rare, deux fois l'an ou plus rapprochée, une fois par semaine.

Le peyotl peut être consommé frais ou concentré sous forme du principe actif à savoir la Mescaline. Cette dernière est extraite soit au terme d'une macération du cactus dans l'éthanol soit en chauffant le cactus avec de l'eau jusqu'à l'évaporation de celle-ci. Dans ce cas, le produit peut être aussi administré par voie nasale, laquelle est cependant une modalité d'administration moins fréquente que l'injection.

### **EFFETS INDÉSIRABLES ET PROBLÈMES DE SANTÉ**

En dehors des problèmes le plus souvent psychiatriques nécessitant une prise en charge par les services d'urgence, la consommation d'hallucinogènes naturels ne semble pas engendrer de problèmes de dépendance nécessitant une prise en charge dans les Centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST).

En 2002, dernière année pour laquelle des données sont disponibles, la part des patients pris en charge dans les structures sanitaires et sociales pour une consommation principale d'hallucinogènes (synthétiques ou naturels) est très faible (0,6 %) et stable depuis cinq ans.

Les problèmes de santé les plus fréquemment rapportés, sur le plan somatique, en lien avec les substances hallucinogènes naturelles sont des problèmes digestifs : maux de ventre ; diarrhées ; vomissements. Sur le plan psychique, il s'agit des bad trip liés à des hallucinations trop fortes, d'incommunicabilité, d'angoisses, d'anxiété, d'agoraphobie, de paranoïa, de sensation de « partir et de ne plus pouvoir revenir » et enfin de troubles de l'humeur : dépersonnalisation, agressivité, panique avec passage à l'acte, épisodes psychotiques aigus.

Les effets indésirables en liens avec les champignons hallucinogènes seraient connus et gérés par les usagers eux-mêmes.

Les effets indésirables liés à la consommation des champignons sont le plus souvent considérés par les consommateurs comme peu fréquents et de surcroît gérables sans recours médicaux. Les effets les plus souvent cités sont digestifs ou psychiques notamment les bad trips. Il semble que la longue tradition de consommation de cette substance combinée avec les savoirs transmis entre pairs ait largement contribué à faciliter la gestion individuelle mais surtout collective de ces effets.

**Dijon** : « *La consommation de champignons peut entraîner des maux de ventre et des diarrhées. Une consommation régulière peut induire des descentes difficiles psychologiquement. D'autres témoignages relatent des spasmes musculaires incontrôlables, des bégaiements et une sensation de fatigue intense après l'effet stimulant ou hallucinogène.* » (Rapport de site)

**Toulouse** : « *Pour ce qui est des effets ressentis non souhaités, les expressions courantes sont "bad trip", "mal triper", "mal délirer" ou encore "faire un bad", "se faire une parano". Dans le discours dominant, les effets des "exotiques" sont ressentis comme "plus forts" que ceux des "locaux". Si les consommateurs (trices) connaissent de près ou de loin des personnes qui ont "mal déliré avec les champis" ou leurs récits (de seconde main), ils ou elles ne rapportent aucune expérience de ce genre en 2004.* » (Rapport de site)

## **Le Datura engendre de graves problèmes de santé**

Les problèmes de santé inhérents à la consommation du Datura sont fréquemment évoqués parmi les usagers des substances hallucinogènes naturelles. Les plus souvent cités sont les problèmes digestifs, l'épuisement, les troubles oculaires, les pertes de repères spatio-temporels, les pertes de mémoire ; des décompensations psychiques ; des confusions mentales et des troubles anxieux ou dépressifs. Des cas d'hospitalisations en urgence directement imputables à l'usage du Datura, sont également rapportés par les sites de Lyon et Rennes. A Lyon, une vingtaine de personnes, dont onze mineurs, et à Rennes une dizaine ont été admises à l'hôpital au cours de ces deux dernières années.

**Lyon** : « *Les effets ressentis et les plus fréquemment décrits sont un dessèchement de la bouche, des hallucinations visuelles, une euphorie, des troubles de la vue (lecture impossible) accompagnés de pertes de repères dans l'espace et le temps (confusion des distances), mais aussi un sentiment de vivre "réellement"* »

*des situations. Selon la quantité absorbée, ils peuvent durer de quelques heures à plusieurs jours d'affilés, avec des réminiscences. Un usager interviewé témoigne de régressions psychiques durant plusieurs jours à la suite de plusieurs épisodes de consommation consécutifs. L'usage de datura peut également entraîner une amnésie qui met l'usager dans l'incapacité de se souvenir de ce qu'il a fait durant plusieurs heures » (Rapport de site)*

**Bordeaux** : « *Le datura provoque dès le moindre effort physique, une fatigue immédiate, et les pertes de mémoire consécutives à sa consommation sont très souvent signalées. Les effets du datura se manifestent tardivement, ce qui semblerait être la cause d'une surconsommation. En 2004, il est à noter que les connaissances sur cette substance au sein des populations de l'espace urbain semblent accrues puisque les recommandations sur les dosages sont de plus en plus présentes dans les discours.* » (Rapport de site)

**Dijon** : « *Le datura : Nous avons recueillis quelques témoignages d'usagers de datura pour lesquels les effets ont été très violents, avec amnésie, désorientation, agressivité, délires voire hospitalisation.* » (Rapport de site)

## **REPRÉSENTATION DES PLANTES HALLUCINOGENES ET PERCEPTIONS DES RISQUES ENCOURUS**

De toutes les drogues illicites, hormis peut-être le cannabis, les substances hallucinogènes naturelles sont celles qui bénéficient de la meilleure perception de la part des usagers.

Cette perception globalement positive semble être la résultante de la combinaison de trois facteurs :

- d'abord la connotation « naturelle » et « saine » de ces substances au regard du caractère « chimique » et « nocif » des autres substances ;
- ensuite les liens très forts de certaines de ces substances avec le mysticisme, (introspection, osmose avec le cosmos, etc) ajouté au caractère souvent convivial de consommations qui se déroulent fréquemment entre amis dans un contexte fait de partage et de don ;
- enfin, le fait que ces substances soient en vente libre dans des pays limitrophes relativise voire neutralise chez certains le caractère illégal de celles-ci en France ainsi que leur dangerosité (sinon les pouvoirs publics des pays où la vente libre est tolérée les interdiraient).

**Dijon** : « *Globalement, les produits d'origine naturelle ne paraissent pas, aux yeux des usagers, aussi nocifs que les produits de synthèse et/ou psychoactifs. Les champignons : D'une manière générale, les psilocybes renvoient une bonne image tout au moins pour ceux qui "tapent un bon trip". Les autres n'en reprennent pas ou peu souvent. Les usagers sont toujours dans l'attente de la prochaine saison de récolte pour partir eux-mêmes à la cueillette. La proximité avec le produit écarte l'aspect nocif.* » (Rapport de site)

**Lyon** : « *Disponible selon la saison, appelés champi, champ, l'usage concerne des jeunes expérimentateurs, déjà usagers d'autres produits. Ils perçoivent les champignons, comme peu nocifs ; l'usage est fréquemment associé au fait d'aller faire la cueillette à plusieurs, de passer un bon moment ensemble, un après midi à la campagne. [...] Cette proximité avec le produit met l'utilisateur en confiance.* » (Rapport de site)

Dans ce système de représentation, la dimension « naturelle », par opposition à celle chimique, constitue le noyau central autour duquel s'articulent les autres dimensions. On entend par « naturel », la double acception du terme : produit qui vient de la nature par opposition au produit fabriqué par la chimie de synthèse mais aussi produit qui s'est développé sans l'ajout d'engrais ou de moyens techniques visant à accélérer la production ou augmenter le rendement. Cette valorisation du naturel au détriment du chimique accompagne ou suit une tendance générale de valorisation des produits de consommation dont l'origine est connue ou du moins « traçable », en tête desquels les produits « bio ».

**Dijon** : « *Le "bio", une tendance qui se confirme. Depuis 3 ans, nous assistons au retour de la consommation de substances naturelles. L'intérêt grandissant pour les produits "bio", labellisés "écologique", estampillés produits "sains", garantis sans produit de coupe sont présentés comme étant moins dangereux et apparaissent comme moins risqués par rapport au deal. Actuellement dans certains milieux, la mode est indéniablement aux produits naturels. [...]* » (Rapport de site)

**Rennes** : « *Contrairement aux produits de synthèse ou produits tels la cocaïne et l'héroïne, les produits psychoactifs d'origine végétale possèdent, aux yeux des usagers, une image moins diabolisée. Cela est peut-être dû à leur statut de produit naturel qui implique pour eux une nocivité moindre.* » (Rapport de site)

**Bordeaux** : « *[...] Ce qui est entendu par les usagers comme naturel est avant tout la qualité de la substance qui 'pousse librement dans la nature, ce que la nature veut bien te donner. Mais il s'agit aussi de substances mises en culture, mais pour lesquelles l'intervention humaine apparaît "raisonnée". De façon plus pragmatique, il s'agit de ne pas intervenir chimiquement (engrais, hormones...) ou physiquement (culture de placard par exemple sous lampes). Nous voyons ainsi poindre dans les catégorisations des usagers, le label bio des substances hallucinogènes d'origine naturelle.* » (Rapport de site)

A l'issue de cette première distinction/hiérarchisation entre chimique et naturel s'opère, au sein cette dernière famille, une seconde hiérarchisation fondée cette fois sur la dangerosité du produit où il apparaît que les substances les mieux perçues sont celles dont la consommation semble la moins risquée. C'est le cas par exemple des psilocybes locaux suivis par les champignons exotiques ou étrangers, la Salvia ; la Rose des bois, etc. A l'opposé, le Datura dont les risques de consommation sont jugés élevés serait stigmatisé et son image serait négative.

**Paris** : « *L'opinion des usagers de salvia est souvent mitigée. Le produit aurait des effets souvent jugés comme étant trop aléatoires selon le mode de culture. Les hallucinations produites sont qualifiées par certains de “sombres”, “déplaisantes”, “cauchemardesques” alors que pour d'autres usagers, il s'agirait au contraire d'une “drogue extraordinaire, permettant le contact avec une dimension religieuse et mystique insoupçonnable, un univers chamanique végétal (sentiment de fusion avec la nature)”, etc. Nombreux seraient aussi les usagers de salvia affirmant ne pas avoir eu d'effets ou en avoir très peu.* » (Rapport de site)

**Toulouse** : « *Les consommateurs de plus de 25 ans du milieu festif techno que nous avons interrogés, voient le Datura comme une drogue très puissante et tous affirment qu'ils ne reproduiront jamais cette expérience. D'autres, amateurs plus expérimentés tout en considérant qu'il s'agit bien d'une drogue puissante, dont la connaissance des dosages, et des effets est indispensable pour pouvoir en consommer. Certains non consommateurs sont tentés de faire l'expérience, mais dans le cadre d'un “voyage” “accompagné” par des chamans.* » (Rapport de site)

Pour les amateurs de substances hallucinogènes naturelles, le naturel ne rime pas forcément avec l'innocuité pour la santé physique ou psychique. Au contraire, les risques les plus fréquents inhérents à la consommation de ces substances sont, grosso modo, identifiés. Ceux-ci sont essentiellement deux dont l'un relève plutôt du psychique comme les hallucinations incontrôlées (bad trip) et l'autre plutôt du physique comme les intoxications alimentaires. Le risque de dépendance, quant à lui, compte tenu du caractère occasionnel de la consommation de la plupart de ces produits, n'est pas considéré comme sérieux.

Ces risques psychiques et physiques éventuels sont, dans la plupart des cas, jugés acceptables car maîtrisables et gérables sans intervention extérieure.

Pour y faire face les expériences cumulées des usagers mettent en avant la nécessité d'être accompagné par des « guides », un chamane dans le cas de l'Ayahuasca ou, au moins, une personne expérimentée, comme c'est le cas avec les champignons hallucinogènes, connaissant le dosage et les modalités d'administration et apte à intervenir en cas de besoin.

**Bordeaux** : « *Pourtant malgré ces sélections de produits, au plus proche de la nature, les usagers n'en considèrent pourtant pas qu'ils sont sans danger. En témoignent les précautions dont ils s'entourent pour préparer ces substances et les discours qui étayent leur consommation. Malgré cette opposition élémentaire, ils reconnaissent que certains de ces produits sont, comme ils les nomment, des poisons. Ils semblent s'inscrire dans les grands paradigmes actuels : ils font des substances bio “moins nocives pour le corps et l'esprit”, mais les savent néanmoins potentiellement dangereuses. Dès lors, les comportements de préparation prennent une place cruciale dans leur consommation où la connaissance et la maîtrise sont indispensables... et c'est à cet endroit que les expériences chamaniques deviennent de précieux supports.* » (Rapport de site)

**Rennes** : « *Vis-à-vis de la représentation des risques en lien avec ce type de consommation, le risque de troubles psychologiques, de “phénomènes de décompensation”, de “bad trips” est le plus souvent évoqué, comme nous avons pu le voir à maintes reprises au cours du récit de cette investigation. Les usagers ont tout à fait conscience de ce risque, pour ce qui concerne les produits les plus connus. C'est pour cette raison, qu'ils se montrent vigilants dans la prise du produit, comme par exemple, vis-à-vis de la quantité de produits consommée. Mais plus que tout, la notion de risques est liée, d'après les usagers, à l'état psychologique dans lequel se situe le consommateur, au moment de la prise. Parmi les consommateurs interrogés, nous avons pu observer des attitudes “responsables”. Il émane de certains propos recueillis une volonté de réduire les risques.[...]* » (Rapport de site)

## **MARCHÉ DES PLANTES ET MODALITÉS D'APPROVISIONNEMENT**

L'approvisionnement en produits hallucinogènes naturels est à bien des égards différent de celui qui prévaut pour les autres substances illicites. En effet, aucune de ces plantes ne fait l'objet de trafic organisé comme c'est le cas pour le cannabis, l'héroïne ou la cocaïne. Cette particularité peut s'expliquer par l'étroitesse du marché lié au caractère plutôt occasionnel et plutôt non addictogène de ce type de consommation. L'approvisionnement continu n'est donc pas une nécessité. En outre, les amateurs de ce genre de substances privilégient volontiers les notions de partage et de convivialité au détriment de la recherche d'un profit quelconque. Ainsi, dans la plupart des cas, ces substances font l'objet de dons, de prêts et de troc mais rarement de vente. Lorsque celle-ci est pratiquée, elle se tiendrait plutôt lors des grands rassemblements festifs de type teknival.

**Bordeaux** : « [...] *Mais tout comme les hallucinogènes un peu spécialisés, les graines de LSA se partagent ou s'échangent plus qu'elles ne se vendent.* » (Rapport de site)

**Lyon** : « *Les champignons hallucinogènes psilocybes sont rarement vendus mais plutôt échangés contre du cannabis ou partagés à plusieurs. Ils ne sont pas considérés comme une drogue.* » (Rapport de site)

**Rennes** : « *En Bretagne, les produits psychoactifs naturels ont une valeur toute relative.. Ainsi, du fait de leur disponibilité et de leur accessibilité, les psilocybes n'ont quasiment pas de valeur marchande et particulièrement au moment de la cueillette.*

*Les psilos possèdent éventuellement la valeur d'un produit de troc. Dans la majorité des cas, ils sont l'objet de dons. Par contre, lors d'une période éloignée de la cueillette, le psilo voit sa valeur augmenter. Généralement, les produits naturels psychoactifs coûtent peu d'argent à leur possesseur, aussi celui-ci ne se situe pas forcément dans un besoin de rentabilité.* » (Rapport de site)

Cette quasi-absence de deal se traduit par le développement d'un système d'approvisionnement alternatif fondé essentiellement sur le ramassage et la cueillette des plantes qui s'y prêtent ; l'auto culture ; l'achat à l'étranger par le biais de l'internet ou dans les pays proches de l'Hexagone.

Une des conséquences de ce système alternatif est la difficulté d'apprécier la disponibilité et l'accessibilité de ces plantes par les méthodes conventionnelles d'observation. Abstraction faite des variétés françaises des champignons hallucinogènes, le recours fréquent à l'auto-culture et à des cessions non commerciales (don, échange, vente directe par le producteur) complexifie encore l'observation.

Afin de se procurer des substances hallucinogènes naturelles, les usagers ont recours, en fonction du produit, à une ou plusieurs des quatre modalités suivantes :

#### ■ Ramassage et Cueillette

Cette modalité est essentiellement utilisée pour deux substances : les « psilocybes » français, récoltés entre fin août et fin octobre et le *Datura*, plante d'ornement, ramassée dans les jardins publics de nombreuses régions en France.

*Rennes* : « *La cueillette est le mode d'approvisionnement le plus répandu en Bretagne, en ce qui concerne les champignons. Certains endroits propices à l'apparition de psilos sont jalousement tenus secrets. [...] La cueillette est également un mode d'approvisionnement dans le cas du Datura. Cette plante est présente dans les parterres de certains jardins publics. Cette information s'est répandue à grande vitesse, au sein du milieu urbain rennais, l'année dernière. La cueillette est un mode d'approvisionnement qui engage peu la responsabilité de l'utilisateur. Loin de lui, la crainte d'être perquisitionné, comme cela peut être le cas d'une personne ayant recours à l'autoproduction.* » (Rapport de site)

#### ■ Auto-culture

Le développement de l'auto-culture des plantes hallucinogènes au cours de ces dernières années résulte de la jonction de trois éléments :

- le développement de l'autoproduction du cannabis qui a contribué à populariser cette technique d'approvisionnement ainsi que ses « avantages » en termes de coût, de qualité et de sécurité d'approvisionnement ;

- la facilité pour se procurer des matériels ainsi que les savoirs faire nécessaires grâce à l'internet et aux « grow shops » ouverts dans de nombreuses grandes villes ;

- enfin l'enracinement, dans la mentalité des usagers, de l'idée de la supériorité de sa propre production que ce soit en termes de qualité du produit ou de dangerosité.

Auparavant réservée aux initiés, ayant le savoir faire et les ressources pour financer les installations nécessaires au démarrage de telles activités, l'auto-culture des plantes hallucinogènes s'étend désormais à des cercles de consommateurs plus larges, dépourvus des savoirs-faire adéquats et des ressources nécessaires. La vente en boîte, prête à l'usage, contenant l'ensemble indispensable, y compris

les graines nécessaires à l'auto culture à domicile, a, pour ainsi dire, résolu le problème du savoir-faire. Par ailleurs, la baisse du prix des installations, au cours de ces dernières années, semble avoir résolu celui des ressources d'autant plus que la production de la plupart de ces plantes occasionne beaucoup moins de dépenses que l'auto culture du cannabis. Dans certains cas, les personnes se cotisent pour acquérir ces installations et partagent ensuite la production dont une partie peut aussi être vendue à l'entourage.

Le site de Dijon, à partir des informations fournies par des personnes travaillant dans un magasin d'auto culture « grow shop », donne une idée du coût de production de certaines de ces plantes « *Le kit minimum permettant l'auto culture d'intérieur se chiffre à environs 300 euros. Cela comprend une lampe horticole, un système de ventilation, des pots, du terreau et de l'engrais. L'investissement varie beaucoup selon l'équipement et les accessoires que souhaite acquérir l'utilisateur, qui vont bien sûr avoir une influence sur la qualité et la rapidité de la floraison. Un équipement "haut de gamme" peut atteindre 2000 euros. L'équipe d'un "grow shop" nous informe que certains jeunes, et principalement des étudiants, se cotisent pour organiser une production partagée.* »

#### ■ Acquisition au delà des frontières :

Le rôle du réseau Internet dans la facilitation de l'accès aux produits naturels est indéniable. Contrairement aux produits illicites tels que l'héroïne, la cocaïne etc., universellement prohibé par les traités internationaux, les plantes hallucinogènes naturelles sont interdites dans certains pays et autorisées dans d'autres. Cette situation a permis à des sites commerciaux d'en faire la promotion et d'en vendre ainsi en toute impunité. Ainsi des plantes, des procédés de culture, des modalités d'usage autrefois confidentielles réservées à des groupes restreints ultra minoritaires sont devenus en l'espace de quelques années accessibles à tout expérimentateur.

Acheter en ligne des produits prêts à la consommation, sous forme de grains ou de kits de production, même pour des plantes classées comme stupéfiants en France, en dépit du risque d'interception des colis, demeure « avantageux » en termes de prix et de qualité. A cela s'ajoute d'autres avantages non matériels tels que le sentiment d'appartenance à une communauté « virtuelle » d'amateurs et de connaisseurs et l'investissement imaginaire dans « le produit qui vient d'ailleurs ».

Il est également possible de se procurer des champignons dans certains magasins spécialisés aux Pays-Bas ; en Suisse ; au Royaume-Uni et en Espagne où la vente des champignons hallucinogènes et certaines autres plantes est légal. Comme pour l'achat en ligne, on peut non seulement se procurer les produits prêts à la consommation mais aussi les installations pour l'auto culture, les graines et les spores.

**Bordeaux :** « *L'importation et l'approvisionnement en champignons, mais surtout en spores sous toutes leurs formes (seringue de spores, kits de culture, champignons secs) s'effectue généralement par le biais d'Internet. Plusieurs*

*arguments sont avancés par les consommateurs pour expliquer leur choix pour ce type de transactions électroniques : Les commandes sont simples, les paiements sécurisés et les envois légalement balisés. » (Rapport de site)*

**Toulouse** : « [...] D'après une membre de ces communautés de "psychedelik geeks" qui considère que "tout est trouvable à qui sait chercher sur Internet", il est aussi possible -en ayant accès à certains réseaux via le Net- de se procurer directement du "DMT" ou "5meo-DMT" d'origine "végétale" ou "animale" (*Bufo Alvarius*). D'une manière ou d'une autre, les personnes motivées trouveront les produits qu'elles recherchent via Internet. » (Rapport de site)

**Marseille** : « *La Salvia Divinorum (Sauge divinatoire) se présente sous forme de feuilles, ou de concentré en fiole dénommé 5X, 10X, ou 15 X selon le degré de concentration. Elle est principalement achetée par Internet.* » (Rapport de site)

#### ■ Achats à des petits trafiquants

Quoique les modalités d'approvisionnement principales restent non monétaires, l'élargissement de la diffusion des champignons hallucinogènes et des autres plantes a conduit inévitablement au développement de la vente, du « deal » de l'une ou plusieurs de ces substances. Deux types de vente sont actuellement en œuvre.

- La première correspond aux usagers auto cultivateurs qui cèdent le surplus de leur production pour s'autofinancer sans l'intentionnalité d'en tirer profit.
- La seconde correspond au profil classique du petit trafiquant à cette différence près qu'il est spécialisé dans la vente de drogues « bio ».

Du fait de leur faible nombre les données d'interpellation des forces de l'ordre pour cause du trafic des produits hallucinogènes naturelles ne permettent pas de confirmer ou infirmer cette tendance. A titre d'exemple en 2003 seules dix-neuf personnes ont été interpellées pour trafic de champignons hallucinogènes en France.

## CONCLUSION

Le développement de la consommation des substances hallucinogènes naturelles au cours de la dernière décennie semble indéniable. Ce phénomène s'inscrit dans un mouvement général privilégiant les produits naturels « bio ». Plus spécifiquement, au sein de la famille des produits hallucinogènes, l'essor des substances naturelles constitue une sorte de réaction au quasi-monopole détenu par les substances synthétiques et chimiques, lesquelles sont de plus en plus perçues comme nocives pour le consommateur, du moins à long terme.

Risques et dangerosité mises à part, ces substances naturelles possèdent un puissant pouvoir d'évocation spirituel et mystique qui, rituels de préparation et consommation aidant, leur confère un statut particulier qui les distinguent du reste des autres produits, considérés le plus souvent avec condescendance.

