

Le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), mis en place en juin 1999, a pour objectif d'identifier et décrire l'évolution des tendances et les phénomènes émergents liés aux produits illicites ou détournés de leur usage. Ce travail permet de fournir une information précoce destinée à tous les acteurs, professionnels comme usagers, investis dans le champ de la toxicomanie. Pour ce faire, TREND s'appuie sur un système de collecte de l'information reposant sur un réseau de huit sites d'observation en France métropolitaine, un dispositif d'observation des produits circulant en France (SINTES) ainsi que sur des partenariats avec des organismes publics relevant du champ de l'usage de substances psychoactives. Le rapport annuel permet la réalisation ainsi que la mise à disposition d'une synthèse des observations de terrain de tous les acteurs impliqués dans le dispositif.

Ce septième rapport national présente les résultats issus des observations et données recueillies au cours de l'année 2005. Parmi les phénomènes marquants, trois points principaux méritent tout particulièrement d'être retenus : une tendance à la hausse des pratiques d'injection, dans les populations les plus précarisées, de la BHD (Subutex®) et des stimulants ; l'évolution, au sein des mêmes populations, de la configuration de la consommation d'opiacés avec le constat d'une possible reprise de l'usage d'héroïne accompagné d'un accroissement du détournement de la BHD ; la diversification des modes d'usage des stimulants, particulièrement la cocaïne et l'ecstasy. Outre ces trois points, le lecteur trouvera pour chaque grande famille de produits psychoactifs (opiacés, stimulants, hallucinogènes et médicaments), une synthèse des grandes tendances de l'année accompagnée de données quantitatives permettant d'apprécier et de mesurer leur impact tant sanitaire que social dans la population française.

PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS LIÉS AUX DROGUES EN 2005

SEPTIÈME RAPPORT NATIONAL DU DISPOSITIF
TREND

Agnès Cadet-Taïrou
Michel Gandilhon
Abdalla Toufik
Isabelle Evrard

PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS LIÉS AUX DROGUES EN 2005

SEPTIÈME RAPPORT NATIONAL DU DISPOSITIF TREND

Agnès Cadet-Taïrou
Michel Gandilhon
Abdalla Toufik
Isabelle Evrard

Janvier 2007

Sommaire

CONTRIBUTIONS	5
AVANT-PROPOS	10
ORGANISATION ET MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF TREND	12
AVERTISSEMENT	16
LES OPIACÉS	18
L'HÉROÏNE	20
LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION DÉTOURNÉS DE LEUR USAGE	26
LA BHD	28
LA MÉTHADONE	35
LE SULFATE DE MORPHINE	39
LA CODÉINE	43
L'OPIUM ET LE RACHACHA	44
LES STIMULANTS	46
LA COCAÏNE ET LE CRACK	47
L'ECSTASY (MDMA)	54
LES AMPHÉTAMINES	58
LES HALLUCINOGENES	61
LES HALLUCINOGENES NATURELS	62
LES HALLUCINOGENES SYNTHÉTIQUES	68
LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES NON OPIACÉS DÉTOURNÉS DE LEUR USAGE	73

ABORD TRANSVERSAL	80
<i>MODES D'USAGES</i>	80
<i>USAGERS</i>	84
SYNTHÈSE	86
BIBLIOGRAPHIE	93
LEXIQUE	95

Contributions

Directeur de publication

Jean-Michel Costes, directeur de l'OFDT

Responsable du projet

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

Rédaction du rapport

Agnès Cadet Taïrou

Michel Gandilhon, chargé d'étude, OFDT

Abdalla Toufik, chargé d'étude, OFDT

Isabelle Evrard, chargée d'étude, OFDT

Valérie Mouginot, secrétariat

Relecture du rapport

Hélène Martineau (OFDT), Christophe Palle (OFDT)...

Maquette et suivi de fabrication

Frédérique Million, OFDT

4

Relecture et correction, typographique

Hassan Berber, chargé des publications, OFDT

Réseau TREND-SINTES en 2005

Bordeaux

Coordination

Jean-Michel Delile, coordinateur
Anne-Cécile Rahis, co-coordinatrice
Céline Seignette, co-coordinatrice

Enquêteurs

Michel Castagné (ARIT Biarritz/SINTES), Agnès Creyemey (CEID/TREND SINTES), Jean-Michel Delile (CEID/TREND SINTES), Christian Laine (Béarn toxicomanies/SINTES), Andrés Pedredos (CEID/TREND), Anne-Cécile Rahis (CEID/TREND SINTES), Raphaël Seine (CEID TREND), Céline Seignette (CEID/TREND)

Lille

Coordination

Laurent Plancke, coordinateur
Ophélie Goeman,

Enquêteurs

Ugo d'Alessandro (SPIRITEK/TREND SINTES), Peggy Debaisieux (SPIRITEK/TREND SINTES), Sylvain Wallart (SPIRITEK/TREND SINTES), Sandrine Vilfroy (SPIRITEK/TREND SINTES), Emilie Michel (le Cèdre bleu /TREND SINTES), Béatrice Vivequin (SINTES), Aurore Hyde (TREND SINTES), Jessy Ducreux (TREND), Delphine YGOUT (Cèdre Bleu)

Marseille

Coordination

Etienne Zurbach, coordinateur, responsable du CIRDD PACA
Florence Chatot, co-coordinatrice

Enquêteurs

Catherine Reynaud (GRVS Nice), Emmanuelle Hoareau (GRVS Nice), Carine Magen (AMPTA/SINTES), Sabine Petit (AMPTA/SINTES), Solen Deligny (AMPTA/TREND SINTES), Sylvie Priez (L'ELF Aix-en-Provence), Sophie Felicetti (SINTES)

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

Metz

Coordination

Olivier Romain, coordinateur, directeur CSST « Les Wads »

Catherine Bray-Tomassi, co-coordinatrice

Sylvie Balteau, référent médical (TREND/SINTES)

Yvon Schléret, directeur de l'ORSAS Lorraine, (accompagnement méthodologique et écriture finale)

Enquêteurs

Alexandre Agius (Pushing/TREND), Cédric Mussle (Pushing/ TREND SINTES), Jean-Paul Meloni (CMSEA/TREND), Emmanuel Richter (CMSEA/TREND), Michel Monzel (CMSEA/TREND SINTES), Sylvain Fleurant (Apef)

Paris

Coordination

Isabelle Grémy (ORSIF)

Sandrine Halfen (ORSIF)

Enquêteurs

Jimmy Kempfer (coordinateur milieu festif, Liberté), Guillaume Pfaus (coordinateur milieu urbain, Liberté), Mathieu Legrand-Demarchelier (SINTES), Laura SCHNEIDER (SINTES), Denis Pedowska (SINTES)

Rennes

Coordination

Chantal Amar, coordinatrice

Guillaume Poulingue, co-coordonateur

Françoise Gualde (TREND SINTES), Marie-Lise Petit (TREND), Cécile Fourdan (TREND)

Enquêteurs

Guillaume Girard (SINTES), Xavier Guillery (SINTES), Camel Gelloul (SINTES)

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), Élisabeth Suteau (TREND)

Enquêteurs

Saloua Chaker (TREND/SINTES), Céline Le Ven (TREND/SINTES), Fabien Sarniguet (SINTES), Guillaume Suderie (SINTES), Yann Margouille (SINTES), Elsa Raczymow (SINTES), Cédric Sembeille (SINTES)

Autres participants SINTES

Dijon

Coordination

Gérard Cagni

Enquêteurs

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

Lyon

Coordination

Catherine Miachon

Enquêteurs

Jean Gabriel Bionnet, Anthony Bray, Pierre Chappard, Florence Forgeot, Gaëlle Laurent, Sylvain Revol,

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, Cyril Olaizola, Pascal Perez, Jérôme Quintin, Roberto Bianco-Levrin, Lionel Sayag, Hans Gadelius, Patxi Martiarena, Clive Zannini, Isabelle Giordanengo, Xo Cormon, Axel Ceccotti, Miguel Platteel, Marie Debrus

Laboratoires d'analyses toxicologiques

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

Jocelyne Arditti, responsable scientifique

Hubert Bourdon

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

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

Martine Galliot-Guilley, chef de laboratoire

Dominique Fompeydie

Jean Pierre Bazard

Samira Djeddar (CEIP de Paris)

CHU de Caen : laboratoire de pharmacologie (CEIP)

Danièle Debruyne, responsable scientifique

Reynald Le Boisselier

Douanes : laboratoire interrégional des douanes de Paris

Marie-José Parent, responsable scientifique

Véronique Nedellec

Gendarmerie : laboratoire de l'IRCGN

Martine Perrin, chef de laboratoire

Police : laboratoire de la police scientifique de Lyon

Huguette Chaudron, chef de service

Josiane Girard, chef des stupéfiants

Fabrice Besacier, responsable adjoint

Autres collaborations

Usagers de l'espace urbain Réseau ASUD

Jérôme Bonafons, Bertrand Bertrand, Marjorie Coridon, Loïc Courtais, François Itard, François-Georges Lavacquerie, , Guillaume Martin, Pascal Mahé, Étienne Matter, John Milot, Mathieu Pastini, Pascal Trabichet, Thierry Schaffauser, 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 ».

8

Investigations spécifiques

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

Approche quantitative de l'usage de substances psychoactives en milieu festif

Architecture informatique de la base SINTES

Bernard Legoueix, OFDT

Septième rapport national du dispositif TREND

Partenariats institutionnels

AFSSAPS, unité stupéfiants

Chantal Gatignol, Nathalie Richard

Oppidum CEIP

Xavier Thirion, Carine Saillard et le réseau des CEIP

OCRTIS

Vincent Weiler, Marc Geny, Crisantha Nadaraja

Avant-propos

Pour la septième année consécutive sont présentés dans ce rapport les principaux résultats issus du fonctionnement du dispositif TREND de l'OFDT pendant l'année 2005.

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

Cette année, un nouveau format est expérimenté pour rendre compte des observations de l'année 2005. Contrairement aux précédentes livraisons, le rapport se centre sur les principales évolutions constatées.

L'organisation par produit a été conservée, complétée uniquement par deux courts chapitres transversaux consacrés aux modes d'usage et aux évolutions concernant certains groupes d'usagers. Nous souhaitons à l'avenir y introduire, de manière plus systématique, une approche par population, notamment en utilisant les descriptions réalisées dans les précédents rapports.

Si ce rapport veut avant tout décrire « ce qui bouge », il nous a semblé indispensable de contextualiser ces évolutions en fonction de la situation et des grandes tendances constatées jusqu'alors.

Pour chaque produit ou groupe de produits, la restitution systématique d'un certain nombre de données quantitatives récentes, qu'elles soient ou non l'objet d'évolutions remarquables, a été conservée. Ainsi le plan couramment utilisé ici pour chaque produit ou phénomène est le suivant :

Septième rapport national du dispositif TREND

- une courte introduction présentant la substance ;
- un encadré « Données de cadrage », fournissant les données quantitatives plus générales disponibles (usages en population générale, activité des services répressifs...);
- un point « La situation » rendant compte de la situation générale et des tendances de fond ;
- un point « Phénomènes marquants en 2005 », qui fait état des évolutions observées en 2005. En cas d'absence d'évolution marquante en 2005, ce sous-chapitre n'apparaît pas.
- un dernier point intitulé « À signaler en 2005 » clôt certains chapitres. Il rend compte d'éléments jugés plus factuels survenus en 2005.

Organisation et modalités de fonctionnement du dispositif TREND

L'objet de l'observation

Le dispositif vient en complément des grandes sources traditionnelles d'information. Il s'intéresse essentiellement aux groupes de population particulièrement consommateurs de produits psychoactifs.

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

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

Les espaces d'investigation

12

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

Le premier désigne essentiellement le dispositif des structures de première ligne devenues CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue) en 2006 : boutiques et PES (programme d'échanges de seringues) et les lieux ouverts (rue, squat, etc.). La plupart des personnes rencontrées dans ce cadre sont des usagers problématiques de produits illicites dont les conditions de vie sont fortement marquées par la précarité.

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

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

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

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

Le dispositif

Le dispositif TREND est principalement structuré autour d'un réseau de coordinations locales dotées d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information. Il s'agit en 2005 de Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse. Ces coordinations mettent en œuvre les outils d'observation continue. Elles participent aux enquêtes et investigations spécifiques coordonnées par l'OFDT.

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

Le dispositif s'appuie sur :

- des outils qualitatifs de recueil continu mis en œuvre par le réseau de coordinations locales ;
- le dispositif SINTES, (Système d'identification national des toxiques et des substances), système d'observation orienté vers l'étude de la composition toxicologique des produits illicites. L'ensemble des sites TREND appartient au réseau SINTES auquel il faut ajouter les sites de Dijon et de Lyon ;
- des enquêtes quantitatives récurrentes, notamment PRELUD, menée auprès des utilisateurs des structures de première ligne, devenues CAARUD en 2006. Cette enquête fait suite à l'enquête « première ligne » menée entre 2000 et 2003 en métropole et

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

dans certains DOM. Les données de PRELUD, enquête menée uniquement en métropole, sont donc comparées aux seules données métropolitaines de l'enquête « Première ligne » [1] ;

- des investigations thématiques qualitatives pour approfondir un sujet (par exemple les usagers errant et les nomades, l'injection...);
- l'utilisation des résultats de systèmes d'information partenaires à savoir :
- l'enquête OPPIDUM (Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse) des CEIP (Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance), réseau dépendant de l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) : description annuelle des usagers de CSST (Centres spécialisés de soins pour les toxicomanes) principalement [2];
- les enquêtes sur les usages de drogue en population générale : le Baromètre santé (INPES/ OFDT) et l'enquête ESCAPAD (OFDT) [3, 4] ;
- les données de l'OCRTIS (Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants) qui portent sur les statistiques d'activité policière et les décès par surdose [5].
- L'ensemble de ces données locales est analysé et synthétisé par les coordinations locales, travail à l'origine de rapports de sites. Chacun de ces derniers rend compte de l'état des usages de substances dans le cadre de l'agglomération concernée.

Chaque site fournit :

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

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

Les outils de collecte mis en œuvre localement

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

14

Les observations de type ethnographiques sont réalisées dans les espaces urbains et festifs 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 mensuellement ses observations. Trois notes de synthèse par espace sont rédigées au cours d'une année. Chacune 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. Pour l'espace urbain, ils 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 de 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 ou le développement de tel ou tel phénomène. On peut ainsi rapidement produire 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...);
- les groupes focaux répressifs, qui réunissent des professionnels de l'application de la loi amenés à rencontrer fréquemment des usagers de drogues (police, douanes, justice...);
- des groupes focaux composés d'usagers ou d'ex-usagers impliqués dans des groupes d'autosupport. Les participants sont réunis pour une séance de travail de quelques heures. L'animateur et un assistant sont chargés d'animer la séance tout en guidant la discussion vers les thèmes privilégiés du groupe focal.

Les études ou investigations spécifiques

Des études peuvent être entreprises pour éclairer des zones d'ombre et des points problématiques ou mal connus.

C'est notamment le cas d'une étude quantitative sur les usages en milieux festifs (à paraître) [6], d'une étude qualitative sur les usagers de plantes hallucinogènes [7], d'investigation qualitative et quantitative sur les usagers fréquents de cannabis, d'une étude sur le micro-traffic de cocaïne (à paraître), etc.

Dans les années précédentes ont été réalisés, par exemple, des travaux spécifiques, sur les usagers non substitutifs de la buprénorphine haut dosage, sur les usagers de kétamine, sur les usages dans les milieux de la prostitution¹, etc.

Avertissement

Dans ce rapport, des données d'enquêtes spécifiques ont été utilisées sans avoir fait l'objet d'une publication intégrale.

Il s'agit en premier lieu de celles concernant l'usage en population festive, issues d'une enquête quantitative multicentrique complexe réalisée par Catherine Reynaud-Maurupt du GRVS (Groupe de recherche et d'étude sur la vulnérabilité sociale) à la demande de l'OFDT. Le rapport afférent à cette étude, qui fournit pour la première fois des données quantitatives estimant les niveaux de consommation dans différents courants de l'espace festif « musique électronique » ou techno, devrait paraître au plus tard en janvier 2007, sous la référence :

Reynaud-Maurupt, C., Les pratiques et les opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif « musique électronique ». Étude de faisabilité d'une enquête « en population cachée » à partir d'un plan de sondage ethnographiquement raisonné, 2006.

Le nombre de personnes interrogées s'élève à 1496, réparties dans quatre sous-espaces identifiés à l'issue d'une première étape ethnographique.

Il s'agit par ailleurs des premières données nationale de l'enquête PRELUD, réalisée début 2006 dans les structures de première ligne pour les usagers de drogues, devenues CAARUD en 2006. Ces centres accueillent essentiellement des usagers actifs (usagers encore dans un parcours toxicomaniaque par opposition à beaucoup d'usagers ou ex-usagers rencontrés dans les structures de prises en charge qui sont, en général, déjà insérés dans un parcours de soins).

Le nombre d'usagers enquêtés s'élève à 1017, répartis dans les structures de première ligne de neuf sites : Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse. L'enquête a été réalisée par l'administration de questionnaires en face à face.

Des résultats plus complets de cette enquête devraient être disponibles au cours du premier semestre 2007.

Enfin, les usages d'alcool, communs dans les populations de centre-ville comme en milieux festifs techno, n'ont pas été spécifiquement décrits : ils sont tellement répandus qu'il est difficile d'en apprécier les tendances. Sur la plupart des sites, l'alcool demeure très présent dans la palette des substances visant à la « défonce ». Dans ce cadre, les bières fortes et les alcools forts sont consommés en priorité. Les observateurs, de Paris notamment, décrivent un accroissement de son usage dans les deux espaces, urbain et festif. Dans le premier, certains professionnels de plusieurs sites (Marseille, Paris notamment) rapportent des abus importants en poly-consommations, apparaissant plus problématiques que l'usage d'autres drogues et nécessitant, en tout cas, une prise en charge conjointe. On observe en effet, que, parmi les usagers des structures de première ligne en 2006, si 36 % « seulement » ont une consommation quotidienne, 21 % ont une consommation quotidienne d'alcool supérieure à 10 verres par jour. Parmi les seuls usagers d'alcool au cours du dernier mois, ils sont 41 % à boire plus de 10 verres d'alcool à chaque occasion.

Les opiacés

Les opiacés constituent une famille de produits dérivés de l'opium, substance provenant de la culture du pavot. La morphine (ou sulfate de morphine) est le produit de référence de cette famille. Le terme opiacés désigne aujourd'hui l'ensemble des substances ayant un effet de type morphinique [8].

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

Depuis l'introduction des traitements de substitution aux opiacés, au cours de la seconde moitié des années quatre-vingt-dix, il n'est plus possible de se référer à l'évolution d'un produit sans prendre en compte celle des autres opiacés. Cette interdépendance est surtout à l'œuvre entre l'héroïne et la BHD, laquelle semble en effet exercer une influence paradoxale sur la consommation d'héroïne. D'une part, la facilité d'accès au médicament de substitution (dans un cadre thérapeutique ou sur le marché parallèle) empêche le retour massif de l'héroïne mais, d'autre part, la BHD amène de nouveaux usagers vers l'héroïne. Ceux-ci se recrutent essentiellement parmi les primo-usagers de BHD² qui cherchent à expérimenter l'héroïne, perçue comme un produit mythique et parmi les ex-héroïnomanes, déçus par le médicament à la recherche des sensations fortes de l'héroïne d'autrefois. « Protégée par la substitution », la prise d'héroïne revêt en quelque sorte un aspect plus ou moins festif, voire récréatif, car elle est désormais occasionnelle. Ainsi, la BHD

² Primo-usagers de BHD : usagers qui consomment de la BHD sans avoir consommé d'autres opiacés auparavant.

semble avoir asséché la demande d'héroïne tout en l'alimentant à la marge, empêchant ainsi sa disparition totale. Quant aux autres opiacés, y compris la méthadone, ils jouent en ce cas un rôle plutôt mineur.

Ainsi, l'usage des opiacés, pris dans leur ensemble, peine à décroître en France, alors que les conséquences de cet usage ont, par de nombreux aspects, largement diminué.

Données de cadrage

Le nombre de personnes suivies pour une consommation d'opiacés dans les CSST (Centres de soins spécialisés aux toxicomanes) depuis 1998 tend à la stabilité, même si leur part diminue (46 % en 2004) du fait de l'accroissement du nombre de prises en charge liées au cannabis et à l'alcool [9]. Les opiacés sont à l'origine de la prise en charge pour 75 % des consultants principalement suivis pour une addiction à un produit autre que l'alcool et le cannabis. Le premier opiacé concerné demeure l'héroïne (plus de 80 %). La buprénorphine haut dosage et la méthadone sont à l'origine de 17 % des prises en charge liées aux opiacés en 2004. Une légère tendance à l'augmentation de l'effectif des usagers pris en charge demanderait à être confirmée dans les années suivantes.