Fondée sur le don, le contre don, le troc et le partage, la consommation des produits naturels signifie aussi l'affranchissement du système de valeurs dominant et rime avec l'idéologie du retour à la nature et à des rapports sociaux non marchands caractéristiques des sociétés primitives. Ce « primitivisme » s'observe également dans le recours de plus en plus fréquent aux vocables relevant des sociétés traditionnelles pour qualifier les personnes qui initient à la consommation de ces substances, lesquelles sont volontiers désignées sous les termes de « chamane » ou de « guide ». En outre, la mise en avant du caractère rituel et fréquemment communautaire des consommations renvoie aux usagers une image positive d'eux-mêmes dans laquelle la maîtrise de l'usage, par opposition à l'archétype du toxicomane ayant perdu tout contrôle de ses consommations, représente un élément fondamental.

Les hallucinogènes sont depuis quelques années dans « l'air du temps » et à ce titre semble posséder un potentiel de diffusion important, du moins, au cours des quelques années à venir.

## L'USAGE DE LSD

---

L'acide lysergique est naturellement produit par un champignon, l'ergot de seigle. En 1943, Albert Hoffmann synthétise le diéthylamide de l'acide lysergique dont les initiales sont LSD en allemand et en expérimente accidentellement les effets hallucinatoires. Le LSD et son usage furent particulièrement associés à la contre-culture des années 1960. Le LSD-25 est classé comme stupéfiant en France<sup>15</sup>.

### LES USAGERS DE LSD

Selon les observateurs du réseau des sites, l'espace festif techno et à l'intérieur de celui-ci les teknivals et les free parties constituent le cadre principal de l'usage de LSD en France. Parmi les usagers de cet hallucinogène, on retrouve donc la population qui fréquente ce type d'évènements à savoir, pour l'essentiel, des jeunes très impliqués dans la sous-culture techno et vivant en marge de la société. Ce constat est confirmé par l'enquête sur les usages menée au sein de l'espace festif « musiques électroniques ». Les niveaux d'expérimentation du LSD varient en effet de plus des deux tiers (71,4 %) des personnes fréquentant l'espace « free/rave » à moins d'un quart (22,8 %) des adeptes de club « select ».

**Marseille** : « *Le retour du LSD touche principalement la nouvelle génération des participants aux manifestations festives techno clandestines, et plus particulièrement ceux qui fréquentent les free-partys. Ils sont en règle générale âgés d'une vingtaine d'années, sont pour la plupart en situation de vulnérabilité sociale du fait de leur insertion forte au sein du milieu techno (étudiants, chômeurs). Les hommes sont surreprésentés par rapport aux femmes. Un second groupe de consommateurs est aussi présent : les personnes qui le composent sont plus âgées (+/- 25 ans), plus expérimentées et nettement plus insérées au sein du milieu techno clandestin.* » (Rapport de site)

**Paris** : « *Les usagers de LSD, de tous âges, sont exclusivement issus du milieu festif techno, principalement apparenté à la sous-culture trance ou techno punk. En recherche d'expériences psychédéliques, les usagers utiliseraient le LSD soit dans un cadre purement festif, soit pour une recherche d'introspection personnelle [...]* » (Rapport de site)

---

15. Éléments tirés de l'article LSD dans le « Dictionnaire des drogues et des dépendances », Denis Richard, Jean-Louis Senon, Marc Valleur, Larousse, 2004.

## LES MODALITÉS D'USAGE

Le LSD est disponible en France sous trois formes :

- la forme buvard (imprégnation du buvard par la substance) ;
- la forme liquide dite « goutte » ;
- et la forme dite micropointe.

Dans les trois cas, la modalité d'usage dominante est l'ingestion. Quand l'hallucinogène se présente sous la forme de « goutte », il est en général déposé sur un sucre et ingéré ou bien dilué dans de l'alcool. Cette année, deux sites, Marseille et Toulouse, soulignent l'importance du mélange LSD/alcool appelé « acid punch » comme mode d'administration du LSD.

**Toulouse** : « *Le mode de consommation, sous forme d'acid punch (les buvards ou les gouttes sont dilués dans des mélanges d'alcool et de jus de fruit) circulant dans des bouteilles, avec lesquelles les teufers se promènent, était fréquent et potentiellement source de surprises (mauvaises) pour des buveurs non avertis. La norme des teufers en la matière consiste à annoncer la présence ou non de psychoactif contenu dans une boisson que l'on propose. Recette de l'acid punch : pour une bouteille d'un litre et demi, un tiers de rhum environ, complété par du jus de fruits multi vitaminé dans lequel on immerge deux buvards. [...] Contrairement à la prise unique (buvard, goutte ou micropointe), l'acid punch permet de gérer la dose absorbée et l'effet psychotrope induit, en buvant plus ou moins selon ce que l'on ressent.* » (Rapport de site)

D'autres modalités d'usage existent telles l'injection ou l'application d'une goutte sur le globe oculaire, mais semblent très marginales.

## LES CONSÉQUENCES OBSERVABLES

A l'instar des années précédentes, les problèmes de santé les plus fréquents en lien avec l'usage de LSD sont principalement les « bad trip », littéralement en français « mauvais voyages » qui se manifestent par des troubles psychologiques susceptibles d'affecter les personnes les plus fragiles sur le plan mental.

**Lyon** : « *L'acidité du produit entraîne des problèmes bucco-dentaires. Mais les difficultés de santé sont principalement mentaux : si l'usager est mal à l'aise au moment de la consommation, il risque de “perdre pied” avec la réalité, il peut mal interpréter la parole de quelqu'un d'autre et faire un bad trip : c'est un produit avec lequel on peut vite partir en vrille.* » (Rapport de site)

**Marseille** : « *Le seul vrai problème posé par le LSD est le bad trip. L'usager, ne supportant plus la violence de l'effet psychodysléptique de la substance, cherche alors à la contrôler sans y parvenir. S'en suit une phase de panique qui, selon les cas, peut s'arrêter avec un simple travail de réassurance (mené par des intervenants qualifiés comme par des pairs) ou nécessiter une prise en*

*charge médicalisée adaptée (injection de Valium®) voire chez les personnes psychologiquement instables une hospitalisation. D'autres problèmes, plus mineurs, ont aussi été observés : mal au ventre, diarrhée, maux dentaires, tous en lien avec le caractère relativement 'corrosif' de la substance. » (Rapport de site)*

**Paris** : *« Drogue psychédélique, provoquant des hallucinations, un état d'euphorie, de délires, le LSD peut entraîner des “bad trips”, intoxications aiguës qui se manifestent principalement par des sensations désagréables, parfois terrifiantes, de fortes angoisses, des crises de panique, etc. [...] » (Rapport de site)*

Les questionnaires SINTES font état de trois cas de malaise consécutifs à une consommation de LSD. Un consommateur s'est plaint d'angoisse, un autre de montée trop violente. Un troisième a été victime d'un malaise plus important avec de nombreux signes : nausée, tachycardie, angoisse, incommunicabilité, sentiment de persécution, incontinence, sueurs froides. Cette personne avait également consommé du cannabis et des champignons hallucinogènes.

## **LES PERCEPTIONS DU LSD EN 2004**

Comme en 2003, la perception du LSD, en dépit de sa réputation de produit engendrant des effets « forts », est très bonne parmi les usagers. Il semble que celui-ci soit porté par l'engouement d'une partie du public qui fréquente l'espace festif techno pour les hallucinogènes et les effets qu'ils procurent. En outre, sa relative rareté et son aura de produit mythique, attaché à la contre-culture des années 60/70, permettent à ces utilisateurs de se distinguer de la grande masse des « teufers » consommateurs d'ecstasy.

**Bordeaux** : *« Les usagers l'identifient aisément comme l'hallucinogène de référence avec lequel ils ont connu du “vrai visuel”. » (Rapport de site)*

**Marseille** : *« Chez les consommateurs actifs, la perception du produit est bonne voire très bonne, avec un certain respect pour la substance : c'est un produit fort mais qui fait voir des choses que l'on ne verrait pas sans. Son usage permet aussi de se différencier de la masse des participants au milieu festif et surtout des consommateurs d'ecstasy, jugés trop “naïfs”. » (Rapport de site)*

**Toulouse** : *« La goutte est appréciée et conserve une image positive. Ainsi Samuel me décrit l'expérience suivante : “c'était super, le mec, il l'a fait direct au camion, c'est du pur LSD. T'as pas le produit de fixation qu'ils mettent sur le buvard qui te crispe, qu'est vraiment pas bon. Là c'est la banane, du soleil dans la tête... d'abord t'as une sensation de chaleur dans la poitrine, là qui diffuse partout, vraiment super. On s'était pas revu avec un pote depuis longtemps. On en a profité pour parler.” » (Rapport de site)*

## ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ DU LSD EN 2004

Après une quasi-disparition du LSD en 2002, du fait non pas d'une désaffectation des usagers pour ce produit mais d'un problème relatif à l'offre, et une réapparition au cours de l'année 2003, il semble cette année que l'hallucinogène soit à nouveau disponible de manière significative dans l'espace festif techno. Toutefois, cette disponibilité est contrastée selon les sites du dispositif TREND. Si ces derniers sont unanimes pour constater l'absence du LSD dans l'espace urbain, certains d'entre eux, Bordeaux, Lyon et Metz font état d'une disponibilité erratique de l'hallucinogène dans l'espace festif techno :

**Bordeaux** : « *La disponibilité du LSD reste fidèle à ce qu'elle est depuis plusieurs années maintenant, toujours recherché, mais rarement acquis en tant que tel, le LSD reste toujours la substance qui semble sujette aux arnaques les plus diverses et variées comme des photocopies de carton enduits d'une substance plus ou moins acide et/ou piquante par exemple...* » (Rapport de site)

**Lyon** : « *Le LSD serait un produit peu disponible, pour lequel il y aurait de nombreuses escroqueries. C'est un produit peu disponible sur Lyon, très difficile à trouver, il faut vraiment chercher les vendeurs, ils sont peu nombreux. Il est moyennement disponible en raves payantes et free parties, par contre toujours très disponibles en teknivals. En 2004, lors d'une soirée techno sur ma commune de Corbas (agglomération lyonnaise) il y a eu une saisie d'une quarantaine de buvards de LSD. Il semble y avoir de nombreuses escroqueries car beaucoup de timbres sont négatifs à l'analyse par le Laboratoire de la police scientifique.* » (Rapport de site)

**Metz** : « *Le LSD est très peu fréquent sur le site de Metz autant en milieu urbain que festif. Il faut toutefois souligner que la tenue du Teknival à Chamblay (le 1er mai)<sup>16</sup> a permis à certains consommateurs de connaître ou de retrouver ce produit, car il y était relativement disponible. Mais cet événement de courte durée, une fois passé, l'usage de LSD n'a pas été observé sur le site de Metz. C'est un produit introuvable.* » (Rapport de site)

Les autres, Marseille, Paris, Toulouse, confirmant la réapparition certaine du produit dans l'espace festif techno :

**Marseille** : « *La disponibilité du LSD, en buvard ou en micro-pointes, a donc considérablement augmenté en 2004. "Le trip est à la mode". "Avant un nouveau teufer qui s'initiait à la teuf prenait un ecstasy, aujourd'hui il prend un trip". D'ailleurs, ce n'est pas rare de voir plus de LSD que d'ecstasy dans une*

---

16. Le teknival de Chamblay s'est tenu sur une base militaire dans le département de Meurthe-et-Moselle. Il a rassemblé environ 90 000 personnes. D'après l'AFP, les contrôles de la gendarmerie ont abouti notamment à la saisie outre de LSD de « 4000 cachets d'ecstasy, plus de 600 grammes de haschisch, 8 grammes d'héroïne et 10 de cocaïne avec au total 47 infractions à la législation sur les stupéfiants. » (NDLR)

*teuf aujourd'hui. Il est probable que l'augmentation des prises de LSD en rave partys soit lié au mélange des populations (amateur de free partys ou anciens amateurs de free partys qui se rendent en rave partys) » (Rapport de site)*

**Paris :** « *Le LSD, appelé aussi acide, trip, peutri, buvard, carton, goutte, micropointe, est exclusivement disponible dans l'espace festif techno ou, hors de cet espace, dans des réseaux d'initiés en lien avec le milieu festif techno. Que ce soit, dans l'espace festif techno ou hors de cet espace, la disponibilité du LSD semble avoir augmenté en 2004 (l'une des structures signale "la remontée de la consommation de LSD" comme l'un des évènements marquants de 2004). Il y aurait aussi davantage de type de produits : buvard (petit papier imbibé d'acide, souvent orné d'un dessin), liquide (goutte), micropointe (petit morceau ressemblant à une mine de crayon). C'est la disponibilité du LSD en liquide (goutte) qui a surtout été notée comme étant en augmentation. » (Rapport de site)*

**Toulouse :** « *Le buvard est la forme la plus courante de LSD et nous avons eu cette année la possibilité d'en collecter aisément, démontrant l'accessibilité et la disponibilité de ce produit sur le site. » (Rapport de site)*

Les prix du LSD apparaissent stables par rapport à l'année dernière. Selon le réseau des sites, un buvard se négocie à un prix compris entre 5 et 15 euros, le prix courant s'élevant à 10 euros. Les données SINTES, quant à elles, font apparaître que pour deux tiers des buvards collectés en 2004 le prix déclaré s'élève à 10 euros.

## **CARACTÈRES TOXICOLOGIQUES**

58 produits collectés en 2004 étaient supposés contenir du LSD : 49 buvards, 3 comprimés, 3 liquides et 3 micropointes. Sur ce total, 24 (41 %) de produits ne contenaient pas de LSD. Aucun produit ne contenait de LSD sans que la personne ne l'ait indiqué en contenu.

### **Buvards**

Sur les 44 buvards, aucune trace de LSD n'a été retrouvée pour 20 (45 %) d'entre eux, et 13 ne contenaient aucune drogue ni toxique. Pour les six autres buvards, les substances suivantes ont été mises en évidence : caféine, THC et cannabidiol, nicotine, MDMA, chloroquine, cocaïne. Certaines des substances présentes pourraient être liées à des contaminations par d'autres produits avec lesquels les buvards ont été en contact.

Pour les 24 buvards contenant du LSD, 20 (83 %) des buvards n'était imprégné que de cette substance. Sur les autres, les substances suivantes ont été retrouvées : benzoylécgonine, cannabidiol, cannabinoles, cocaïne, MDMA, phénacétine, THC. La remarque précédente sur la contamination potentiel par contact reste valable.

### ***Autres formes***

Aucun des quatre comprimés ni aucune des trois micropointes ne contenaient de LSD. Les 3 liquides cédés pour du LSD en contenaient effectivement.

## L'USAGE DE 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 son utilisation en médecine humaine. Ce sont en partie ces sensations d'hallucinations qui amènent certaines personnes à utiliser la kétamine de manière récréative.

### LES USAGERS DE KÉTAMINE

En 2004, les observations issues du réseau des sites, s'agissant du profil des consommateurs de kétamine, confirment les constats dressés les années précédentes faisant état d'une consommation confinée dans une partie très particulière de la population qui fréquente l'espace festif techno. Celle-ci est constituée pour l'essentiel de « nomades », de « voyageurs », lesquels relèvent du courant « underground » du mouvement techno. L'usage de kétamine est donc, pour l'essentiel, observé dans les lieux fréquentés par ce type de population à savoir les free parties et les teknivals. Dans l'enquête « musiques électroniques », la prévalence de la consommation de kétamine est globalement de 16,4 % mais de 32,1 % chez les personnes fréquentant l'espace « free/rave ». Dans l'espace urbain, l'usage est également le fait, majoritairement, de cette population qui évolue aux frontières des deux espaces d'investigation. En dehors de ces groupes, il ne semble pas que l'usage se développe. Seuls les sites de Bordeaux, Marseille et de Paris rapportent un élargissement en cours du spectre des usagers habituels à des milieux sociaux plus intégrés, tels les clubbers à Bordeaux, les étudiants à Marseille ou certaines populations homosexuelles fréquentant l'espace festif à Paris. Ce phénomène reste cependant de très faible ampleur.

**Bordeaux** : « La kétamine est apparue cette année plus disponible que les années précédentes et dans des milieux jusqu'alors épargnés par sa diffusion. En effet, l'année dernière de diffusion relativement discrète, la kétamine était disponible essentiellement de ses amateurs. En 2004, cette affection, bien qu'encore discrète pour cette substance, s'est affirmée dans l'espace urbain et étendue à l'espace festif à certains clubbers, teuffers. » (Rapport de site)

**Marseille** : « Il n'y a pas de profil type. Au début de la kétamine (années 1997/98), les profils étaient plutôt précaires et/ou présentant une trajectoire d'usager

*abusif et/ou compulsif avéré. Seuls les plus extrêmes s'essayant au produit. Aujourd'hui, le profil des consommateurs s'est élargi. Il correspond essentiellement au milieu techno underground (free-party, squat) et touche tous les profils croisés dans ces types de manifestations. Cela va des tribes ou travellers très fortement ancrés dans le milieu festif techno, socialement vulnérables à fortement précarisés (et dont les usages peuvent dépasser l'aspect occasionnel et festif) au jeunes étudiant inséré, qui n'hésite plus à prendre, à l'instar de la cocaïne, son, voire ses petits rails de kétamine le week-end » (Rapport de site Paris : « Les usagers de kétamine sont principalement issus du milieu festif techno alternatif, apparenté à la sous-culture hard-tek. Des consommations de kétamine sont également rapportées chez des personnes vivant dans des squats. Enfin, comme en 2003, la consommation de kétamine est notée chez des homosexuels masculins fréquentant le milieu festif gay. » (Rapport de site)*

## **LES MODALITÉS D'USAGE**

Quatre modes d'administration de kétamine sont rapportés par les observateurs du réseau des sites. Comme les années précédentes, le plus répandu est le sniff.

### **PRÉPARATION DE LA KÉTAMINE POUR LE SNIFF**

*Les usagers préparent eux-mêmes la kétamine en transformant le liquide en poudre (par évaporation, au bain marie ou directement dans une poêle. Si la kétamine est conditionnée sous forme liquide, l'usager doit avant tout, s'il veut l'inhaler, la réduire sous forme de poudre. Pour cela, il place une casserole d'eau sur une source de chaleur (réchaud, feu de bois...) puis y dépose en bain-marie une assiette dans laquelle il verse le produit sous forme liquide. Après 5 à 10 minutes, le contenu de l'assiette se cristallise en une croûte blanchâtre que l'usager n'a plus qu'à gratter puis à réduire par simple pression sous forme de poudre. Une fois réduite en poudre, la kétamine est constituée en 'rail' à l'aide d'une lame de rasoir ou d'une carte bancaire puis à inhaler grâce à une paille ou un billet de banque roulé sur lui-même.*

*(Extrait du rapport de site 2004 de Marseille)*

Cependant, certains sites font état du développement de l'injection et de l'ingestion voire de la fumette. S'agissant de l'injection et de l'ingestion, il s'agirait, pour les usagers qui se livrent à de telles modalités d'usage, de radicaliser les effets de l'anesthésiant.

**Bordeaux** : « Contrairement aux années précédentes, elle [la kétamine (NDR)] semble être sujette à diverses expérimentations relevées par le dispositif par des jeunes usagers de l'espace urbain :

- en injection intraveineuse : “Quand tu shootes 1 gramme ou 1,5 gramme de kétamine, tu es inerte, tu peux plus bouger, c'est anesthésiant de toute façon. Je l'ai fait en IV un taquet quoi, c'est des cristaux ; tu les mets dans la cuillère avec de l'eau ; tu tournes et ça se dissout et après tu fais ton shoot. C'est comme si tu faisais plus d'un gramme en sniff, t'as une grande montée, hyper puissante...”

- par voie orale : “Un pote l'a bu liquide, on avait de quoi faire un gramme, mais en mélangeant dans de la bière mais c'est plus lourd que la bière et ça tombe au fond, on était les deux derniers à boire et on a tout bu. Mon pote est tombé par terre, à moitié conscient, il a dormi un petit moment et moi j'ai collé une douille et pendant une heure ou deux, j'entendais ce qu'on me disait, je pouvais répondre mais je pouvais plus bouger, c'est une anesthésie, mais avec une conscience.” » (Rapport de site)

## LES PERCEPTIONS DE LA KÉTAMINE EN 2004

En 2004, les observateurs ne rapportent pas d'évolution majeure s'agissant de la perception du produit. L'image de la kétamine demeure très contrastée. Alors que chez les usagers, celle-ci bénéficie plutôt d'une bonne image liée à un statut de produit rare réservée à une élite et en outre de mieux en mieux maîtrisé, en revanche chez les non-usagers, l'anesthésiant apparaît toujours comme une substance aux effets incontrôlables, radicalement incompatibles avec l'esprit festif.

**Bordeaux** : « Tout comme les années précédentes, sa réputation reste toujours équivoque et controversée : “y'en a qui ont peur et d'autres qui adorent”. » (Rapport de site)

**Marseille** : « La perception de la substance diffère selon le statu de la personne. Chez la plupart des personnes qui n'en ont pas consommé, elle apparaît comme une substance de “malade”, qui ne produit que des “zombis”, incapables de réfléchir, complètement inconscients du contexte dans lequel ils se trouvent et renvoyant une image très dégradée des personnes qui en consomment (il est évoqué le tableau typique du “kétaminé” au lever du jour, dans sa voiture complètement anesthésié, l'oeil révulsé et le flot de bave aux coins des lèvres). C'est un produit qui ne cadre pas avec la fête (renfermement sur soi-même). Un certain attrait est néanmoins mesurable : attrait de la nouveauté, de la prise de risque réalisé consciemment et surtout, au delà des premiers clichés, attrait pour ce monde si paisible et si rassurant dans lesquels sont entraînées les usagers. Pour les usagers actifs, la perception de la kétamine est empreinte d'un certain respect, du fait de la violence des effets qu'elle procure mais aussi de ses capacités psychoactives qui semblent ne jamais s'arrêter. Beaucoup d'usa-

gers nous ont d'ailleurs parlé de ce produit comme d'un super LSD, permettant des voyages et des prises de conscience qu'aucun trip au LSD ne leur avait jamais permis. » (Rapport de site)

**Paris** : « Chez les usagers de kétamine, le produit bénéficie d'une très bonne image : "super produit", "drogue mythique", etc. Des témoignages (ou rumeurs ?) signalent que des revendeurs de kétamine refuseraient parfois une vente, jugeant le client 'indigne' d'un produit aussi rare et convoité... Même si la kétamine peut exercer une fascination chez certains jeunes, notamment "teuf-fers" ou issus du milieu gothique, à la recherche de sensations fortes (accès à un côté trash, underground, permettant d'être dans la "moove"), c'est, globalement, une drogue mal perçue par les non-usagers, en raison de l'image donnée par les consommateurs titubants ou écroulés. La kétamine est souvent jugée comme étant "un truc de ouf" (de fou), "une drogue de choïtan" (de démon), "un produit de dégénérés". » (Rapport de site)

## ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ

La kétamine, comme les années précédentes, est un produit plutôt rare en France, à la disponibilité erratique et présente, quasi exclusivement, dans les free parties et les teknivals. La disponibilité rapportée dans l'espace urbain, notamment dans certains squats, n'étant, dans la plupart des cas, que le fruit de l'importation de ce produit de l'espace festif par les populations qui le consomment (nomades, voyageurs). Celles-ci se procurent souvent la kétamine à l'étranger, notamment en Belgique en Hollande, en Italie et en Angleterre au cours de leurs pérégrinations. Inversement, la disponibilité certaine de la kétamine lors des grands rassemblements festifs peut s'expliquer par la présence de voyageurs venus de l'étranger.

**Lyon** : « La kétamine reste très rare mais disponible en teknivals. En milieu urbain, la kétamine est rare, peu d'usagers parlent de leur consommation. Elle est également très peu accessible en raves payantes et en free parties et plus disponible en teknivals. » (Rapport de site)

**Marseille** : « Les seules données recueillies sur la kétamine l'ont été au sein de l'espace festif. Dans le cadre de cet espace, en dehors de cas marginaux, on peut dire que l'usage de kétamine est restreint à l'espace festif alternatif. » (Rapport de site)

**Metz** : « La présence de kétamine n'est pas signalée sur le site de Metz ou alors de manière très occasionnelle dans certains milieux festifs. [...] » (Rapport de site)

**Paris** : « De l'avis de plusieurs observateurs, la kétamine serait rare, sa disponibilité en baisse et son prix aurait tendance à augmenter. Le produit circulait principalement entre 'initiés' issus du milieu festif techno. Dans l'espace urbain, la kétamine semble peu accessible. » (Rapport de site)

Le prix de la kétamine est stable par rapport à l'année dernière. Le prix du gramme en poudre se négocie selon les sites de 25 à 60 euros le gramme avec un prix moyen s'établissant autour de 40 euros.

## **CARACTÉRISTIQUES TOXICOLOGIQUES**

En 2004, quinze produits collectés par le dispositif SINTES étaient supposés contenir de la kétamine. Deux n'en contenaient pas : une poudre de cocaïne et une poudre de mélange cocaïne-héroïne. Les 12 produits cédés pour de la kétamine et qui en contenaient se présentaient sous forme de poudres (9), de liquides (2) et de gélule (1) ; 10 d'entre-eux ne contenaient que de la kétamine, 2 étaient constitués de mélanges : un liquide contenant de la kétamine, de la MDMA et de la chloroquine, et une poudre contenant de la kétamine, de l'amphétamine et du paracétamol.

Le GHB (gamma-hydroxybutyrate) est un anesthésique ayant une double action : euphorisante puis sédative et amnésiante. Cette molécule est donc utilisée de manière récréative par certains et de manière criminelle par d'autres (dans le cadre de tentatives de soumission chimique d'une personne par une autre).

Depuis la création du dispositif TREND, le GHB demeure un produit rarement observé. Cette année ne déroge pas à ce constat puisque seuls deux sites Marseille et Paris le mentionnent.

Le site de Marseille fait état d'un petit développement de la consommation de GHB, lequel serait obtenu via Internet, dans l'espace festif techno commercial, notamment en soirées clubbing :

*« Une minorité de personnes qui participent à l'espace festif techno commercial ont expérimenté ou consommé régulièrement du GHB en 2004. Cependant, ce groupe est en expansion. En dehors des consommations en soirées clubbing qui nous semblent attestées par les descriptions des patrons de clubs, des consommations lors de soirées privées ont été rapportées chez des personnes qui fréquentent par ailleurs les rave partys, ou l'espace festif alternatif ; Dans le milieu "Gay friendly", on constate que les consommateurs de GHB sont habituellement des consommateurs d'alcool et d'ecstasy, et qu'en dehors des soirées clubbings, ils ont une vie sexuelle caractérisée par le multi-partenariat. » (Rapport de site)*

Le produit, consommé à très petites doses, serait prisé pour ses effets désinhibants similaires à ceux de l'alcool, tout en n'ayant pas, aux dires de certains usagers, les inconvénients (syndrome de la « gueule de bois »)

A Paris, la situation est semblable à celle qui prévaut à Marseille. Il existerait depuis au moins deux ans un usage récréatif de GHB notamment dans les clubs fréquentés par les homosexuels :

*« Selon différents observateurs, les consommateurs de GHB semblent être principalement des homosexuels masculins fréquentant le milieu festif gay. Selon l'enquête réalisée à Paris fin 2003 par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) et "Le Kiosque" sur la consommation de produits addictifs en milieu festif gay et lesbien, les consommations de GHB, comme de Kétamine seraient surtout occasionnelles et associées à la sexualité, soit pour leurs propriétés désinhibantes soit pour leurs propriétés anesthésiantes. » (Rapport de site)*

Ce développement de l'usage est visible du fait des problèmes de santé engendrés par celui-ci :

*« La perte de connaissance et les états comateux chez les usagers de GHB ont été assez largement décrits en 2004 par différents observateurs, manifestant une plus grande visibilité de cette population. Ainsi, pour la première fois depuis trois ans, des intoxications au GHB ou à la Kétamine parmi des homosexuels masculins fréquentant le milieu festif gay ont été signalées par des professionnels de santé. Ces intoxications ont été observées dans le service des urgences de l'Hôtel-Dieu ainsi qu'à l'hôpital Georges-Pompidou (HEPG) chez des hommes de 25-30 ans socialement plutôt bien insérés. Ces hommes fréquentant le milieu festif gay avaient des consommations régulières de cocaïne, kétamine et GHB et des prises de benzodiazépines pendant la semaine. Chez une des personnes reçues aux services des urgences de l'Hôtel-Dieu, l'intoxication au GHB a provoqué un score de Glasgow de 3-4 23. L'intoxication a été confirmée par les analyses de l'hôpital Fernand-Widal ainsi que par les déclarations de la personne concernée. Chez d'autres personnes, l'intoxication a provoqué des arrêtes cardiaques dans la discothèque. Cinq personnes ont ainsi été transférées par le SAMU de la discothèque au service de réanimation de l'hôpital Georges-Pompidou. » (Rapport de site)*

Cependant, hormis ce milieu bien spécifique, il semblerait que le GHB soit un produit très rarement consommé :

*« Le GHB, appelé aussi G ou GBL, semble très peu disponible et le produit serait surtout acheté sur Internet. Le trafic est décrit par les fonctionnaires de Police comme étant "invisible" et les saisies seraient extrêmement difficiles à effectuer dans la mesure où les consommations ont le plus souvent lieu à domicile des usagers. » (Rapport de site)*

## L'USAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES NON OPIACÉS

---

### POINTS DE REPÈRES

Les médicaments psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs) sont largement diffusés dans la population française. Pour l'essentiel, il s'agit d'usages faisant suite à une prescription médicale dans le cadre d'un traitement. Pour une minorité, il s'agit d'usages en dehors d'un cadre thérapeutique dont l'objectif peut être soulager des symptômes par le biais d'une automédication, soit la recherche d'une modification de l'état de conscience.

#### **En population générale**

En 2003, l'usage occasionnel de médicaments psychotropes parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans touche environ neuf millions de personnes ; l'usage régulier 3,8 millions de personnes et l'usage quotidien 2,4 millions. (a)

Chez les jeunes de 17 ans, l'expérimentation de médicaments psychotropes concerne en 2003 plus de 35 % des filles et plus de 14 % des garçons (b).

#### **En populations spécifiques**

Parmi les personnes nouvellement prises en charge par les CSST, la part des médicaments psychotropes non opiacés comme produits nécessitant une

prise en charge diminue. Elle passe de 4,8 % en 1998 à 3,2 % en 2001 et 3,3 % en 2002 (c).

Selon l'enquête OPPIDUM 2004, parmi des personnes prises en charge par des structures de soins, les benzodiazépines sont à l'origine de 3 % des dépendances. Au cours de la semaine écoulée 22 % des personnes ont consommé des benzodiazépines, 9 % des antidépresseurs et 8 % des anti-psychotiques (d).

Selon le dispositif OSIAP, le flunitrazépam (Rohypnol®) n'est plus en 2004 le médicament le plus souvent à l'origine de falsification d'ordonnances (4,5 % contre 10,4% l'année dernière). Cette année, le zolpidem (Stilnox %) est le premier médicament devant la buprénorphine (Subutex®) et le bromazépam (Lexomil®) (e).

a : BECK (F), LEGLEYE (S.), SPILKA (S.), « Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence : usages et évolutions récentes ESCAPAD 2003 », OFDT, *Tendances* n°39, septembre 2004, p. 1-4.

b : BECK (F), LEGLEYE (S.), SPILKA (S.), *Drogues à l'adolescence : Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France.*, ESCAPAD 2003, Paris, OFDT, 2004.

c : PALLE (C.), BERNARD (C.), SEVENIER (E.), MORFINI (H.), CSST 1998-2001. *Exploitation des rapports d'activité-type des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes, 1998-2001*, Paris, OFDT/DGS, 2003, 53 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/csst.htm>).

e : LACROIX (I.), LAPEYRE-MESTRE (M.), Rapport OSIAP 2004, *Ordonnances suspectes Indicateurs d'abus et de pharmacodépendance*, CEIP, Toulouse, 2005, 51 p.

d : OPPIDUM (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse), *Nouvelles tendances 2004*, CEIP, Marseille.

## ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE SUR LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES NON OPIACÉS

---

Les observations relatives à la diminution de la disponibilité du flunitrazéпам (Rohypnol®) du fait des modifications des conditions de prescription intervenues en 2001 se confirment cette année. Hormis sur les sites de Paris et de Marseille où un marché noir du médicament existe, le Rohypnol® est décrit comme de plus en plus rare. Les usagers sont, comme les années précédentes, des personnes marginalisées relevant de l'espace urbain et fréquentant les dispositifs de première ligne. Il semble en revanche que la diminution de la disponibilité provoquerait en remplacement un développement de l'usage détourné du clonazéпам (Rivotril®). Cette tendance mise en évidence depuis deux ans semble désormais bien établie. Trois sites (Paris, Marseille, Toulouse) le décrivent comme très disponible sur le marché parallèle et deux autres sites (Lyon et Lille) comme présent. Il apparaît des observations que l'usage détourné du médicament affecterait les mêmes populations que celles qui détournent le Rohypnol®. Toutefois certains sites mettent en évidence quelques différences dans le public qui consomme le Rivotril®. Pour le site de Paris, le public en question serait plus large et affecterait des couches sociales diverses, au-delà donc des populations marginalisées qui utilisent le Rohypnol®, tandis que, pour le site de Marseille, la composante féminine serait plus importante et coexisterait avec une composante plus jeune issue majoritairement de l'immigration maghrébine récente. Le Rivotril® n'est pas la seule substance à combler la raréfaction du Rohypnol®. Il semble en effet cette année que l'on observerait sur de plus en plus de sites du dispositif TREND un usage détourné de diazéпам (Valium®), lequel toucherait une population en grande difficulté sociale qui consommerait la benzodiazépine notamment dans un but de défonce afin d'oublier des conditions de vie éprouvantes. L'usage détourné du Valium® peut intervenir aussi afin de gérer la descente de stimulants et atténuer le manque consécutifs à l'usage d'opiacés.

Le mésusage du trihexyphénidyle (Artane®) semble progresser également. Alors que seuls deux sites (Paris et Marseille) faisaient état l'année dernière d'un tel phénomène, il apparaît, en 2004, que le nombre de sites où cette pratique aurait cours est en nette augmentation. Hormis Paris et Marseille, l'usage détourné toucherait Lyon et Rennes. La population des consommateurs est plutôt composée de personnes très marginalisées. Au sein de celles-ci les motivations du mésusage sont diverses. Certaines personnes, souffrant de co-morbidité psychiatrique, prennent de l'Artane® dans le cadre d'une sorte d'auto-médication tandis que d'autres le détournent pour les effets hallucinogènes violents que le médicament à hautes doses est susceptible d'engendrer.

## LE TRIHEXYPHENIDYLE (ARTANE®)

---

### LES USAGERS DE TRIHEXYPHÉNIDYLE EN 2004

Comme les années précédentes, l'usage détourné trihexyphénidyle demeure concentré dans certains groupes sociaux composés principalement de personnes en situation de grande précarité sociale et souffrant de problèmes psychiatriques. Les usagers sont majoritairement des hommes, plutôt jeunes, âgés, selon les sites, de 20 à 40 ans.

**Rennes** : « *Ce produit semble faire son retour sur le site. La consommation d'Artane® était anecdotique. Elle apparaît cette année plus épisodique. Les consommateurs sont plutôt jeunes, entre 20 et 25 ans. Ils utilisent ce produit à un moment donné, pour faire la fête dans la rue ou dans le squat. Deux usagers qui ont entre 20 et 25 ans en ont parlé. Ils en ont pris pour "avoir la pêche, faire la fête, être comme ivre et tripper avec quelques hallucinations". Ils confiaient avoir de "nombreux blancs sur leur soirée". L'un deux, avait eu un comportement agressif, mais de cela il ne se souvenait pas. Le produit leur avait été offert : "Il y en a de temps en temps, et ceux qui en veulent, ils en profitent".* » (Rapport de site)

**Lyon** : « *Les usagers sont plutôt des hommes de 25/30 ans, poly consommateurs dont la prise de produit a souvent été initiée dans le cadre d'un traitement psychiatrique.* » (Rapport de site)

**Paris** : « *Les usagers d'Artane®, majoritairement des hommes de 25 à 35 ans, sont très précarisés et vivent souvent dans la rue ou dans des squats. L'Artane® "accompagne" en quelque sorte le mode de vie et il paraît difficile de s'en passer même si le produit ne semble pas créer de manque ou de dépendance.* » (Rapport de site)

### LES MODALITÉS D'USAGE

L'Artane® est presque exclusivement consommé par voie orale. De rares cas sporadiques d'injection sont néanmoins signalés. Pour faciliter la phase de « descente », les usagers utilisent fréquemment du cannabis ou du Subutex® pour en potentialiser les effets, ceux-ci ont tendance aussi à avoir recours à l'alcool notamment la bière.

**Paris** : « *Consommé par voie orale, il serait souvent associé : cannabis, Rohypnol® ou Subutex pour la “descente” qui serait très brusque (après un effet plafond d'environ huit heures) et alcool pour potentialiser les effets.* » (Rapport de site)

**Lyon** : « *Il est consommé par voie orale et rarement injecté par VI car l'injection est délicate [...]* ». (Rapport de site)

**Marseille** : « *L'Artane® est 'seulement gobé'. Selon certains intervenants beaucoup d'usagers disent “on a mis ça dans mon verre à mon insu, sans que je le sache”, ce qui pourrait renvoyer au statut stigmatisé du produit et est souvent interprété comme du déni. Toutefois, l'usage de L'Artane® comme produit de “soumission chimique” a été évoqué en groupe focal sanitaire par un médecin dont certaines patientes ont attesté en avoir pris à leur insu et ne surtout pas vouloir renouveler l'expérience.* » (Rapport de site)

## **LES PERCEPTIONS DU TRIHEXYPHÉNYDYLE EN 2004**

Compte tenu du profil de ses consommateurs (errants, malades psychiatriques) et du fait des délires hallucinatoires induits par la consommation à forte dose, l'image de l'Artane® est incontestablement mauvaise, synonyme, en quelque sorte, de déchéance mentale et physique.

**Rennes** : « *Cependant, ce produit garde une image relativement négative, du fait qu'il est parfois intégré dans des bières qui tournent dans la rue au sein des groupes de marginaux, ceci en vue de “faire les poches de leur victime”* ». (Rapport de site)

**Paris** : « *La prise d'Artane® semble très stigmatisée, y compris par des usagers ayant une consommation compulsive d'autres produits, ce qui conduit les consommateurs à être discrets.* » (Rapport de site)

## **ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ**

La consommation d'Artane® est rapportée comme étant significative à Paris et à Marseille et dans une moindre mesure à Lille, Lyon et Rennes. Dans ce dernier site, son usage semble en légère augmentation par rapport aux années précédentes.

Alors qu'à Paris, les sources d'approvisionnement semblent être quasi exclusivement médicales ; à Marseille, depuis plusieurs années déjà, des rumeurs persistantes, quoique non confirmées, font état de l'existence d'un trafic d'Artane® qui serait organisé à partir de l'Algérie.

**Paris** : « *La vente illégale Artane® semble inexistante dans l'ensemble de Paris, à l'exception du quartier des Halles où le produit est signalé comme étant disponible avec une présence d'usagers réguliers. Dans ce quartier, le produit serait accessible “si on sait à qui le demander”, il semblerait néanmoins que le*

*trafic Artane® et de Séresta® ait tendance à se développer dans le nord-est de Paris. Quoi qu'il en soit, actuellement le trafic est possible par l'intermédiaire d'usagers de drogues ou de revendeurs qui bénéficient de la Couverture médicale universelle et qui se feraient prescrire de L'Artane® par des médecins généralistes puis le revendraient dans la rue. Les prix seraient très variables, en fonction notamment du rythme des prescriptions. Un comprimé serait vendu en moyenne 1'euro et une boîte 10 euros. » (Rapport de site)*

**Marseille :** *« L'Artane® occupe, dans les propos recueillis localement, la place attribuée au crack sur d'autres sites. Les deux produits sont d'ailleurs fréquemment mis en parallèle faisant de L'Artane® une sorte de “crack marseillais”. Le produit est qualifié de disponible et accessible par “vagues”, . [...] Le prix d'une boîte d'Artane® serait de 5 euros, pouvant varier selon les moments de la journée et de la semaine. [...] La période de juillet août renvoie à un des cycles classiques de la circulation d'Artane®, qui de fait est souvent reliée aux mouvements de personnes d'une rive à l'autre de la Méditerranée. Le médicament serait en effet prescrit fréquemment au Maghreb et notamment en Algérie. Certains en déduisent donc l'existence d'un trafic qui expliquerait, plus que les prescriptions locales, la présence d'Artane®. Des propos recueillis en groupe focal répressif soulignent toutefois l'absence de saisies d'Artane® en provenance du Maghreb mais font état de deux saisies à la Réunion en provenance de Madagascar (deux fois 1000 comprimés). » (Rapport de site)*

**Lyon :** *« Le produit est rare, il s'obtient sur prescription médicale; il peut être donné ou échangé dans la rue entre usagers. » (Rapport de site)*

## LE FLUNITRAZÉPAM (ROHYPNOL®)

---

### LES USAGERS DE FLUNITRAZÉPAM EN 2004

Le profil type du consommateur de Rohypnol®, en 2004, est en tout point de vue identique à celui des années précédentes. Il s'agit d'un homme en grande difficulté sociale ; plutôt marginal ; ayant un logement précaire ; évoluant plutôt dans l'espace urbain que festif.

Outre ses effets « défonce », le Rohypnol® peut être consommé pour la désinhibition de type amnésique que le médicament est, à hautes doses, susceptible de provoquer, ce qui peut contribuer à faciliter le passage à l'acte notamment lors du vol avec prise de risques.

Le mode d'administration dominant demeure le mode oral et/ou sublingual avec un très faible pourcentage de recours aux voies nasale et intraveineuse.

**Marseille** : « *Les consommateurs sont à 80% de sexe masculin, sans emploi. Souvent ils minimisent aussi, ils disent "je prends juste des rups donc ça va quoi".* » (Rapport de site)

**Lyon** : « *Les consommateurs sont plutôt des hommes de 25/35 ans. Les professionnels de RuptureS ont observé une consommation plus importante sur le secteur de Rillieux-la-Pape. [...] Le Rohypnol® est souvent pris par voie orale, quelque fois mais rarement sniffé ou injecté par voie Intraveineuse.* » (Rapport de site)

**Paris** : « *L'usage détourné du Rohypnol® n'a été rapporté que par les observateurs du milieu urbain, ce qui laisse penser que ce produit ne serait pas consommé dans l'espace festif ou le serait rarement. Les usagers de Rohypnol®, en grande majorité des hommes, semblent être surtout des personnes socialement très désinsérées (décrites comme étant des "gens de la rue"), relativement âgées et ayant très fréquemment des troubles affectifs et psychologiques. Le Rohypnol® a également été cité par un observateur comme étant également utilisé "en cocktails" avec d'autres produits par des polyconsommateurs pour "gérer la descente" de stimulants.* » (Rapport de site)

**Marseille** : « *Il y en a qui le font fondre dans la bouche, on les appelle les schtroumfs. La plupart du temps tu les prends par plaques, certains prennent 2 ou 3 plaques [...] Utilisé pour le passage à l'acte : "C'est un peu comme la coke, on se sent invincible. Ça rend agressif. C'est relaxant ou speed selon les usagers, ça peut changer s'il y a conso d'alcool et de cannabis"* ». (Rapport de site)

**Paris** : « *Le Rohypnol® est exclusivement utilisé par voie orale (sublinguale ou per os) et, s'il est consommé en petite quantité, peut provoquer un effet stimulant avec une excitation intellectuelle et comportementale et une confiance accrue en soi. Mais le plus souvent, c'est la recherche d'un effet proche du coma ou une recherche de détente qui a pour effet de provoquer une "anesthésie de la tête" avec des pertes de mémoire, de repères, de sensations voire des pertes de consciences. [...] Associé à de l'alcool, les effets du Rohypnol® seraient démultipliés. L'Artane® potentialiserait aussi les effets du Rohypnol®. Et le Rohypnol® potentialiserait les effets de l'héroïne. Le produit est également associé à la cocaïne ('super-speedant'), au crack et aux anxyolitiques.* » (Rapport de site)

## **ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ ET PRIX**

Même si le Rohypnol® demeure disponible sur certains sites tels que Paris et Marseille, le constat général du réseau des sites TREND confirme, pour la troisième année consécutive, du fait de la baisse marquée de la prescription médicale en ville depuis 2001, la diminution de sa disponibilité et/ou des difficultés accrues pour s'en procurer.

Cette baisse de la disponibilité s'est traduite par une augmentation du prix de vente à l'unité sur le marché parallèle et par une désaffection des usagers, qui, désormais, préfèrent d'autres produits tels que le Rivotril® plus facile d'accès et de surcroît moins stigmatisant pour les consommateurs puisque la nouvelle galénique du Rohypnol® contient un colorant bleu très visible sur la langue des consommateurs.

**Marseille** : « *Le Rohypnol® est décrit comme très disponible et très accessible en trafic de rue. [...] Il se vend par plaque de 7, le prix varie entre la semaine et le week-end : 10 euros la semaine, 15 à 20 euros la plaque le week-end.* » (Rapport de site)

**Paris** : « *Le Rohypnol®, également couramment appelé rup, peuru, pepeu, rop, ryp, bonbon, cacheton, bleu ou schtroumph (en référence à la couleur du comprimé), reste un produit très disponible dans le centre (Les Halles) et le nord-est (Château Rouge) de Paris où la vente se ferait dans la rue. Néanmoins, même dans ces quartiers, le Rohypnol® apparaît moins disponible que l'année dernière et il semblerait qu'il soit de plus en plus difficile de s'en faire prescrire. Les prix seraient en hausse avec des comprimés vendus en moyenne 1,50 euro l'unité (contre 1 euro en 2003) et des boîtes de sept comprimés environ 7 à 10 euros (contre 5 euros en 2003).* » (Rapport de site)

**Lille** : « *Le Rohypnol® apparaît comme un produit ancien sur le site de Lille ; même s'il reste disponible, son emploi a baissé depuis février 2001, date de la restriction de son cadre d'utilisation du fait du grand nombre de mésusages signalés. Il s'agit plus souvent d'un produit de seconde intention. La police*

*belge déclare avoir observé des usages en descente d'ecstasy ; ses utilisateurs seraient appelés Rochemen, en référence au fabricant de la molécule, le laboratoire Roche. La langue bleue, que le Rohypnol® laisse après sa consommation, constitue un inconvénient qui limite son emploi. » (Rapport de site)*

**Lyon** : « *Pour les usagers de la boutique Pause Diabolo, le Rohypnol® reste disponible sur prescription médicale et au marché noir. Par contre, les usagers de RuptureS témoignent d'une rareté du produit résultant d'une moins grande facilité de prescription par les médecins généralistes. Le produit serait accessible entre usagers qui se le revendent. [...] Le comprimé d'un milligramme coûterait au prix courant 2 euros (au plus bas un euro); la boîte de 7 comprimés coûterait au plus bas 7 euros, au plus haut 15 euros ; la boîte de 14 comprimés coûterait au plus bas 14 euros, au plus haut 30 euros, au prix courant 25 euros. » (Rapport de site)*

**Metz** : « *La consommation de flunitrazépan (Rohypnol®) semble devenir exceptionnelle sur le site de Metz. Les médecins sont devenus très réticents pour en prescrire. [...] De rares cas de vol d'ordonnances peuvent permettre de s'en procurer. Et dans les rares cas où cela se produit, la disponibilité occasionnelle est vite connue du milieu toxicomane et le flunitrazépan est vite écoulé dans un réseau de connaissances [...] Les prix alors pratiqués s'évaluent de 0,5 à 3 euros le comprimé d'1 mg. La boîte de 14 comprimés serait à 10 euros. » (Rapport de site)*

**Toulouse** : « *Le Rohypnol® voit ces ventes diminuer régulièrement alors que celles du Rivotril® ne cessent d'augmenter considérablement. » (Rapport de site)*

## LE CLONAZÉPAM (RIVOTRIL®)

---

### LES USAGERS DU RIVOTRIL®

L'usage du clonazépam, un anti-épileptique commercialisé en comprimés, en solution buvable ou injectable, sous le nom de Rivotril®, ne cesse de s'accroître chez certains usagers de drogues. Son ascension semble contemporaine du déclin du Rohypnol®. Certains sites comme Toulouse et Paris font état de liens directs entre les deux phénomènes. Pour l'un comme pour l'autre, le Rivotril® se substitue au Rohypnol® pas seulement dans les prescriptions de médecine de ville mais comme produit de «défonce» chez de nombreux usagers de drogues.