L'héroïne

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

Données de cadrage

Le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois dans la vie) de l'héroïne en population générale en France est faible et reste stable depuis les années quatre-vingt-dix. En France métropolitaine, le nombre d'expérimentateurs parmi les 12-75 ans est estimé à 360 000. Chez les personnes âgées de 18 à 64 ans, l'expérimentation ne dépasse pas 0,9 % en 2005 et l'usage au cours de l'année, 0,1 %. C'est chez les 18-25 ans que l'on trouve la part d'usagers au cours de l'année la plus haute, soit 0,4 % [3].

En 2005, parmi les jeunes âgés de 17 ans participant à la Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD), l'expérimentation de l'héroïne s'élève à 0,6 % chez les filles et à 0,8 % chez les garçons. La légère régression observée depuis 2003 à cet âge n'est pas significative [4].

Concernant les conséquences directes de l'usage d'opiacés, le nombre des décès par surdoses constatées par les services de police cesse de diminuer cette année, après une chute continue depuis 1994. En 2005, ces derniers ont en effet relevé 32 décès par surdose consécutifs à une consommation d'héroïne (contre 23 en 2004 et 35 en 2003) [5]³.

En 2005, les interpellations pour usage d'héroïne s'élèvent à 4 486 soit une hausse de 20 % par rapport à l'année dernière. Ce nombre s'accroît de nouveau depuis 2003, après une chute continue depuis le milieu des années quatre-vingt-dix. Dans le même temps, 2 170 interpellations pour trafic ou revente et 3 242 saisies, correspondant à 748 kg d'héroïne ont été réalisées par les forces de l'ordre. Les quantités d'héroïne saisies ont augmenté de près de 34 % depuis 2004, intensifiant une inversion de tendance amorcée en 1999 [5].

La situation

Disponibilité

Depuis plusieurs années, l'héroïne demeure peu disponible et/ou peu visible. Cette situation prévaut depuis le développement des traitements de substitution. Elle est accentuée tant par la quasi-disparition des scènes ouvertes que par la conversion des petits trafiquants vers la vente, plus lucrative, de cocaïne.

Toutefois, il semble ces dernières années, que la disponibilité de l'héroïne ait tendance à augmenter légèrement. En revanche, son accessibilité reste difficile. Elle n'est que très rarement directement accessible à l'échelle de la rue et s'en procurer nécessite de recourir à des réseaux de deal opérant plutôt dans des lieux privés.

Fréquences d'usage et usagers

Parmi les usagers rencontrés dans le cadre d'une prise en charge sociosanitaire, l'usage déclaré d'héroïne passe de 12,6 % en 2004 à 15,9 % en 2005 après plusieurs années de stabilité. Pour 71 % des personnes enquêtées, l'héroïne est le premier produit psychotrope ayant entraîné une dépendance [2].

Parmi les personnes rencontrées dans les structures de première ligne début 2006, 96 % ont déjà consommé de l'héroïne, 77 % en ont pris plus de 10 fois dans la vie. Elles sont 34 % à en avoir pris au cours du dernier mois, soit 4 points de plus qu'en 2003. Cette dernière donnée marque une inflexion après une baisse observée depuis 2001 [1, 10-13].

Parmi les personnes rencontrées en milieu festif techno lors d'une enquête réalisée en 2004 et 2005, 26 % avaient consommé de l'héroïne au moins une fois au cours de la vie (41 % des personnes fréquentant les manifestations techno alternatives) et 8 % en avaient consommé dans le mois précédant (15 % en milieu alternatif) [6].

L'usage d'héroïne est essentiellement le fait d'une population masculine, âgée en général de plus de 30 ans, le plus souvent bénéficiaire d'un traitement de substitution. L'usage y est en général occasionnel, en alternance avec la prise de traitements de substitution et vise à rompre la « monotonie » du traitement par le biais de qui est appelé un « extra ».

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

- de jeunes en situation de grande précarité sociale (errance, nomadisme) et évoluant aux frontières de l'espace urbain et de l'espace festif. Une partie d'entre eux est directement issue de la culture techno et participe en général à des événements underground. Le plus souvent, ils ont recours à l'héroïne afin de faciliter la « descente » de produits stimulants. Certains deviennent dépendants de l'héroïne. Il s'agit d'un groupe certainement minoritaire mais dont l'importance exacte reste difficile à définir. D'une manière générale, leur usage de produits ne peut plus être qualifié de festif ;

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

- de nouveaux arrivants en France, principalement d'Europe centrale et orientale, eux aussi en grande difficulté sociale ;
- d'usagers, mieux intégrés sur le plan social que les deux groupes précédents, qui ont initié, dans un cadre festif, un usage intermittent d'héroïne. Ils l'utilisent pour gérer la descente lors des épisodes de consommation des stimulants (« matelas » ou « parachute opiacé »). Au sein de ce groupe, certains perdent le contrôle de l'usage. Des passages au stade de la dépendance à l'héroïne sont rapportés ;
- de primo-consommateurs de buprénorphine haut dosage (Subutex®) qui s'engagent dans une consommation d'héroïne dans un second temps [14].

Modes d'usage

Trois modes d'administration de l'héroïne existent en France : l'injection, le sniff et, moins fréquemment, l'inhalation ou fumette (chasse au dragon). Schématiquement, l'injection domine au sein des populations qui fréquentent les structures de première ligne de soutien aux usagers. Le sniff est le mode d'administration prédominant de la population rencontrée au sein des événements festifs électroniques techno. La fumette est essentiellement visible parmi cette même population festive.

Perceptions

La perception de l'héroïne par les usagers de drogues semble de plus en plus positive à mesure que l'on s'éloigne de la figure archétypale du toxicomane injecteur des années quatre-vingt. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à expliquer ce constat :

- le développement de modes d'administration alternatifs (sniff et inhalation) à l'injection qui permet de découpler l'usage d'héroïne de l'usage de la seringue ;
- la perte, pour les usagers les plus jeunes, de la conscience de l'association de l'héroïne à la contamination par le VIH et à la marginalisation sociale ;
- l'accès aisé et rapide aux traitements de substitution (buprénorphine et méthadone) qui permet d'éviter à beaucoup la dégradation physique et sociale inhérente à une dépendance non maîtrisée ;
- et enfin le prix élevé de l'héroïne qui lui octroie le statut d'opiacé de luxe par rapport à la BHD, vendue dans la rue à bas prix.

Phénomènes marquants en 2005

Des indicateurs quantitatifs suggérant un retour de l'héroïne

Plusieurs sources de données quantitatives (fréquence de l'usage chez les usagers en contact avec les dispositifs de soins et de réduction des risques spécialisés, accroissement du nombre d'interpellations pour usage, remontée en 2005 du nom-

bre de surdoses) suggèrent cette année une légère reprise de l'usage d'héroïne [1, 2, 5]. Cette augmentation, si elle se confirmait, marquerait une inflexion au regard des tendances à la baisse constatées depuis quelques années.

Pas d'évolution majeure de la disponibilité et accessibilité toujours difficile

Cependant, dans le groupe des usagers traditionnels d'héroïne, on ne constate pas de retour massif de cette substance. Seul le site parisien signale une plus grande disponibilité de l'héroïne dans la capitale, avec notamment la réactivation de certains points de vente dans le nord-est parisien. Les autres sites TREND rapportent une situation stable par rapport à l'année précédente ou, tout au plus, des frémissements ici ou là.

De plus, pour les usagers, l'accessibilité reste très difficile partout. Il faut souvent un ou plusieurs intermédiaires pour parvenir à s'approvisionner ou appartenir à un micro réseau. Dans l'ensemble, la présence massive des produits de substitution sous forme de traitement ou comme objet de trafic continue à limiter la demande d'héroïne.

Un accroissement de la visibilité et/ou de la consommation de l'héroïne dans les événements techno notamment pour gérer la descente des stimulants

L'héroïne semble être plus disponible et/ou visible en milieu festif techno, essentiellement dans les grands événements (free parties et teknivals).

Il semble, en effet, que ce produit, circulant sous l'appellation de « rabla », soit parfois confondu avec une substance naturelle comme l'opium et ne soit donc plus associé à l'image dégradante de l'héroïnomane injecteur. L'héroïne est dans ce cadre d'autant moins associée à l'injection qu'elle est généralement sniffée ou fumée, conformément aux normes sociales du milieu festif, où l'injection demeure stigmatisée et rejetée. Pour certains usagers, la fumette rapprocherait l'image de l'héroïne de celle du cannabis.

Par ailleurs, le conditionnement de la prise à l'usage de stimulants en environnement festif chez la plupart des consommateurs permettrait des prises d'héroïne espacées dans le temps qui éviteraient, dans l'esprit des usagers, l'entrée dans un processus de dépendance.

Celle-ci connaîtrait de ce fait une tendance à la banalisation lui octroyant l'image d'un produit « comme les autres », dont l'usage serait progressivement « accepté ». Cela faciliterait l'entrée dans l'usage de nouveaux consommateurs ou accroîtrait la visibilité des anciens, moins enclins à dissimuler leur consommation.

Il faut cependant garder en mémoire que cet usage ne concerne qu'une frange de population, celles fréquentant le milieu festif techno : seules 8 % des personnes rencontrées au cours d'une enquête menée parmi les populations fréquentant cet espace en 2004-2005 déclarent avoir consommé de l'héroïne au cours du mois précédent [6].

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

Des cas de consommation encore anecdotiques dans les milieux ruraux à Metz et estudiantin à Rennes.

Le site de Metz signale des consommations dans « les communes rurales des zones urbaines » (ou « rurbaïne ») qui n'avaient pas été observées auparavant. Le site de Rennes observe une expérimentation de cette substance mais aussi de la cocaïne et de la méthadone dans des groupes d'étudiants à l'occasion de fêtes de fin de semaine.

Une diffusion des différents modes d'administration entre les milieux festif et urbain

Il semble que la porosité entre les différents milieux brouille de plus en plus la répartition classique des modes d'usages selon l'appartenance ou non au milieu festif et que différents sous-groupes d'usagers soient à prendre en compte au sein des différents espaces.

Ainsi, l'injection d'héroïne semble apparaître dans l'espace festif. Certains usagers fréquentant ce milieu, et dont les consommations sont devenues régulières, utiliseraient la voie injectable, ainsi que l'observe le site parisien. À Metz, les jeunes les moins insérés professionnellement injecteraient d'avantage, afin de « rentabiliser » en sensations, la quantité d'héroïne dont ils disposent.

Début 2006, d'après l'enquête menée dans les structures dites de première ligne, 75 % des usagers d'héroïne en ayant injecté au cours du mois écoulé ne sont pas étrangers au milieu festif puisqu'ils avaient fréquenté des manifestations festives techno plus de 10 fois dans leur vie [1]. Cependant, les situations évoluent différemment selon les régions françaises. Ainsi, à Lille ou à Rennes, l'injection semble toujours largement absente du milieu festif techno.

Tableau 1 : Mode de consommation de l'héroïne au cours du mois précédent chez les usagers des structures de première ligne en 2003 et 2006 et selon la fréquentation ou non des événements festifs techno, en 2006

	2003 n=855	2006 n=1 017	Nombre d'événements festifs techno dans la vie en 2006	
			<10 fois	= 10 fois
<i>Injection</i>	53 %	54 %	50 %	55 %
<i>Sniff</i>	49 %	54 %	44 %	58 %
<i>Inhalation</i>	27 %	34 %	28 %	36 %

Sources : Enquête PRELUD 2006, OFDT [1]

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

Un accroissement de l'usage du mode d'administration pulmonaire « fumette », particulièrement chez les usagers fréquentant les événements techno underground

Plusieurs sites TREND rapportent une augmentation de l'inhalation à chaud (fumette, « chasse au dragon », bang ou joint) parmi les usagers des événements techno. Cette observation est confirmée par les données de l'étude PRELUD (Tableau 1).

Augmentation du prix moyen du gramme d'héroïne brune

Le prix moyen de l'héroïne brune⁴ en France métropolitaine, qui semblait diminuer depuis 2003, est remonté à 50 euros le gramme contre 35-40 euros les années précédentes⁵.

Conclusion

En dépit de l'absence d'évolution marquante des profils d'usagers d'héroïne, de la stabilité relative des marchés locaux et de l'usage d'héroïne en milieu urbain, un certain nombre de signaux semblent indiquer, non seulement que le recul de l'héroïne a cessé, mais qu'une amorce d'un élargissement de son utilisation est en cours. Celle-ci semble avérée en milieu festif. Cette hypothétique tendance à la hausse appellera une confirmation au cours des prochaines années.

⁴ L'héroïne blanche est très peu présente en France.

⁵ Cette donnée est à appréhender avec prudence compte tenu de la diminution du nombre de sites participant au dispositif TREND et reste à confirmer.

Les traitements de substitution détournés de leur usage

Les traitements de substitution constituent une des options thérapeutiques et de soutien offertes en France aux personnes dépendantes aux opiacés. Le cadre de prescription mis en place en 1995 est structuré autour de deux médicaments : la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD) commercialisée jusqu'en 2005 uniquement sous le nom de spécialité Subutex® [8]. La prépondérance de la BHD sur le plan quantitatif tend de plus en plus à s'amenuiser au profit de la méthadone.

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

Ces traitements sont généralement pris au long cours par les anciens héroïnomanes dépendants aux opiacés.

Si les traitements de substitution sont pris le plus souvent dans le cadre d'un protocole thérapeutique, l'accroissement de leur disponibilité s'est accompagné du développement de mésusages, concernant essentiellement la BHD [16].

■ L'usage hors protocole thérapeutique. Il peut s'agir d'auto-substitution, usage de type « thérapeutique », par lequel le produit de substitution vient se substituer, pour tout ou partie, à une consommation antérieure d'héroïne, afin d'en cesser ou d'en réduire la consommation, mais en dehors de tout protocole médical [16]. Il peut également s'agir d'usage détourné (ou toxicomaniaque) : le médicament est alors utilisé comme une drogue parmi d'autres. Cet usage peut concerner des personnes pour lesquelles la BHD est le premier opiacé consommé ou le premier à l'origine d'une dépendance (usage dit non substitutif) [14] ;

■ le recours à une voie d'administration autre que la voie prévue (sublinguale pour la BHD, orale pour la méthadone) injection ou sniff, très rarement inhalation ;

■ la prise de doses inappropriées et la co-consommation problématique d'autres produits (benzodiazépines à doses non thérapeutiques, alcool) ;

■ la revente de tout ou partie du traitement qui alimente le trafic [15].

Données de cadrages

À l'échelle de la population française, l'usage de la buprénorphine reste rare : en 2005, seuls 0,3 % des filles et 0,7 % des garçons de 17 ans ont déjà expérimenté la BHD [4]. L'usage de méthadone en population générale, extrêmement faible, n'est pas mesuré. En 2003, le nombre moyen de personnes prenant, en France, de la buprénorphine haut dosage (BHD) un jour donné était estimé entre 71 800 et 84 500, tandis que celui des personnes prenant de la méthadone se situait entre 11 200 et 16 900 [15]. La part des patients traités par méthadone, alors égale à 20 % des patients traités, a continué de s'accroître.

En 2005, pour la deuxième année consécutive parmi les personnes en traitement de substitution suivies en CSST, la proportion de sujets sous protocole méthadone est plus importante que celle des sujets sous buprénorphine (53 % vs 46 %) [2].

La buprénorphine représente, en 2005 comme en 2004, le premier produit ayant entraîné une dépendance pour seulement 2 % des patients pris en charge dans le dispositif socio-sanitaire spécialisé. [2].

En 2005, 2 décès par surdose constatés par les services de police ont été rattachés à une surdose de BHD et 7 décès liés à une surdose de méthadone⁶. Sous réserve d'une validité suffisante de ces données (exhaustivité incertaine), on note une diminution depuis 3 ans du nombre des décès liés à la BHD (4 en 2004, 8 en 2003.) ce qui n'est pas le cas pour la méthadone (8 décès en 2003, 10 en 2004) [5].

⁶ Un décès lié conjointement à la méthadone et à la BHD est compté 2 fois.

La BHD

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

La situation

Fréquences d'usage et usagers

Si parmi les personnes en contact avec des structures de soins spécialisées, l'usage de BHD s'insère dans plus de 94 % des cas dans le cadre d'un protocole médical [2], il n'en va pas de même pour les personnes rencontrées dans les structures de première ligne et dans la rue.

Dans les CSST, la part des patients qui consomment la BHD en dehors d'un protocole médical semble diminuer au profit des patients encadrés qui sont désormais 94 % au lieu de 91 % en 2004. Les usagers sous protocole médical déclarent recevoir une dose moyenne égale à 8,3 mg +/- 7,0, alors que hors protocole cette dose est égale 12,1 mg +/- 11,4 [2].

À l'inverse, si la moitié des personnes fréquentant les structures de première ligne et ayant pris de la BHD au cours du mois précédent l'on fait pour se soigner, 23 % en ont fait un usage détourné, en marge de sa finalité thérapeutique (défonce, descente de stimulant ou gestion du manque), et 28 % en ont fait un usage détourné exclusif [1].

Dans les structures de première ligne de soutien aux usagers de drogue, si la part des consommateurs de BHD au cours du mois précédent apparaît stable (43 % en 2003, 44 % en 2006), la fréquence des usages détournés exclusifs par rapport à l'ensemble des usagers a plus que doublé (de 5 % à 12 %), alors que la fréquence des usagers mêlant usage thérapeutique et détournés⁷ passe quant à elle de 14 % en 2003 à 10 % en 2006 [1].

⁷ L'usage toxicomaniaque ou détourné inclut l'usage à visée de « défonce » ou de régulation de la prise d'autres produits (par exemple gestion du manque d'héroïne ou gestion de la descente des stimulants). L'usage thérapeutique comprend ici, l'usage dans le cadre d'un protocole de substitution et un usage visant l'arrêt ou la réduction de la consommation d'héroïne éventuellement hors protocole thérapeutique.

D'une manière générale, plus les usagers s'éloignent d'un cadre thérapeutique, plus le degré de mésusage apparaît fréquent.

La buprénorphine consommée uniquement dans un usage détourné est surtout le fait de jeunes consommateurs en situation de grande précarité sociale (errants, nomades) et d'immigrés récents, en général d'Europe centrale et orientale.

Ceux qui mêlent usage thérapeutique et défonce sont souvent des usagers d'opiacés qui souhaiteraient « décrocher » mais ne parviennent pas à renoncer à l'effet « flash » lié à la montée rapide de la concentration de produit dans le sang. Dans ce cas la BHD est le plus souvent injectée ou sniffée.

Les observations issues du dispositif TREND relèvent depuis plusieurs années l'existence de personnes pour qui la BHD constitue le premier opiacé consommé dans la vie (primo consommateurs) [14, 17]. Ainsi, l'usage non substitutif⁸ de BHD touchait en 2003 un quart des personnes consommant de la BHD dans les structures de première ligne [14]. Cependant, au sein des structures de soins spécialisés, le nombre de cas de primo-consommation⁹ de BHD, signalés au cours de l'enquête OPPIDUM a diminué de moitié entre 2004 et 2005.

Parallèlement à ces primo consommations de BHD, on observe des sorties d'usage de BHD, remplacée par d'autres opiacés, notamment l'héroïne. Pour ces personnes, ces transferts semblent traduire une lassitude à l'égard de la BHD en raison de ses effets secondaires, mais aussi de la crainte du sevrage réputé difficile et, enfin, de l'image stigmatisée du toxicomane à la BHD auprès de ses pairs.

Modes d'usage

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

L'injection demeure le mode d'administration le plus répandu quand le médicament est détourné de son usage thérapeutique. Elle permet une montée rapide du produit et la conservation d'un rituel de prise que beaucoup d'anciens héroïnomanes ne parviennent pas à abandonner. Elle s'accompagne cependant d'une dégradation veineuse importante, accompagnée de lourdes complications infectieuses et circulatoires (syndromes de Popeye, abcès, etc.) [8, 10-13].

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

⁸ Usage non substitutif : primo-usage de BHD ou primo-dépendance au BHD

⁹ Primo consommation de BHD : entrée dans un usage d'opiacé par l'usage de BHD.

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

En 2005, l'injection est pratiquée par 13 % des usagers sous protocole de substitution vus dans un cadre thérapeutique et le sniff par 8 %. Ce taux d'injecteurs de BHD est très légèrement supérieur à celui des deux années précédentes [2].

Parmi les personnes vues dans un cadre sanitaire en 2005 mais déclarant consommer de la BHD hors protocole thérapeutique, 34 % utilisent l'injection et 30 % le sniff. La fréquence de l'usage du sniff dans cette population semble avoir chuté depuis les deux dernières années (44 % en 2004, 41 % en 2003). Huit pour cent disent avoir déjà inhalé (fumé) la BHD [2].

Enfin, début 2006, la pratique de l'injection concerne 58 % des 440 usagers de BHD au cours du mois précédent rencontrés en structures de première ligne (contre 47 % en 2003), suggérant un accroissement de la part des injecteurs de BHD dans cette population parallèlement à une moindre fréquence de la prise orale (59 % en 2003, 45 % en 2006). L'usage du sniff semble stable et concerne 22 % des usagers, de même que l'inhalation qui concerne 3 % d'entre eux. [1]

La BHD ne constitue le premier produit injecté dans la vie que pour 4,3 % des usagers des structures de première ligne ayant déjà injecté (contre 42 % pour l'héroïne) [1].

Disponibilité

La disponibilité et l'accessibilité de la BHD sur le marché parallèle des centres urbains sont importantes.

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

Alimenté par la revente de produits prescrits, le marché parallèle facilite les consommations hors suivi médical. Le trafic se décline selon deux modalités : il existe une activité diffuse de « petite revente », qui est le fait de patients traités et s'assurant ainsi un petit revenu. Parallèlement, un nombre réduit de personnes (pas nécessairement en traitement) s'adonne à une activité intensive de polyprescription¹⁰ et de revente (6 % environ des personnes ayant eu un remboursement au cours d'un semestre, en 2002). On estimait fin 2002 (dernières données publiées) que les quantités revendues dans ce cadre représentaient entre 21 % et 25 % des doses prescrites avec des disparités importantes entre les sites (maximum de 40 % à Paris)¹¹ [15, 18]. Aucune estimation n'a pu être publiée depuis 2004, faute de données publiques.

En 2006, l'acquisition de la BHD sur le marché parallèle constitue un mode d'accès exclusif pour 26 % des usagers des structures de première ligne et partiel pour 15 %. Cette dernière part a diminué (23 % en 2003) au profit des acquisitions uniquement sur ordonnances (passées de 53 % à 59 %) [1].

¹⁰ Pratique qui consiste à fréquenter plusieurs médecins différents dans le but de multiplier les ordonnances de produits.

¹¹ Le prix d'une boîte de 7 comprimés de 8 milligrammes en pharmacie est de 23,87 euros, soit environ 3,4 euros. Le taux de remboursement est de 65 %.

Bien que minoritaire parmi les moyens d'accès au produit, la falsification d'ordonnances pour obtenir du Subutex® a progressé au cours des dernières années. En effet, le Subutex® est, en 2005, le deuxième médicament à l'origine d'une falsification d'ordonnances derrière le Stilnox® (Zolpidem) avec 11 % (contre 6 % en 2004) des ordonnances falsifiées [19].

Dans l'espace festif, les observations de terrain mettent en évidence le caractère marginal de l'usage de ce produit. La voie d'administration est généralement le sniff, dans une moindre mesure la prise par voie sublinguale et plus rarement, l'injection. Hormis les très grands événements (teknivals), la BHD reste très peu disponible dans l'espace festif « techno ».

Perceptions

L'image de la BHD est plutôt mauvaise parmi les usagers de drogue. Celle-ci semble perdre au fil du temps son statut de médicament pour acquérir celui de drogue de rue. Le Subutex® est perçu comme un produit engendrant à la fois une dépendance dont il est très difficile de se sevrer et, lorsqu'il est injecté, une détérioration du capital veineux.

Phénomènes marquants 2005

Le contrôle accru de la Caisse primaire d'assurance maladie aurait faiblement contribué à réduire la disponibilité, mais favoriserait l'augmentation des prix.

Les contrôles des CPAM ont essentiellement visé à identifier les trafiquants et à recadrer les patients ayant plusieurs prescripteurs ou recevant une dose moyenne importante (supérieure à 32 mg semble-t-il), ainsi que certains prescripteurs jugés abusifs. Ces contrôles ont été menés avec des stratégies variables selon les départements, à l'origine de situations locales diverses.

À l'exception du site de Toulouse, il semble que le contrôle exercé par les CPAM n'ait eu que peu d'impact sur la présence globale du Subutex® sur le marché parallèle, les détournements non contrôlés continuant à alimenter le marché parallèle.

Parallèlement, les usagers évoquent dans plusieurs régions les difficultés de certains patients sous substitution, soit à se faire suivre par un médecin, soit à recevoir un traitement suffisamment dosé.

Sur le prix, l'impact est beaucoup plus perceptible. À Paris, le prix courant d'un comprimé est passé de 1,5 à 2 euros entre 2004 et 2005. À Toulouse et Marseille, le prix du comprimé a doublé par rapport aux années précédentes.

Au plan national, le prix médian d'un comprimé de 8 mg de Subutex® au marché noir, descendu de 6 euros à 3 entre 2000 et 2002, est remonté à 5 euros en 2005.

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

Développement d'un trafic plus organisé

Les mesures restrictives se heurtent au développement de nouvelles modalités d'approvisionnement destinées uniquement à alimenter le marché parallèle. Cette année, on a ainsi vu croître un trafic organisé de Subutex®, qui semble, notamment sur Paris, porter sur des quantités très supérieures à la revente pratiquée par les usagers.

On observe, en particulier à Paris, le recours au vol et au développement des pratiques de location de cartes Vitale. Quant au site de Toulouse, il rapporte le développement de deux nouvelles modalités d'approvisionnement. La première est utilisée par des dealers qui missionnent diverses personnes auprès de médecins pour obtenir des prescriptions de BHD avec la perspective purement mercantile d'écouler les produits collectés par des réseaux de vente. La seconde consiste à s'adresser à des médecins situés en dehors du département de résidence, de telle sorte que les différentes CPAM (qui ne sont pas informatiquement interconnectées) ne puissent réaliser des recoupements et ainsi détecter les prescriptions multiples.

Élargissement de la consommation détournée dans certains groupes spécifiques

En continuité avec les années précédentes, les observateurs en milieu urbain confirment la forte présence de la BHD dans les consommations des milieux les plus marginalisés. Son usage détourné semble même se renforcer. Le site de Bordeaux, par exemple, signale une présence plus visible de jeunes en errance et d'usagers précaires, essentiellement originaires de pays de l'ex-bloc soviétique. Dans ce groupe, la BHD serait consommée plus régulièrement qu'au cours des années précédentes. Elle le serait de plus en plus pour ses effets de « défonce » et plus seulement dans le cadre d'une régulation de prise de stimulants. Ces jeunes tendraient à l'injecter de plus en plus fréquemment et se lanceraient par ailleurs dans le deal pour financer leur consommation.

Il est probable que cette intensification de l'usage à visée de défonce existe ailleurs également qu'à Bordeaux. Ainsi, au sein des structures de première ligne, si la part des usagers de BHD dans le mois précédent est stable (44 % en 2006, 43 % en 2003), la fréquence des usages détournés¹² exclusifs concerne 28 % des usagers de BHD contre 11 % en 2003. Parallèlement, la part des usagers mêlant usages substitutif et détourné tend à diminuer (34 % en 2003, 23 % en 2006) [1, 13].

32

Le site de Paris rapporte une diversification accrue des usagers de BHD détournée en 2005. À côté des groupes connus (anciens héroïnomanes), de jeunes marginalisés ou issus du milieu festif techno l'utilisant pour gérer la descente, d'autres groupes sont signalés : les observateurs mentionnent ainsi des groupes de prostituées, des clubs la consommant pour « avoir la pêche et draguer », d'anciens déte-

¹² L'usage toxicomaniaque inclut l'usage à visée de « défonce » ou de régulation de la prise d'autres produits (par exemple gestion du manque d'héroïne ou de la descente des stimulants).

nus ayant débuté la consommation en prison, ainsi que des usagers plutôt bien insérés, ne consommant pas de drogues illicites, mais utilisant la BHD « comme anti-dépresseur », « pour se détendre », etc.

Augmentation de l'usage de BHD pour gérer la descente des stimulants dans les espaces festifs et urbains

Associée à l'ecstasy et à d'autres stimulants, elle joue ici un rôle similaire à l'héroïne, avec l'avantage d'être moins chère et plus accessible. Des cas anecdotiques ont été rapportés d'injection d'ecstasy avec du Subutex® afin de potentialiser les effets de ce dernier.

Un accroissement possible des pratiques d'injection

Dans l'agglomération de Metz, l'ensemble des observateurs signale un accroissement de l'injection du Subutex®. À Bordeaux, les jeunes en errance consommant de la BHD semblent également l'injecter de plus en plus fréquemment.

Par ailleurs, un accroissement des pratiques déclarées d'injection de BHD parmi les usagers des structures de première ligne a été constaté (de 47 % en 2003 à 58 % début 2006) [1].

Mais un début de recul des conséquences de l'injection de la BHD

Les professionnels sanitaires de Rennes et Toulouse, comme ceux des CSST et des structures de bas seuil de Metz perçoivent une diminution de la fréquence des problèmes habituels liés à l'injection du Subutex®. Ils l'attribuent à la diffusion du recours au Stérifilt® lors des injections. Ce nouveau filtre empêche le passage des composants responsables d'abcès provoqués par l'injection.

L'usage du Stérifilt® semble en effet progresser parmi plusieurs groupes d'usagers. Un observateur parisien signale l'apparition d'un mode alternatif de gestion de la pénurie, permettant de se passer du coton ou du filtre à cigarette comme réserve de produit¹³ : « Dans le cadre du mésusage par injection, on note que certains usagers cassent systématiquement un petit bout du cachet de 1/10ème à 1/4 avant de préparer l'injection. [...]. Les morceaux doivent être assez petits pour que la prise d'un seul morceau ne donne pas un effet intéressant, assez gros pour que 4 ou 5 morceaux pris ensemble donnent un effet suffisant pour au moins calmer le manque [...]. Cette réserve peut être utilisée comme des "cotons", c'est-à-dire en cas de pénurie, pour disposer d'une ou deux prises d'urgence. »

¹³ En l'absence de Stérifilt®, on utilise un filtre ou un coton à cigarette, qui filtre moins bien mais que l'on peut stoker pour récupérer des résidus de produit en cas de pénurie.

Conclusion

Les pratiques de détournement de la BHD évoluent actuellement de manière non univoque. D'une part, les patients en cours de traitement de substitution semblent avoir tendance à s'insérer dans un protocole médical. D'autre part, les pratiques de consommation détournée (usage à visée de « défonce », injection, mélanges) s'étendent parmi plusieurs groupes de population précarisée. Enfin, on assiste à une transformation du trafic qui tend à une fraude organisée de l'Assurance maladie par un petit nombre de trafiquants.

La méthadone

La méthadone est une molécule agoniste des récepteurs opiacés disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés et classée comme stupéfiant.

La situation

Fréquence d'usage et usagers

La méthadone, à l'instar de la BHD, mais à petite échelle, entretient des rapports complexes avec l'héroïne dont aux yeux des usagers elle est proche. En dehors du cadre médical, le recours à la méthadone survient quand l'héroïne fait défaut, lorsque celle-ci est de mauvaise qualité, absente du marché local ou trop chère pour l'utilisateur.

Parmi les patients traités dans les CSST, tous ceux traités à la méthadone sont sous protocole thérapeutique. Seule la voie orale est utilisée, à l'exclusion de tout autre mode d'administration [2].

Début 2006, 44 % des usagers rencontrés dans les structures de première ligne ont déjà expérimenté la méthadone ; 24 % d'entre eux en ont pris au cours du mois précédent dont 84 % quotidiennement [1].

Disponibilité

Depuis la mise en place du dispositif TREND, une présence ponctuelle et limitée de méthadone est constatée sur le marché parallèle de plusieurs sites. Hormis Paris, où cette substance est présente, à un faible niveau, sur le marché parallèle, la disponibilité et l'accessibilité de la méthadone hors cadre thérapeutique sont, en effet, plutôt faibles. Cette disponibilité est probablement à mettre en rapport avec les difficultés persistantes d'accès à la méthadone dans un cadre thérapeutique (à l'exception de certaines régions).

Contrairement aux ventes de Subutex®, qui peuvent être l'œuvre de trafiquants non usagers, la méthadone vendue provient presque exclusivement de stocks et de surplus accumulés par des patients substitués qui, pour une raison ou une autre, ne consomment pas la totalité des doses prescrites et délivrées.

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

Modes d'usage

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

Néanmoins des cas anecdotiques d'injection sont régulièrement rapportés. En 2005, les sites de Paris et Metz signalent des exemples, très peu nombreux, de tentatives d'injection du produit. À Paris, la procédure utilisée serait la dilution dans de l'eau du sirop, à raison d'un volume de méthadone pour quatre d'eau dans des seringues de 10cc. À Metz, c'est plutôt la méthadone belge sous forme de comprimés, et allemande sous forme de gélules qui seraient injectées mais des tentatives d'injection par dilution de la forme galénique française, en sirop, ont été aussi rapportées.

Dans les structures de première ligne, 11 % des personnes ayant consommé de la méthadone plus de 10 fois dans la vie disent avoir déjà essayé de l'injecter (2006). Cependant, parmi ceux qui en ont pris au cours du mois précédent, seulement 4, soit (1,7 %), déclarent utiliser l'injection pour se l'administrer. Sniff et fumette ne sont pas des modes de consommation utilisés.

Perceptions

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

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

Phénomènes marquants en 2005

36

Disponibilité et accessibilité en légère augmentation sur certains sites

L'ensemble des sites TREND note la présence, plus ou moins perceptible selon le site, de la méthadone sur le marché parallèle. Les sites de Paris, Rennes et Toulouse observent une augmentation de cette disponibilité au cours de l'année 2005. À Paris, deux points de vente sont devenus visibles pour les acteurs locaux concernés : les Xe et XVIIIe arrondissements. Dans ce dernier, les points de vente sont les mêmes que ceux des autres médicaments psychoactifs détournés.

Des marchés parallèles à petite échelle sont aussi signalés à Metz et Lille. Dans la capitale du Nord, la constitution d'un lieu de vente identifié est signalée comme phénomène nouveau en 2005. À Lille et Metz, de la méthadone belge sous forme de comprimés, et allemande sous forme de gélules, est aussi disponible en marge de la méthadone française en sirop. Quel que soit le site, la méthadone est le plus souvent échangée contre des produits psychoactifs dans un cadre de troc immédiat ou différé. La vente à visée lucrative existe mais demeure néanmoins encore limitée en 2005.

Dans les structures de première ligne, les consommateurs de méthadone sont légèrement plus nombreux qu'en 2003 à l'avoir obtenue sur le marché parallèle totalement ou partiellement (22 % en 2003 contre 29 % début 2006) [1].

Apparition de quelques signes de mésusage

Un usage à visée de défonce semble progresser légèrement parmi les usagers des structures de première ligne. En effet, début 2006, parmi les usagers de méthadone fréquentant ces structures, 71 % la consomment uniquement dans un objectif thérapeutique, 12 % déclarent en faire un usage détourné en plus de son usage thérapeutique et 17 % affirment en faire un usage détourné uniquement (incluant l'utilisation en descente de stimulants et la gestion du manque d'opiacés illicites). Ces données pourraient, là encore, laisser entrevoir une légère progression du détournement, puisqu'en 2003 ils étaient 76 % à l'utiliser uniquement comme substitution, 15 % à en faire un usage double et seulement 9 % à en faire un usage uniquement toxicomaniaque [1].

Parallèlement, trois sites constatent l'apparition de nouveaux signes de mésusage : initiation à la méthadone ou pratiques d'usage en association avec d'autres produits.

À Bordeaux, on observerait un usage dans la rue de méthadone parmi les populations les plus précaires fréquentant les centres-villes, dépendants aux opiacés, mais ne souhaitant pas être soumis à ce qu'ils estiment être les contraintes du protocole de soins.

Le site de Metz fait état de prises concomitantes d'alcool et de méthadone pour obtenir des effets de « défonce » par action cumulative de ces substances.

À Rennes, c'est dans un cadre festif qu'une initiation à la méthadone serait observée. Il s'agit de jeunes « fêtards » issus des milieux étudiant ou techno alternatif : en fin de soirée, ils associent la méthadone, l'alcool et le LSD. Une fraction de cette population commencerait à se manifester comme demandeurs de traitement auprès des centres de soins spécialisés de la ville.

Une image qui s'altère légèrement

Le détournement, qui semble augmenter, commence à écorner l'image de la méthadone. De même, son pouvoir d'addiction est souvent perçu comme un piège. Toutefois ces perceptions négatives demeurent, malgré tout, plutôt minoritaires.

Conclusion

Avec la diffusion croissante de la méthadone semblent se développer, comme on pouvait le pressentir, quelques signes de mésusage. En effet, on observe qu'il en va des médicaments comme des autres produits psychoactifs licites : leur diffusion dans la société s'accompagne pratiquement toujours d'une certaine part de mésusage. Cependant, ces pratiques, visibles chez des usagers encore immergés dans un parcours toxicomaniaque, sont très minoritaires lorsqu'on les rapporte à l'ensemble des patients traités.

Le sulfate de morphine

Le sulfate de morphine est une molécule agoniste opioïde pur des récepteurs opiacés disposant d'une AMM pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits analgésiques. Il est disponible sous une forme de spécialités à action brève (Actisenan[®]) et sous forme de spécialités à action prolongée (Moscontin LP[®] et Skenan[®]). Bien que ne disposant pas d'AMM pour cette indication, les présentations d'action prolongée sont parfois utilisées comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, conformément à la note de la Direction générale de la santé (DGS) de juin 1996¹⁴. Toutefois, le médecin prescripteur doit au préalable obtenir l'accord du médecin-conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). En France, il est classé comme stupéfiant.

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

La situation

Disponibilité

La disponibilité du sulfate de morphine au marché noir, sur les sites TREND, à l'exception de Paris et Rennes, est généralement très faible. À Toulouse, il existe un trafic des sulfates de morphine, mais il reste très limité en raison de la rareté de sa prescription médicale sur le site.

En 2005, la gélule de Skénan[®] se négocie à environ 2,5 euros à Château-rouge (Paris) et peut atteindre 20 euros dans les villes où le trafic est rare.

Trente-deux pour cent des usagers de sulfate de morphine au cours du mois passé, fréquentant les structures de premières lignes, les ont reçues par prescription (dont 21 % exclusivement). Les autres, soit 67 %, les ont obtenues uniquement sur le marché parallèle. La part de l'accès par prescription semble avoir décru : en 2003, 41 % des usagers de sulfate de morphine l'avaient obtenu par prescription, dont 32 % uniquement par prescription [1].

14 Ce dispositif concernait les médecins, les patients et les pharmaciens. Il rappelait que les médecins ne pouvaient prescrire des sulfates de morphines que sous réserve d'une procédure spécifique : « Demande de prise en charge au titre d'une affection longue durée » auprès du médecin conseil de la CPAM ; nécessité de l'apposition sur la prescription de la mention « Accord du médecin conseil ».

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

Fréquences d'usages et usagers

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

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

- un premier composé de personnes âgées de plus de trente ans, anciennement consommatrices d'héroïne, plutôt marginalisées socialement, visibles en milieu urbain ;
- un second composé d'une population plus jeune, vivant aussi dans la précarité, mais fréquentant également les milieux festifs alternatifs. Ce groupe rassemble des personnes appartenant à des sous-populations qualifiées schématiquement de « nomades » ou d' « errants », selon le degré de leur maîtrise sur leur parcours de vie [10].

Le sulfate de morphine est le plus souvent injecté (88 % des usagers de structures de première ligne ayant consommé ce produit dans le mois précédent, début 2006). L'obtention d'effets proches de l'héroïne lors de l'injection amène de nombreux usagers à choisir ce mode d'administration. L'injection, du Skénan® notamment, crée des problèmes sanitaires similaires à ceux de la BHD.

Perception

La perception du sulfate de morphine parmi ses usagers est positive : produit rare, proche de l'héroïne, injectable et, contrairement à celle-ci, de qualité garantie et constante. À l'inverse, parmi les usagers n'utilisant pas ce produit, les risques de dépendance et de manque, du fait de l'irrégularité des approvisionnements du marché noir, en font un produit peu attrayant. Ces dernières années, sa rareté lui confère l'aura d'un produit réservé à quelques « privilégiés ».

Phénomènes marquants en 2005

Amorce d'un retour de disponibilité localisé sur certains sites

40

Si la présence du sulfate de morphine sur le marché parallèle est inexistante ou peu visible sur la plupart des sites du dispositif TREND, les observateurs rapportent une croissance de sa consommation sous forme de Skénan® à Paris, à Rennes et, dans une moindre mesure, à Marseille.

À Paris, le site signale que le produit détourné serait principalement disponible dans deux zones : aux abords du métro Château-Rouge (XVIII^e arrondissement) et, dans une moindre mesure, dans le quartier des Halles (I^{er} arrondissement). Dans ces deux cas, les consommations de Skénan® dans la rue sont visibles. Cela entraîne

des problèmes majeurs pour les riverains (scènes d'injection dans la rue ou dans les cages d'escaliers, violences entre usagers et/ou revendeurs, matériels d'injection laissés dans la rue, etc.). Ailleurs dans la capitale, le produit serait difficilement disponible, même si des trafics ont été signalés dans le sud de la ville (XIII^e arrondissement et aux abords de la porte de Vanves).

À Rennes, en 2004, la mise en application de la circulaire du 19 février 2004 de la CPAM sur les prescriptions de Skénan[®] avait limité sa consommation. Elle semble avoir repris en 2005. Même sans remboursement, à moins de 30 euros la boîte de 14 gélules de 100 mg, le Skénan[®] reste toujours meilleur marché que l'héroïne.

Certains observateurs perçoivent également à Marseille une augmentation des prescriptions de Skénan[®].