**Toulouse** : « Il est désormais confirmé par l'ensemble des observateurs que le Rivotril® remplace le Rohypnol® chez les usagers de drogue. » (Rapport de site)

**Paris** : « *Le Rivotril®, occuperait la place laissée par le Rohypnol®. Il serait largement prescrit par les médecins et deviendrait, pour les usagers les plus précarisés, un produit de “défonce”. Il a été signalé par un observateur comme étant “le produit à la mode pour la défonce médicamenteuse”.* » (Rapport de site)

Quoique proches, les caractéristiques des consommateurs de Rohypnol® et de Rivotril® ne se superposent pas. Le site de Marseille souligne en effet l'importance du ratio femmes/hommes parmi les usagers du Rivotril® alors que ceux du Rohypnol® reste dans l'écrasante majorité des hommes :

« *Les usagers de Rivotril® sont décrits comme étant des polyconsommateurs en situation de précarité. Les femmes semblent être plus concernées par l'usage de Rivotril® que les hommes.* » (Rapport de site)

Le site de **Paris**, quant à lui, indique que le Rivotril® aurait plus tendance à recruter dans des couches sociales beaucoup plus larges que le Rohypnol® :

« *Il est notable de constater que trois des cinq structures intervenant dans l'espace urbain ont indiqué, pour caractériser, les usagers de Rivotril® qu'il s'agissait de personnes issues de tous les milieux socio-professionnels : “tous âges, toutes classes sociales pour les consommateurs”, “toute catégorie socio-pro”, “tous milieux sociaux”. Pourtant, les usagers, très majoritairement des hommes, sont principalement décrits comme étant d'anciens consommateurs de Rohypnol® (certains en consomment encore), souvent polytoxicomanes (alcool, cannabis, Subutex® crack et parfois Artane®), vivant dans des squats ou étant sans abris, ce qui ne correspond pas véritablement à des usagers de “tous milieux sociaux”.* » (Rapport de site)

Le même site met en exergue la diffusion de ce médicament auprès des jeunes Maghrébins dont l'initiation aurait été antérieure à leur immigration récente :

*« La consommation de Rivotril® (associée à la prise d'alcool et de cannabis) semble être aussi assez fréquemment rencontrée chez de jeunes migrants récemment arrivés du Maghreb. Les consommations auraient souvent été initiées dans le pays d'origine et selon divers témoignages, la disponibilité de différentes formes de Rivotril® serait très importante dans certaines villes (ou certains quartiers) de pays du Maghreb. »* (Rapport de site)

## ACCESSIBILITÉ ET DISPONIBILITÉ

Cinq sites TREND ont fait état à des degrés divers de la disponibilité du Rivotril® sur leurs sites. Il serait très disponible à Paris, Marseille et Toulouse, disponible à Lyon et plus rare à Lille.

A **Paris**, cette disponibilité tend à augmenter dans le nord de la capitale :

*« Consommation et disponibilité de Rivotril® toujours en courbe ascendante. Selon l'observation des usages dans l'espace urbain, la consommation de Rivotril®, en ce qui concerne les environs du quartier de Château, semble, comme en 2003, poursuivre sa courbe ascendante. Les revendeurs de Rivotril®, notamment ceux du quartier de Château Rouge, signalent une demande croissante, et les usagers constatent dans leur entourage une consommation en nette progression. »* (Rapport de site)

A **Marseille**, sa disponibilité dépasserait celle du Rohypnol® :

*« Cette benzodiazépine est très disponible en 2004. "Il y a plus de Rivotril® que de rups, mais le rup est plus fort". A Toulouse une baisse relative d'offre du subutex® sur le marché parallèle loin de se traduire par une augmentation de la demande du Rohypnol® elle se traduit par un accroissement de celle du Rivotril® "Comme on pouvait s'y attendre, les restrictions d'accès à la BHD allaient susciter de la "demande" de benzodiazépines. Ainsi, lorsque l'enquêteur ethnographique urbain demande à un médecin généraliste : si cette "affaire de Subutex®" a relancé la consommation de Rohypnol®, la réponse tombe sans équivoque : "de Rohypnol® non, mais de Rivotril®, oui" ».* (Rapport de site)

Le site de Paris signale par ailleurs l'apparition de la vente de Rivotril® sous forme liquide :

*« La vente illégale de Rivotril® en solution buvable, quasiment absente pour le moment, ferait une apparition discrète sur le marché illicite. Le Rivotril® serait surtout consommé dans la bière, mélangé à même la cannette, ou bu seul, à même le flacon. Une plus grande diffusion de cette forme du Rivotril® pourrait avoir pour obstacle la difficulté que présente sa revente "au détail". Un usager indiquait : "l'autre jour j'avais du rivo en flacon, un type voulait m'en acheter, je savais pas combien prendre, j'ai mis 5 gouttes dans sa cannette pour 1 euro" ».* (Rapport de site)

La forme galénique la plus demandée et la plus vendue demeure néanmoins celle en comprimés. Le Rivotril® est rarement acheté à l'unité mais par plaquette de dix ou en boîte de 40 comprimés. La plaquette coûterait de un à cinq euros à Marseille et environ deux euros à Paris. La boîte, quant à elle, coûterait cinq à sept euros à Paris et entre 40 à 80 à Lyon.

## LE DIAZÉPAM (VALIUM®)

---

De nombreux sites signalent cette année une consommation de Valium® hors cadre médical. Celle-ci serait assez présente à Paris et à Rennes (chez les usagers des sulfates de morphine essentiellement), sans toutefois faire l'objet d'un trafic visible. Le Valium®, pour les sites de Lille et Toulouse, serait consommé au même titre que d'autres benzodiazépines. A Marseille, en revanche, il est rapporté comme absent.

Hors cadre thérapeutique, le Valium® remplit essentiellement deux fonctions : contrecarrer les effets désagréables inhérents à la descente de stimulants et atténuer les effets du manque d'opiacés.

Deux autres fonctions sont rapportées cette année par le réseau de sites. La première vise à produire des effets « défonce like » similaires à ceux engendrés par les opiacés comme c'est le cas à [Rennes](#) :

*« C'est un produit qui répond par son effet sédatif au désir de certains consommateurs, d'oublier leur quotidien difficile, de rester dans un état second, de somnoler voire de “se défoncer”. Pour aboutir à ces mêmes effets, à Lyon, le Valium® est pris en association avec de l'Artane® " L'usage associé de Valium® et d'Artane® entraîne une défonce avec moins d'hallucination. [...] Les consommateurs sont des hommes, de 25/30 ans qui prennent du Valium® lorsqu'ils n'ont pas de Rohypnol® ou de Tranxène®. Ils recherchaient des effets similaires à ceux de l'héroïne (flash, euphorie puis somnolence). Mais le produit n'a pas une bonne image pour les non-usagers, il évoque plutôt la défonce pour oublier (sommolence). ».* (Rapport de site)

A [Paris](#), l'alcool est le produit le plus utilisé en association afin de produire les effets susmentionnés :

*« Le produit détourné serait surtout utilisé de façon occasionnelle pour aider à “gérer la descente” d'autres produits (effet antidépresseur, euphorisant, anesthésiant). Le produit serait perçu comme “cool”, permettant un “bon délire” mais aussi, comme le Rohypnol®, pour aider à oublier la vie, les problèmes, la misère. Vendu environ un euro le comprimé, le Valium® serait souvent consommé en association avec de l'alcool, favorisant une forte somnolence. ».* (Rapport de site)

Le second type d'effets recherchés est rapporté par le site de [Rennes](#). Il semblerait qu'à fortes doses, le médicament à l'instar du Rohypnol®, produirait des effets stimulants :

*« Certains l'utilisent ainsi comme un somnifère et d'autres, intentionnellement ou non, comme “stimulant”, en raison de l'obtention d'effets paradoxaux, en cas de forte dose consommée ».* (Rapport de site)

## AUTRES MÉDICAMENTS

---

Le réseau de sites fait état de la consommation détournée de nombreux autres médicaments, appartenant essentiellement à la famille des benzodiazépines dans divers sous-groupes : Lexomil® (Toulouse et Lille) ; Imovane® (Toulouse) ; Xanax®, et Témesta® (Lille) ; Tranxène® et Tertian® (Lyon) ; Stilnox® (Toulouse ; Lille et Lyon). Dans ce dernier site, ce médicament semble être très disponible. Il serait fréquemment utilisé en injection intraveineuse dans le but d'obtenir des effets stimulants.

**Lyon** : « *En 2004, les hypnotiques et le Stilnox® particulièrement semblent être très disponibles. Le Stilnox (hypnotique) circule au marché noir. L'infirmière de RuptureS confirme cet usage détourné, y compris par voie intraveineuse; au moment où l'usager l'injecte, le Stilnox® semble avoir un effet similaire à la cocaïne, c'est-à-dire une montée très puissante. Lorsqu'ils sont en rupture de cocaïne, 'les supers cocaïnomanes' qui font de nombreuses injections dans la journée s'injecteraient du Stilnox®. Cela entraîne des problèmes veineux graves lorsque le produit passe à côté de la veine (exemple d'un usager qui a failli perdre l'articulation du coude).* » (Rapport de site)

Le site de **Paris** rapporte de son côté une diffusion accrue de l'usage du Viagra® dans le milieu gay parisien. Le médicament serait le plus souvent acheté en ligne : « *Comme cela avait déjà été noté en 2003, le Viagra serait, en milieu festif gay, de plus en plus intégré aux combinaisons des drogues pour contrer les effets négatifs sur la sexualité que produisent les différentes substances psychostimulantes consommées durant la soirée (ecstasy, cocaïne, et c.). La fonction du Viagra® serait alors de maintenir la capacité sexuelle, malgré les consommations des autres produits. Le Viagra serait aussi utilisé par des personnes séropositives au VIH pour contrer la baisse de la libido provoquée par les multithérapies antirétrovirales.[...]* » (Rapport de site)

## **THÈMES PARTICULIERS**

## **L'INJECTION EN FRANCE : LES USAGERS, LES PRATIQUES, LES PRODUITS ET LES REPRÉSENTATIONS**

---

### **INTRODUCTION**

De 1970 à 1995, en France, l'injection a été le mode dominant d'administration de certains produits illicites chez les usagers problématiques de drogues, notamment les produits opiacés. A la suite de la découverte du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en 1983 et compte tenu de l'importance des contaminations chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), l'accessibilité au matériel d'injection se développe avec la libéralisation de la vente de seringues en pharmacie (1987), puis, cinq ans plus tard, le développement de programmes d'échange de seringues. Cette amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des matériels d'injection alliée, à partir de 1995, au développement des prises en charge thérapeutiques comprenant un traitement de substitution de l'héroïne (buprénorphine haut dosage et méthadone) vont bouleverser les comportements des usagers de drogues.

Les personnes ayant recours à l'injection vont, dans leur majorité, adopter des conduites réduisant les risques de contamination par le VIH et, bien qu'il existe encore une minorité importante de personnes contaminées, permettre une diminution objective des nouvelles contaminations par le VIH, sans toutefois parvenir à contenir l'épidémie de contaminations par le virus de l'hépatite C (VHC). Une part importante des personnes dépendantes aux opiacés va s'engager dans une prise en charge comprenant un traitement de substitution. Les personnes qui recouraient à l'injection vont soit arrêter de s'injecter, soit diminuer de manière conséquente la fréquence de leurs injections.

Dix ans après le démarrage du développement des traitements de substitution en France, ce chapitre du rapport tente de dépeindre la situation des personnes recourant à l'injection et de fournir quelques éléments sur les évolutions récentes.

### **LES PRATIQUES D'INJECTION**

#### ***Fréquence de la pratique de l'injection chez les usagers de drogues***

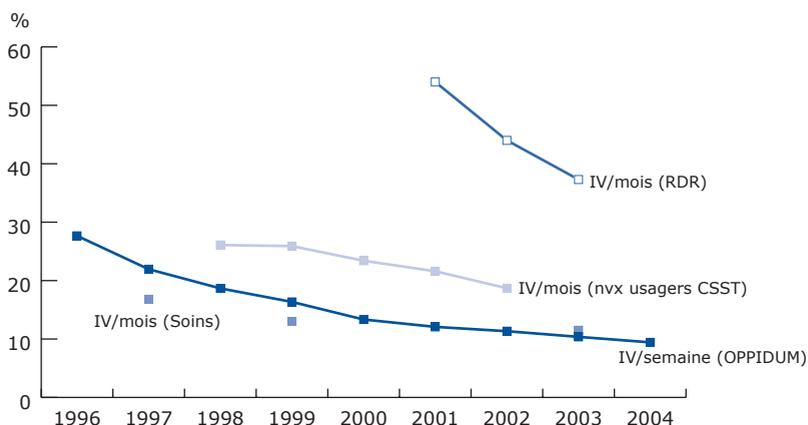
Si le nombre d'usagers problématiques de drogues en France a été estimé entre 150 000 et 180 000 en 1999 [Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2002 #130], la part des injecteurs n'est pas connue avec précision.

L'estimation de la quantité de seringues stériles consommées en France par des usagers de drogues par voie injectable (UDVI) a augmenté de 1996 à 1999 puis a diminué jusqu'en 2002 [Emmanuelli, 2003 #162].

Le développement de l'offre de traitements de substitution aux opiacés (buprénorphine haut dosage et méthadone) à partir de 1996 [OFDT, 2003 #163] ainsi que l'évolution des produits illicites consommés (développement des stimulants et des hallucinogènes et baisse des opiacés) au cours des dernières années semblent induire une diminution de la part des injecteurs parmi les usagers problématiques de produits.

Parmi les personnes vues en CSST, la part de celles s'étant injectées au moins une fois dans la vie est passée de 72 % en 1993 à 69 % en 1997, 62 % en 1999, pour atteindre 51 % en 2003 (enquête novembre DREES). Parmi les personnes vues en structures sociales ou sanitaires, la part de celles s'étant injectées récemment est passée de 28 % en 1996 à 9 % en 2004 (injection dans la semaine, enquête OPPIDUM/CEIP) et de 17 % en 1997 à 12 % en 2003 (injection dans le mois, enquête novembre de la DREES). Parmi les personnes rencontrées dans les structures de réduction des risques, la part de celles ayant eu recours à l'injection dans le mois est passée de 54 % en 2001 à 37 % en 2003 (enquête première ligne, OFDT).

### Fréquence de la pratique de l'injection au cours de la semaine ou du mois écoulé dans plusieurs populations d'usagers de drogues en France de 1996 à 2004



OPPIDUM : enquête annuelle une semaine donnée des CEIP auprès d'usagers pris en charge

Nvx usagers CSST : informations issues des rapports annuels d'activité des CSST adressés à la DGS

Soins : enquêtes « novembre » un mois donné de 1997, 1999 et 2003

RDR : enquêtes « première ligne » de TREND/OFDT auprès d'usagers de structures de première ligne

Au delà des biais inhérents à chacune de ces enquêtes, leurs dynamiques convergentes laissent penser que la diminution de la part de l'injection en France au cours des dernières années est bien réelle. Celle-ci pourrait s'expliquer par une diminution combinée de la prévalence (part des usagers de drogues pratiquant l'injection) et de l'incidence (part des usagers de drogues ayant pratiqué très récemment une injection).

Les nouvelles générations d'usagers de produits illicites rencontrés dans les structures de réduction des risques semblent recourir plus souvent aux produits stimulants et hallucinogènes qu'aux opiacés. En outre, parmi les personnes prises en charges par les CSST, le cannabis est plus fréquemment le motif de consultation. Comme l'usage de la voie injectable est marginal pour les produits stimulants et hallucinogènes et que les usagers de cannabis sont rarement injecteurs, cela entraîne une diminution de la part des usagers de drogues illicites pratiquant l'injection rencontrés au sein des structures de réduction des risques et des CSST. Par ailleurs, les personnes dépendantes aux opiacés et pratiquant l'injection peuvent y recourir de manière beaucoup plus espacée grâce à la suppression du syndrome de manque apportée par les traitements de substitution. D'injections pluriquotidiennes, telles que les pratiquaient l'héroïnomanie du début des années 90, la plupart des consommateurs d'opiacés sont passés à des injections ponctuelles, diminuant mécaniquement l'incidence de l'injection récente.

## **Qui sont les injecteurs ?**

### **Dans l'espace urbain**

En 2003, une enquête menée auprès d'usagers de structures de première ligne a permis de rencontrer plus d'un millier de personnes provenant des douze sites du réseau TREND [Bello, 2004 #98]. Parmi celles-ci 15 % provenaient de trois départements d'outre-mer (Guyane, Martinique, Réunion). Seules trois de ces 166 personnes ont déclaré s'être injectées au cours du mois écoulé. L'analyse qui suit a donc porté sur les 865 personnes ayant consommé un produit psychoactif<sup>17</sup> autre que l'alcool, le tabac ou le cannabis au cours du mois écoulé et ayant été enquêtées à partir de l'une des structures de première ligne des neuf sites TREND de métropole (Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse) en 2003.

Les personnes fréquentant des structures de réduction des risques en 2003 (n=867) et ayant pratiqué l'injection (397, 46 %) au cours du mois écoulé sont, à l'image des autres usagers de produits, principalement des hommes (79 %, tableau). Si l'on rencontre des injecteurs dans toutes les tranches d'âges, ceux-ci sont généralement âgés de 25 ans ou plus (81 %). Au sein de cette tranche d'âge, la proba-

---

17. Sont considérés : l'héroïne, la cocaïne, la buprénorphine haut dosage, la méthadone, le sulfate de morphine, la codéine, les benzodiazépines, le trihexiphenidyle, l'ecstasy, l'amphétamine, la kétamine, le LSD, les champignons hallucinogènes, le rachacha.

bilité de pratiquer l'injection au cours du mois écoulé est près de deux fois plus élevée (OR=1,9) que chez les moins de 25 ans. La plupart des injecteurs (79 %) ont un niveau de formation inférieur au baccalauréat. Parmi les usagers de structures de première ligne, ceux n'ayant pas atteint un niveau de scolarité secondaire présente un risque 3,1 fois plus élevé de s'injecter que ceux ayant atteint un niveau équivalent ou supérieur au baccalauréat. La probabilité de pratiquer l'injection croît avec le score de précarité<sup>18</sup> (tableau). Ainsi, parmi les personnes enquêtées, celles présentant un score de précarité au dessus de sept ont un risque de s'injecter multiplié par 2,2 par rapport à celles ayant un score entre trois et cinq.

La polyconsommation (deux produits différents, ou plus, consommés dans le mois, hors alcool, tabac, cannabis) concerne la presque totalité des injecteurs (90 %) et l'intensité de cette polyconsommation semble associée à une augmentation de la proportion d'injecteurs. Ainsi, les personnes ayant consommé plus de cinq produits différents dans le mois ont 3,1 fois plus de risques d'avoir pratiqué l'injection que celles en ayant consommé un seul (tableau 1).

On observe également de grandes différences de la proportion de personnes s'injectant selon les familles de produits ou les produits consommés. Le fait d'avoir consommé un opiacé au cours du mois écoulé apparaît particulièrement associé à la pratique de l'injection. En effet, la presque totalité (97 %) des personnes ayant pratiqué l'injection dans le mois a consommé au moins un opiacé et le risque de pratiquer l'injection est 16,4 fois plus élevé chez les consommateurs d'opiacés par rapport aux non consommateurs. On retrouve un risque élevé de pratique de l'injection chez les consommateurs de sulfates de morphine (OR=11,3), de buprénorphine haut dosage (OR=2,7) et d'héroïne (OR=2,7). Il n'y a pas d'élévation ou de diminution du risque d'injection pour les consommateurs de méthadone, de codéine ou de rachacha.

Si la consommation d'au moins un produit stimulant au cours du mois ne paraît pas associée à l'injection (tableau 1), il existe en fait une hétérogénéité selon les produits. Ainsi, il y a un moindre risque d'injection pour les consommateurs d'ecstasy (OR=0,4) et pour les consommateurs d'amphétamine (OR=0,6).

La consommation de produits hallucinogènes au cours du mois apparaît « protectrice » de la pratique de l'injection (OR=0,6). Ce constat est essentiellement lié à la consommation de champignons hallucinogènes (OR=0,3). L'aspect « protecteur » des consommations d'ecstasy, d'amphétamine et de champignons hallucinogènes peut s'expliquer d'une part par le fait que ces produits restent encore des « marqueurs » de personnes essentiellement rattachées à l'espace festif et donc à des populations dont seule une part marginale recourt à l'injection et d'autre part que l'injection de ces produits est soit impossible, soit peu intéressante en termes d'effets ressentis.

---

18. Le score de précarité est l'addition d'un score pour le logement (stable : 1, précaire : 2, sans logement : 3), la couverture sociale (SS + mutuelle : 1, SS sans mutuelle : 2, non affilié à la SS : 3) et les ressources (emploi : 1, Assedic : 2, aides (AAH, RMI, proches...) : 3, sans ressources : 4). Ce score peut aller de 3 à 10. Plus le score est élevé, plus la personne est en situation de précarité.