Dans les structures de première ligne, on observe globalement un accroissement de l'usage du sulfate de morphine au cours du mois précédent (de 9 % en 2003 à 16 % début 2006) essentiellement lié à son détournement plus fréquent. En effet, parmi l'ensemble des usagers fréquentant ces structures, la part des usagers de morphine dans un but uniquement toxicomane s'élève de 3,2 % en 2003 à 9,0 % début 2006. La fréquence de l'usage de la morphine dans un but uniquement thérapeutique reste à peu près stable (2,1 % à 2,8 %) de même que la proportion d'usagers visant les deux objectifs à la fois (4,0 % à 3,8 %) [1].

Apparition d'usage en associations nouvelles

Le site de Rennes et des observateurs à Paris notent l'apparition d'un usage en association avec trois produits : la cocaïne (« nouveau speed ball »), l'ecstasy en injection (une demi gélule de Skénan[®] et d'un demi-cachet d'ecstasy) et le Valium[®] qui permettrait d'en augmenter les effets et en même temps de réduire le coût par la diminution la quantité de Skénan[®] nécessaire pour obtenir les effets recherchés.

Visibilité accrue des jeunes usagers marginaux des sulfates de morphine à Paris

Le site de Paris rapporte que le nombre des jeunes usagers de Skénan[®] détourné semble être en augmentation. Il s'agirait majoritairement de jeunes en errance issus des milieux festifs (ou apparentés). Ces jeunes (20-30 ans) vivraient dans des squats et consommeraient du Skénan[®] en injection, produit qui constituerait la base quotidienne de leurs consommations. Certains jeunes injecteurs de Subutex[®] se tourneraient aussi désormais vers le Skénan[®] pour obtenir un « vrai effet », par crainte des problèmes veineux et d'abcès engendrés par le Subutex[®]. Le même site rapporte pour la première fois des tentatives de jeunes usagers de se procurer auprès de médecins de l'Actiskénan[®] (sulfate de morphine à libération immédiate, contrairement au Skénan[®] qui est à libération prolongée) dans le but de se « défoncer ».

Conclusion

Si l'usage de sulfate de morphine semble connaître une expansion, il demeure localisé sur quelques sites, essentiellement Paris et Rennes (parmi les sites d'observation du dispositif TREND).

La codéine

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

La codéine a donc, avant la diffusion des traitements de substitution, constitué un produit très fréquemment utilisé comme substitution « libre » à l'héroïne. Son usage est en baisse depuis 1996.

Actuellement, lorsqu'elle est consommée, il semble que ce soit par défaut, pour se dépanner en l'absence d'autres substances opiacées. Début 2006, 16 % des usagers des structures de première ligne ont consommé de la codéine au cours du mois précédent (contre 6 % en 2003), le plus souvent une à deux fois dans le mois. Dans 43 % des cas, il s'agissait de se soigner (ou de substituer un opiacé), dans 45 % des cas de se défoncer, les autres usagers associant les deux objectifs. Elle est presque toujours consommée par voie orale [1].

L'opium et le rachacha

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

Disponibilité

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

Généralement, Le rachacha est disponible uniquement lors de grands événements techno alternatifs, notamment les free parties et des teknivals.

Des cas ont été rapportés d'autoculture du pavot à des fins de consommation personnelle ou de vente à petite échelle.

Fréquences d'usage et usagers

Comme les autres opiacés, le rachacha est consommé dans un cadre festif, pour ses effets « positifs » (c'est-à-dire pour la recherche d'une modification de l'état de conscience), ou pour gérer la descente de stimulants (« matelas opiacés »). Dans ce dernier cas, il est le plus souvent ingéré ou fumé. L'étude réalisée en 2004-2005 en milieu festif techno a montré que 33 % des personnes rencontrées en avaient déjà consommé au cours de leur vie (52 % en milieu techno alternatif), mais que seulement 4,3 % en avaient consommé dans le mois (8 % en milieu techno alternatif) [6].

En dehors de ces événements festifs, le rachacha est consommé, à petite échelle, parmi des groupes de jeunes marginaux, nomades urbains, et par d'anciens héroïnomes plus âgés, dont certains ont recours à l'injection. Ce sont probablement ces usagers que l'on repère dans les structures de première ligne. Début 2006, 35 % d'entre eux ont consommé de l'opium plus de dix fois au cours de leur vie. Seulement 5 % en ont consommé au cours du mois précédent, (6 % en 2003), 64 % par voie orale, et 38 % en le fumant (injection et sniff sont extrêmement marginaux). Les usagers d'opium au cours du mois précédent sont à 92 % des familiers du milieu festif (fréquentation d'un événement techno plus de 10 fois au cours de la vie) [1].

Perception

L'origine naturelle, et de surcroît artisanale, du rachacha lui confère une perception plutôt positive de la part d'une frange d'usagers de drogues.

Phénomènes marquants en 2005

Visibilité accrue de consommation du rachacha dans les structures de première ligne à Toulouse

Le site de Toulouse note une présence accrue d'usagers de rachacha au sein des structures de première ligne. Cette évolution serait liée à l'accroissement de leur fréquentation par des usagers issus de la mouvance techno et non à une augmentation de la consommation parmi les groupes de consommateurs des centres urbains, fréquentant traditionnellement ces structures.

Des cas isolés d'injection à Rennes

Le site de Rennes rapporte un témoignage d'injection de rachacha à l'aide du Stérifilt®.

Développement de l'autoculture du pavot

Les usagers de l'association d'autosupport des usagers de drogue ASUD (Nantes) rapportent un développement en 2005 de l'autoculture de pavot pour obtenir du rachacha. Cela ne concerne plus uniquement des partisans de la contre-culture, mais aussi des groupes de jeunes insérés socialement, y compris des étudiants.

Les stimulants

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

La cocaïne et le crack

La cocaïne se présente sous deux formes : chlorhydrate (poudre blanche obtenue à partir de la feuille de coca) destinée à être injectée (voie intraveineuse) ou sniffée (voie nasale) ; base ou free base (caillou, galette), destinées à être fumée (voie pulmonaire).

Fortement stimulante, elle produit un sentiment d'euphorie, de puissance intellectuelle et physique, et une indifférence à la fatigue. Le crack est une forme dérivée de la cocaïne, obtenue après adjonction de bicarbonate, ou d'ammoniaque, au chlorhydrate de cocaïne. En France, quelle que soit sa forme, la cocaïne est classée comme stupéfiant.

Données de cadrage

Le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois au cours de la vie) de la cocaïne en population générale, selon les dernières données disponibles, est le plus élevé parmi les produits illicites stimulants. Il atteint 2,8 % chez les personnes de 18 à 64 ans après avoir plus que doublé en 10 ans. La fréquence est plus élevée chez les moins de 40 ans, puisqu'elle est de 3,4 % chez les 18-25 ans et de 3,9 % chez les 26-44 ans. L'usage au cours de l'année chez les 15-64 ans a triplé entre 2000 et 2005, année au cours de laquelle il a concerné 0,6 % des 18-64 ans [3, 20]. Cependant, ces niveaux de consommation restent modérés comparés aux usages dans les autres pays européens.

Le nombre de personnes âgées de 12 à 75 ans ayant expérimenté de la cocaïne est estimé à plus d'un million et celui des usagers occasionnels (au moins un usage au cours de l'année) à 250 000 [3].

En 2005, parmi les jeunes âgés de 17 ans, l'expérimentation de cocaïne concerne 3 % des garçons et 2 % des filles. Pour les uns comme pour les autres, ce taux a augmenté significativement entre 2003 et 2005 (respectivement 1,1 % et 2 %). En 2003, l'expérimentation de la forme basée de la cocaïne (crack) concerne 0,8 % des garçons et 0,6 % des filles [4].

Entre 1998 et 2004, on peut estimer que le nombre d'usagers pris en charge principalement pour un usage de cocaïne et de crack dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) a presque doublé, même si leur part dans l'ensemble des prises en charge augmente très peu du fait de l'accroissement important des usagers vus prin-

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

cipalement pour un usage d'alcool ou de cannabis. Si l'on exclu les prises en charge liées à l'alcool et au cannabis, la part de la cocaïne et du crack atteint 9,3 % du total des prises en charge en 2004 (contre 6,6 % en 1998) [9].

En 2005, 7 cas de décès par cocaïne, contre 15 en 2004, ont été enregistrés par les services de police. La forte variation de ce nombre d'une année à l'autre ne dessine aucune tendance [5].

En 2005, les interpellations pour usage simple de cocaïne se montent à 2 807, poursuivant une tendance globalement ascendante depuis le début des années 1990 (+ 14 % par rapport à 2004). Les interpellations pour usage de crack sont au nombre de 691 et continuent à diminuer depuis l'année 2000 (- 7 % par rapport à 2004) [5].

Depuis l'année 2000, les saisies de cocaïne en France ne cessent d'augmenter passant de 4 172 kg en 2003 à 5185 en 2005. Les saisies de crack s'élèvent à 10 kg contre 18 kg en 2004 mais il s'agit probablement d'une variation aléatoire, comme les autres années [5].

La situation

Disponibilité

La disponibilité du chlorhydrate de cocaïne ne cesse d'augmenter en France tandis que le prix médian du gramme diminue progressivement pour s'établir à environ 60 euros le gramme (Tableau 2). En outre, le chlorhydrate de cocaïne bénéficie d'une représentation sociale positive de drogue « maîtrisable », n'engendrant que peu de conséquences négatives en termes de dépendance. Ces deux phénomènes favorisent une diffusion de l'usage, lequel touche désormais des milieux sociaux extrêmement hétérogènes, allant de l'usager de rue très marginalisé à la personne parfaitement insérée socialement.

48

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

Tableau 2 : Prix médian estimé du gramme de chlorhydrate de cocaïne selon les sites du dispositif TREND

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

Données et exploitation : TREND/OFDT 2005

Modes d'usage

Il existe, en France, deux grands modes d'administration du chlorhydrate de cocaïne recouvrant chacun les deux espaces d'investigation du dispositif TREND. Le sniff est la voie la plus utilisée et la seule généralement présente dans l'espace festif techno où il concerne 98 % des usagers. L'injection est essentiellement utilisée par les usagers plutôt poly-consommateurs rencontrés dans l'espace urbain (pour près de la moitié d'entre eux). Dans l'espace festif, seuls 0,6 % des personnes interrogées en 2004-5 seraient concernées et auraient injecté au cours du mois précédent [6].

Cependant, depuis quelques années, les observateurs du réseau des sites rapportent le développement dans l'espace festif techno alternatif d'un troisième mode d'administration : la voie pulmonaire (ou fumée) après « basage » du chlorhydrate de cocaïne¹⁵. Si le produit final est identique au crack, il circule dans ces milieux sous l'appellation free base, laquelle est beaucoup moins péjorative que l'appellation « crack ». Dans le milieu festif techno alternatif, une étude réalisée en 2004-5 montrait que 41 % des personnes rencontrées avaient déjà utilisé de la cocaïne basée [6].

La cocaïne basée, appelée free base lorsqu'elle est basée par l'utilisateur lui-même et « crack » lorsqu'elle est vendue déjà basée, est presque toujours fumée, rarement injectée¹⁶.

¹⁵ La transformation du chlorhydrate de cocaïne en cocaïne base se réalise de la manière suivante : la cocaïne est écrasée, mise dans une cuillère à soupe ou dans le fond d'une canette. Le produit est ensuite mélangé avec de l'ammoniaque ou du bicarbonate de soude. Le tout est chauffé, transformant la cocaïne en une forme base solide. Le surplus d'ammoniaque est éliminé à l'aide d'un papier absorbant. Le caillou obtenu est ensuite rincé avec de l'eau puis cassé en petits morceaux prêts à fumer.

¹⁶ Elle est ramenée à une forme chlorhydrate par acidification pour être injectée.

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

Perception

Le chlorhydrate de cocaïne garde l'image d'une consommation des milieux « branchés », facile à gérer, associée à un certain niveau de réussite sociale, notamment chez les consommateurs festifs. Cette perception positive est plus nuancée chez les usagers chroniques qui prennent conscience des aspects problématiques de son usage, tels que la dépendance psychique et le caractère onéreux du produit.

L'image du crack demeure quand à elle extrêmement négative, attachée au milieu d'usagers qui le consomment. Le free base, en revanche, est perçu par l'usager qui ignore son identité avec le crack, comme un moyen de purifier la cocaïne en même temps qu'il en intensifie les effets.

Fréquences d'usage et usagers

En milieu festif techno, une enquête réalisée en 2004/2005 estime que 65 % des personnes rencontrées ont déjà consommé de la cocaïne sous forme chlorhydrate et 24 % sous forme basée (respectivement 81 % et 41 % en milieu techno alternatif). Au cours du mois précédent, la cocaïne a été utilisée par 35 % d'entre eux sous forme chlorhydrate et par 7 % sous forme base (mais respectivement 50 % et 15 % en milieu alternatif) [6].

Parmi les personnes enquêtées en 2005 dans les structures socio-sanitaires 12,6 % disent consommer de la cocaïne. Cette fréquence n'a cessé de croître depuis 2001 où elle était descendue à 8 %. Pour 3 % d'entre elles, la cocaïne est le premier produit psychotrope ayant entraîné une dépendance, loin derrière l'héroïne (71 %) et le cannabis (16 %) [2].

Enfin début 2006, 90 % des usagers fréquentant les structures de première ligne de soutien aux toxicomanes ont expérimenté la cocaïne ou le crack, 79 % l'ont fait plus de 10 fois dans la vie et 39 % au cours du dernier mois (soit 34 % d'usagers de chlorhydrate et 16% d'usagers de la forme basée). Les données expriment la poursuite d'une certaine stabilité de l'usage dans cette population (37 % d'usagers de chlorhydrate et 15 % d'usagers de la forme basée au cours du mois précédent en 2003) [1, 10].

Phénomènes marquants en 2005

50

Accroissement de la visibilité de la cocaïne dans l'espace urbain

Si l'usage du chlorhydrate de cocaïne est de plus en plus fréquent, la visibilité de la cocaïne directement au niveau de la rue restait peu fréquente. En 2005, certains sites du dispositif TREND (Bordeaux, Lille) font état de vente directe de cocaïne, le plus souvent à côté d'un produit comme le cannabis, dans l'espace public.

Probable accroissement des pratiques d'injection de cocaïne dans l'espace urbain et des problèmes de santé associés

Plusieurs sites (Bordeaux, Lille, Toulouse) signalent une croissance importante des problèmes de santé consécutifs à l'usage de cocaïne dans l'espace urbain. Ces problèmes sont liés aussi bien à la nature du produit qu'au mode d'administration en l'occurrence l'injection. Il apparaît en effet que la brièveté de l'effet de la cocaïne sous sa forme chlorhydrate quand elle est prise en injection conduirait de nombreux usagers à répéter les prises de manière compulsive. Outre les problèmes d'infections engendrés par l'injection, les structures de première ligne font état d'usagers en situation d'épuisement physique (amaigrissement) et psychologique.

Les données recueillies auprès des usagers des structures de première ligne au début de l'année 2006 tendent à confirmer la pratique croissante de l'injection parmi ces populations. Alors qu'en 2003, 46 % des usagers de chlorhydrate de cocaïne au cours du dernier mois l'avaient injecté, ils sont 54 % début 2006. On note en outre que pour 13 % de l'ensemble des usagers rencontrés, le premier produit injecté dans la vie est la cocaïne. Parallèlement, la pratique du sniff semble se réduire puisque dans cette même population environ la moitié a utilisé le sniff au cours du mois précédent (contre 60 % en 2003) [1].

Développement d'un nouveau mode d'usage du chlorhydrate de cocaïne

Cinq sites (Rennes, Lille, Metz, Paris, Bordeaux) rapportent en 2005 le développement d'une pratique consistant à fumer du chlorhydrate de cocaïne, sans le baser, en mélangeant celui-ci directement dans une cigarette ou un joint avec du tabac ou du cannabis. L'avantage de cette pratique résiderait pour les usagers dans son absence de visibilité par rapport à d'autres modes d'administration comme le sniff. En outre, cette voie fumable permettrait un passage à l'acte plus facile pour les usagers potentiels rebutés par le sniff ou le « basage », lesquels malgré leur banalisation portent encore les stigmates de l'univers de la toxicomanie. Cet usage apparaît aussi comme porteur de convivialité puisque les cigarettes à la cocaïne peuvent circuler entre les fumeurs.

La « clope à la coke »

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

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

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

Les effets sont décrits comme plus doux et plus légers que le sniff ou l'inhalation du free-base. Il semblerait que le milieu de prédilection de cette pratique soit constitué de jeunes fréquentant l'espace festif, plutôt bien insérés dans la société. L'inconvénient de ce mode d'administration du point de vue des usagers, signalé par nombre d'observateurs, réside dans la perte importante de produit occasionnée du fait de la combustion.

À signaler en 2005

Des intoxications liées au mélange cocaïne -atropine

Une première vague d'intoxications par un mélange cocaïne atropine s'est produite entre décembre 2004 et avril 2005. Au cours de cette période de cinq mois, 26 cas ont été rapportés en France dans cinq régions : Nord-Pas de Calais, Lorraine, Ile-de-France, Franche-Comté, Midi-Pyrénées et Aquitaine. Des cas d'intoxications avec ce mélange ont également été signalés aux Pays Bas, en Italie et en Belgique au cours de la même période.

En octobre et novembre 2005, soit cinq mois plus tard, plusieurs nouveaux cas d'intoxication sont signalés en Europe. Ils sont cette fois-ci essentiellement concentrés sur la Suisse et la Belgique, avec notamment une trentaine d'hospitalisations répertoriées à Genève. Les trois autres pays concernés ne signalent que quelques cas : quatre aux Pays Bas, deux en France et un au Luxembourg.

Les personnes ayant consommé de la cocaïne contenant de l'atropine ont présenté des manifestations psychiatriques et/ou neurologiques aiguës. Ce produit peut entraîner une accélération du rythme cardiaque, une confusion mentale et des hallucinations, voire un coma avec dépression respiratoire ou avec convulsions.

L'identification des premiers cas français en fin d'année 2004 avait fait immédiatement l'objet d'une alerte sanitaire.

Les échantillons de poudre cocaïne-atropine ne présentent aucune caractéristique permettant une identification à l'œil nu. Cette substance n'a jamais été identifiée dans les saisies de poudres effectuées par les services répressifs. Aucun élément n'a pu permettre de savoir si le mélange est arrivé sur le marché de manière accidentelle ou intentionnelle.

Conclusion

La diffusion de l'usage de cocaïne et l'intensification de son trafic se poursuivent comme en témoignent à la fois les données d'usage en population générale, les données issues des dispositifs de soins et les données d'activité des services répressifs. Toutefois son poids dans l'ensemble des prises en charge est encore modéré.

La stabilité des consommations dans les structures de première ligne dédiées aux « usagers de drogues traditionnels » laisse supposer comme le suggèrent les données disponibles en population générale que l'usage se développe davantage dans des populations plus insérées socialement, non visibles dans ces dispositifs.

L'ecstasy (MDMA)

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

Données de cadrages

L'ecstasy demeure un produit relativement peu expérimenté (2 % chez les 18-64 ans) dans la population générale en France. Cependant, le niveau d'expérimentation est plus élevé chez les jeunes adultes (4 % chez les 18-25 ans). Le nombre de personnes âgées de 12 à 75 ans ayant expérimenté l'ecstasy est estimé à 900 000 personnes et celui des usagers au cours d'une année à 200 000 (soit 0,5 % des 18-64 ans). L'usage au cours de l'année ne concerne que 1,4 % des 18-25 ans. Il a subi une hausse significative entre 2000 et 2005 [3].

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

La part de l'ecstasy et de l'amphétamine dans les prises en charge par les CSST reste à un niveau relativement bas (2,8 % des prises en charge hors alcool et cannabis en 2005) [9].

En 2005, cinq cas de décès sont attachés à la consommation d'ecstasy dont une en association avec un médicament contre quatre en 2003 [5].

Les interpellations pour usage simple d'ecstasy, avec 1 272 personnes interpellées, sont en baisse après avoir atteint un maximum en 2004 (1 659 personnes interpellées) [5].

Les saisies d'ecstasy accusent une chute brutale par rapport à 2004 (-56%) poursuivant la tendance amorcée en 2003 pour atteindre 833 648 doses en 2005 [5].

La situation

Disponibilité

Après le cannabis, la MDMA est indubitablement la substance illicite la plus répandue en France dans l'espace festif, qu'il soit commercial ou alternatif.

Elle est disponible sous trois formes : comprimé, le plus souvent assorti d'un logo, gélule et poudre. Selon que la MDMA se présente sous telle ou telle forme, sa disponibilité selon les types d'évènements varie.

Ainsi, les formes comprimé et gélule sont très répandues dans l'espace festif commercial des clubs et des discothèques où elles constituent selon les usagers, « l'une des conditions indispensables d'une soirée réussie ». L'usage d'ecstasy concerne ici une population jeune, plutôt bien insérée dans la société, pour laquelle la consommation s'inscrit dans un cadre récréatif. Les seules réserves altérant l'image de l'ecstasy dans les populations fréquentant cet espace portent sur la qualité des comprimés, considérée comme en baisse depuis quelques années.