**Tableau 1 : Facteurs associés à la pratique de l'injection dans le mois chez 865 usagers de produits rencontrés dans des structures de bas seuil de France métropolitaine en 2003.**

	Total *		injecteurs*	Injection le mois dernier		OR**	IC 95%***	Test
	%	N	%	oui	non			
<b>Sexe</b>								
- Femmes	23	199	21	41,7	58,3	1		
- Homme	77	666	79	47,1	52,9	1,3	0,9-1,7	p=0,20
<b>Age</b>								
- 15-24	26	227	19	33,9	66,1	1		
- 25 ans et +	74	638	81	50,2	49,8	2,0	1,4-2,7	p<0,001
<b>Etudes</b>								
- Bac ou +	28	236	21	37,3	62,7	1		
- Secondaire	63	543	65	46,6	53,4	1,5	1,1-2,0	p=0,02
- < secondaire	9	76	13	64,5	35,5	3,1	1,8-5,2	p<0,001
<b>Score de précarité§</b>								
- De 3 à 5	35	283	28	37,5	62,5	1		
- De 6 à 7	42	339	44	48,4	51,6	1,6	1,1-2,2	p<0,01
- De 8 à 10	23	184	28	57,1	42,9	2,2	1,5-3,2	p<0,001
<b>Produits différents§§ consommés dans le mois</b>								
- 1	15	129	10	30,2	69,8	1		
- 2 à 3	34	298	32	42,6	57,4	1,7	1,1-2,7	p=0,02
- 4 à 5	33	286	36	50,4	49,6	2,3	1,5-3,6	p<0,001
- 6 à 11	18	152	22	57,2	42,8	3,1	1,9-5,1	p<0,001
<b>Opiacés au cours du mois</b>								
- Non	17	149	3	6,7	93,3	1		
- Oui	83	716	97	54,1	45,9	16,4	8,5-31,6	p<0,001
<b>Traitement de substitution en cours</b>								
- Non	40	349	25	28,7	71,3	1		
- Oui	60	516	75	57,6	42,4	3,4	2,5-4,5	p<0,001
<b>Stimulants au cours du mois</b>								
- Non	34	292	33	44,5	55,5	1		
- Oui	66	573	67	46,6	53,4	1,1	0,8-1,4	p=0,61
<b>Hallucinogènes au cours du mois</b>								
- Non	70	602	75	49,3	50,7	1		
- Oui	30	263	25	38,0	62,0	0,6	0,5-0,8	p<0,01
<b>Benzodiazépines au cours du mois</b>								
- Non	45	391	39	39,4	60,6	1		
- Oui	55	474	61	51,3	48,7	1,6	1,2-2,1	p<0,01

\* : pourcentage en colonne pour chaque variable ; \*\* : OR = odds-ratio ; \*\*\* : IC95% = Intervalle de confiance à 95%

§ : le score de précarité peut varier de 3 (situation la meilleure) à 10 (situation la pire), il est basé sur les ressources, le logement et la protection sociale de la personne.

§§ : sont considérés : l'héroïne, la cocaïne, la buprénorphine haut dosage, la méthadone, le sulfate de morphine, la codéine, les benzodiazépines, le trihexiphenidyle, l'ecstasy, l'amphétamine, la kétamine, le LSD, les champignons hallucinogènes, le rachacha

Données et exploitation : TREND/OFD

Les observations qualitatives recueillies en 2004 par le dispositif TREND sur les usagers marginaux en ville sont très concordantes avec les constats présentés plus haut. Deux profils principaux d'individus pratiquant l'injection ont été identifiés :

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

- **Lille** : « *De ce fait, les injecteurs sont souvent décrits comme des personnes ayant plus de trente ans ; ils sont considérés comme d'anciens toxicomanes [...] Les pratiques d'injection n'ont pas disparu, mais sont souvent anciennes ou épisodiques ; elles ont rarement un caractère quotidien et systématique. Le profil des injecteurs est un profil d'usagers vieillissants, passant de l'injection de l'héroïne à celle du Subutex®, suivant l'arrivée d'argent. Ils sont moins enclin à faire des délits pour se procurer de l'argent, et comme il y a tellement de facilités pour avoir du Subutex®, ils en prennent.* » (Rapport de site)

- **Marseille** : « *Les injecteurs auxquels il a été fait référence dans l'espace urbain marseillais peuvent être distingués entre “anciens” et “nouveaux”. Les “anciens” sont les anciens usagers d'héroïne par voie intraveineuse qui, même en consommant un substitut à leur produit de prédilection, ont conservé le “rituel” d'injection. Ces personnes sont particulièrement concernées par l'injection de Subutex® et/ou de cocaïne.* » (Rapport de site)

- **Paris** : « *[...] des usagers relativement âgés (environ 35 ans) et assez préca-risés utilisant régulièrement la voie injectable.* » (Rapport de site)

- Dans l'enquête « première ligne 2003 », le groupe des personnes déclarant consommer de la buprénorphine haut dosage, ou de la méthadone, ou un sulfate de morphine pour se soigner comprend les trois quarts (75 %) des injecteurs au cours du mois écoulé (tableau 1).

■ des personnes plus jeunes, surtout des hommes, qui vivent généralement dans des situations de grande précarité et oscillant 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 party.

- **Marseille** : « *Des données très partielles ont été recueillies auprès des structures de première ligne concernant les “jeunes injecteurs”. Le “bus méthadone” de Médecins du monde a ainsi connu en 2004 un rajeunissement relatif de sa file active et vu arriver de jeunes usagers ayant initié l'injection en milieu festif. Par ailleurs, quelques jeunes usagers sont en contact avec l'association “Le Tipi”. Ils sont alors décrits comme ayant une dégaine de teuf-fers, quasi-exclusivement masculins, et jeunes. Je pense qu'ils injectent plutôt du speed, de l'héro, de la coke, je pense qu'il y a pas mal d'injections de coke.* » (Rapport de site)

- **Rennes** : « *Des jeunes adultes, entre vingt et trente ans, possédant un parcours de consommation plus ou moins long, selon leur histoire ou leurs rencontres. C'est sans doute la tranche d'âge la plus observée. La représentation masculine est majoritaire.* » (Rapport de site)

- **Paris** : « [...] *augmentation de l'utilisation de la voie injectable par de jeunes usagers de drogues, très tôt dans leur parcours de consommation. De nombreux usagers et observateurs font le constat de l'importance de l'utilisation intra-veineuse de drogues par les toxicomanes les plus jeunes et les plus précaires, que ce soit parmi les groupes plus ou moins marqués par les idéologies contre-culturelles, ou parmi les usagers plus isolés et encore plus précarisés.* » (Rapport de site)

- Dans l'enquête « première ligne 2003 », 34 % des 227 personnes de moins de 25 ans ont déclaré s'être injectées au cours du mois écoulé. Ces jeunes injecteurs vivent pour la plupart dans des conditions particulièrement difficiles. Plus des trois quarts (78 %) n'ont pas de logement stable et la moitié se déclare sans logement. Près de la moitié (47 %) ne dispose d'aucune ressource et un cinquième (21 %) n'a aucune couverture sociale. Ces éléments appuient l'hypothèse de l'existence de jeunes usagers injecteurs très marginalisés. Les rapports TREND 2002 [Bello, 2003 #91] et 2003 [Bello, 2004 #98] rapportaient le constat de l'existence et du développement, dans les villes, de populations de jeunes adultes, souvent fortement marquées par la culture techno et vivant des situations de grande marginalité. Les consommations de produits psychoactifs sont fréquentes. Une partie de ces populations peut être amenée à s'injecter.

Naturellement, ces deux profils de personnes pratiquant l'injection sont celles rencontrées dans les structures de première ligne. Il existe d'autres groupes pratiquant l'injection et dont l'observation s'avère plus complexe. Ainsi, le site de Metz a identifié des personnes plutôt bien insérées et ayant recours à la voie injectable : « [...] *le DrogenHilf/Zentrum de Sarrebrück, ville allemande frontière de la Moselle, propose aux consommateurs de drogues injectables une salle d'injection [...]. Le DHZ accueille en moyenne 250 personnes par jour et parmi elles environ 20% de Français, qui traversent la frontière pour avoir cette pratique, soit une cinquantaine par jour. Il y a quelques années, l'ORSAS a mené une enquête sur les usagers mosellans de la salle d'injection du DHZ. Il s'agissait d'une approche qualitative pour repérer le type de public. Or, parmi cette cinquantaine de Mosellans, usagers réguliers du DHZ, un nombre important ne relevait pas de la description relevée plus haut [à savoir un public en situation de désinsertion sociale et polyconsommateur (NDR)]. Il s'agissait de personnes bien insérées socialement, ayant un emploi régulier. Certaines d'entre elles venaient à la salle d'injection tous les jours ou fréquemment, comme cette infirmière interviewée qui profitait, plusieurs fois par semaine, de ses poses de midi pour aller au DHZ, distant de 15 Km de son lieu de travail, pour se faire une injection.* » (Rapport de site).

## Dans l'espace festif

La pratique de l'injection au sein de l'espace festif techno apparaît peu fréquente comparée à celle précédemment décrite chez les usagers de structures de première ligne. Toutefois, elle est probablement plus élevée qu'en population générale de jeunes adultes. En effet, parmi les 1 487 personnes de l'enquête " musiques électroniques " [Reynaud-Maurupt, 2004 #111], près d'une sur vingt (4,6 %) déclare s'être injectée au cours de la vie et une sur cent (1,1 %) au cours de l'année écoulée. Une majorité (75 %, 12/16) des personnes s'étant injectées au cours de l'année provient de l'espace " free/rave " où elles restent très minoritaires (2,5 %).

Les observateurs de terrain du dispositif TREND sont unanimes pour considérer qu'en 2004 l'injection reste un phénomène marginal dans le milieu festif techno. Ils constatent qu'elle touche les populations marginalisées sur le plan social évoluant aux frontières de l'espace urbain et l'espace festif. Cela corrobore les résultats obtenus par les observateurs de l'espace urbain. Deux sous-groupes principaux sont distingués : les marginaux « volontaires », tels les travellers, et les errants en grande difficulté sociale fréquemment observés dans les structures de première ligne de l'espace urbain. Ces derniers utiliseraient l'espace festif de manière « opportuniste », profitant des rassemblements de grandes envergures comme les tekni-vals pour disposer de « scènes ouvertes » d'usage de drogues.

**Metz** : « *Les pratiques d'injection dans l'espace festif semblent rares. Les observateurs n'en signalent pas ou s'ils le font c'est pour évoquer de jeunes consommateurs d'héroïne, très fortement désocialisés, fréquentant les manifestations gratuites de musique techno.* » (Rapport de site)

**Marseille** : « *Ce sont souvent des zonards, des squatters, des gens de la rue qui fréquentent les teufs. Le plus souvent, ce sont des hommes âgés en moyenne de 27 à 30 ans. Leurs comportements et leur vêtire permettent de supposer que leur insertion sociale est faible.* » (Rapport de site)

**Paris** : « *L'injection serait une pratique observée chez de jeunes travellers, se revendiquant de la mouvance technopunk. Les mouvements travellers, notamment les Spirale Tribes, peuvent être décrits comme un avatar des mouvements hippies des années 70. Ces communautés nomades qui ont importé les free parties en France au début des années 90, seraient aujourd'hui moins mobiles et plus précaires, et leurs membres seraient assez enclins à une consommation abusive de substances psychoactives. Ces jeunes usagers injecteurs vivent dans des squats, le plus souvent avec des chiens, et subviennent à leurs besoins en vivant de la mendicité ; [...]* » (Rapport de site)

En outre, la faiblesse de l'injection s'explique par les représentations très négatives dont ce mode d'administration fait l'objet dans l'espace festif :

- **Marseille** : « *les pratiques d'injection ont une représentation très péjorative chez les usagers de l'espace festif. Si elles sont inexistantes dans l'espace festif commercial, elles sont marginales mais néanmoins présentes dans l'espace festif alternatif.* » (Rapport de site)

- **Paris** : « Selon les observations de différents partenaires, l'injection serait une pratique très rare dans l'espace festif techno y compris dans les free parties et teknivals, où les consommations semblent plus fréquentes. L'injection serait même relativement taboue car associée à la peur et assimilée à la perte de contrôle, à la déchéance et au sida. La pratique serait donc discrète et peu revendiquée. » (Rapport de site)

- **Rennes** : « Celui qui injecte est perçu comme un individu qui ne peut plus gérer sa consommation. Pour les non-injecteurs, la vision d'un shoot, ou même de sa préparation, renvoie à une image beaucoup moins festive que le gobage ou le sniff. Cette vision implique une notion de dépendance dans l'imaginaire collectif, une vision qui ne s'inscrit pas dans le cadre festif. » (Rapport de site)

## Injection : produits et pratiques

### Les produits injectés

Parmi les 1 072 personnes enquêtées lors de l'étude « première ligne 2003 », 401 (37,4 %) ont déclaré s'être injectées au cours du mois écoulé. Les produits qui sont le plus souvent injectés sont par ordre de fréquence décroissant, le sulfate de morphine, l'héroïne, la buprénorphine haut dosage, la kétamine et la cocaïne (tableau 2). Si parmi les personnes pratiquant l'injection, on s'intéresse à la part de celles ayant injecté chaque produit, on constate que l'ordre est modifié puisque la buprénorphine a été injectée par 51 % des injecteurs, l'héroïne par 35 %, la cocaïne par 32 %, le sulfate de morphine par 17 % et la kétamine par 13 %.

**Tableau 2 : Fréquence de l'injection au cours du mois écoulé selon le produit et l'âge parmi les participants à l'enquête " première ligne 2003 "**

Produit	15-24 ans		25-34 ans		35 ans et plus		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sulfate de morphine (81)	-	-	-	-	-	-	70	86
Héroïne (267)	31	50	62	50	49	61	142	53
BHD (448)	37	40	123	50	45	41	205	46
Kétamine (111)	-	-	-	-	-	-	51	46
Cocaïne (303)	18	20	78	47	33	69	129	43
Amphétamine (215)	21	18	16	19	6	38	43	20

Exemple de lecture : parmi les 267 usagers d'héroïne le mois passé, 142 (53 %) se la sont injectés, ce taux est de 50% chez les 15-24 ans et les 25-34 ans, 61% chez les 35 ans et plus,

**Données et exploitation : TREND/OFDT**

En 2004, selon les observateurs du réseau TREND, au sein de l'espace urbain, les trois produits psychoactifs les plus injectés sont l'héroïne, le Subutex® (buprénorphine haut dosage) et la cocaïne. Il semblerait, que l'injection de cocaïne soit en augmentation sur certains sites.

- **Paris** : « *Les observations de terrain et les données recueillies auprès des structures recevant les usagers de drogues permettent de noter que les produits injectés ont quelque peu changé au cours de ces dernières années. Ce changement peut être daté de la diffusion des traitements de substitution aux opiacés en 1995/96. Depuis cette date, la baisse de consommation d'héroïne est particulièrement notable, et par conséquent la baisse de l'injection de ce produit. Parallèlement à la baisse de l'injection d'héroïne on observe un accroissement de l'injection de cocaïne et de médicaments détournés (notamment de Subutex).* » (Rapport de site)

- **Rennes** : « *Pour des raisons certainement liées à la diminution de son prix, la cocaïne semble de plus en plus consommée [en injection (NDLR)]. Bien que son usage soit le plus souvent rencontré dans le cadre festif car son coût demeure élevé, la cocaïne est présente chez le public de rue 'injecteur'.* » (Rapport de site)

Parmi les raisons avancées par les usagers pour justifier le recours à l'injection figure tout particulièrement l'intensité de l'effet provoqué :

« *[Le shoot] c'est sûr que ça ne donne pas le même effet, surtout pour la cocaïne. Avec l'injection de cocaïne, vous avez une très grande montée, des frissons jusqu'aux bouts des doigts. Ça vous triture le cervelet, ça vous monte dans la tête, une bouffée de chaleur qui monte. Rien à voir avec le sniff.* » [Témoignage d'un usager lillois]

En 2003, près de la moitié (46 %) des usagers de BHD rencontrés dans le cadre de l'enquête « première ligne » avaient eu recours à l'injection de ce produit au cours du mois écoulé. Selon les observateurs de terrain, sur les sites de Marseille ou Lille, le Subutex® serait le produit le plus fréquemment injecté dans l'espace urbain.

Alors que l'injection de BHD peut entraîner de nombreuses conséquences morbides, cette pratique apparaît fréquente. Plusieurs explications sont évoquées :

- certains injecteurs, traités par un produit de substitution ne parviennent pas à renoncer à ce mode d'administration et s'injectent tout ou partie de leur traitement par BHD ;
- certains usagers déclarent ne pas supporter le goût, ressenti comme amer, de la BHD prise par voie sublinguale et préfèrent l'injecter ;
- l'effet ressenti lors de l'injection est considéré comme plus « agréable » par certains usagers.

Des observateurs de l'espace urbain mettent en avant le caractère compulsif de l'injection de Subutex®, à l'instar de la cocaïne, qui conduit à des injections répé-

tées. Les effets ressentis seraient à la fois plus forts et plus évanescents que par la voie sublinguale, amenant les usagers à répéter les prises. Ces injections répétées peuvent engendrer une diminution de la vigilance des usagers et aboutissent à des partages, volontaires ou non, des matériels d'injection : « *Mais les pratiques d'injection de Subutex® ou de Skénan® semblent avoir aussi des effets dont il est moins souvent question, à savoir une tendance de la part des usagers à multiplier les prises, avec, comme pour l'usage intraveineux de cocaïne, les conséquences que cela engendre en termes de réduction des risques. Ces produits de substitution, prévus pour être ingérés ou pris par voie sublinguale, ne produiraient pas les mêmes effets s'ils font l'objet d'autres modalités d'usage. Notamment, lorsque ces produits sont injectés, leur effet sur l'organisme aurait une durée plus courte que lorsqu'ils seraient ingérés. Le Subutex ou le Skénan® injectés produiraient un effet plus intense. [...] Cette répétition des prises, surtout dans un contexte de toxicomanie de rue, influe de façon négative sur les comportements de prévention en compliquant leur observation stricte, notamment parce qu'elle nécessite l'utilisation de quantités plus importantes de matériel stérile, dont l'accès et le transport peuvent être rendus plus difficiles par un mode de vie précaire.* » (Paris, rapport de site)

Dans leur travail auprès de quarante « nouveaux » usagers d'héroïne, Reynaud-Maurupt et Verchère constatent que l'injection garde, pour la majeure partie d'entre eux, l'image de la limite à ne pas franchir. De ce fait, pour ces personnes, le passage à l'injection, quand il survient, se situe généralement à la fin de leur cycle de consommation d'héroïne, peu de temps avant de bénéficier d'un traitement de substitution [Reynaud-Maurupt, 2003 #90].

Hormis l'héroïne, la BHD et la cocaïne, le Valium® et le Skénan® seraient souvent injectés. Sur le site TREND de Rennes, le sulfate de morphine (Skénan®) aurait été la substance la plus injectée en 2003 et 2004.

### **Les prises de risques liées à l'injection**

Parmi les personnes de l'enquête « première ligne 2003 » s'étant injectées au cours du mois écoulé, on constate la persistance de pratiques de partage des matériels, même si celles-ci sont minoritaires (tableau 3). Un faible taux de partage de seringues (11 %) est constaté, tandis que pour les autres matériels on note des taux beaucoup plus élevés. Ces pratiques persistantes de partage sont une source possible de contaminations virales pour les usagers, en particulier par le virus de l'hépatite C.

En 2004, en milieu urbain, les observateurs sont à peu près unanimes pour considérer que les messages de réduction des risques ont été bien intégrés et que le partage de seringues est très minoritaire. Cependant, certains s'inquiètent d'un possible retour de cette pratique à l'occasion d'un développement de l'injection de cocaïne.

**Tableau 3 : Fréquence de la pratique du partage de matériel au cours du mois écoulé par les participants à l'enquête " Première ligne 2003 " s'étant injecté au cours du mois écoulé**

	Jamais	1 à 5 fois	Plus de 5 fois
Produits	205 (52%)	121 (30%)	72 (18%)
Cuillère	257 (66%)	96 (24%)	41 (10%)
Coton	273 (71%)	87 (22%)	27 (7%)
Eau de rinçage	292 (75%)	68 (17%)	30 (8%)
Seringue	350 (89%)	28 (7%)	15 (4%)

Données et exploitation : TREND/OFDT

- **Paris** : « [...] l'usage de cocaïne par voie intraveineuse impliquerait une fréquence des prises plus importantes qu'en ce qui concerne la consommation d'héroïne. [...] l'effet que procure la cocaïne injectée serait beaucoup plus bref, et l'envie de refaire une prise se présenterait au bout de quelques minutes. Cela ajouté à l'état d'euphorie et au sentiment d'assurance que produit la cocaïne, inciterait les usagers à observer avec moins de rigueur les règles de prévention (utiliser une seule fois la seringue, ne pas la partager, etc.), même lorsque celles-ci sont bien connues des usagers en question. Quand tu viens d'avoir une montée de coke et que tu en as encore, t'as envie de recommencer tout de suite. Tu réutilises ton matos, t'as pas envie d'aller en chercher dehors [...], même si t'as cassé ta seringue, tu demandes la seringue de quelqu'un. » (Rapport de site)

- **Marseille** : « L'injection de cocaïne est présentée comme particulièrement propice aux prises de risques, en raison du fait qu'elle serait rarement isolée, et par voie de conséquence pratiquée en groupe, les injections de cocaïne impliqueraient :

- une réutilisation du matériel et un recours à la pratique de la tirette (retour veineux) qui serait utilisée dans le cadre de l'injection de cocaïne dans l'objectif d'avoir "plusieurs montées" ;

- un risque "dans le feu de l'action" de se "tromper" de seringue. » (Rapport de site)

Dans le cas de l'injection de cocaïne, il semblerait donc que le partage de seringues soit en quelque sorte involontaire et plutôt le fruit de la nature de l'usage de la cocaïne en injection (compulsion, répétition, etc.). Cela amène à « une perte de vigilance » (Rennes), mais ne signifie pas une moindre conscience de la part des usagers des dangers du partage des seringues.

Il n'en va pas de même s'agissant de la réutilisation, par une même personne, de seringues usagées, susceptible d'engendrer des abcès (Lille) et du partage des filtres ou des cuillères qui augmentent le risque de propagation du VHC voire du VIH (Metz). Il semble que ces pratiques soient encore relativement répandues parmi les injecteurs.

En milieu festif, on ne dispose pas de données précises sur le partage, du fait de la rareté de la pratique de l'injection. Toutefois, pour un certain nombre d'observateurs, il semblerait que les pratiques d'injection y présentent des risques spécifiques du fait d'un environnement généralement hostile aux injecteurs qui les amènerait à prendre des risques supplémentaires :

-l'absence de lieu adéquat pour pratiquer l'injection incite les usagers à s'injecter dans un contexte humainement (hostilité ambiante) et matériellement (lumière insuffisante) peu favorable : « *Mais niveau prise des risques sanitaires en teuf, c'est énorme. C'est déjà difficile d'organiser un chill-out pour que les gens se reposent. Alors t'imagines une shooting room ! Il y en a que ça exaspère déjà de devoir en parler, alors voir une pancarte "shooting room" ! Et pourtant c'est ce qu'il faudrait ! Si je me suis mis à shooter, un jour devant tout le monde, c'est que je n'avais pas le choix non plus. Cela m'est arrivé de voir, dans les environs de Rennes, tous ceux de Rennes, en train de galérer devant un stand pour avoir, ne serait-ce qu'une lampe-torche ! Même si c'est pas aussi grave qu'un partage de seringues, tu n'y vois rien, tu te charcutes, tu mets la moitié du produit à côté. [...]* » (Témoignage d'un usager rennais) ;

-l'accès à du matériel stérile est généralement problématique lors de fêtes. Il dépend de la présence aléatoire de structures sanitaires et sociales lors d'un événement donné et/ou de la capacité des usagers à apporter avec eux leur matériel d'injection. Fréquemment, les matériels nécessaires à l'injection ne seraient pas suffisamment disponibles, ce qui amènerait certains usagers au partage et donc à des risques de contamination.

## **LES DOMMAGES ASSOCIÉS À L'INJECTION**

Les données qualitatives recueillies en 2004 confortent ce qui était connu s'agissant des dommages associés à l'injection. En premier lieu, l'exposition au risque de transmission de l'hépatite C et du virus du sida est mise en avant. Viennent ensuite les problèmes vasculaires comme les abcès, les oedèmes et les nécroses.