Dans l'espace festif alternatif (free et rave party) c'est la forme poudre qui est la plus volontiers consommée, l'ecstasy en comprimés apparaissant désormais comme « ringarde ». La diffusion massive de l'usage observée depuis quelques années prive l'ecstasy de l'aura distinctive qu'elle conférait à l'utilisateur au début des années 90. Dans ce milieu, toujours à la recherche de sensations plus radicales, la forme poudre, circulant sous l'appellation « MDMA », bénéficie au contraire d'une bonne image liée surtout à la meilleure qualité qui lui est prêtée.

Fréquences d'usage et usagers

C'est dans les milieux festifs techno qu'on rencontre principalement les usagers de MDMA. En 2003-2004, 70 % des personnes rencontrées en milieu festif techno ont expérimenté l'ecstasy. Elles sont 93 % dans le seul milieu techno « alternatif » (technivals, free party...). Un tiers des personnes fréquentant ce milieu en a consommé au cours du mois précédent (54 % en milieu alternatif) [6].

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

Modes d'usage

Les modes d'administration de l'ecstasy varient selon la forme du produit. Les comprimés et les gélules étant les formes les plus répandues, la voie orale constitue de loin le mode d'administration le plus courant. Le sniff est également fréquemment rencontré, y compris pour la forme comprimé. Certains usagers ont recours à l'injection de poudre ou de comprimés, mais cette pratique, bien qu'en progression sur certains sites, demeure le fait de milieux marginalisés évoluant aux frontières de l'espace urbain et de l'espace festif alternatif.

Phénomènes marquants 2005

Hausse de l'injection chez des jeunes usagers marginalisés fréquentant l'espace festif

Ce phénomène est signalé à Bordeaux, Lille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse. Les usagers recherchent une montée plus rapide du produit et des effets plus intenses. La plupart des sites signalent l'inscription de cet usage dans des populations marginalisées ne relevant pas du cadre festif *stricto sensu*.

Dans les structures de première ligne, fréquentées par cette frange d'usagers également familiers du milieu festif, on constate en effet, entre 2003 et 2006, la progression de la pratique d'injection passée de 13 % à 19 % des usagers d'ecstasy.

Développement de la pratique du sniff

Plusieurs sites (Marseille, Metz, Paris) signalent le développement de la pratique du sniff de comprimés d'ecstasy dans l'espace festif commercial. Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer le phénomène :

- une recherche d'effets plus intenses (liés à montée plus rapide) ;
- un effet de mode lié à la popularité du sniff comme mode d'administration « branché » ;
- la recherche d'une dimension plus conviviale liée au partage de traits.

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

La tendance à la baisse des prix se poursuit très progressivement

Selon le dispositif SINTES, les prix de l'ecstasy, en 2005, en fonction de ses différentes formes (comprimé, gélule, poudre) s'établissent de la manière suivante :

Tableau 3 : Prix de la MDMA selon le dispositif TREND/SINTES en 2005, en euros

	Minimum	Maximum	Prix moyen	Prix médian
Comprimé	2	15	7	6
Gélule	4	15	10	10
Poudre (en gramme)	10	80	51	60

Source : Données et exploitation TREND/SINTES/ OFDT

En 2005, il semblerait d'après le réseau des sites que la baisse du prix des comprimés se poursuive. Si le phénomène n'est pas très spectaculaire s'agissant du prix du comprimé acheté à l'unité (prix moyen 7 euros), la tendance de plus en plus observée, qui consiste pour les usagers à acheter les comprimés en « gros », aboutit à une baisse importante du prix moyen du comprimé, lequel peut s'établir à 4, 3 voire parfois 2 euros.

La MDMA sous forme de poudre demeure quant à elle beaucoup plus chère et peut atteindre 50 à 60 euros le gramme.

À signaler en 2005

Apparition et diffusion de la mCPP

En décembre 2004, la m-chlorophénylpipérazine (mCPP) était identifiée pour la première fois en France dans des comprimés vendus pour des ecstasy. Les signalements par le dispositif SINTES se sont multipliés au cours de l'année 2005 en différents points du territoire et plusieurs saisies ont été réalisées dont une de plus de 5 000 comprimés.

Les premiers comprimés contenant la substance étaient facilement identifiables : d'aspect artisanal, bariolé et proposés sous l'appellation « Arlequin ». De nouvelles présentations sont ensuite apparues, plus proches de l'apparence habituelle des comprimés d'ecstasy : couleur homogène et logo. Contrairement aux autres pays européens, la mCPP était la seule substance psychoactive retrouvée dans les échantillons recueillis, excepté dans des comprimés en forme de cœur contenant à la fois de la mCPP et de la MDMA.

À notre connaissance, cette substance n'a jamais été ni recherchée ni identifiée par les usagers qui pensaient consommer de la MDMA. Des effets désagréables ont été rapportés après consommation par voie orale : nausées et vomissements, céphalées, sensation d'oppression et bouffées de chaleur. Deux témoignages après usage par voie intraveineuse rapportent un gonflement du visage avec bouffées de chaleur violentes et blocage respiratoire.

Conclusion

L'ecstasy est partout très présente en milieu festif mais son usage est peu répandu hors de cet espace. On note une tendance à l'expérimentation de modes d'usage autres que la voie orale, ce qui témoigne peut-être de la recherche d'effets plus radicaux, notamment chez certains groupes d'usagers particulièrement « aguerri ».

Les amphétamines

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

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

La méthamphétamine, dérivé synthétique puissant de l'amphétamine nommé Ya ba, Ice ou Crystal est une substance dont la consommation est quasi inexistante en France.

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

Données de cadrage

La fréquence de l'expérimentation d'amphétamines en population générale en 2005 est faible (1,5 % des personnes âgées de 18 à 64 ans). Elle est plus élevée chez les 26-44 ans (1,8 %) que chez les 18-25 ans (0,1 %). Sa consommation au cours de l'année ne dépasse pas 0,3 % chez les 18-25 ans, classe d'âge où elle est la plus fréquente [3]. Chez les jeunes de 17 ans, l'expérimentation est de 1,8 % chez les filles et de 2,6 % chez les garçons. On observe une augmentation par rapport aux résultats de l'année 2003, seulement significative pour les filles (1,1 % chez les filles et 2,4 % chez les garçons) [4].

La progression des interpellations pour usage simple d'amphétamines se poursuit cette année plus discrètement que pour les deux années passées avec 263 personnes arrêtées en 2005 contre 256 en 2004 [5].

Les saisies d'amphétamines s'élèvent en 2005 à 111 kg, quantité 50 % plus importante qu'en 2004. Cependant aucune tendance de moyen terme ne se dessine, les saisies d'amphétamine étant sujettes à de fortes variations d'une année sur l'autre. Celles de méthamphétamine sont négligeables (140 g) [5].

La situation

Disponibilité

En France, l'amphétamine est essentiellement présente dans l'espace festif techno, notamment dans les milieux alternatifs (free parties et teknivals). Le speed est également présent dans les clubs et les discothèques mais à une échelle moindre.

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

Les prix du gramme de poudre varient selon la qualité du produit et s'échelonnent de 10 à 40 voire 50 euros, avec une médiane se situant autour de 20 euros le gramme, ce qui en fait un produit presque trois fois moins cher que la cocaïne.

Fréquence d'usage et usagers

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

En milieu festif techno, l'étude réalisée en 2004-2005 montre que la moitié des personnes (51 %) en ont pris au moins une fois dans la vie, 77 % en milieu techno alternatif. 13 % en ont consommé dans le mois précédent (29 % en milieu techno alternatif) [6].

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

Perception

La perception des amphétamines est plutôt bonne, notamment du fait d'un prix bien inférieur à la cocaïne pour des effets finalement similaires. En outre, pour beaucoup d'usagers, le speed apparaît comme un produit relativement maîtrisable, n'engendrant pas de risque de forte dépendance.

Phénomènes marquants 2005

Des données quantitatives qui montrent un accroissement de la pratique de l'injection

Les données d'enquête en structures de première ligne évoquent une augmentation de l'utilisation de la voie injectable parmi les usagers d'amphétamine dans le mois précédent (de 22 % en 2003 à 40 % en 2006). Cette pratique concerne d'avantage, mais pas seulement, les usagers de drogues fréquentant peu ou pas le milieu festif techno (moins de 10 manifestations techno alternatives dans la vie) qui

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

sont 51 % à injecter (contre 38 % pour les autres). Cependant aucune donnée d'observation ne vient étayer ce constat. Il s'agit cependant d'une hypothèse plausible compte tenu de l'augmentation constatée pour d'autres stimulants de l'utilisation de la voie injectable par certaines populations précaires.

Toujours pas de méthamphétamine

Aucun site du dispositif TREND ne signale la présence de Ya Ba ou Ice dans les deux espaces d'investigation. Les données de l'OCRTIS semblent confirmer ce constat.

Les hallucinogènes

Les hallucinogènes sont des substances provoquant des distorsions des perceptions visuelles, auditives, spatiales et temporelles et de la perception de son propre corps. On distingue les hallucinogènes naturels et les hallucinogènes synthétiques.

Les principales substances hallucinogènes naturelles consommées sont celles contenues dans les champignons dits « hallucinogènes ». Les autres plantes hallucinogènes (*Datura stramonium*, *Salvia divinorum* ...) sont consommées mais de manière beaucoup plus marginale. Les hallucinogènes synthétiques, moins consommés que les champignons, sont le LSD, parfois appelé « acide », « trip » ou « buvard », et la kétamine, anesthésique humain et vétérinaire qui, à fortes doses, produit des hallucinations.

Les hallucinogènes naturels

Les champignons hallucinogènes contiennent des substances possédant des propriétés psychodysléptiques. Certains sont traditionnellement utilisés dans le sud du Mexique dans le cadre de cérémonies sacrées. Il en existe de nombreuses espèces. Certaines poussent en France, d'autres sont exotiques (mexicaines, hawaïennes colombienne...). Les champignons les plus consommés en France sont des psilocybes et contiennent comme principe actif de la psilocybine. Celle-ci est classée comme stupéfiant en France.

Parmi les autres plantes, la *Salvia* et la *Datura* sont les plus fréquemment expérimentées.

La *Salvia divinorum* (sauge des devins) est une plante appartenant aux nombreuses espèces de sauge. Elle doit son nom aux effets hallucinogènes et psychédéliques qu'elle engendre. Elle a été longtemps utilisée par les Indiens Mazatèques de la province d'Oaxaca au Mexique lors des rites religieux ou des cérémonies de guérison. La plante renferme plusieurs composants : la salvinorine A étant le principe actif le plus puissant et probablement le seul à l'origine des effets. Celle-ci est classée comme stupéfiant en France.

Les feuilles de la *Datura stramonium*, également connue en Europe sous l'appellation « herbe au diable », sont utilisées en infusion ou fumées pour leurs propriétés hallucinogènes liées à la présence d'alkaloïdes comme l'atropine et la scopolamine. Les espèces de *Datura stramonium* sont répandues sur tous les continents. Cette plante a longtemps été utilisée comme médicament, notamment contre l'asthme (sous forme de cigarettes) mais son utilisation pharmaceutique est interdite depuis 1992. L'intoxication peut entraîner le décès du fait notamment de troubles du rythme cardiaque.

Données de cadrage

L'expérimentation de champignons hallucinogènes en population générale est relativement marginale (2,8 % des personnes parmi les 18-64 ans). Le niveau est plus élevé (3,7 %) chez les 26-44 ans. L'usage au cours de l'année est stable et concerne 0,8 % des 18-25 ans [3].

Parmi les jeunes de 17 ans ayant répondu à l'enquête ESCAPAD en 2005, les champignons hallucinogènes sont expérimentés par 2,1 % des filles et 5,2 % des garçons. On n'enregistre pas d'évolution par rapport à 2003 [4].

Aucun cas de décès lié à la consommation d'hallucinogène n'a été enregistré par les services de police en 2005. Le nombre de prises en charge en CSST liée aux champignons comme principal produit posant problème, probablement très faible voire nul, n'est pas enregistré isolément (intégré à une catégorie « autre » [5, 9].

En 2005, 175 interpellations pour usage de champignons hallucinogènes ont eu lieu en France soit une baisse de près de 35 % par rapport à l'année 2004 après une croissance continue depuis 1996 [5].

En revanche, les quantités saisies de champignons hallucinogènes continuent à augmenter d'année en année depuis 1998, date de la première saisie. Elles atteignent 26 kg [5].

La situation

Dans la famille des substances hallucinogènes, le phénomène marquant ces dernières années est la vogue des plantes hallucinogènes. Le développement de la consommation a été interprété comme s'inscrivant dans le mouvement actuel d'une part de la population, privilégiant les produits naturels ou biologiques. Cependant, une étude ethnographique menée en 2005 parmi les usagers de plantes hallucinogènes montre que cette vision d'ensemble nécessite sérieusement d'être nuancée (voir encadré) et explique la persistance de l'usage des drogues synthétiques dans l'espace festif techno, notamment alternatif. [7].

Les usages contemporains des plantes et des champignons hallucinogènes, une enquête qualitative exploratoire conduite en France [7]

L'étude, qui s'appuie sur l'analyse de trente entretiens approfondis, constate une opposition drogue synthétique/ drogue naturelle moins prégnante que celle attendue : la vision d'utilisateurs privilégiant les drogues naturelles, car perçues comme moins dangereuses que les drogues synthétiques, s'appuie en fait sur un discours relativement minoritaire parmi les usagers de substances naturelles, porté le plus souvent par des

personnes « en fin de carrière » d'usagers de drogue. Les autres consommateurs qui portent leur préférence vers les drogues naturelles, l'argumentent plus par le fait que ces substances leur assurent la certitude de la psychoactivité, contrairement à un produit synthétique dont ils ne sont jamais sûrs de la composition au moment de l'achat. Pour les plus nombreux, il s'agit surtout de « prises à l'opportunité » et l'usage de drogues naturelles ou synthétiques dépend surtout de la disponibilité des produits. Pour eux, les significations attribuées à la prise d'hallucinogènes ne sont pas différentes des usages festifs et psychédéliques expérimentés au XX^e siècle, notamment avec le LSD. Pour une minorité, le discours sur les bienfaits des plantes est plutôt lié à leur capacité à provoquer des états qu'ils estiment visionnaires en termes de connaissance de soi mais aussi de connaissance du monde surnaturel. Bien que minoritaire, ce discours est en extension, car porteur de valeurs attendues par une part des jeunes usagers. Ce travail met également en lumière les risques d'accidents liés aux consommations individuelles (« chamanisme à la maison ») permises notamment par le mode d'approvisionnement qu'est le réseau Internet, par ailleurs unique pourvoyeur d'informations précises dans ce domaine.

Les champignons

La disponibilité des champignons hallucinogènes est difficile à apprécier du fait de quatre facteurs principaux :

- le caractère peu observable des modes d'approvisionnement (cueillette, auto-production, commande par internet) ;
- l'importance de l'échange et du don dans la circulation de ce type de produits donc l'absence de circuits de trafic structurés ;
- un usage intervenant le plus souvent dans des contextes relevant de la sphère du privé ;
- le caractère erratique d'une partie de la consommation du fait des facteurs saisonniers et climatiques.

Ces réserves posées, il apparaît cependant, que la demande de champignons hallucinogènes a augmenté ces dernières années, même si, à l'échelle de la population générale, le phénomène semble stabilisé (entre 2003 et 2005). La consommation est un phénomène qui relève de l'espace festif, et plus particulièrement des soirées privées ou du milieu techno alternatif. Les populations concernées sont plutôt jeunes et appartiennent fréquemment à des milieux revendiquant une marginalité par rapport au système de valeurs dominant. Les préoccupations d'ordre spirituel accompagnant l'usage peuvent également être présentes mais restent minoritaires.

Une étude réalisée en 2004-2005 en milieu festif techno a observé un taux d'expérimentation des champignons hallucinogènes de 61 % dans cette population. Ce taux atteint 81 % en milieu alternatif techno. Au cours du mois précédent, 12 % des personnes rencontrées avaient consommé des champignons hallucinogènes (25 % dans le milieu alternatif) [6].

Dans les structures de première ligne, début 2006, si 53 % des usagers ont déjà expérimenté les champignons, 8 % seulement en ont consommé dans le mois précédent (14 % en 2003). Pratiquement 90 % d'entre eux sont des familiers du milieu festif techno [1, 13].

Le mode dominant d'administration, compte tenu de la nature du produit, est la voie orale même si de rares cas d'inhalation à chaud sont signalés par les observateurs du dispositif TREND.

La perception des champignons hallucinogènes par les usagers est dans l'ensemble très positive, ceux-ci étant le produit psychotrope illicite jouissant de la meilleure image. Celle-ci s'explique essentiellement par leur origine naturelle, garantie d'un certain niveau de qualité assurant la présence de l'effet psychotrope et l'absence de produits de coupe et par l'engouement actuel pour les effets de type hallucinogènes.

Les autres plantes

Les autres produits sont d'usage plus rares et l'observation de leur usage est accessible essentiellement par des recueils ethnographiques. Ces hallucinogènes concernent principalement trois groupes de consommateurs [12, 13] :

- des usagers bien insérés socialement, plus âgés que les usagers habituels de psychotropes, consommant dans un cadre privé, connaisseurs de substances hallucinogènes naturelles, utilisées dans le cadre de démarches mystiques (Salvia divinorum et Ayahuasca surtout);
- une population mixte d'usagers plus jeunes, relativement insérés, appartenant à l'espace festif techno (notamment au courant « trance »), qui expérimentent, en contexte festif, toute substance disponible (Salvia divinorum, Datura, Peyotl, Rose des bois, Ayahuasca);
- une population essentiellement masculine plutôt jeune (moins de 24 ans), en situation de grande précarité, engagée dans une polyconsommation abusive pluri hebdomadaire ou quotidienne (Datura). L'usage par cette population marginale, dans la rue et les squats, semble se développer.

Depuis le début des années 2000, la Salvia divinorum connaît un processus de diffusion hors des milieux qui la consommaient originellement à savoir ces cercles restreints d'amateurs de substances hallucinogènes plutôt marginalisés sociale-

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

ment. Certains sites, comme Toulouse, rapportent en effet un usage se développant dans les milieux étudiants tandis que d'autres évoquent des usages ayant cours dans des populations d'adultes, a priori éloignées de l'espace festif, et à la recherche d'expériences mystiques. Elle n'est que très faiblement consommée parmi les poly-usagers de l'espace urbain. En 2006, l'usage de *Salvia* plus de 10 fois dans la vie n'est rapportée par une trentaine d'usagers des structures de première ligne (sur un total de 1017 usagers interrogés, soit 3 %).

Deux modes d'administration principaux sont identifiés : la voie pulmonaire (cigarette, joint, bhang, pipe à eau) et la voie orale (ingestion ou infusion).

En ce qui concerne la *Datura*, deux types d'usagers ont été identifiés depuis l'existence du dispositif TREND. D'une part, des usagers très marginalisés relevant de l'espace urbain et d'autre part des jeunes à la recherche de sensations fortes fréquentant l'espace festif techno.

Dans les structures de première ligne, l'usage de *Datura* plus de 10 fois au cours de la vie est rapporté par 144 des 1017 usagers rencontrés début 2006 (soit 14 %).

Depuis 2003, deux sites, Lyon et Rennes, ont rapporté des cas d'hospitalisation consécutifs à un usage de *Datura*.

Phénomènes marquants en 2005

*Un usage de *Salvia* plus visible dans une population de « voyageurs »¹⁷*

Si en 2005, la *Salvia Divinorum* demeure un produit rare et peu visible, confinée dans des cercles relativement confidentiels, le site de Paris signale toutefois une visibilité plus grande de la consommation dans le milieu des teknivals et des free parties au sein d'une population jeune et relevant de la mouvance des « usagers nomades ».

*Un développement localisé de l'usage de *Datura**

Seul le site de Bordeaux rapporte cette année un développement de l'usage de *Datura*. Celui-ci interviendrait le plus souvent auprès d'une population composée de personnes errantes et très marginalisées appartenant à l'espace urbain.

¹⁷ Travellers (ou « nomades ») : il s'agit d'une population d'usagers itinérants se définissant notamment par une marginalité choisie et assumée dans le cadre d'un courant contre-culturel. Ils se différencient assez nettement des usagers « errants » par une meilleure maîtrise de leur parcours et des conditions de vie généralement moins précaires. Voir une description de cette population dans le rapport TREND 2004 [10. Bello, P., et al., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. 6^e rapport national du dispositif TREND. 2005, Saint-Denis: OFDT. 176.

À signaler en 2005

Le classement en France sur la liste des stupéfiants des plantes constitutives de l'Ayahuasca

L'arrêté du 20 avril 2005 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des produits classés comme stupéfiant ajoute à cette liste les substances suivantes : Banisteriopsis cappelletti, Paganum harmala, Psychotria viscidiflora, Diplopteris cabrerana, Mimosa hostilis, Banisteriopsis Rusbyana, harmine, hamaline, tétrahydroharmine, (THH), harmol, harmalol.

Les hallucinogènes synthétiques

Les hallucinogènes synthétiques que l'on peut trouver en France sont le LSD, la kétamine et le GHB.