Lors de l'enquête « première ligne 2003 », pour les personnes pour lesquelles il était possible de connaître la durée de la période d'injection et ayant réalisé un test de dépistage, des taux de contamination en fonction de la durée des pratiques d'injection ont été calculés (tableau 4). De manière assez homogène pour les trois virus (VIH, VHC, VHB), on constate une augmentation de la prévalence estimée de la contamination en fonction de la durée de la période d'injection. Au delà de la moindre pratique du dépistage par les plus jeunes, ces données accréditent le fait qu'une part importante des injecteurs les plus récents n'est pas contaminée par le VIH et les virus des hépatites et qu'il y a donc lieu de développer des activités d'information, de prévention et de réduction des dommages en direction de cette population.

**Tableau 4 : Taux de séropositivité déclarée au cours de la vie, selon la durée des pratiques d'injection, déclaré pour le virus du sida et les hépatites B et C parmi les injecteurs participants à l'enquête " Première ligne 2003 "**

	0-4 ans	5-9 ans	10 ans et +	Total
Positivité VIH	4 (4%)	12 (10%)	52 (21%)	68 (14%)
Positivité VHC	20 (19%)	68 (56%)	177 (72%)	265 (56%)
Positivité VHB	1 (1%)	8 (8%)	34 (16%)	43 (10%)

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine ; VHC : virus de l'hépatite C ; VHB : virus de l'hépatite B

**Données et exploitation : TREND/OFDT**

Les manifestations morbides localisées aux parties du corps utilisées pour les injections, au cours du mois écoulé, restent assez fréquentes parmi les personnes qui se sont injectées dans le mois. La plupart a eu des difficultés pour s'injecter (tableau 5). Près d'un quart a souffert d'abcès, un tiers de thrombose ou de phlébite, un tiers d'œdème des mains ou des avant bras et quatre sur dix d'hématome (tableau 5).

**Tableau 5 : Fréquences et rapports de cotes de problèmes liés à l'injection chez des personnes s'étant injectées au cours du mois écoulé selon l'injection ou non de BHD\* parmi les participants à l'enquête " première ligne 2003 "**

	Injecteurs	Injecteurs de BHD	Injecteurs d'autres produits	Rapport des cotes** (IC95%)
Nombre	401	194	207	
Difficultés à l'injection	61 %	68 %	55 %	1,7 (1,1-2,6)
Hématome	40 %	44 %	36 %	1,4 (0,9-2,1)
Veine bouchée, thrombose, phlébite	36 %	42 %	30 %	1,7 (1,1-2,5)
Gonflement mains ou avant-bras	34 %	44 %	26 %	2,3 (1,5-3,5)
Abcès	25 %	31 %	19 %	1,9 (1,2-3,0)
" Poussière "	24 %	27 %	22 %	1,4 (0,9-2,1)

\* BHD : buprénorphine haut dosage ou Subutex®

\*\* Le rapport des cotes ou odds ratio estime la probabilité de survenue d'un événement dans un groupe par rapport à un autre. Exemple de lecture: les injecteurs de BHD ont 1,9 fois plus de risque de présenter des abcès que les non injecteurs de BHD

**Données et exploitation : OFDT/TREND**

En 2001 et 2002, le dispositif TREND rapportait des observations qualitatives de problèmes de santé fréquemment considérés comme consécutifs à des injections de BHD. L'enquête « première ligne 2003 » permet de constater que les personnes s'étant injectées de la BHD au cours du mois écoulé présentent plus fréquemment certaines manifestations morbides que les personnes qui se sont injectées d'autres produits. L'injection de BHD est associée à une probabilité plus forte de présenter des troubles ou des manifestations pathologiques liés à l'injection (tableau 5). Ces résultats peuvent être liés à divers facteurs tels, les conditions de vie, les modalités de l'injection et sa fréquence et la galénique du produit.

## CONCLUSION

Au cours des dernières années, la part des usagers problématiques de drogues ayant recours à l'injection en France est, selon toute vraisemblance, en diminution. Ce constat provient d'une combinaison de facteurs :

- Le nombre de personnes bénéficiant d'une prise en charge comprenant un traitement de substitution aux opiacés s'est développé. Ces personnes arrêtent de pratiquer l'injection ou bien réduisent le nombre d'injections.
- La répartition des produits illicites consommés a changé, au profit des stimulants (cocaïne, ecstasy, amphétamine) et des hallucinogènes (champignons, LSD) pour lesquels l'injection est moins pratiquée que pour les opiacés.
- Bon nombre d'usagers associent la pratique de l'injection à des risques, de contamination par des infections (sida, hépatite C) ou à d'autres manifestations morbides douloureuses, qui confortent son image négative.
- Dans l'espace festif, si les pratiques d'injection se développent, elles restent très minoritaires.

Cette évolution apparaît positive puisqu'elle entraîne une réduction du nombre de personnes susceptibles de souffrir de contaminations virales ou de surdoses. Logiquement, elle devrait se poursuivre au cours des années à venir.

Toutefois, au sein de sous groupes de personnes en situation particulièrement marginale, on observe des pratiques d'injection fréquentes chez de très jeunes adultes. Avec l'éloignement des nouvelles générations d'usagers de la période où le VIH/sida était ressenti comme une menace directe, il existe un risque de moindre vigilance par rapport aux possibles contaminations par le biais des matériels d'injection. Les personnes qui s'injectent de la cocaïne peuvent adopter des pratiques d'injection compulsive, particulièrement dangereuses. Une poursuite, un renforcement et une adaptation des stratégies d'information, de prévention, de réduction des risques, et de prise en charge précoce en direction des nouvelles générations d'usagers susceptibles de recourir à l'injection sont toujours d'actualité.

## **USAGERS NOMADES OU EN ERRANCE URBAINE ET DISPOSITIFS SPÉCIALISÉS DE PREMIÈRE LIGNE OU DE SOIN**

---

Depuis l'année 2002, un certain nombre d'observations convergentes de la part des sites participant au dispositif TREND fait état de la visibilité accrue d'une population jeune, nomade ou en situation d'errance, aux conditions de vie plus ou moins précaires, inscrite souvent dans des polyconsommations et recourant ponctuellement à des dispositifs sanitaires ou sociaux d'urgence. Ce phénomène commence à être rapporté par les observateurs de l'espace urbain, il y a trois ans environ, dans un contexte global marqué en France par l'augmentation du nombre des jeunes (20-30 ans) en situation d'errance dont les populations qui nous intéressent dans cette étude ne constituent qu'un sous-groupe. Cette population possède la particularité de fréquenter, dans sa grande majorité, les deux espaces d'investigation du dispositif TREND à savoir l'espace urbain et l'espace festif et contribue à la porosité croissante des deux espaces que ce soit en termes d'usage de produits psychotropes et de modes d'usages.

### **DÉFINITIONS**

Cette population, caractérisée par des dénominateurs communs, notamment la précarité de ses moyens d'existence, n'est homogène ni dans ses aspirations existentielles ni dans son rapport à l'usage de produits psychoactifs. A partir des observations issues du dispositif<sup>19</sup>, deux grands groupes sont susceptibles d'être distingués en son sein : les « nomades » et les « errants ».

Les « nomades » se caractériseraient en premier lieu par une marginalité assumée et parfois même choisie. Les jeunes appartenant à ce groupe revendiquent, dans leur grande majorité, leur appartenance à un univers contre-culturel, relevant le plus souvent d'univers musicaux bien précis (Techno, punk voire hippie) remettant en cause le mode de vie dominant. Cette contestation se réalise en général dans un cadre collectif voire communautaire et peut s'exprimer à travers la réalisation de projets culturels alternatifs (organisations de free parties, squats artistiques, artisanat). Les jeunes appartenant à cette population sont le plus souvent mobiles, migrant en fonction des événements festifs ou autres : « *Le nomadisme peut inclure des activités intermittentes [...], sa particularité tient dans le dépla-*

---

19. Les sites ayant participé à l'exploration de cette thématique sur les populations de jeunes en situation précaire sont Bordeaux, Paris, Lyon, Toulouse pour la métropole et la Martinique et la Guyane pour les départements d'outre-mer.

*gement géographique comme but et comme mode de vie. Ainsi, le jeune pratiquant le nomadisme arrive d'ailleurs et a pour projet de repartir. Il se définit en transit. »* (Toulouse)

Les « errants », en revanche, s'ils se signalent aussi par la précarité de leur existence et partagent un certain nombre de caractères objectifs avec les « nomades », vivent une marginalité subie où n'entre, en général, que très peu de considérations de type contre culturel ou autres. Dans ce cas, la mobilité des personnes est beaucoup plus réduite. Le plus souvent, les personnes appartenant à ce groupe tendent à s'enraciner sur un site précis et leur déambulation est « *principalement orientée par l'immédiateté d'un achat, d'une vente ou l'opportunité de consommer des substances psychoactives, ou par un rendez-vous dans un service social pour obtenir un secours, ou encore pour trouver un abri pour une nuit ou un point de chute où l'on pourra se poser quelques jours.* » (Toulouse) Les « errants », même s'ils peuvent appartenir à un groupe, sont en général plus atomisés que les nomades, les regroupements se réalisant plus sous le fouet des nécessités liées aux hasards de la survie qu'à une adhésion à une communauté animée par un projet de vie.

Ces deux sous-groupes constitutifs de la marginalité urbaine ne sont pas hermétiques aux influences réciproques. Ils peuvent se croiser lors d'évènements festifs par exemple ou au cours de leurs déambulations urbaines liés aux nécessités de trouver un hébergement ou des produits psychoactifs. Certains individus peuvent même passer d'un sous-groupe à l'autre en fonction des aléas de la vie.

## **SITUATION ET ÉVOLUTION DES SITES**

Les sites ayant participé à cette investigation sont unanimes pour constater l'importance de cette population jeune et marginale depuis quelques années même si des décalages peuvent exister que ce soit dans le temps - apparition plus ou moins précoce de la population investigués sur un site donné - ; dans la composition de ladite population - part respective des deux sous-groupes identifiés plus haut voire quasi-inexistence de l'un d'entre eux (très peu de nomades en Guyane et Martinique par exemple).

**Bordeaux** : « *Depuis 2002, l'espace urbain a été la scène de nombreuses modifications. Nous avons pu constater que de nombreux jeunes issus de l'espace urbain, plutôt marginalisés, se retrouvaient plus fréquemment que l'année dernière au sein de l'espace festif. Ainsi, alors que les populations de ces deux espaces apparaissaient clairement distinctes jusqu'à présent une porosité plus importante existe aujourd'hui entre l'espace urbain et l'espace festif [...]* »

**Toulouse** : « *Depuis le début des années 90, des jeunes considérés en errance par les acteurs médicaux, sociaux ou répressifs, qualifiés ou se qualifiant de "zonards" sont "devenus visibles à Toulouse". Ils se déplacent, apparaissant et disparaissant par groupe ou par grappes de plusieurs individus plutôt mas-*

*culins, même si des filles sont présentes. Quelque fois en couple ou isolés, leur apparence vestimentaire hérite des mouvements “punks” ou “hippies”. On peut les voir en transit entre un festival musical et le squat, la gare et le centre d'hébergement, accompagnés de leurs chiens, et les tés de paquetages plus ou moins envahissants. Ils restent parfois sur la ville plusieurs mois avant de se remettre en route. Toulouse sert également d'escale avant des déplacements vers des points de chute ruraux notamment en Ariège ou dans l'Aude mais également dans le Gers, les Hautes-Pyrénées, le Lot et de façon générale en Midi-Pyrénées. Située sur un axe nord-sud qui conduit en Espagne, puis vers le Maroc, Toulouse se situe aussi sur un point de passage entre l'Atlantique et la Méditerranée. Beaucoup de groupes convergent vers la ville rose qui devient une sorte de passage 'obligé' du sud de la France.»*

**Martinique** : « L'errance a toujours existé partout en Martinique mais la forme d'errance que nous connaissons aujourd'hui est apparue il y a une quinzaine ou une vingtaine d'années. Devenue beaucoup plus visible avec l'apparition du crack dans les années 80, elle s'est développée de manière assez rapide dans le centre de Fort-de-France ».

**Guyane** : « [...] si on s'en tient à la définition proposé par TREND, il semble que les deux formes existent bel et bien mais avec des évolutions dans le temps et l'espace [...] :

- Nomadisme défini comme forme plus organisée où le déplacement est orienté par un projet social, culturel ou économique, le déplacement géographique y étant plus fréquent.

- Errance, vue plus essentiellement comme une déambulation urbaine consistant souvent en des situations d'immédiateté (achat, vente, consommation...) se déployant sur un même espace.

Usagers nomades en Guyane :

*Il ont une histoire plus ancienne, sur le site, “routard”, le plus souvent métropolitains, héroïnomanes, venus tenter l'aventure en Guyane, en quête de “vie nouvelle”, de “nature”, en “transit”, souvent vers le Brésil et l'Amérique du sud. En fait, décrits dans les années 1980-90, depuis l'avènement du crack, ils tendent à disparaître ou plutôt à se transformer en “errants” de Cayenne ou d'ailleurs, une fois débarqués en Guyane, après être tombés dans les pièges du crack et des squats... ils se transforment, le plus souvent, et, de manière dramatiquement rapide, en 'errants'.*

Les errants de Guyane :

*Apparus sur le site, de manière progressive, parallèlement à l'avènement du crack, touchant les plus démunis de plein fouet, dans le contexte décrit ci-dessus. Il semble que la première population qui ait été décrite soit celle de la psychiatrie ou une part non négligeable de patients psychotiques déjà consommateurs de cannabis, soient devenus usagers de crack et se soient rapidement*

*marginalisés. Se sont ajoutés, au fil du temps, des usagers de crack, chômeurs, rmistes, sans emploi, rapidement devenus sans domicile fixe, précarisés en majeure partie par leur consommation excessive de crack. »*

A partir de ces éléments, une première césure apparaît entre les sites de métropole, où la population de jeunes en situation marginale se partage entre « nomades » et « errants » et les sites d'outre-mer où ladite population est composée quasi exclusivement d'errants. Cette situation s'explique d'une part, semble-t-il, par la faiblesse en Martinique et en Guyane, par rapport à la métropole, des mouvements contre culturels du type techno, punk voire hippie. D'autre part, du fait du poids de l'usage du crack dans le spectre des consommations de substances psychoactives, lequel est un marqueur significatif d'un état de marginalité. En Guyane, plus spécifiquement, il existe un facteur géographique et économique puisque celle-ci est entourée de pays dont le niveau de vie est largement inférieur à celui y ayant cours, ce qui favorise une immigration clandestine dont une partie au moins vient grossir les rangs des populations dites « errantes ».

## **DESCRIPTION SOCIODÉMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION ACTUELLE**

La population des jeunes usagers marginaux est, d'après les observateurs, largement à dominante masculine, notamment chez les « errants ». Toutefois, dans cette catégorie, deux sites rapportent une nette féminisation des effectifs et ce depuis deux ans.

**Bordeaux** : « [...] les errants apparaissent plus jeunes, se situant davantage dans la tranche 14-25 ans. [...] La présence féminine au sein des deux groupes s'avère inégale c'est dans le groupe des errants que leur présence est la plus remarquable pour deux raisons majeures :

- elles semblent être plus nombreuses qu'auparavant ;
- elles apparaissent parmi les plus jeunes : 'Ce qui est important de noter, c'est que la majorité des mineurs rencontrés sont des filles.' »

**Toulouse** : « S'il convient de rester prudent s'agissant d'une quelconque évaluation d'une tendance générale quant aux populations en errance urbaine ou nomade, en revanche, la féminisation du public jeune en errance est un point qui semble faire l'objet d'un grand consensus parmi les intervenants, médicaux, sociaux et de la réduction des dommages. C'est le constat que fait un travailleur social qui accueille le public de moins de 25 ans sans résidence stable : la féminisation du public [...] c'est un constat assez fort. Il y a de plus en plus de filles et de plus en plus de filles jeunes, c'est-à-dire dans la tranche 18-20 ans. »

Il a été dit plus haut que le dénominateur commun entre les deux grands groupes qui composent la population des jeunes marginaux réside dans le caractère très précaire de leur existence. Cependant, il existe une différence importante s'agis-

sant de la manière dont est vécue cette marginalité. En effet, chez les jeunes relevant de la catégorie « nomades », celle-ci est revendiquée comme un mode de vie, tandis que pour les « errants » la marginalité s'inscrit dans un processus personnel qui aboutit le plus souvent à ce que le sociologue Robert Castel appelle la désaffiliation<sup>20</sup> et notamment chez les plus jeunes (moins de 25 ans), lesquels se retrouvent en marge du système social.

**Lyon** : « *Les usagers en errance urbaine sont visibles sur le site lyonnais. Nous pouvons les répartir en deux catégories selon l'âge : les jeunes et les adultes. Sans emploi, sans domicile fixe, sans droits sociaux, ces populations vivent avec très peu de ressources : parfois le RMI ou l'Allocation adulte handicapé pour les plus âgés, et souvent sans ressources pour les jeunes de moins de 25 ans. [...] Les lieux d'hébergement ponctuels sont variés : centre d'hébergement d'urgence, hôtel social, squat appartement thérapeutique.* »

Pour le site de **Bordeaux**, les jeunes situés dans la tranche d'âge 14-25 ans sont majoritaires dans la catégorie des « errants » : « *[...] les errants apparaissent plus jeunes, se situant davantage dans la tranche 14-25 ans. C'est effectivement dans ce dernier groupe que l'on trouve des tranches d'âge les plus jeunes : de jeunes mineurs (14 ans à 17 ans) ou encore de 'jeunes majeurs' (18-21 ans). Ces jeunes connaissent par ailleurs des conditions sociales de vie extrêmement précaires : [...] d'après une enquête réalisée en 2003, près de 1 sur 10 n'a aucune couverture sociale et plus de 20 % n'ont aucune ressource. Pour les répondants à l'enquête, la précarité semble concerner davantage les personnes de moins de 25 ans : les proportions d'usagers vivant dans un logement précaire, n'ayant aucune couverture sociale ou n'ayant aucune ressource sont significativement plus importantes chez les moins de 25 ans que chez ceux de 25 ans ou plus.* »

Le site de **Guyane** fait état d'un rajeunissement des populations relevant des « errants ». Alors que le profil traditionnel de l' « errant » était celui d'un homme âgé de 35 à 40 ans, « *on note depuis deux, trois ans, une tendance à un rajeunissement de cette population errante, parfois mineure, visible dans les rues [...]* ». En 2003, l'enquête sur les usagers fréquentant les structures dites de première ligne mettait en évidence une proportion non négligeable (20%) des moins de 25 ans parmi les usagers enquêtés.

Le constat est le même sur le site de **Martinique** : « *Apparaissent aussi de plus en plus, des jeunes hommes âgés entre 19 et 25 ans, en rupture familiale et qui basculent vers l'errance. Parmi eux des anciens pensionnaires de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), des personnes venant de familles en difficulté, des individus issus de quartiers difficiles [...]* Beaucoup d'entre eux sont en échec scolaire. »

---

20. Robert Castel, « Les métamorphoses de la question sociale », Folio, Gallimard, 1999

Chez les « nomades », la situation sociale apparaît beaucoup moins précaire que celle des errants. La vie en communauté, le caractère revendiqué du mode vie permet la mise en place de garde-fous qui empêchent le processus de désaffiliation. Beaucoup d'entre eux ont accès au RMI (revenu minimum d'insertion) et à une couverture sociale. Certains pratiquent des petites activités commerciales ou rentrent par intermittence sur le marché du travail précaire.

**Toulouse** : « [...] certains jeunes vivent en couple ou en communauté dans une recherche de mode vie alternatif. Se regroupent dans cet ensemble des jeunes de 18 à 35 ans, hommes et femmes, vivant en camion, dans des maisons de la périphérie urbaine ou en milieu rural, plus ponctuellement dans des appartements en ville ou dans des squats organisés. Ayant peu recours aux systèmes institutionnels, les interactions avec les dispositifs se limitent à l'indispensable : le médecin généraliste plus que le centre de soin spécialisé, et les services sociaux "quand on ne peut pas faire autrement". Souvent bénéficiaires de prestations compensatoires et d'une couverture sociale, ils essaient de mettre en place des ressources qui dépendent d'activités commerciales, de prestations artistiques, ou de travaux intermittents ou saisonniers. Les déplacements sont pour partie liés à ces activités économiques : participation ou organisation de manifestations festives ou culturelles, réponses à des besoins de main d'œuvre ponctuelle, agricole, touristique. »

**Bordeaux** : « Les nomades, comme nous l'avons vu, plus âgés, bénéficient plus largement d'aides comme le RMI et leur mobilité et relative autonomie les distinguent des errants en ce point qu'ils arrivent davantage à se mobiliser pour la recherche de ressources. Qu'il s'agisse pour certains du deal ou de travaux saisonniers pour lesquels ni le logement, ni la mobilité ne posent problème, leur possibilité à subvenir à leur besoin apparaît plus aisée. Et mis à part les démarches de transfert de dossiers, la majorité d'entre eux semble être munie d'une couverture sociale. »

Cependant la dichotomie nomades/errants, marginalité subie/marginalité revendiquée n'épuise pas la réalité sociale des jeunes usagers marginaux. Certains groupes de jeunes appartenant à la catégorie des « nomades » peuvent avoir des conditions de vie extrêmement proches de celles des errants et connaître un processus qui les mène à la désaffiliation, du nomadisme à l'errance.

Sur le site de [Paris](#), il semble que ce soit que les milieux « hardcore » ou « technopunk » qui se rapprochent le plus de cette configuration : « L'observation réalisée en 2004 permet de constater par rapport à l'année dernière un accroissement net de la visibilité de personnes nomades ou en errance issus des milieux festifs (principalement techno ou punk), dans les structures sanitaires et sociales destinées aux toxicomanes. Néanmoins, les usagers qui fréquentent les structures de première ligne semblent être en général les plus précaires et les plus désocialisés d'entre eux. La plupart du temps, ils maintiennent des relations, occasionnelles ou régulières, avec des groupes rassemblés autour d'une culture alternative. Certains

*d'entre eux s'en sont néanmoins complètement coupés, et ont un mode de vie proche de celui des usagers très précarisés fréquentant la scène du crack du Nord-Est de Paris. »*

## **PRODUITS CONSOMMÉS ET MOTIFS DES USAGES**

Avant d'aborder la consommation des produits particuliers, il semblerait d'après les observateurs que la dichotomie nomades/errants recouvre des pratiques différentes dans les modes d'usage.

Pour le site de **Bordeaux**, « *les produits consommés par les nomades et les errants ne le sont pas de la même manière. Les nomades sélectionnent leurs produits, ciblent leurs consommations et semblent avoir un discours plus argumenté sur les substances alors que les errants consomment davantage, à l'occasion ce qui passe. [...] Alors que la consommation des nomades apparaît donc variée et néanmoins relativement sélective, il en est tout autrement de celle des errants. Leurs conditions de vie et ce qu'elles impliquent ("maison en bandoulière", pas de couverture sociale), les revenus très aléatoires et peu prévisibles (issus en grande partie de la manche et du deal), induisent un accès aux substances tout aussi hasardeux. »*

Il apparaît donc que la maîtrise plus prononcée dont font preuve les populations dites « nomades » sur le cours de leur vie se traduise aussi par une gestion plus grande de leur consommation.

Cependant les influences réciproques en termes de consommation entre « errants » et « nomades » sont profondes. Il existe bien sûr un facteur générationnel lié à la fréquentation des mêmes événements festifs, parfois des mêmes lieux dans la ville. Ainsi les sites de Bordeaux et Toulouse rapportent un développement important de l'usage d'hallucinogènes naturels dans les populations « errantes » (*Salvia divinorum*, cactus, champignons, *Datura*).