Le LSD

L'acide lysergique est naturellement produit par un champignon, l'ergot de seigle. En 1943, Albert Hoffman synthétise le diéthylamide de l'acide lysergique dont les initiales sont LSD en allemand et en expérimente accidentellement les effets hallucinatoires. Le LSD et son usage furent particulièrement associés à la contre-culture des années 60. Le LSD est classé comme stupéfiant en France.

Données de cadrage

L'expérimentation de LSD en population générale est encore plus marginale que celle des champignons (1,6 % des 18-64 ans). Le niveau est plus élevé (19 %) chez les 26-44 ans. Au cours de l'année, il a été consommé par 0,4% des 18-25 ans (les plus consommateurs) [3].

Parmi les jeunes de 17 ans ayant répondu à l'enquête ESCAPAD en 2005, le LSD a été expérimenté par 0,9 % des filles et 1,3 % des garçons [4].

En 2005, aucun cas de décès par hallucinogènes n'a été enregistré par les services de police [9].

En 2005, 75 interpellations pour usage simple de LSD ont eu lieu en France soit une hausse de 27 % par rapport à l'année 2004, en continuité avec une tendance ascendante depuis 2001, faisant suite à une forte chute à la fin des années 1990 [5].

Les quantités saisies de LSD demeurent à un niveau très faible par rapport au milieu des années 1990. Elles ont diminué en 2005 par rapport à l'année précédente avec 6 323 supports contre 19 374 en 2004. Il s'agit vraisemblablement d'une variation aléatoire [5].

Disponibilité

Le LSD est disponible en France sous trois formes : la forme dite « buvard » (imprégnation d'un papier absorbant par la substance) ; la forme liquide dite « goutte » (imprégnation d'un sucre ou dilution dans un verre d'alcool) et la forme micropointe (qui ressemble à une mine de crayon).

La disponibilité du produit peut varier énormément d'une année sur l'autre. En 2002, le LSD avait, du fait du démantèlement d'un important laboratoire de production situé aux Pays-Bas, quasiment disparu du marché des substances illicites pour réapparaître ensuite dans les années suivantes. La variabilité est également présente au niveau des sites du dispositif TREND, certains connaissant des phases de pénurie, les autres des arrivées importantes provoquant des périodes d'abondance ponctuelle.

Les prix des différentes formes de LSD apparaissent comme stables par rapport aux années précédentes. Le prix des buvards oscille entre 4 et 15 euros avec un prix courant se situant dans une fourchette comprise entre 7 et 10 euros.

Fréquences d'usage et usagers

Les observateurs du dispositif sont unanimes pour reconnaître une présence quasi exclusive du LSD dans l'espace festif techno essentiellement dans le mouvement alternatif et plus particulièrement dans les free parties. Une étude réalisée en 2004-2005 en milieu festif techno a observé un taux d'expérimentation du LSD de 51 % dans cette population. Ce taux atteint 71 % en milieu alternatif techno. De plus, 13 % des personnes rencontrées en avaient consommé au cours du mois précédent (23 % dans le milieu alternatif) [6].

Les consommateurs de cette substance sont plutôt des jeunes hommes en situation de marginalité plus ou moins volontaire, attirés par la radicalité des effets attachés à la consommation de ce produit.

Les usagers des structures de première ligne sont 57 % à avoir expérimenté le LSD au cours de leur vie et 13 % à en avoir consommé au cours du mois dernier, fréquence stable depuis 2003 (14 %) [1]. Cependant, plus de 90 % des consommateurs de LSD au cours du dernier mois sont des familiers du milieu festif techno (fréquentation d'un événement techno alternatif plus de 10 fois dans la vie) venant confirmer la quasi-absence de ce produit dans l'espace urbain.

Perception

Si le LSD est un produit qui peut susciter l'appréhension chez les non usagers, son image est plutôt bonne parmi les consommateurs. La substance bénéficie en effet de la mode actuelle pour la recherche d'effets de type hallucinogènes et de sa réputation de produit accessible uniquement aux « initiés » capables d'en maîtriser les effets.

La kétamine

Le chlorhydrate de kétamine est un produit utilisé en France en anesthésie vétérinaire et humaine. Parmi les personnes adultes se réveillant d'une anesthésie par kétamine, une forte proportion souffre de cauchemars ou d'hallucinations, ce qui a conduit à une forte réduction de ses indications en médecine humaine où il reste cantonné aux usages analgésiques. Ce sont en partie ces sensations d'hallucinations qui amènent certaines personnes à utiliser la kétamine de façon récréative. La kétamine est classée comme stupéfiant en France.

Données de cadrages

En population générale, l'usage de kétamine reste très rare. Seuls 0,4 % des jeunes de 17 ans l'ont déjà expérimentée en 2005 [4].

Les saisies, même si elles sont en augmentation depuis l'année 2004, sont rares et de faible ampleur (912 g en 2005). Il n'y a pas d'interpellations pour usage de kétamine [5].

Contrairement à un pays comme l'Angleterre où les autorités sanitaires s'inquiètent de sa banalisation auprès des jeunes de 18-25 ans, la France ne connaît pas d'usages significatifs de kétamine. Celle-ci y reste un produit rare consommé uniquement dans des franges bien spécifiques de la population fréquentant l'espace festif techno. Les usagers de kétamine sont en effet dans leur grande majorité des jeunes issus de la mouvance des travellers et des nomades. Les jeunes qui la consomment sont à la recherche d'hallucinations et d'effets radicaux de dissociation¹⁸. Ceux-ci contribuent d'ailleurs à l'image sulfureuse et ambivalente du produit, lequel fascine et effraie à la fois.

L'usage est essentiellement observé dans le cadre des teknivals et des free parties ou dans les squats occupés par ce type de population.

En milieu festif techno, selon une étude réalisée en 2004-2005, 20 % des personnes l'ont expérimentée au moins une fois dans la vie. Au sein du courant alternatif techno, la fréquence d'expérimentation s'élève à 32 %. L'usage dans le mois est plus rare, puisqu'il concerne 2,3 % des personnes du milieu techno et 6,5 % de ceux qui évoluent dans l'espace alternatif [6].

¹⁸ La dissociation constitue l'un des volets d'un syndrome psychotique et consiste en une rupture de l'unité psychique.

En structure de première ligne, 30 % des usagers ont déjà expérimenté la kétamine et 9 % en ont consommé au cours du mois précédent (stable par rapport à 2003, 10%). Plus de 90 % d'entre eux ont fréquenté les fêtes techno alternatives plus de dix fois au cours de leur vie [1].

Le mode d'administration le plus répandu de la kétamine est le sniff, lequel coexiste avec l'injection, la voie orale et la fumette. Les usagers fréquentant les structures de première ligne sont 79 % à la sniffer, 24 % à l'injecter et 12 % à l'avalier.

La kétamine est en général importée d'Angleterre, de Belgique ou de Hollande et diffusée par les Français qui s'y rendent ou par les étrangers qui viennent participer aux événements festifs ayant cours en France. Les prix moyen du gramme poudre de kétamine s'établissent autour de 40 euros et sont stables par rapport aux années précédentes.

Le GHB

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

Données de cadrage

La fréquence déclarée d'expérimentation du GHB chez les jeunes de 17 ans est égale à 0,3 % en 2005 et n'a pas évolué depuis 2003 [4].

Les saisies de GHB même si elles sont en augmentation par rapport à l'année 2004, sont très faibles : 1000 cl en 2004 [5]. Le GHB est impliqué dans deux interpellations, comme en 2004 [5].

En France, le GHB a surtout acquis une notoriété à travers les campagnes de presse mettant en garde les usagers des clubs et des discothèques contre la diffusion de la « drogue du viol », relatives à l'usage criminel du GHB. Concernant cet usage criminel du GHB, l'AFSSAPS relève au cours de son enquête nationale « Soumission chimique », dont les premiers résultats ont été publiés en 2005, 6 cas avérés de soumission chimique avec usage du GHB (sur 119 cas avérés, notifiés entre octobre 2003 et mars 2005) [8].

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

Son usage toxicomane est relativement peu observé. Depuis l'existence du dispositif TREND, un usage de cette substance a été rapporté notamment à Paris et Marseille dans les milieux du clubbing homosexuel. Dans les structures de première ligne pour les usagers de drogue, son usage (plus de 10 fois dans la vie) est rapporté pour moins de 2 % des usagers [1].

À petites doses, il semblerait que le GHB soit consommé pour ses fonctions désinhibantes, un peu similaires à celles de l'alcool.

Phénomène marquant 2005

Un développement transfrontalier de l'usage du GHB dans le nord

Le site de Lille rapporte un développement, de l'usage de GHB dans le cadre de discothèques belges, proches de la frontière française et largement fréquentées par les français.

À signaler en 2005

Une nouvelle présentation pour le LSD

L'apparition d'une nouvelle présentation du LSD a été signalée par les sites de Paris, Rennes et Lille en 2005. Une goutte de LSD est déposée sur de la gélatine et l'ensemble est placé dans un emballage d'aspect plastifié qui, une fois déposé sur la langue, fond rapidement. Cette forme est rare et réputée pour être fortement dosée.

Un décès lié à la kétamine

Un Lillois de 47 ans est décédé en mars 2005 après avoir consommé un mélange de kétamine, d'héroïne et de cocaïne au teknival de Marigny-le-Grand. Ce décès n'a pas été comptabilisé par les services de police.

Conclusion

L'usage d'hallucinogènes ne donne lieu en 2005 qu'à très peu d'évolutions. Les champignons hallucinogènes sont toujours régulièrement consommés en milieu techno, notamment alternatif où la demande semble poursuivre sa progression d'années en années.

Les médicaments psychotropes non opiacés détournés de leur usage

Les médicaments psychotropes regroupent plusieurs classes de substances destinées à agir sur l'activité cérébrale. Ceux-ci sont largement diffusés dans la population française. Pour la majorité des usagers, la consommation fait suite à une prescription médicale dans le cadre d'un traitement [8]. Seule une minorité les consomme en dehors d'un cadre thérapeutique avec pour objectif le soulagement de symptômes par le biais d'une automédication ou la recherche d'une modification de l'état de conscience.

D'une manière générale, les médicaments les plus détournés de leur usage sont les benzodiazépines (BDZ) ou les molécules apparentées, principes actifs de la plupart des médicaments à visée anxiolytique ou hypnotique. Elles ont, outre leurs propriétés hypnotiques et anxiolytiques, des effets myorelaxants et anticonvulsivants. Leur utilisation continue est susceptible d'engendrer le développement d'une tolérance et un risque de dépendance physique et psychique pouvant entraîner un syndrome de sevrage.

D'une manière générale, dans les populations particulièrement usagères de drogues, les antidépresseurs et les anti-psychotiques ne sont pas détournés. Ainsi dans les CSST en 2005, bien que consommés chacun par 8 % des personnes rencontrées, ces médicaments ne font pas l'objet de détournement [2].

Il faut noter que tout usage d'un médicament psychotrope tel que les BZD par un usager ou un ex-usager de drogue n'est pas synonyme de recherche de défonce. La fréquence importante des co-morbidités psychiatriques chez les usagers de drogue s'accompagne souvent d'une symptomatologie anxieuse motivant un usage, encadré ou non. Si certains mésusages sont patents, il est dans d'autres cas difficile de faire la part de la recherche de défonce ou du soulagement d'un symptôme. Ainsi, il

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

est difficile d'interpréter, le niveau des usages mesuré en structures de soins, une bonne part d'entre eux s'intégrant probablement au cadre thérapeutique. En 2005, 83 % des personnes prises en charge en CSST consommaient des médicaments psychotropes non opiacés.

Données de cadrage

Dans la population générale, l'usage de médicaments psychotropes, principalement anxi-hypnotiques et antidépresseurs est très répandu. La fréquence de cet usage¹⁹ en population adulte (18-75 ans) au cours d'une année s'établit autour de 19 % [3, 21]. On estime qu'en 2005, environ 9 millions de personnes ont consommé un médicament psychotrope dans l'année [3]. La prévalence de la consommation tendrait à décroître légèrement concernant les anxiolytiques/hypnotiques alors que celle des antidépresseurs continue à augmenter [8].

À 17 ans, en 2005, 29 % des filles et 11 % des garçons ont déjà pris des médicaments psychotropes. Ces fréquences apparaissent significativement inférieures à celles mesurées en 2003 puisqu'elles étaient alors égales respectivement à 35 % et 14 %. Les filles sont 12 % et les garçons 4 % à en avoir pris au cours du mois précédent [4].

Parmi les personnes nouvellement prises en charge par les CSST, la part des médicaments psychotropes non opiacés comme produits nécessitant une prise en charge (hors alcool et cannabis) diminue légèrement depuis 2002 et atteint 3,2 % en 2004. Cependant, compte tenu d'une augmentation progressive des files actives, son niveau absolu reste stable [9].

En 2005, les BZD constituent le premier produit ayant entraîné une dépendance pour 3 % des patients suivis en CSST [2].

Le dispositif OSIAP qui observe les détournements d'ordonnances observe en 2005 que 7 molécules benzodiazépines ou apparentées sont présentes parmi les 10 premières molécules détournées. Le Zolpidem (Stilnox[®]), le bromazépam (Lexomil[®] et génériques) et le flunitrazépam (Rohypnol[®]) sont les plus détournés de cette manière en 2005 [19]. Le flunitrazépam (Rohypnol[®]) est désormais le quatrième médicament à l'origine de falsification d'ordonnances (7 % contre 5 % l'année dernière). Ce dispositif observe les détournements d'ordonnances « en population générale » et il est difficile de savoir si ces détournements concernent les populations poly-usagères observées par le dispositif TREND.

¹⁹ On mesure l'usage des deux classes citées (anxi-hypnotiques et antidépresseurs).

L'enquête « Soumission chimique » de l'AFSSAPS, retrouve la présence de BDZ dans 82 cas des 119 cas possibles ou probables de soumission chimique (prise d'un produit par la victime à son insu, dans le cadre d'un usage criminel) [22].

La situation

La totalité des médicaments mentionnés dans ce chapitre fait l'objet d'un détournement dans l'espace urbain. Ceux-ci sont consommés par des usagers de rue fortement marginalisés, en général en association avec d'autres substances psychotropes comme l'alcool et le cannabis. Les effets recherchés, le plus souvent, visent à lever les inhibitions pour faire face aux conditions de vie éprouvantes du monde de la rue.

Parmi les usagers des structures de première ligne début 2006, 30 % ont consommé des BZD (y compris du flunitrazépam ou Rohypnol®) au cours du mois précédent. Les BDZ (hors Rohypnol®) sont utilisées par 44 % des usagers du dernier mois dans un but thérapeutique, par 39 % dans un objectif de défonce, les autres mêlant les deux objectifs [1].

Hormis le site de Paris où existent encore, notamment dans le nord de la capitale, des zones de trafic, les usagers reçoivent le plus souvent ces psychotropes par prescription. Ainsi début 2006, les BDZ autres que le Rohypnol® sont obtenues exclusivement par prescription par 62 % des usagers qui fréquentent les structures de première ligne. Ils sont 38 % à se fournir partiellement (26 %) ou exclusivement (12 %) sur le marché parallèle.

Par contre, dans les structures de soins spécialisées, la proportion les ayant obtenus de manière illégale était estimée à 13 % seulement contre 17 % en 2003) [2].

Le flunitrazépam (Rohypnol®)

Le flunitrazépam appartient à la famille des benzodiazépines et est prescrit dans le cadre des traitements contre l'insomnie ou les convulsions. À fortes doses, le flunitrazépam peut induire une euphorie avec une levée des inhibitions et une amnésie antérograde (perte totale ou partielle de la mémoire des faits survenus après la prise de produit).

Depuis 2001²⁰, du fait des nouvelles dispositions prises par les pouvoirs publics encadrant plus strictement la prescription du Rohypnol®, la disponibilité du médicament est en baisse sur le marché parallèle des grands centres urbains. Deux sites,

20 En février 2001, l'AFSSAPS a décidé l'utilisation d'ordonnance sécurisée avec une durée maximale de prescription limitée à quatorze jours et une délivrance fractionnée par période de sept jours.

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

Marseille et Paris, rapportaient encore ces dernières années, l'existence d'un marché parallèle un tant soi peu significatif auprès d'une population composée essentiellement d'hommes très marginalisés sur le plan social. Les usagers de flunitrazépam (Rohypnol®) au cours du mois représentent 8 % de l'ensemble des usagers des structures de première ligne début 2006. Ils étaient 11 % en 2003. Plus de la moitié d'entre eux (54 %) dit l'utiliser pour se défonce et 27 % pour se soigner, les autres mêlant les deux objectifs. Le Rohypnol® est recherché pour la levée des inhibitions que sa consommation suscite, laquelle permet des passages à l'acte liés aux stratégies de survie dans la rue (vols à l'étalage, mendicité). À fortes doses, mélangé à de l'alcool, le médicament prodigue des effets de type « défonce ».

Le clonazépam (Rivotril®)

Le clonazépam est une BZD anti-épileptique commercialisée sous forme de comprimés, de solution buvable ou injectable, sous le nom de Rivotril®.

Depuis deux ans, les observateurs relevant de l'espace urbain du dispositif TREND, notent un développement de l'usage détourné de clonazépam (Rivotril®). Ce phénomène est loin de toucher l'ensemble des sites participant au dispositif. En 2003 et 2004, seuls trois sites métropolitains rapportaient une apparition significative du Rivotril® dans le spectre des consommations des usagers de drogues (Paris, Marseille, Toulouse) ainsi que La Réunion qui était encore dans le dispositif TREND. L'hypothèse avancée pour expliquer la présence de la benzodiazépine sur le marché parallèle des centres urbains des villes susmentionnées tient à la diminution des prescriptions du Rohypnol® par les médecins généralistes depuis l'encadrement plus strict des conditions de sa délivrance en 2001. On assisterait donc depuis deux ans à un processus qui verrait le Rivotril® remplacer progressivement le Rohypnol® dans les milieux les plus marginalisés.

L'usage détourné touche plutôt, comme celui du Rohypnol®, un public d'usagers marginalisés, vivant dans des conditions de vie très précaires. À Paris, il semblerait que le détournement du médicament affecte plus particulièrement la population des usagers de crack qui le prennent pour amortir la descente ou atténuer le besoin impulsif (« craving ») de réitérer la prise.

La plupart du temps, la consommation du Rivotril® vient en régulation ou en association avec d'autres produits comme l'alcool (potentialisation des effets d'ébriété) ou le Subutex® (accentuation de la défonce).

Le mode d'administration le plus répandu semble être la voie orale, l'injection, quant à elle, n'est pratiquement pas rapportée par les observateurs.

La perception du médicament par les usagers apparaît meilleure que celle du Rohypnol, d'une part, parce qu'il prodigue, mélangé à l'alcool des effets « défonce » moins violents que ce dernier et d'autre part parce qu'il est relativement facile de l'obtenir quand on connaît bien les réseaux.

Seul le site de Paris livre une estimation du prix du Rivotril® au marché noir. Le comprimé de 2 mg se négocierait entre 0,5 et 1 euro et la boîte entre 10 et 20 euros avec un prix moyen s'élevant à près de 15 euros.

Le diazépam (Valium®)

Le diazépam est une BDZ anxiolytique commercialisée sous le nom de Valium®. Le médicament existe sous trois formes : comprimés, solutions injectable et buvable. Son usage détourné touche essentiellement des populations similaires à celles qui consomment du Rohypnol®, de l'Artane® ou du Rivotril®, à savoir des personnes appartenant à l'espace urbain et plutôt marginalisées sur le plan social. Généralement, le Valium® est pris afin de gérer la descente de produits stimulants ou en association avec de l'alcool afin de produire des effets de type « défonce ». Depuis l'apparition du dispositif TREND, la présence de Valium® est surtout notée à Paris et à Rennes. La forme liquide y est recherchée par les injecteurs.

Le trihexyphénidyle (Artane®)

La trihexyphénidyle est un anticholinergique ayant une action antiparkinsonnienne, essentiellement sur le tremblement. Elle dispose donc d'une autorisation de mise sur le marché en France pour la maladie de Parkinson et pour le syndrome parkinsonien des neuroleptiques. On peut la trouver commercialisée sous les noms de marque Artane® ou Parkinane®. Un surdosage entraîne, entre autres, une confusion mentale et des hallucinations, effets recherchés par certains usagers.

L'usage détourné d'Artane® est essentiellement le fait d'une population extrêmement marginalisée sur le plan social et fréquemment affectée de troubles psychiatriques. Deux raisons essentielles expliquent le détournement du médicament :

- la recherche d'un effet de toute puissance et d'invulnérabilité qui permettrait quand l'Artane® est pris à petites doses d'affronter l'univers de la rue ;
- la recherche d'effets hallucinogènes, lesquels sont extrêmement puissants quand l'Artane® est pris à hautes doses.

Depuis l'existence du dispositif TREND, la présence de l'Artane® sur le marché parallèle n'est rapportée que sur deux sites : Marseille et Paris. Sur les autres sites de France métropolitaine, le médicament peut faire des apparitions sporadiques mais ne semble jamais vraiment s'inscrire durablement dans le spectre des consommations des usagers de drogues marginalisés. L'image du médicament est de toute façon très négative, l'usage rimant avec désinsertion et déchéance.