**Bordeaux** : « *En 2004, dans la continuité de ce qui est décrit par ailleurs, les usagers errants, et ceci surtout pendant l'été, ont été des consommateurs friands de substances hallucinogènes d'origine naturelle. Déjà largement diffusées au sein des nomades d'acointance transe goa, leur consommation s'est propagée aux errants. Faciles d'accès (Internet pour les uns ou cueillette pour les autres) leurs propriétés euphorisantes et hallucinogènes (du 'visuel') agrémentent les soirées dans les squats, dans les teufs et même quelque fois dans la rue pour faire la manche. »*

Il en va de même pour un produit comme la kétamine, dont la consommation semblerait se développer dans les populations dites errantes à partir du milieu festif.

D'après le site de Bordeaux, si l'usage semble plus globalement maîtrisé dans les populations dites « nomades », il ne semble pas qu'il y ait de différences significatives dans le spectre des produits consommés. Des produits comme la buprè-

norphine haut dosage (Subutex®) ou le sulfate de morphine (Skénan®), attachés plus spécifiquement à des populations très marginalisées, semblent bien présents dans les populations attachées au nomadisme et inversement, on l'a vu pour les hallucinogènes naturels mais cela existe aussi pour l'ecstasy et la cocaïne, des produits associés au temps de la fête apparaissent dans les consommations des populations errantes et très marginalisées. Il semble donc que les interactions entre les deux milieux soient très fortes. Le site de Paris confirme l'usage de médicaments détournés comme le Skénan® et le Subutex® dans les milieux punk et voyageurs, milieux évoluant certes aux frontières de l'errance.

Le site de Toulouse insiste plus quant à lui sur les différenciations entre les deux groupes. Il semblerait tout de même que l'usage de Subutex® et de benzodiazépines soit plus prononcé parmi les « errants » et les jeunes les plus désaffiliés. En 2004, le même site met en avant une plus grande présence de l'héroïne dans les deux groupes (nomades et errants), phénomène qui serait lié à une désaffection pour le Subutex®.

## **ASSOCIATIONS DE PRODUITS**

Les polyconsommations sont très répandues tant chez les populations errantes que nomades. Il semble qu'il y ait ici un phénomène générationnel, comme le souligne le site de Toulouse : « *La polyconsommation est la règle pour ces publics qui, plus que d'autres, sont dans des multiplications d'expérimentations opportunistes. L'analyse de la base des enquêtes auprès des structures de première ligne 2001, 2002, 2003 montre que les usagers de moins de 35 ans, sans résidence stable, consomment plus de produits distincts sur une même période de référence. [...] Les intervenants des structures de première ligne constatent que, contrairement à leurs aînés plus facilement monomaniaques, avec un produit préférentiel sur lequel se construisait ponctuellement des opportunités d'association, les jeunes qui arrivent maintenant déclarent d'emblée une polyconsommation* »

Cependant, dans les populations errantes les plus désaffiliées, le caractère anarchique de la polyconsommation est plus marqué sur le mode « *on trouve et on associe ce qu'on peut.* »

S'agissant des produits consommés, il semble que l'association alcool/cannabis soit la plus répandue tant chez les errants que chez les nomades. Plus on descend l'échelle de la marginalité plus on trouve des associations impliquant BHD et benzodiazépines et BHD alcool et cannabis (Toulouse)

## **MODES D'ADMINISTRATION**

Deux sites, Toulouse et Bordeaux, font un constat identique sur le fait que dans les populations nomades et errantes, la pratique de l'injection prendrait de l'im-

portance avec l'âge des usagers et leur degré de marginalité. Plus, ceux-ci sont jeunes moins ils auraient tendance à avoir recours à ce mode d'administration.

**Bordeaux** : « *En ce qui concerne les errants, les données recueillies sur leurs modalités de consommation nous laissent penser qu'ils pratiquent moins l'injection, qui serait principalement le fait d'occasions'. Nous pensons que le jeune âge de certains n'est pas étranger à cette constatation, l'injection se pratiquant généralement par un public plus expérimenté.* »

**Toulouse** : « *Dans un mouvement général où s'observe une baisse de l'injection, différents acteurs du sanitaire, du social et de la réduction des risques pensent que les plus jeunes errants en voie de désaffiliation sont moins injecteurs que leurs prédécesseurs. Ainsi dans ces groupes de jeunes autour d'une vingtaine d'années, les modes principaux d'administration sont l'inhalation à chaud (fumer), à froid (sniffer) et l'ingestion (gober).* »

L'injection croîtrait avec l'âge et notamment chez les usagers les plus désaffiliés et consommateurs de buprénorphine haut dosage (Subutex®).

Globalement, il semblerait que l'injection garde une image négative tant chez les « errants » que chez les « nomades ».

**Toulouse** : « *Dans la plupart des groupes d'usagers en errance, l'injection garde une image négative, y compris chez les injecteurs. C'est particulièrement vrai parmi les usagers fréquentant l'espace techno où l'usage existe et peut être toléré par certains groupes, alors que pour d'autres, la shooteuse, identifiée au toxico qui stigmatise le mouvement, est objet de rejet important. Et plus encore parmi les jeunes usagers issus des quartiers défavorisés où les expériences dramatiques des générations précédentes, où toxicomanie et sida sont liés marquent les esprits des plus jeunes de façon plus forte.* »

## **PROBLÈMES SANITAIRES ET SOCIAUX LIÉS À LA CONSOMMATION**

Il est difficile, en matière de problèmes de santé et sociaux rencontrés par les jeunes marginaux, de faire la part entre ce qui est engendré par l'effet des consommations elles-mêmes et ce qui relève des conséquences d'un mode vie donné.

Toulouse et Bordeaux insistent sur les problèmes d'ordre psychiatrique dans ces populations et les phénomènes de violence.

**Toulouse** : « *Les troubles psychiques au sens large sont mentionnés par les différents observateurs. Décompensations liées aux hallucinogènes ou aux mélanges trop importants de molécules, les sujets fragiles se retrouvent aux urgences et aboutissent parfois en service psychiatrique pour y effectuer un séjour.* »

Les problèmes de santé les plus mentionnés engendrés par les consommations sont liés à l'abus d'alcool et à l'entrée dans une dépendance aux opiacés, via la BHD, notamment dans le milieu des jeunes marginaux les plus désaffiliés.

Viennent ensuite les problèmes sanitaires engendrés par le mode vie

**Bordeaux** : « *Ce mode de vie très précaire donne souvent lieu à des pathologies liées à l'exclusion : gale et infections diverses liées au manque d'hygiène où tout symptôme peut prendre des dimensions plus préoccupantes [...]. Les types de pathologies fréquemment rencontrés ont été :*

- *dermatologiques : abcès, dermatoses (la gale, mycoses),*
- *traumatologiques (sutures, fractures),*
- *plus diverses, des problèmes liés à des grossesses, à des violences conjugales. »*

Il existe aussi des problèmes spécifiques pour les jeunes femmes confrontées aux conséquences de la promiscuité et des violences propres au monde l'errance (infections vaginales, grossesses non désirées, troubles des règles).

### **LES USAGERS NOMADES OU EN ERRANCE ET LES DISPOSITIFS SPÉCIALISÉS DE PREMIÈRE LIGNE OU DE SOIN**

Les sites sont à peu près unanimes pour constater que les usagers nomades les plus intégrés à un projet contre culture entretiennent des liens très lâches avec les dispositifs de première ligne et notamment les « boutiques »<sup>21</sup>. En général, ils ne nourrissent avec ceux-ci qu'un rapport limité à l'obtention de kits ou de matériel d'injection.

**Paris** : « *Les usagers de drogues issus des milieux festifs se montrent généralement réticents à fréquenter les lieux destinés aux personnes précaires, et a fortiori le dispositif spécialisé pour toxicomanes, exception faite des programmes d'échange de seringues et de matériel de réduction des risques liés à l'usage de drogues. »*

**Bordeaux** : « *Les usagers nomades fréquentent les 'boutiques' par intermittence : leur venue conditionnée par le rythme de leurs séjours, se fait massive en certaines périodes (l'été principalement) où ils peuvent arriver en nombre. Ils semblent habitués à fonctionner avec ces institutions et avoir une bonne connaissance de ce qu'ils peuvent y trouver, ce qui se traduit par des demandes souvent très ciblées de leur part : 'Les usagers nomades, quand ils débarquent ici, viennent pour le strict minimum, les prestations de base : ils sont de passages, ils prennent le nécessaire pour l'injection et pour se soigner... »*

Un des facteurs qui expliqueraient ce rapport distant avec les structures de la part des populations dites « nomades » consisteraient dans le refus d'être assimilé à la figure de l'usager à problèmes.

---

21. Les boutiques sont des lieux d'accueil pour usagers de drogues en situation de grande précarité. Celles-ci permettent l'accès à des installations sanitaires, des machines à laver, du matériel de prévention (préservatifs, seringues)

*Paris : « Des entretiens avec de jeunes teuffers permettent d'envisager, au moins partiellement, les motifs de faible fréquentation des structures d'accueil par les usagers de drogues issus des milieux festifs. L'une des premières raisons mises en évidence aurait trait à une volonté de se distinguer des usagers de drogues très précarisés et marginalisés comme ceux fréquentant le XVIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Le discours de l'un des interlocuteurs s'efforçait d'établir un lien étroit entre sa conduite addictive et un mode de vie "anarchique" refusant le "conformisme de la société", exprimant le refus d'être assimilé à des personnes dont la toxicomanie apparaît comme seulement destructrice et 'sans aucun sens'. »*

En revanche, il semble qu'il existe parmi la population dite « nomade », une frange qui fréquente les boutiques de « bas seuil ». Celle-ci tendrait à devenir plus visible par les professionnels de ce type de structures. Il s'agit d'une population en voie de marginalisation, dont les conditions de vie sont très proches de celles de la population dite errante. C'est le cas notamment à Paris :

*« L'observation réalisée en 2004 permet de constater par rapport à l'année dernière un accroissement net de la visibilité de personnes nomades ou en errance, issues des milieux festifs (principalement techno ou punk), dans les structures sanitaires et sociales destinées aux toxicomanes. Néanmoins, les usagers qui fréquentent les structures de première ligne semblent être en général les plus précaires et les plus désocialisés d'entre eux. La plupart du temps, ils maintiennent des relations, occasionnelles ou régulières, avec des groupes rassemblés autour d'une culture alternative. Certains d'entre eux s'en sont néanmoins complètement coupés, et ont un mode de vie proche de celui des usagers très précarisés fréquentant la scène du crack du nord-est de Paris »*

On peut retrouver également des individus en rupture avec leur groupe d'origine : la fréquentation d'un dispositif de type « boutique » devenant le marqueur d'un processus de désaffiliation exprimant le passage d'une catégorie à l'autre. Ce processus est rapporté par le site de Paris :

*« Le groupe d'usagers issus des milieux festifs tend progressivement à gagner en visibilité au sein des structures de première ligne, ce qui incite à s'interroger sur les facteurs qui expliqueraient qu'une partie de ces usagers fréquente le dispositif d'aide et de prise en charge. Un facteur apparaît assez clairement, celui du basculement de certaines des personnes en question dans un mode de vie très précaire, une polyconsommation incontrôlée et un isolement radical par rapport aux groupes de pairs dont elles faisaient partie. Les personnes se retrouvant dans une telle situation n'auraient alors pas d'autres alternatives que celles de rechercher de l'aide matérielle ou un soutien moral dans les structures spécialisées, notamment celles de première ligne. Nous retrouvons ici, en tant que l'une des clés pour comprendre pourquoi certains jeunes nomades ne fréquentent pas les structures alors d'autres le font, une question explorée dans*

*le rapport TREND Paris en 2003, à savoir la question du passage d'un usage de drogue dans un cadre récréatif à un usage dans un contexte urbain et précaire. On pourrait dire de ce point de vue que le fait pour un nomade de fréquenter une structure de réduction des risques (en dehors des PES) constitue l'un des indicateurs du franchissement d'un seuil déterminant par un usager impliqué dans un processus de passage du milieu festif au milieu urbain. »*

La relation des populations « errantes » avec les dispositifs de première ligne est un peu la même que celle des populations nomades. Il s'agit d'un rapport plutôt pragmatique et utilitaire, les usagers se bornant à un recours ponctuel aux différents services prodigués sans s'inscrire, pour la plupart, dans une démarche à plus long terme de prise en charge sanitaire ou de réinsertion sociale.

**Bordeaux** : « [...] *Pour ceux venant d'arriver dans la région, la connaissance de ces dispositifs est moindre, d'autant plus qu'ils ne semblent pas enclins à fréquenter des structures de soins pour toxicomanes (même s'il s'agit de structures de première ligne) [...] »*

**Lyon** : « *La rencontre avec ce public n'est pas toujours aisée, certains revendiquent leur 'liberté' ou leur 'choix de vie', ces jeunes formulent peu de demandes. »*

**Toulouse** : « *Une des façons de percevoir ces représentations négatives à l'égard des dispositifs sociaux, consiste à remarquer que de nombreux jeunes ne demandent rien ou expriment seulement des besoins précis et utilitaires comme 'un duvet... ; des couvertures... ; de l'orientation... ; un lieu pour se poser avec les chiens... ; du Subutex®... ; de la nourriture...' privant les professionnels de toute demande d'accompagnement ou d'aide à des changements plus en profondeur. »*

Par ailleurs chez les jeunes en errance, beaucoup ne se vivent pas comme des toxicomanes et tiennent à se démarquer de la figure classique de l'usager en grande précarité pour lequel les dispositifs de première ligne ont été mis en place :

**Toulouse** : « *Les structures de réduction des risques pour usager de drogues sont connues, mais leur accès nécessite une identification au personnage de "l'usager de drogue". Ainsi, des personnes, consommant régulièrement des substances psychoactives illicites ou détournées ne se reconnaissent pas dans l'image que leur renvoie le système spécialisé. Les prestations proposées peuvent être un prétexte pour "aller y faire un tour". Demander un hébergement ou un service peut être une clé pour franchir la porte de structures pour lesquelles on ne sent pas fait. Car un lieu spécialisé appelle à nommer implicitement ou explicitement une partie de soi, qui ne peut pas être encore reconnue ou assumée. »*

## DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES DISPOSITIFS

Les dispositifs de première ligne et de soins rencontrent un certain nombre de difficultés face à l'arrivée des populations nomades et errantes qu'elles n'avaient pas l'habitude de prendre en charge. Parmi, les difficultés les plus rapportées, l'inadaptation des « boutiques » face à des groupes de jeunes accompagnés fréquemment de chiens est la plus soulignée.

**Bordeaux** : « Une des constatations des intervenants des boutiques concerne le fonctionnement de ces groupes, qui se distingue de celui des usagers plus 'traditionnels'. En effet, la gestion d'une dizaine de personnes avec chiens et sacs ayant l'habitude de fonctionner ensemble s'avère une opération quelque fois délicate. »

**Paris** : « Une autre raison mise en avant par les usagers issus des milieux festifs pour expliquer leur non-fréquentation des structures d'accueil, est liée à leur(s) chien(s), dont la présence est souvent mal venue dans les structures de réduction des risques parisiennes, étant donnée la dimension généralement réduite des locaux, et l'absence de cour extérieure où les chiens pourraient stationner. Cela semble moins souvent le cas dans les structures se trouvant en province, qui sont généralement plus spacieuses et disposent fréquemment de lieux appropriés pour recevoir les animaux de compagnie. »

**Toulouse** : « Depuis plusieurs années, la fréquentation d'un public plus jeune, nomade ou en errance urbaine posait des problèmes récurrents avec le voisinage d'une des structures de première ligne à Toulouse. Notamment du fait de la présence de chiens, qui ne pouvant rentrer avec leurs maîtres, restaient dehors et occasionnaient des troubles dans la rue. »

Le deuxième type de difficulté rencontrée par les structures de première ligne réside dans le caractère de plus en plus hétérogène des publics qui les fréquentent. La cohabitation entre les jeunes « errants » et/ou « nomades » et les usagers plus classiques ne va pas sans poser des problèmes.

**Toulouse** : « Plusieurs structures évoquent la difficulté à 'mixer' les publics de jeunes en désaffiliation avec ceux plus âgés désaffiliés. Notamment dans les centres d'hébergement, la cohabitation n'est pas toujours facile entre jeunes en errance et SDF 'résidents notoires'. Ainsi certains jeunes refusent d'aller ou de rester très longtemps dans les centres : 'je me suis retrouvé à côté d'un clodo qui pue, qui picole... je ne suis pas comme ça...' , explique un jeune homme. Difficulté à supporter l'image de ce double outrancier, figure de ce que l'on pourrait devenir ? Quoi qu'il en soit, ces remarques et les comportements qui les accompagnent sont fréquents parmi les jeunes sans résidence stable. [...] Pour les anciens usagers de drogues héroïnomanes sous substitution, accepter les modifications du cadre d'accueil [...] qui visent à favoriser l'accueil des jeunes en errance est difficile. C'est à la fois une perte d'identité pour le lieu et pour eux-mêmes. Les discours qu'ils tiennent sur les jeunes en errance sont

*difficiles. C'est à la fois une perte d'identité pour le lieu et pour eux-mêmes. Les discours qu'ils tiennent sur les jeunes en errance qui leur "prennent" en partie la place sont très dévalorisants. Ils puent... ils sont crados... c'est des clochards... c'est parce qu'ils prennent deux ecstas par semaine que ce sont des toxicos [...] »*

Cette conflictualité entre les différents groupes d'usagers aggrave aussi les difficultés des structures de première ligne à toucher le public des jeunes en errance. Ces jeunes préfèrent en effet limiter leurs contacts afin d'éviter la cohabitation avec des populations avec lesquelles des relations conflictuelles existent déjà au niveau de la rue.

**Paris** : « [...] pour obtenir les ressources nécessaires à l'acquisition des produits, ce jeune public serait davantage porté vers la pratique de la mendicité que vers des activités délinquantes, telles que le vol ou le braquage. Ces usagers, plutôt jeunes (et le plus souvent Français) aurait tendance à davantage susciter la générosité des passants que les usagers, plus désinsérés, plus âgés, (et le plus souvent étrangers). Cette situation aurait semble-t-il pour conséquence de créer des tensions vives entre ces deux groupes d'usagers et, dans des situations engageant des rapports de force, les jeunes usagers se retrouveraient en position de faiblesse face aux autres usagers. Ils seraient alors souvent victimes d'escroqueries et de violence de la part de ces derniers. Ainsi, lors de l'acquisition de cachets (surtout de Skénan®, mais aussi de Subutex®) dans le quartier de Château-Rouge ou des Halles, les jeunes teuffers seraient amenés à payer le prix fort, jusqu'à 4 euros le cachet de Subutex® contre un prix moyen de 1,50 euros, et 30 euros la boîte de Skénan® contre un prix moyen de 15-20 euros (informations confirmées par des revendeurs, ces derniers affirmant aussi que le rapport de force s'inverse en leur défaveur lorsque des teuffers viennent en nombre important et accompagnés de chiens). La récurrence de relations conflictuelles n'inciterait alors pas les teuffers à côtoyer les groupes d'usagers de drogues dans les structures d'accueil, ce qui le les empêchent pas de s'approvisionner en matériel d'injection dans des PES, où ils ne font souvent que passer. Pour bénéficier du dispositif d'aide aux personnes précaires, les teuffers semblent préférer se rendre dans des lieux moins fréquentés par les autres groupes d'usagers de drogues, comme cela avait déjà été noté en 2003. »

Le troisième grand type de difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels investis dans les dispositifs de première ligne tient à la quasi-impossibilité d'envisager un travail dans la durée. En effet, le mode de vie des populations « nomades » et dans une moindre mesure « errantes », fait de déplacements fréquents d'une ville à l'autre rend problématique une prise en charge un tant soit peu suivie permettant l'accès aux soins et aux traitements de substitution.

**Bordeaux** : « Pour les usagers nomades, une captation, par ses dispositifs de soins, sporadique qui pourrait laisser penser que la demande de soins est

*mineure. Bien qu'elle ne semble pas revêtir les mêmes enjeux et problèmes que ceux des usagers errants, il n'en reste pas moins que l'accès aux soins en toxicomanie et particulièrement dans la prise en charge du point de vue de la substitution semble un peu plus compliquée. Leurs activités, professions liées à la musique électronique et aux manifestations ne leur permettent pas d'intégrer un cadre de soins dans une ville unique et les relais apparaissent relativement compliqués. »*

**Toulouse :** « [...] la mobilité de ces publics jeunes et en errance limite parfois les possibilités d'engagement de travail par les discontinuités que créent leurs départs. Dans ce contexte, ce n'est pas évident de pouvoir se projeter dans le temps pour envisager du projet. »

Mais c'est autour des jeunes errants âgés de moins de 25 ans que les problèmes rencontrés apparaissent les plus importants. D'une part, il s'agit d'une population rétive aux contacts avec les professionnels. En général, les jeunes usagers marginaux n'entretiennent que des rapports ponctuels avec les dispositifs de première ligne et les structures de soins. Ces structures sont utilisées pour répondre à des besoins momentanés ou urgents, dans une logique à très court terme mais non dans un objectif à long terme manifestant une intention de rentrer dans un processus de soins ou de réinsertion sociale.

**Toulouse :** « 'De toute façon, déclare un médecin généraliste, ils [les jeunes en errance (NDR)] refusent d'aller dans les dispositifs. Il me semble qu'il y en a très peu qui y vont... Pour aller dans ces dispositifs, il faut avoir une demande soit de santé parce qu'on a repéré un problème, soit social parce qu'on veut quelque chose, mais ils ne sont pas du tout là-dedans. L'image que donne le social, ça ne donne pas envie, à 17 ou 18 ans d'y entrer.' »

D'autre part, le système social en vigueur ne permettant pas de les intégrer du fait des limites d'âge, ceux-ci se retrouvent en situation d'exclusion totale que ce soit par rapport au logement, aux revenus, à la couverture santé. Les démarches volontaires en vue d'une réinscription dans un dispositif de soins ou de réinsertion sociale sont le plus souvent le fait de jeunes âgées de plus de 25 ans d'une part parce que cet âge leur permet de pouvoir prétendre à certains prestations et d'autre part parce qu'une lassitude à l'égard du mode de vie menée commence à pointer.

**Toulouse :** « [...] la représentation des dispositifs spécialisés n'est pas forcément négative, et les recours sont progressivement possibles, au fur et à mesure que leur 'carrière' avance et que les désirs de changement se font plus précis. Un médecin du réseau ville-hôpital remarque 'qu'ils y viennent à un moment. Ça fait partie des trucs à explorer, mais plus tard, quand ils veulent s'arrêter, trouver un appartement... faire des papiers... quand ils ont 25 ans et qu'ils ont droit à la CMU... ou à l'aide sociale ou le centre de soins... [...] »

## CONCLUSION

Depuis quelques années, les personnes impliquées dans les dispositifs de première ligne et de soins font état du développement quantitatif d'une population plutôt jeune en situation de grande précarité sociale et évoluant aux frontières des espaces urbains et festifs. Cette population, d'après les observateurs, est loin d'être homogène et relève essentiellement de deux univers très différents. Le premier est celui de la marginalité « traditionnelle » et « subie », expression de processus de désaffiliation (famille, travail, droits sociaux) qui mènent les individus à des situations de détresse sanitaire et sociale profonde. Le second est le produit de l'émergence au milieu des années 90 à une échelle de masse du courant musical « techno » qui a engendré dans son sillage, outre les manifestations plus conventionnelles qui s'expriment dans le cadre des discothèques et des boîtes de nuit, tout un courant rassemblant des jeunes en rupture de ban, contestant le mode de vie dominant. Ces deux populations, si elles présentent des différences, se retrouvent aujourd'hui dans les centres des grandes villes où elles deviennent au fil des ans de plus en plus visibles. La prégnance des consommations de produits psychoactifs de même que l'importance des polyconsommations distingue ces populations, lesquelles tendent de plus en plus à fréquenter les structures dites de première ligne et de soins posant aux professionnels qui animent ces dispositifs des problèmes inédits. À l'origine en effet, les structures de première ligne étaient destinées à un public relativement restreint composé de personnes en situation de grande marginalité consécutive à des dépendances engendrées par l'injection d'opiacés et d'héroïne en particulier. Aujourd'hui ces structures sont confrontées à des populations plus nombreuses, plus jeunes, caractérisées par des consommations plus diversifiées et plus difficiles à toucher et à fidéliser. Cette situation pose le problème de l'adaptation des structures à ce nouveau public que ce soit en termes de moyens matériels pour y faire face mais aussi de réflexions en matière de prévention des pratiques à risques et de réinscription des personnes concernées dans un processus de réaffiliation sanitaire et sociale.