Phénomènes marquants

Une diminution de l'usage déclaré de médicaments psychotropes qui reste à explorer

Parmi les usagers fréquentant les structures de première ligne, une chute de la fréquence de l'usage des BDZ par rapport à 2003 est notée : dans les structures de première ligne l'usage déclaré au cours du mois précédent descend de 48 % en 2003 à 30 % en 2006. De même que parmi les patients fréquentant le dispositif de soins spécialisé, la proportion de personnes consommant des médicaments psychotropes non opiacés est en baisse constante depuis 2001 (89 % en 2001, 83 % en 2005). Cependant cette donnée n'est étayée par aucune observation qualitative. Cette observation pourrait être liée à l'accroissement progressif de la part d'usagers issus du milieu festif dans les structures de première ligne qui sont peu consommateurs de ces produits. Quoi qu'il en soit, ce point fera l'objet d'une attention particulière à l'avenir.

La raréfaction du Rohypnol® se poursuit

Dans la continuité des années précédentes, les observateurs des sites TREND, hormis Bordeaux, rapportent une raréfaction continue du Rohypnol® sur le marché parallèle de l'espace urbain. À Paris, dans un contexte général de baisse de la disponibilité, demeure un trafic de rue localisé dans le 18^{ème} arrondissement de la capitale. Les usagers des structures de première ligne ne sont plus que 8 % à avoir consommé du Rohypnol® au cours du mois, contre 16 % en 2003.

...sans être réellement remplacé par le Rivotril®

En 2005, il semble que la situation évolue peu. Comme l'année dernière, trois sites (Paris, Marseille, Toulouse) signalent la présence du Rivotril® sur le marché parallèle. Cependant, il semble, d'après les observateurs, que le détournement et le trafic n'atteignent pas les mêmes proportions que pour le Rohypnol®. En dehors de ces trois sites, un seul site (Lille) note cette année une apparition de la benzodiazépine dans la configuration des substances détournées de leur usage. À Bordeaux, Metz et Rennes, il semble que le phénomène soit encore marginal.

Une « poussée » de consommation du diazépam (Valium®) à Paris

Le site de Paris fait état cette année d'une forte hausse de la disponibilité du Valium® sur le marché parallèle. Le trafic concerne les comprimés (10 mg) mais aussi les solutions injectables et buvables. Le même site rapporte aussi la présence sur les lieux de deal de jeunes « teuffers » désinsérés « en recherche de produits à expérimenter et/ou de produits servant à la descente.»

Conclusion

Aucune tendance claire ne se dégage concernant l'usage de benzodiazépines si ce n'est la poursuite du recul de l'usage de flunitrazépam. La situation est très hétérogène, les spécialités détournées variant énormément selon les sites.

Abord transversal

Modes d'usage

Les produits psychotropes peuvent être absorbés, pour l'essentiel, de quatre manières différentes :

- par voie orale comme par exemple les comprimés d'ecstasy ou les champignons ;
- par voie nasale, c'est-à-dire sniffée. C'est la voie la plus fréquente utilisée pour la cocaïne par exemple ;
- par injection. Ce mode reste dominant concernant l'héroïne ;
- et enfin par voie pulmonaire (ou voie fumée ou fumette ou inhalation). C'est la voie principale pour le cannabis.

La situation

L'injection

De 1970 à 1995, l'injection est le mode dominant d'administration des produits opiacés chez les usagers problématiques de drogue. La diffusion du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) chez les usagers de drogue par voie intraveineuse va faire évoluer la situation. La politique de réduction des risques (information, accessibilité du matériel d'injection stérile, et diffusion des traitements de substitution) amènent les usagers non seulement à limiter les prises de risque lors des injections mais également à arrêter cet usage ou à en limiter la fréquence [10].

On observe actuellement deux profils principaux d'injecteurs [3] :

80

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

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

En 2006, parmi les usagers des structures de première ligne, en milieu urbain 68 % ont utilisé l'injection au moins une fois dans la vie contre 73 % en 2003 mais ils sont 46 % à avoir injecté au cours du mois précédent, contre 44 % en 2003. Parmi les injecteurs au cours de la vie, 60 % étaient des injecteurs récents en 2003 contre 68 % en 2006 [1].

Dans les structures de soins, la part d'injecteurs récents (la semaine précédant l'enquête) cesse pour la première fois de décroître pour passer de 9 % à 11 % [2].

L'injection en milieu festif reste un phénomène marginal comme le confirment les données recueillies en 2004-2005 en milieu festif « Musique Electronique » : seules, 4,6 % des personnes fréquentant cet espace ont expérimenté l'injection au moins une fois dans la vie et 0,5 % d'entre elle l'on utilisée dans le mois précédent. Ces fréquences sont un peu plus élevées dans l'espace techno alternatif (free party, teknival...). L'expérimentation de l'injection y concerne 8,5 % des personnes rencontrées et l'injection au cours du mois, 1,5 % [6].

Sniff et autres modes d'usage

Les autres modes d'usage (sniff, voie orale ou inhalation) utilisés de manière diffuse par les usagers de drogues restent généralement les seuls pratiqués par les usagers de drogues fréquentant l'espace festif « techno ».

Plus des deux tiers (68 %) des personnes rencontrées en milieu festif techno en 2004-05 ont déjà utilisé le sniff (85 % dans le milieu alternatif) et 41 % l'on fait au cours des 30 derniers jours (64% dans le milieu alternatif) [6].

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

La situation est sensiblement identique pour l'usage de la voie fumée. Si 59 % de l'ensemble des usagers des structures de première ligne ont, en 2006, utilisé la voie fumée au moins une fois dans la vie (pour un autre produit que le tabac ou le cannabis), ils sont 27 % seulement à en avoir fait usage au cours du mois. Parmi ces derniers, 70 % sont des familiers du milieu techno alternatif. On constate en effet que, parmi ceux qui ont fréquenté moins de 10 événements techno alternatif dans

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

leur vie, l'usage de « la fumette » dans le mois ne concerne que 18 % des personnes (contre 35 % chez les autres).

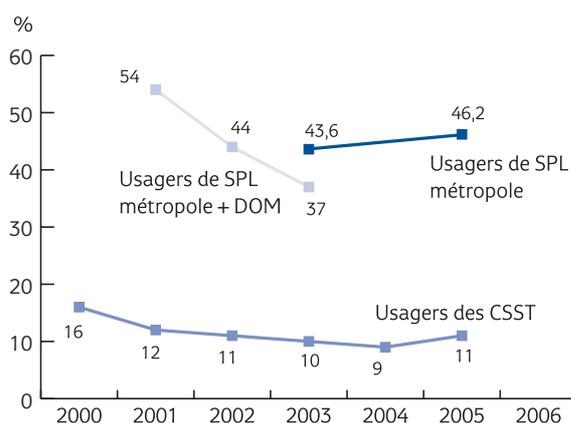
En 2003, 65 % des usagers des structures de première ligne avaient déjà utilisé la fumette et seulement 21 % l'avait utilisé le mois précédent [1].

Phénomènes marquants

Un possible accroissement des pratiques d'injection parmi les plus précaires

Alors que depuis l'année 2000, les observations tant quantitatives que qualitatives mettaient en évidence une diminution de la pratique de l'injection récente, un possible retournement de tendance pourrait actuellement s'amorcer. Si, en effet, les données quantitatives collectées, entre 2001 et 2003, au cours des différentes enquêtes menées auprès des usagers fréquentant les structures dites de première ligne (SPL) faisaient apparaître, à l'instar de celles menées dans les CSST, une diminution du recours à l'injection, on observe cette année non seulement un arrêt de cette tendance dégressive, mais aussi un accroissement de la part d'injecteurs récents dans les deux dispositifs [1, 2].

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



Source ; PRELUD, TREND / OFDT 2001 à 2003 et 2006 [1, 10, 13] , OPPIDUM, CEIPs / AFF-SAPS 2000 à 2005 [2]

Ce phénomène, rapporté par les observateurs de terrain est perceptible sur le plan quantitatif, pour la cocaïne, la BHD (buprénorphine haut dosage) et l'ecstasy, le plus souvent au sein de populations plutôt jeunes, masculines et marginalisées, vivant dans des situations de grande précarité et fréquentant, selon une logique opportuniste, tant les SPL que les regroupements festifs techno alternatifs. En revanche, le phénomène est moins significatif s'agissant de l'héroïne même si certains observateurs soulignent la diffusion de l'injection de ce produit dans certaines populations très marginalisées.

Tableau 4 : Evolution de la fréquence des pratiques d'injection par produits consommé au cours du dernier mois parmi les usagers des Structures de première ligne entre 2003 et 2006

	2003 (N=855)		2006 (N=1017)	
Héroïne	53 %	(135/255)	54 %	(188/348)
Cocaïne (chlorhydrate)	46 %	(147/320)	54 %	(189/348)
BHD	47 %	(71/367)	58 %	(260/446)
Ecstasy	13 %	(38/294)	19 %	(39/204)
Amphétamine	22 %	(44/201)	40 %	(90/224)

Source : PRELUD / TREND / OFDT 2006 [1, 16]

Que cette tendance, se confirme ou non, il semble important de noter que ce recours plus fréquent à l'injection n'est pas un phénomène général, mais apparaît non seulement localisé sur certains sites, mais également sur certaines populations très désinsérées, qualifiées « d'errantes » décrites dans le rapport TREND 2004 comme « des personnes jeunes, surtout des hommes, vivant généralement dans des situations de grande précarité, se déplaçant entre les centres ville (structures de réduction des risques, squats) et les regroupements festifs techno de type festivals ou free-party ». Une description assez approfondie de ces populations est disponible dans ce même rapport [10].

On constate effectivement que dans les structures de première ligne début 2006, les usagers familiers du milieu festif²¹ sont proportionnellement plus nombreux (54 %) à avoir injecté au cours du dernier mois que les autres (46 %). Ils représentent maintenant plus de la moitié des injecteurs au cours du dernier mois (59 %).

²¹ C'est-à-dire ayant fréquenté un événement festif alternatif plus de 10 fois dans la vie.

Accroissement des pratiques d'inhalation (fumette) inscrite dans une tendance à la diversification des modes de prises pour plusieurs produits

On observe de plus en plus une certaine « contamination » entre les différents modes d'administration caractéristiques de chaque produit.

Ainsi, les observateurs de terrain et/ou les données quantitatives disponibles rapportent cette année, l'augmentation des pratiques de sniff et de fumette concernant l'héroïne (tableau 4), l'accroissement de l'usage par injection ou par inhalation de la cocaïne, traditionnellement sniffée, des pratiques d'injection et de sniff d'ecstasy plus visibles ainsi qu'un accroissement de l'injection d'amphétamines.

La porosité accrue entre le milieu festif techno et les structures de réduction des risques des centres urbains à travers des populations jeunes et désinsérées ainsi que les poly-consommation ont pu permettre ces transferts.

- Les motivations à l'origine de chaque mode d'usage restent identiques :
- L'injection vise à l'obtention d'un effet « flash » supérieur aux autres modes de prise, quand il ne s'agit pas d'addiction à l'injection, pour les « vieux » injecteurs ; La fumette et le sniff sont généralement développée comme un mode alternatif « safe » et « socialement » acceptable à l'injection mais permettant d'accroître les sensations de certains produits.

Usagers

Cette année, s'agissant des usagers, se confirme encore l'importance prise par les populations marginalisées.

Phénomènes marquants en 2005

Renforcement des usages à risque parmi les populations précaires

84

Le renforcement des usages à risques - qu'il s'agisse des produits consommés ou des modes d'administration dans les groupes d'usagers les plus précarisés apparaît comme la tendance marquante ces dernières années. Polyconsommation intensive et quotidienne, retour à l'héroïne, renforcement du mésusage de la BHD et des sulfates de morphine et surtout progression de l'injection, apparaissent en effet de plus en plus visibles.

Ces pratiques concernent en premier lieu ces jeunes « errants », évoqués plusieurs fois dans ce rapport, évoluant aux marges des milieux techno alternatifs mais

visibles également depuis plusieurs années dans les structures de réductions des risques des centres urbains. La plupart de ces jeunes se retrouvent entraînés dans un processus de « désaffiliation » les conduisant vers une marginalité sociale [10, 23]. Leur mobilité est assez réduite, se limitant à des déplacements centrés sur une agglomération et leurs déambulations sont opportunistes, liées aux besoins de survie à la disponibilité des produits²². Ce sont principalement ces usagers, qui, mêlant l'usage de produits particulièrement présents dans l'espace festif et un mode d'usage jusqu'alors propre à l'espace urbain, tendent à injecter différents stimulants.

L'autre groupe, essentiellement urbain serait constitué de personnes également très précarisées, principalement en provenance des pays d'Europe de l'Est, vivant dans des squats collectifs. Cette population majoritairement masculine est cependant hétérogène et présente plusieurs profils différents, notamment selon les nationalités d'origine.

Les pratiques rapportées depuis plusieurs années – injections d'opiacés, notamment de sulfates de morphine, de benzodiazépines, notamment de Valium®, et surtout ingestion de quantités massives d'alcool – s'ajoutent à des difficultés de socialisation (y compris vis-à-vis des autres usagers de drogues) et d'accès aux soins qui en font une population aux besoins spécifiques particulièrement difficile à prendre en charge. Plusieurs sites du réseau TREND ont mené, au cours de l'année 2005, des investigations spécifiques sur le thème des usagers de drogue parmi les « nouveaux arrivants » en France. Celles-ci devraient faire l'objet d'une synthèse début 2007.

Une visibilité accrue des usages problématiques féminins

Les différentes contributions des sites font état cette année, d'une visibilité particulière des usages féminins. Le site de Toulouse constate depuis plusieurs années une féminisation des populations désaffiliées, notamment parmi les plus jeunes (18-22 ans). Cette année, les sites de Rennes et Bordeaux font un constat identique et notent une radicalisation des comportements féminins avec notamment une escalade très rapide vers des comportements à fort risque (injection). À Marseille et à Metz, les structures de réduction des risques ou de prise en charge mentionnent pour leur part l'accueil de plus en plus fréquent de femmes parfois très jeunes en plus grandes difficultés que les hommes (absence de ressource, prostitution...).

La visibilité récente de cette population de jeunes femmes en grande difficulté et aux besoins spécifiques devrait faire l'objet d'une investigation spécifique en 2007.

²² On trouvera une description de ces usagers et de leurs usages dans le rapport TREND 2004.

Synthèse

Ce septième rapport présente les principaux résultats issus du fonctionnement du dispositif TREND pendant l'année 2005²³ et évoque les évolutions marquantes constatées.

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

Les principales observations marquantes de l'année 2005 se déclinent en trois points :

- un possible accroissement des pratiques d'injections parmi les usagers les plus précaires concernant essentiellement la BHD et les stimulants ;
- des usages d'opiacés toujours très présents, avec notamment les signes d'une possible reprise de l'usage d'héroïne, des usages détournés de BHD accrus chez les usagers désocialisés, quelques cas de mésusages de la méthadone et enfin des retours localisés de l'usage des sulfates de morphine ;
- la diversification des modes d'usage des stimulants avec un accroissement des pratiques d'injection et d'inhalation de la cocaïne, d'ecstasy et d'amphétamine.

Sur un plan plus transversal, il nous apparaît nécessaire de mentionner, deux constats récurrents, qui bien que non développés dans cette synthèse doivent faire l'objet d'une attention particulière dans l'avenir :

- l'observation d'un accroissement des usages à risque parmi les populations les plus précaires d'une part ;
- une visibilité accrue sur plusieurs sites d'usages féminins particulièrement problématiques, soit par la radicalité des pratiques adoptée par de très jeunes femmes, soit par les contextes d'usage (prostitution, grossesse...).

Un possible accroissement des pratiques d'injection parmi les plus précaires

Alors que depuis l'année 2000, les observations tant quantitatives que qualitatives mettaient en évidence une diminution de la pratique de l'injection, un possible retournement de tendance pourrait actuellement s'amorcer. Si, en effet, les données quantitatives collectées, entre 2001 et 2003, au cours des différentes enquêtes menées auprès des usagers fréquentant les structures dites de première ligne (SPL) faisaient apparaître, à l'instar de celles menées dans les CSST, une diminution du recours à l'injection, on observe cette année non seulement un arrêt de cette tendance dégressive, mais aussi un accroissement de la part d'injecteurs récents dans les deux dispositifs (Graphique 1 page 58) [1, 2].

Ce phénomène, rapporté par les observateurs de terrain est perceptible sur le plan quantitatif, pour la cocaïne, la BHD (buprénorphine haut dosage) et l'ecstasy, le plus souvent au sein de populations plutôt jeunes, masculines et marginalisées, vivant dans des situations de grande précarité et fréquentant, selon une logique opportuniste, tant les SPL que les regroupements festifs techno alternatifs. En revanche, le phénomène est moins significatif s'agissant de l'héroïne même si certains observateurs soulignent la diffusion de l'injection de ce produit dans certaines populations très marginalisées (Tableau 4, page 19)

L'héroïne à la croisée des chemins

Depuis la mise en place du dispositif TREND en 1999, les observateurs du réseau des sites en milieu urbain s'accordent sur un constat fondamental : le développement des traitements de substitution aux opiacés (buprénorphine haut dosage, méthadone) a eu tendance à assécher la demande de l'héroïne en France, rendant le produit assez peu disponible et très difficilement accessible, du fait notamment de la disparition des scènes ouvertes. Toutefois, l'usage d'héroïne n'a jamais complètement disparu et pourrait reprendre de l'ampleur. En effet, la dégradation régulière de l'image de la BHD, particulièrement auprès des personnes qui en font un usage détourné, incite ces derniers à un report sur l'héroïne.

Plusieurs sources de données quantitatives suggèrent cette année une légère reprise de l'usage d'héroïne. Si, parmi les personnes rencontrées dans les structures de première ligne début 2006, 34 % déclarent avoir pris de l'héroïne au cours du dernier mois, soit seulement 4 points de plus que l'enquête précédente menée en 2003 [1] cette tendance est également observée chez les usagers enquêtés dans le cadre d'une prise en charge socio-sanitaire (13 % en 2004, 16 % en 2005) [2]. Par ailleurs, on observe une inversion de tendance à la hausse concernant le nombre d'interpellations pour usage d'héroïne depuis 2003 et le nombre des surdoses qui lui sont attribuées depuis 2004 [5]. Cette augmentation, si elle se confirmait, marquerait une inflexion au regard des tendances à la baisse constatées depuis quelques années.

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

Cependant, en 2005, seul le site de Paris fait état d'une plus grande disponibilité de l'héroïne avec notamment la réactivation de certains points de vente dans le nord-est de la capitale. Les autres sites, quant à eux, rapportent une stabilité de sa disponibilité. Le prix du gramme d'héroïne brune sur le marché clandestin des grands centres urbains s'établit en 2005 à 50 euros contre 35-40 euros les années précédentes.

Dans les milieux festifs, notamment les free parties et les teknivals, les observateurs font état d'un accroissement de la visibilité et de la disponibilité de l'usage d'héroïne. La présence de l'héroïne en milieu festif techno avait, en effet, déjà été objectivée par une enquête quantitative menée en 2004-05 montrant que si 26 % des personnes fréquentant ce milieu avaient consommé de l'héroïne au moins une fois dans leur vie et 8 % au cours du mois précédent, ces fréquences s'élevaient respectivement à 41 % et 15 % pour les personnes familières des milieux alternatifs [6]. Dans la plupart des cas, on assiste à l'accroissement d'un usage d'héroïne, non pour la « défonce » qu'elle peut procurer, mais comme complément à l'usage de stimulants afin de gérer notamment la phase de « descente ». Si le sniff reste dans cet espace, le mode d'administration dominant, les observateurs rapportent cette année une augmentation de l'inhalation à chaud (fumette, « chasse au dragon », bang ou joint).

La buprénorphine haut dosage toujours inscrite dans l'usage détourné des milieux marginalisés des centres urbains

Parmi les personnes en contact avec les dispositifs de prise en charge, les traitements de substitution semblent, de plus en plus, pris dans le cadre d'un protocole thérapeutique. C'est le cas de 94 % d'entre eux en 2005 [2]. Toutefois, en parallèle, les mésusages semblent s'intensifier dans certaines populations.

En 2005, en effet, malgré le renforcement des contrôles des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en matière de prescriptions de BHD, il semble que celle-ci soit toujours aussi présente sur le marché parallèle des grands centres urbains. Sur les prix en revanche, l'impact des mesures prises est plus perceptible. À Paris, le prix courant d'un comprimé de 8 mg de Subutex® au marché noir est passé de 1,5 à 2 euros. À Toulouse et Marseille, le prix du comprimé a doublé par rapport aux années précédentes. Au plan national, le prix médian du comprimé au marché noir, descendu de 6 à 3 euros entre 2000 et 2002 est remonté à 5 euros en 2005.