## GLOSSAIRE

---

**Amphétaminiques** : ou amphétamines sont une famille de molécules dont le précurseur commun est l'éphédrine, identifiée en 1887 à partir du Ma-huang, un médicament traditionnel chinois préparé à partir d'*Ephedra vulgaris*. Ces molécules sont, entre autres, l'amphétamine (speed), la méthamphétamine (ice, crystal-meth, yaa baa...), la MDMA (méthylènedioxyméthamphétamine, ecstasy, XTC), le PMA (Para-méthoxy-amphétamine), le 2C-B (4-bromo-2,5-diméthoxyphénylamine), le TMA-2 (2,4,5-triméthoxyamphétamine) ... Elles présentent des propriétés communes de stimulation du système nerveux central, de coupe-faim (anorexigène), de contraction des vaisseaux sanguins et de dilatations des bronches. Les effets varient selon les molécules.

**Amphétamine** : molécule amphétaminique synthétisée pour la première fois en 1887. Des dérivés ont été utilisés au cours de la seconde guerre mondiale pour maintenir les soldats en éveil et à partir des années soixante comme thérapeutique de l'obésité. La dénomination la plus fréquente est « speed ». Les échantillons disponibles à des fins d'usage non médical se présentent le plus souvent sous forme de poudre qui sont généralement sniffés. Les consommateurs recherchent des sensations d'euphorie et une diminution de la perception de fatigue. La consommation d'amphétamine à de fortes doses peut entraîner des accidents aigus (troubles du rythme cardiaque, accident vasculaire cérébral...), la consommation chronique entraîne une dépendance psychique et une augmentation des doses consommées. Elle est classée comme stupéfiant en France.

**Artane®** : nom commercial de la Trihexyphenidyle, voir article Trihexyphenidyle.

**Ayahuasca** : boisson hallucinogène traditionnellement utilisée dans un contexte chamanique dans l'ouest du bassin amazonien. Il s'agit d'une infusion de plusieurs espèces de plantes : *Banisteriopsis caapi* contenant un hallucinogène de type harmaline et *Psychotria viridis* contenant de la N,N-DMT. C'est la combinaison des deux qui permet la libération de DMT, molécule hallucinogène de la famille des tryptamines. La DMT est classé comme stupéfiant en France. Voir articles DMT et tryptamine.

**Benzodiazépines** : famille de molécules médicamenteuses aux propriétés anxiolytiques, myorelaxantes, hypnotiques et antiépileptiques. On distingue de nombreuses spécialités médicamenteuses comme le Rohypnol® (flunitrazépam), le Rivotril® (clonazépam), le Valium® (diazépam), etc. Ces médicaments sont fréquemment utilisés par les usagers de produits, soit dans un cadre thérapeutique, soit en dehors de celui-ci.

**Buprénorphine haut dosage** : ou BHD est une molécule agoniste/antagoniste morphinique disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) dans les traitements substitutifs des pharmacodépendances majeures aux opiacés depuis 1995. Elle est disponible sous le nom de marque Subutex® sous forme de comprimés de 0,4 milligrammes, 2 milligrammes et 8 milligrammes destinés à un usage sublingual. Le nombre de patients traités quotidiennement par BHD en France se situerait en 2003 entre 71800 et 84500 personnes. Si la plupart des patients suit les prescriptions, il existe des pratiques d'injection de la BHD ainsi que de consommations en dehors d'un cadre médical. La BHD est inscrite sur la liste I, sa prescription doit se faire sur ordonnance sécurisée pour un maximum de 28 jours avec des délivrances fractionnées par 7 jours.

**Caféine** : alcaloïde du groupe des purines contenu dans de nombreuses plantes et leurs diverses préparations (café, thé, chocolat, cola, maté, guarana). La caféine stimule le système nerveux central, générant une augmentation de la vigilance et de la résistance à la fatigue. La caféine est parfois retrouvée comme produit de « coupe » dans les poudres (de « speed », de MDMA) mais aussi dans les comprimés d'ecstasy. Son usage excessif aigu ou chronique peut entraîner diverses manifestations pathologiques. S'il ne semble pas exister de syndrome de sevrage, l'arrêt brutal provoque des manifestations désagréables (fatigue, apathie, somnolence, irritabilité...).

**Cannabis** : genre de plantes comprenant plusieurs espèces (*Cannabis sativa*, *C. indica*, *C. ruderalis*). Longtemps destiné essentiellement à l'industrie du cordage, le cannabis est maintenant surtout connu pour la production de marijuana (herbe), de résine (haschisch) et d'huile de cannabis. La teneur en principe actif (delta9-tetra-hydro-cannabinol 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. Le cannabis possède des effets euphorisants, désinhibant, relaxants. Comme tous les produits psychoactifs, il peut provoquer un phénomène de décompensation psychique. Le cannabis peut induire une dépendance psychique chez les consommateurs quotidiens. Le tétrahydrocannabinol est classé comme produit stupéfiant.

**Champignons hallucinogènes** : ce sont des champignons contenant des substances ayant des propriétés psychodysléptiques. Ils sont traditionnellement utilisés dans le sud du Mexique dans le cadre de cérémonies sacrées. Il existe de nombreuses espèces. Certaines proviennent de l'étranger (Hawaï, Colombie, Mexique...) d'autres poussent en France. Les plus consommées en France sont des psilocybes et contiennent comme principe actif de la psilocybine. Cette molécule a été identifiée au cours de la seconde moitié du XXe siècle. Les champignons sont consommés presque exclusivement par voie orale soit tel quel, soit au sein d'une préparation culinaire. Les champignons hallucinogènes, notamment des genres stropharia, conocybes et psilocybe sont classés comme produits stupéfiants.

**Clonazépan** : est un médicament de la famille des benzodiazépines (nom commercial : Rivotril®) ayant des propriétés anticonvulsivantes, anxiolytiques, sédatives et myorelaxantes. Il existe sous forme de comprimés ou d'ampoules pour injection. Le recours à des fortes doses et/ou à une utilisation prolongée peut entraîner une dépendance physique et psychique et un syndrome de sevrage. Un surdosage peut entraîner un coma. L'indication médicale principale est le traitement de l'épilepsie. L'utilisation non médicale est généralement à la recherche de sensations d'ébriété et de modifications de la conscience, fréquemment en association avec de l'alcool. Ce médicament est inscrit au tableau I.

**Cocaïne** : Le chlorhydrate de cocaïne est obtenu à partir de la feuille de coca. Il existe également une forme de cocaïne obtenue après adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque à du chlorhydrate de cocaïne, dite cocaïne base. Elle est fréquemment dénommée free-base ou crack par les usagers. Le chlorhydrate de cocaïne est généralement sniffé et parfois injecté, tandis que la cocaïne base est fumée. La consommation de cocaïne induit une stimulation importante de la vigilance et une sensation d'accélération de l'idéation. La consommation de cocaïne peut provoquer des accidents vasculaires cérébraux, des infarctus, des troubles psychiatriques. La cocaïne, quelle que soit sa forme est un produit classé stupéfiant en France.

**Codéine** : molécule opiacée, dérivé semi synthétique de la morphine utilisé comme analgésique, soit seul (Dicodin®, Codenfan®) soit combiné à d'autres molécules (P. ex : Codoliprane®) ou comme antitussif (P. ex : Néo-Codion®). La possibilité de vente de certaines de ces spécialités sans ordonnance et son prix modéré permet un accès aisé à une molécule utilisée par certains comme substitution à l'héroïne.

**Crack** : une des dénominations de la cocaïne base, voir articles cocaïne et free-base.

**Datura** : Dans le monde, il existe de nombreuses espèces de Datura dont les feuilles sont utilisées pour leurs propriétés psychotropes par des sociétés tradi-

tionnelles sous forme d'infusion ou fumées. En Europe, *Datura stramonium* est connue comme « l'herbe au diable ». Les feuilles sont riches en alcaloïdes et particulièrement en atropine et en scopolamine. L'intoxication peut entraîner le décès par le biais de troubles du rythme cardiaque. Ses usagers recherchent des effets hallucinogènes.

**Diazépam** : est un médicament de la famille des benzodiazépines (nom commercial : Valium®) dont l'indication médicale principale est le traitement de l'épilepsie. Ce médicament est inscrit au tableau I. Voir article clonazépam.

**DMT** : la N,N-diméthyltryptamine est une molécule de la famille des tryptamines ayant des propriétés hallucinogènes. Elle est présente dans de nombreuses plantes et est le principe actif de la boisson traditionnelle nommée Ayahuasca. La DMT est classée comme stupéfiant en France. Voir articles ayahuasca et tryptamines.

**Ecstasy** : ou ecsta, ou XTC, dénomination la plus fréquente pour des comprimés dont le principe actif est la MDMA. Voir article MDMA.

**Flunitrazépam** : est un médicament de la famille des benzodiazépines (nom commercial : Rohypnol®) ayant des propriétés anxyolytiques, anticonvulsivantes et myorelaxantes. Il existe sous forme de comprimés. A fortes doses, il peut entraîner des réactions paradoxales à type d'euphorie avec levée des inhibitions et amnésie antérograde (oubli des faits récents), agressivité, excitation, confusion mentale. Le recours à des fortes doses et/ou à une utilisation prolongée peut entraîner une dépendance physique et psychique et un syndrome de sevrage. Un surdosage peut entraîner un coma. L'indication médicale principale est le traitement des insomnies. L'utilisation non médicale est généralement à la recherche de sensations d'ébriété et de modifications de la conscience, fréquemment en association avec de l'alcool. C'était la benzodiazépine la plus utilisée en mésusage. En février 2001, ses conditions de prescription ont été restreintes. Ce médicament est inscrit au tableau I, la prescription est limitée à 14 jours avec une délivrance fractionnée par 7 jours.

**Free-Base** : une des dénominations de la cocaïne base, fréquemment utilisée parmi les usagers récréatifs de ce produit. Voir articles cocaïne et crack.

**Gamma-OH** : ancien nom commercial du GHB, voir article GHB.

**GHB** : le gamma-hydroxybutyrate de sodium est une molécule synthétisée en 1961 par Henri Laborit. Il est naturellement présent à faible concentration dans le cerveau où il est synthétisé à partir du GABA. On ne sait pas s'il a un rôle physiologique. Il a été commercialisé comme médicament anesthésique en France sous

le nom de Gamma-OH®. Depuis 2002, il est commercialisé aux Etats-Unis pour le traitement de la narcolepsie (accès invincibles de sommeil durant la journée) accompagnée d'accès de catalepsie (faiblesse ou paralysie musculaire). Les raisons de son usage non médical sont variées. Certains adeptes de la musculation l'utilisent pour réguler leur poids, certaines personnes l'utilisent dans un contexte récréatif, enfin d'autres l'utilisent pour soumettre une personne à leur volonté afin de la voler ou de la violer (soumission chimique).

**Héroïne** : Il s'agit d'une molécule opiacée, synthétisée pour la première fois en 1874 à partir de la morphine. Elle est généralement produite à partir du pavot (*Papaverum somniferum*). Elle a été utilisée comme thérapeutique contre la douleur. Du fait de sa forte capacité à générer une dépendance psychique et physique, elle est devenue dans les années 70 le principal produit illicite d'addiction en France. La prise en charge des personnes dépendantes à l'héroïne a été totalement transformée en France en 1996 avec l'introduction et le développement des traitements de substitution (méthadone et buprénorphine haut dosage). Les dénominations fréquentes sont héro et rabla. L'héroïne peut se présenter sous forme de poudre blanche (sel acide) ou marron (sel basique). Elle peut être injectée en intraveineuse, fumée ou sniffée. Son usage entraîne une sensation de bien-être et fait courir un risque de surdose (coma, arrêt respiratoire). L'usage répété amène à une dépendance physique et psychique ainsi qu'à une tolérance. L'usage d'héroïne par voie injectée a été l'un des principaux vecteurs des épidémies de sida et d'hépatite C parmi les usagers de drogues en France. L'héroïne, quelle que soit sa forme est un produit classé stupéfiant en France. Voir article rabla.

**Ice** : Il s'agit de la dénomination populaire d'une forme cristallisée de méthamphétamine, plus facile à fumer que la forme poudre. Elle se présente en général sous forme de cristaux transparents d'où elle tire son nom (« glace »). Voir article méthamphétamine.

**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 son utilisation en médecine humaine. Ce sont en partie ces sensations d'hallucinations qui amènent certaines personnes à utiliser la kétamine de manière récréative. La kétamine est classée comme produit stupéfiant.

**LSD** : L'acide lysergique est naturellement produit par un champignon, l'ergot de seigle (*Claviceps purpurea*). En 1938, Albert Hoffman synthétise le diéthylamide de l'acide lysergique dont les initiales sont LSD (*Lyserg Säure Diäthylamid*) en allemand. En 1943, il en expérimente accidentellement les effets hallucinatoires. Le LSD et son usage furent particulièrement associés à la contre-culture des années

60. Les dénominations les plus fréquentes sont trip ou buvard. 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 (« goutte »). Les effets recherchés par les usagers sont des hallucinations ou voyages (trip). Des accidents aigus, tels des crises de panique, des manifestations d'angoisse, voir des bouffées délirantes aiguës, sont décrits chez des usagers. Le LSD-25 est classé comme stupéfiant en France.

**MDMA** (3,4-méthylènedioxymétamphétamine) : la MDMA est le principe actif de l'ecstasy, il s'agit d'une molécule appartenant à la famille des amphétaminiques. Elle a été synthétisée par les laboratoires Merck en 1912. Après une utilisation au début des années 80 dans certains milieux psychothérapeutiques américains, son usage gagne certains milieux festifs liés à la culture techno puis se développe en Europe concomitamment à celui de la culture techno. Les dénominations sont variées, reprenant souvent le logo ou la couleur du comprimé. Si la forme dominante reste le comprimé, on observe récemment un développement de poudres supposées contenir de la MDMA. Les effets recherchés sont un renforcement de la résistance physique pour pouvoir faire la fête plus longtemps et un effet empathogène (effet « love »), pour se sentir « bien » ou « mieux » avec les autres. Des accidents aigus à type d'hyperthermie maligne ont été décrits. Les effets à long terme de prises répétées font débat. La MDMA est classée comme stupéfiant en France.

**Méthadone** : La méthadone est une molécule agoniste des récepteurs opiacés disposant d'une autorisation de mise sur le marché pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. Il est disponible en France sous forme de flacons de sirop de différents dosages. Sa part dans les traitements de substitution est en croissance au cours des dernières années, mais de manière inégale selon les régions. En 2003, le nombre de patients traités quotidiennement est estimé entre 11200 et 16900 personnes. Il existe un risque de surdose à la méthadone. On n'observe pas ou peu de mésusage avec ce produit en France. La méthadone est un médicament classé stupéfiant. 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 CSST ou dans un établissement de santé.

**Méthamphétamine** : cette molécule amphétaminique a été synthétisée en 1919 au Japon. Elle est particulièrement utilisée en Asie du sud-est (Thaïlande, Philippines) et à l'ouest des Etats-Unis d'Amérique. Les dénominations les plus connues sont Ice (cristal de méthamphétamine) et Yaa Baa (comprimés de méthamphétamine). Les consommateurs recherchent généralement une diminution de la perception de fatigue et des sensations d'euphorie. La consommation de méthamphétamine à de fortes doses peut entraîner des accidents aigus (troubles du rythme cardiaque, accident vasculaire cérébral...), la consommation chronique entraîne

une dépendance psychique et une augmentation des doses consommées. D'un usage chronique peut découler une dénutrition ainsi que des psychoses hallucinatoires. Elle est classée comme stupéfiant en France.

**Morphine** (sulfate de) : molécule agoniste opioïde pur des récepteurs opiacés de type  $\mu$  disposant d'une AMM pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits analgésiques. Il 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, s'appuyant sur une note d'information de la DGS de juin 1996. On ne dispose pas d'estimation fiable du nombre de personnes ayant recours à cette molécule comme traitement de substitution en 2003. Elle est classée comme stupéfiant.

**Opiacés** : les opiacés sont des produits d'origine naturelle ou synthétique dont les effets au niveau de la cellule sont transmis par les récepteurs aux opiacés. Leur action peut être agoniste ou antagoniste de celle du produit référent du groupe : la morphine. Outre la morphine, l'héroïne, la codéine, la méthadone, la buprénorphine, la nalorphine, la naloxone et la naltrexone sont des opiacés.

**Peyotl** : le peyotl (Echinocactus [Lophophora] williamsii) est une plante d'Amérique centrale, de la famille des cactacées, utilisée lors de pratiques chamaniques pour ses propriétés hallucinogènes dues à la présence de mescaline. Le peyotl est généralement mâché, parfois bu sous forme d'infusion. Il induit des troubles psychiques importants, avec notamment des illusions sensorielles. En France, le peyotl comme ses préparations ont été inscrits sur la liste des stupéfiants le 3 juin 1966.

**Poppers** : préparation contenant des nitrites aliphatiques (nitrites d'amyle, de butyle, de propyle). Les poppers induisent une légère euphorie et une vasodilatation intense, avec accélération du rythme cardiaque. Ils favoriseraient l'activité sexuelle (augmentation de la durée de l'érection, amplification des sensations orgasmiques, retard à l'éjaculation). Les effets débutent au bout de 7 à 10 secondes et durent environ 30 à 60 secondes.

**Protoxyde d'azote** : gaz découvert en 1772, utilisé comme anesthésique en médecine et propulseur dans les bombes aérosols. Cette substance est connue depuis le XIXe siècle, pour ses effets euphorisants. Après 8 à 10 secondes d'inhalation, ce gaz produit des étourdissements et une excitation. Sa durée d'action est très courte : 2 à 3 minutes. Il est vendu et consommé dans des ballons de baudruche remplis de gaz, généralement dans un contexte festif.

**Psilocybine** : produit hallucinogène d'origine naturelle, issu des champignons de type psilocybe. La psylocine et la psilocybine sont classées produits stupéfiants en France. Voir article champignons hallucinogènes.

**Rabla** : signifie poudre en langue arabe, dénomination de l'héroïne en France observée depuis le début des années 2000. Voir article héroïne.

**Rachacha** : préparation artisanale d'opium préparée à partir de pavot. Il se présente comme une pâte marron rouge de consistance molle. Il peut être fumé ou ingéré en décoction. Les préparations d'opium et de *Papaver somniferum* sont classées comme stupéfiants.

**Rivotril®** : nom commercial du clonazépam, voir article clonazépam.

**Rohypnol®** : nom commercial du flunitrazépam, voir article flunitrazépam.

**Rose des bois** : La rose des bois (*Argyrea nervosa*) est une plante qui produit des graines hallucinogènes et toxiques. Elles contiennent, entre autres, du LSA (amide d'acide lysergique), proche chimiquement, du LSD. Les usagers recherchent des effets hallucinogènes.

**Salvia divinorum** : La *Salvia divinorum* (sauge des devins) est une plante appartenant aux nombreuses espèces de sauge (*salvia*). Elle doit son nom à ses effets hallucinogènes et psychédéliques. Elle a été longtemps utilisée par les Indiens Mazatèques de la province d'Oaxaca au Mexique lors des rites religieux ou des cérémonies de guérison. La plante renferme plusieurs composants : la salvinorine A, classée comme stupéfiant en France, étant le principe actif le plus puissant et probablement le seul à l'origine des effets

**Sauge divinatoire** : voir article *Salvia divinorum*.

**Solvants** : Produits chimiques, volatils ou gazeux, ayant la propriété de solubiliser les graisses ainsi que de nombreuses substances lipophiles (ayant la propriété de retenir les substances grasses). Les solvants organiques utilisés pour la recherche d'effets hallucinogènes recouvrent une gamme de produits de synthèse variés : colles, solvants, détachants, vernis, dérivés du pétrole, etc. Lors d'une inhalation, ces produits provoquent des distorsions auditives et visuelles. Les principes actifs les plus connus, fortement neurotoxiques, sont l'éther, le trichloréthylène et l'acétone.

**Subutex®** : nom commercial de la buprénorphine haut dosage, voir article buprénorphine haut dosage.

**Tilétamine** (2-éthylamino-2-thien-2-cyclohexanone) : anesthésique vétérinaire de structure chimique semblable au PCP et à la kétamine. Dans le commerce, il est associé à une benzodiazépine pour contrôler les troubles neurologiques induits chez l'animal (hypertonie et convulsions). La tilétamine est classée comme produit stupéfiant.

**Trihexyphenidyle** : médicament anticholinergique de synthèse prescrit essentiellement aux malades atteints de maladie de Parkinson. Il existe sous plusieurs noms de marque : Artane®, Parkinane®. Il existe des effets indésirables à type d'excitation, d'euphorie, d'hallucinations, de confusion et d'amnésie. Certaines personnes utilisent ce médicament hors d'un cadre médical pour obtenir des effets hallucinogènes. Il s'agit d'un médicament de la liste I.

**Trip** : voyage en anglais, dénomination fréquente du LSD parmi ses usagers, voir article LSD.

**Tryptamines** : famille d'alcaloïdes indoliques hallucinogènes à la structure chimique proche de la psilocine. Présentes naturellement dans quelques plantes (dont les graines de *Anadenanthera peregrina*), elles peuvent aussi être synthétisées. Les différentes molécules identifiées en France sont le DMT (voir article DMT), le 5-MeO-DMT, le 5-MeO-DIPT.

**Yaa Baa** : signifie « pilule de folie » en Thaïlande, voir article méthamphétamine.

**OFDT**

*Observatoire français des drogues et des toxicomanies*  
3 avenue du Stade de France  
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex  
Tél: 33 (0) 1 41 627716  
Fax: 33 (0) 1 41 627700

[www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

**Citation recommandée**

*BELLO (P-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), EVRARD (I.) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004 - Sixième rapport national du dispositif TREND, Saint-Denis, OFDT, 2005, 176 p.*

**Maquette et mise en page: Frédérique Million**

Ce sixième rapport du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) présente les résultats issus des observations et des données recueillies au cours de l'année 2004. Mis en place en 1999, TREND a pour objectif de fournir de façon précoce aux différents acteurs investis dans le champ de la toxicomanie des informations sur les phénomènes émergents liés à l'usage de drogues. Les éléments de connaissance produits par le dispositif doivent permettre l'élaboration de réponses adaptées à une meilleure protection des usagers et de la population en général. Pour ce faire, TREND s'appuie sur un réseau de onze sites d'observation en France métropolitaine et outre-mer, un dispositif d'observation des drogues de synthèse (SINTES) ainsi que sur des partenariats avec des organismes publics relevant du champ de l'usage de substances psychoactives.

Le rapport annuel est le fruit des observations de terrain de plus de cinq cents professionnels. Cette année, hormis la synthèse traditionnelle dédiée aux différentes familles de produits, quatre thèmes d'actualité spécifiques sont abordés. Il s'agit de l'injection; la question de l'apparition de nouvelles populations au sein des structures de première ligne ; l'évolution des consommations de cocaïne et de crack/free base et la vogue actuelle pour les hallucinogènes naturels.