Les mesures restrictives se heurtent sur certains sites à l'émergence d'un trafic beaucoup plus structuré que par le passé, organisé par de véritables trafiquants : location et/ou vols de cartes Vitale ; envoi, par des dealers, de patients chez des médecins à des fins de prescription, poly consultations médicales en dehors des départements de résidence, toutes ces mesures visant à ne pas apparaître comme suspects sur les fichiers, non reliés entre eux, de chaque CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie).

Dans la continuité des années précédentes, les observateurs situés en milieu urbain confirment la forte présence de la BHD dans les consommations des milieux les plus marginalisés. Son usage détourné semble même se renforcer. Au sein des SPL, si la part des usagers de BHD dans le mois précédent est stable (44 % en 2006, 43 % en 2003), les usages détournés²⁴ exclusifs concernent 28 % des usagers de BHD contre 11 % en 2003. Parallèlement, la part des usagers mêlant usage thérapeutique et détourné tend à diminuer (34 % en 2003, 23 % en 2006) [1, 13].

Il semble, par ailleurs, que l'on assiste à une diversification des profils des personnes qui en font un usage détourné. Certains sites mettent en évidence l'importance de groupes de jeunes marginaux issus d'Europe de l'Est et de personnes errantes évoluant entre les espaces urbain et festif. Au sein de ces groupes, de nombreux observateurs rapportent une visibilité plus grande de la pratique de l'injection à la recherche d'un effet proche de la « défonce ». L'accroissement de l'injection de BHD est visible également grâce à l'enquête réalisée auprès des usagers fréquentant les structures de première ligne [Tableau 1]. Cependant, en dépit de cette tendance, certains acteurs sanitaires ou intervenant dans les CSST et les SLP s'accordent à souligner une diminution de fréquence des problèmes habituels liés à l'injection de Subutex®. Ces mêmes sources attribuent ce constat à la diffusion du recours au Stérifilt® lors des injections. Ce nouveau filtre, en effet, bloque le passage des composants responsables des dégâts veineux et des abcès liés à l'injection.

La méthadone : l'émergence d'un mésusage limité

Le rééquilibrage de la prescription, en France, des traitements de substitution en faveur de la méthadone, entamé depuis plusieurs années, accroît progressivement la diffusion de ce traitement parmi les personnes dépendantes aux opiacés. De manière prévisible, quelques traces de mésusage apparaissent, concernant une substance, qui, par son cadre de traitement et ses caractéristiques propres ne favorise pas les détournements.

Depuis la mise en place du dispositif TREND, une présence ponctuelle et limitée de méthadone est constatée sur le marché parallèle de certains sites. En 2005, plusieurs sites (Paris, Rennes, Toulouse, Metz et Lille) signalent une disponibilité accrue de la méthadone sur ce marché. L'usage détourné semble en progrès parmi les usagers des SPL. Au début de l'année 2006, si 71 % des usagers de méthadone la consomment exclusivement dans le cadre thérapeutique prévu, 12 % déclarent en faire un usage détourné en plus de son usage substitutif et 17 % disent en faire un usage exclusivement détourné contre 8 % en 2003 [1]. Des usages détournés sont effectivement signalés sur plusieurs sites, notamment en association avec l'alcool, de même que des usages substitutifs hors protocole. Il apparaît également cette

²⁴ L'usage détourné inclut ici l'usage à visée de « défonce » ou de régulation de la prise d'autres produits (par exemple gestion du manque d'héroïne ou gestion de la descente des stimulants).

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

année, que, contrairement à ce qui était constaté les années précédentes, l'image du médicament s'altérerait sensiblement auprès des usagers devant les signes de détournement.

On note cependant que, d'une part, le produit n'est pratiquement pas injecté et que d'autre part, contrairement au Subutex[®] qui peut faire l'objet d'un trafic par des non usagers, la méthadone vendue provient presque exclusivement de surplus accumulés par des patients sous protocole de substitution, qui, pour une raison ou une autre ne consomment pas la totalité des doses prescrites et délivrées.

Amorce d'un retour des sulfates de morphine sur certains sites

Quoique limitée, la disponibilité des sulfates de morphine, commercialisés principalement sous les appellations Skénan[®] et Moscontin[®], semble connaître une expansion modérée sur certains sites. En effet, deux sites, Paris et Rennes, connus pour abriter un marché noir rapportent en 2005 un accroissement de leur disponibilité, de même que, dans une moindre mesure, le site de Marseille [10]. À Paris, le marché se concentre dans le 18^{ème} arrondissement et de manière moins marquée dans le quartier des Halles. Dans ces deux zones, les consommations de Skénan[®] dans la rue sont visibles.

Le nombre d'usagers de sulfates de morphine détournés semble effectivement en augmentation parmi les jeunes en errance (20-30 ans) évoluant aux frontières du milieu festif. Selon les observateurs parisiens, ces jeunes vivraient dans des squats et consommeraient du Skénan[®] en injection, ce produit constituant désormais la base quotidienne de leur consommation. Certains jeunes injecteurs de BHD se tourneraient désormais vers le Skénan[®] pour avoir un « vrai effet » et pour éviter les problèmes veineux et infectieux liés à l'injection de la BHD. Dans les SPL, on observe globalement un accroissement de l'usage de sulfates de morphine au cours du mois précédent, essentiellement lié à l'accroissement de son détournement. Parmi l'ensemble des usagers rencontrés dans ces structures, la part des usagers de sulfates de morphine à visée uniquement de « défonce » a presque triplé entre 2003 et 2006 (respectivement 3,3 % et 9 %). Cette part atteint un maximum de 22 % à Rennes [1, 13].

La cocaïne toujours très disponible quel que soit l'espace d'investigation...

90

La disponibilité du chlorhydrate de cocaïne ne cesse d'augmenter en France depuis cinq ans tandis que le prix médian du gramme diminue progressivement pour s'établir à environ 60 euros le gramme [10]. En 2005, certains sites comme Bordeaux et Lille faisaient même état de vente directe de cocaïne dans l'espace public.

Ces deux phénomènes favorisent une démocratisation de l'usage, lequel touche désormais des milieux sociaux extrêmement hétérogènes, allant de l'usager de rue très marginalisé à la personne parfaitement insérée socialement. De fait, la relative stabilité de la fréquence des consommations dans les structures de première

ligne dédiées aux « usagers de drogues traditionnels » laisse supposer, comme le suggèrent les données disponibles en population générale, que l'usage se développe davantage dans des populations plus insérées socialement, absentes de ces dispositifs [1].

Dans les milieux urbains marginalisés, au début de l'année 2006, 90 % des usagers fréquentant les structures de première ligne ont expérimenté la cocaïne ou le crack, et 39 % en ont pris au cours du dernier mois. Si au sein de cette population la part des usagers de cocaïne évolue peu, il semble que l'évolution marquante se situe dans la croissance de la pratique de l'injection [Tableau 4] [1, 13]. Il apparaît en effet que la brièveté de l'effet de la cocaïne sous sa forme chlorhydrate quand elle est prise en injection conduirait de nombreux usagers à répéter les prises de manière compulsive.

Par ailleurs, de nombreux observateurs font état cette année d'une croissance importante des problèmes de santé consécutifs à l'usage de cocaïne dans l'espace urbain. Ces problèmes sont liés aussi bien à la nature du produit qu'au mode d'administration, en l'occurrence l'injection. Outre les problèmes d'infections engendrés par l'injection, les structures de première ligne font état d'usagers en situation d'épuisement physique et psychologique.

L'usage de la fumette, dans le même milieu, est également en hausse (39 % parmi les usagers de cocaïne au cours du mois précédent en 2006 contre 8 % en 2003) [1, 13]. Il est également perceptible cette année dans les milieux festifs. Cinq sites en effet (Rennes, Lille, Metz, Paris, Bordeaux) rapportent cette année le développement d'une pratique consistant à fumer du chlorhydrate de cocaïne en le mélangeant directement dans une cigarette ou un joint avec du tabac ou du cannabis. L'avantage de cette pratique résiderait dans sa discrétion par rapport à d'autres modes d'administration comme le sniff. En outre, cette voie fumable permettrait un passage à l'acte plus facile pour les usagers potentiels rebutés par le sniff ou le « basage », lesquels malgré leur banalisation portent encore les stigmates de l'univers de la toxicomanie. Cet usage apparaîtrait aussi comme porteur de convivialité puisque les cigarettes à la cocaïne peuvent circuler entre les fumeurs. Les effets sont décrits comme plus doux et plus légers que le sniff ou l'inhalation de cocaïne. Il semblerait que le milieu de prédilection de cette pratique constitué de jeunes fréquentant l'espace festif, plutôt bien insérés socialement.

L'ecstasy : une tendance à expérimenter d'autres modes d'usages que la voie orale

Après le cannabis, l'ecstasy est indubitablement la substance illicite la plus répandue en France dans l'espace festif, qu'il soit commercial ou alternatif. Cette forte disponibilité explique la poursuite, en 2005, de la baisse des prix des comprimés malgré l'atteinte d'un niveau relativement bas. Si le phénomène n'est pas très spectaculaire s'agissant du prix du comprimé acheté à l'unité (prix moyen 7 euros), la

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

tendance de plus en plus observée qui consiste pour les usagers à acheter les comprimés en « gros » aboutit à une baisse importante du prix moyen du comprimé, lequel peut s'établir à 4, 3 voire parfois 2 euros. La MDMA sous forme de poudre demeure quant à elle beaucoup plus chère et peut atteindre 50 à 60 euros le gramme.

La MDMA est partout très présente en milieu festif. Les formes « comprimé » et « gélule » sont notamment, très répandues dans l'espace festif commercial des clubs et des discothèques. L'usage d'ecstasy concerne ici une population jeune, plutôt bien insérée socialement, pour laquelle la consommation s'inscrit dans un cadre récréatif. Les seules réserves altérant l'image de l'ecstasy portent sur la qualité des comprimés, jugée en régression depuis quelques années.

Dans le milieu des « free parties », la forme « poudre » est la plus consommée, l'ecstasy en « comprimé » paraissant désormais « ringarde ». La démocratisation massive de l'usage, observée, depuis quelques années, prive l'ecstasy de l'aura distinctive qu'elle conférait à l'usager au début des années 90. Dans ce milieu, toujours à la recherche de sensations plus radicales, la forme « poudre », circulant sous la simple appellation « MDMA », bénéficie au contraire d'une bonne image liée surtout à la meilleure qualité qui lui est associée.

Cette banalisation de la MDMA en milieu festif, notamment sous sa forme « comprimé » participe probablement au développement de la pratique du sniff de comprimés particulièrement dans les clubs et les discothèques, rapportés par plusieurs observateurs. Cette pratique correspondrait à une recherche d'effets plus intenses (montée plus rapide), à un effet de mode lié à la popularité du sniff et enfin à la recherche d'une dimension plus conviviale en lien avec le partage de traits.

L'ecstasy est peu consommée hors du milieu festif. Il existe toutefois un usage non festif, qui est principalement le fait d'une population marginalisée « d'errants » fréquentant les structures de première ligne, mais évoluant également aux marges du milieu festif. Dans ce contexte, l'usage est justifié par les qualités stimulantes du produit qui permettent d'affronter l'univers de la rue. C'est dans cette population que plusieurs sites (Lille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse) font état en 2005 d'une visibilité plus grande de la pratique de l'injection, ce mode d'administration provoquant une montée plus rapide du produit et des effets plus intenses.

Bibliographie

1. Cadet-Taïrou, A., *Enquête PRELUD 2006*, à paraître.
2. Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) de Marseille, *OPPIDUM, résultats de l'enquête 17* (octobre 2005). 2006, AFSSAPS: Saint-Denis. p. 13.
3. Beck, F., et al., « Les niveaux d'usage de drogues en France en 2005, Exploitation des données du Baromètre Santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte ». *Tendances*, 2006. 48: p. 6.
4. Beck, F., S. Legleye, and S. Spilka, « Les drogues à 17 ans, évolutions, contextes d'usage et prises de risque », *Tendances*, 2006. 49: p. 6.
5. Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2005*. 2006, Nanterre: OCRTIS.
6. Reynaud-Maurupt, C., *Les pratiques et les opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif « Musique Electronique ». Etude de faisabilité d'une enquête « en population cachée » à partir d'un plan de sondage ethnographiquement raisonné*. 2006, à paraître: OFDT.
7. Reynaud-Maurupt, C., *Les usages contemporains des plantes et des champignons hallucinogènes, une étude ethnographique conduite en France*, ed. OFDT. 2006, Saint Denis.
8. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Drogues et dépendances, données essentielles*. 2005, Paris: La Découverte. 202.
9. Palle, C. and C. Bernard, *CSST en ambulatoire - tableaux statistiques 2004*. 2006, Saint-Denis: OFDT. 44.
10. Bello, P., et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004*. 6ème rapport national du dispositif TREND. 2005, Saint-Denis: OFDT. 176.
11. Bello, P.-Y., A. Toufik, and M. Gandilhon, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*. 2002, Paris: OFDT. 292.

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

12. Bello, P.-Y., et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002. 4ème rapport national du dispositif TREND*. 2003, Paris: OFDT. 287.
13. Bello, P.-Y., et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. 5ème rapport national du dispositif TREND*. 2004, Saint-Denis: OFDT. 277.
14. Escots, S. and G. Fahet, *Usages non substitutifs de la Buprénorphine haut dosage investigation menée en France en 2002-2003*. 2004, Paris: Graphiti/ORSMIP/OFD. 115.
15. Cadet-Taïrou, A., et al., « Quel est le nombre d'usagers d'opiacés sous BHD ? Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004 ». *Tendances*, 2004(37): p. 1-2.
16. Bello, P.-Y. and A. Cadet-Taïrou, « Les mésusage de BHD, les traitements de substitution en France, résultats récents 2004 ». *Tendances*, 2004(37): p. 4-7.
17. Escots, S., « Usages non substitutifs de la Buprénorphine haut dosage en France, les traitements de substitution en France, résultats récents 2002-2003 ». *Tendances*, 2004(37): p. 7-8.
18. Cadet-Taïrou, A. and D. Cholley, *Approche régionale de la substitution aux opiacés à travers 13 sites français, 1999-2002, Pratiques et disparités régionales*. 2004, Paris: CNAMTS / OFDT. 118.
19. Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), A., OSIAP (Ordonnances Suspectes Indicateurs d'Abus et de Pharmacodépendance), *Résultats des enquêtes 2004 et 2005*. 2006, Saint Denis. 70.
20. Beck, F. and J. Cytrynowicz, *Usages de drogues illicites*, in *Baromètre Santé 2005, premiers résultats*, INPES, Editor. 2006: Saint denis. p. 49-58.
21. Gasquet, I., et al., *Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000*. *L'encéphale*, 2005. 31: p. 195-206.
22. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps) CEIP de Paris, *Soumission chimique, résultat de l'enquête nationale 2003-2005*. 2005: Paris.
23. Castel, R., *Les métamorphoses de la question sociale*. Folio, ed. Gallimard. 1999, Paris.

Lexique

Accessibilité perçue

Désigne le degré d'effort à fournir par un consommateur moyen, possédant l'argent nécessaire, pour se procurer la substance recherchée. Une substance peut être disponible mais peu accessible. Il existe en effet plusieurs degrés d'accessibilité, lesquels peuvent se mesurer à partir d'éléments comme le temps nécessaire pour accéder à la substance ; la nature des lieux de vente (lieux fermés comme les discothèques, les bars voire les appartements ; lieux ouverts/espace public à savoir les rues, les parcs, les gares etc.) ; la plage horaire (jour/nuit, matin/soir) durant laquelle le consommateur peut se procurer la substance ; et l'obligation ou non, pour un consommateur, même averti, d'avoir recours à un ou plusieurs intermédiaires pour contacter le vendeur.

Agoniste

Molécule qui mime l'action d'une molécule physiologique (ici des neurotransmetteurs) sur son site récepteur et entraîne par conséquent des effets identiques.

Amphétamine, amphétaminiques

Chef de file d'une famille de molécules, les amphétaminiques, l'amphétamine est le plus souvent appelée « speed ». Celui-ci se présente généralement sous forme de poudre le plus souvent sniffée. Les autres amphétaminiques sont, entre autres, la méthamphétamine (ice, crystal-meth, yaba...), la MDMA (méthylènedioxyméthamphétamine, ecstasy), etc. Produits stimulants, les amphétaminiques effacent la sensation de fatigue et entraînent une insomnie, donnent un sentiment de vigilance, d'euphorie et d'hyperconcentration, suppriment la sensation de faim et augmentent la confiance en soi. L'ecstasy, à forte dose, peut en outre modifier les perceptions sensorielles. La consommation chronique entraîne une dépendance psychique et une tolérance. Utilisée de façon thérapeutique par le passé, l'amphétamine n'est plus prescrite que dans le syndrome d'hyperactivité de l'enfant (Ritaline®), uniquement par des spécialistes hospitaliers. La MDMA et la méthamphétamine sont classées comme stupéfiants en France.

Antagoniste

Réduit ou supprime l'action d'une molécule physiologique donnée (ici, des neuro-médiateurs) - et du ou des agonistes correspondants - en se fixant au niveau de son site récepteur sans le stimuler.

Ayahuasca

Boisson hallucinogène issue de l'infusion de deux plantes d'Amérique centrale : Banisteriopsis caapi (une liane) et Psychotria viridis (arbuste de la famille du caféier). La combinaison des deux permet la libération de diméthyltryptamine (DMT), molécule hallucinogène. La DMT est classée comme stupéfiant en France.

Benzodiazépines (BDZ)

Famille de molécules apparues dans les années 1960 en France. Produits sédatifs, les BZD sont prescrites essentiellement comme anxiolytiques (exemple : Valium[®], Lexomil[®]) et comme hypnotiques (exemple : Rohypno[®], Halcion[®]) à plus forte dose. Elles favorisent en outre la relaxation musculaire et entraînent des troubles de la mémoire (voire des amnésies de quelques heures). Les différentes BZD se caractérisent également par des durées de vie variables dans l'organisme, qui déterminent la durée de leurs effets. Elles entraînent très rapidement une dépendance physique. La dépendance est plus problématique lorsqu'il s'agit d'une dépendance psychique, qu'elle survienne dans un cadre d'abus et/ou de mésusage et/ou de dépendance associée à d'autres produits (alcool en particulier). Ils peuvent induire une tolérance.

Boutiques

Lieux d'accueil créé en 1993 pour les usagers de drogues en situation de grande précarité ne souhaitant ou ne pouvant pas encore stopper leur consommation de produits. Les boutiques offrent l'accès à des installations sanitaires, du matériel de prévention (préservatifs, seringues), des soins infirmiers, une écoute et des services sociaux et/ou juridiques. L'occasion peut être mise à profit pour engager un suivi social et sanitaire avec l'aide d'une équipe pluridisciplinaire.

Buprénorphine haut dosage (BHD) / Subutex[®]

Molécule opiacée agoniste et antagoniste de la morphine disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) dans les traitements substitutifs des pharmacodépendances majeures aux opiacés depuis 1995. La BHD est disponible sous le nom de marque Subutex[®] sous forme de comprimés destinés à un usage sublingual. La prescription du produit doit se faire sur ordonnance sécurisée pour un maximum de 28 jours avec des délivrances fractionnées par 7 jours. La BHD neutralise partiellement les effets de l'héroïne et calme le syndrome de manque. Elle n'expose pas à un risque de tolérance mais donne lieu à une dépendance physique. Son classement comme produit stupéfiant est actuellement en discussion.

Cannabis

Plante comprenant plusieurs espèces, le cannabis est surtout connu pour la production de marijuana (herbe), de résine (haschisch) et d'huile de cannabis. La teneur en principe actif (Delta9-tétrahydrocannabinol ou Delta9-THC) est très variable selon les zones de production, les parties de la plante utilisées et le degré de « coupe ». Le plus souvent fumé sous forme de cigarette (joint), le cannabis peut être consommé sous forme de gâteau (« space-cake ») ou d'infusion, ces modes de consommation restant très marginaux. Souvent classé parmi les hallucinogènes, il possède des effets euphorisants, désinhibants, relaxants. La substance peut induire une dépendance psychique chez les consommateurs quotidiens. Le Delta9-THC est classé comme produit stupéfiant en France.

Champignons hallucinogènes

Champignons contenant des substances hallucinogènes. Ils induisent des distorsions des perceptions sensorielles, voire des hallucinations. Il existe de nombreuses espèces, certaines proviennent de l'étranger (Hawaï, Colombie, Mexique...), d'autres poussent en France. Ils sont presque exclusivement utilisés par voie orale soit tel quel, soit au sein d'une préparation culinaire. Les champignons les plus consommés en France sont les psilocybes. Ils n'induisent pas de dépendance. Les genres stropharia, conocybe et psilocybe sont classés comme produits stupéfiants.

Cocaïne

Stimulant obtenu chimiquement à partir de la feuille de coca (chlorhydrate de cocaïne). Le chlorhydrate de cocaïne se présente sous forme de poudre blanche, généralement sniffée et parfois fumée ou injectée ; on peut également le trouver sous forme de crack. La consommation de cocaïne induit une stimulation importante de la vigilance, une sensation d'accélération de la pensée et entraîne une dépendance psychique forte. La substance, quelle que soit sa forme, est un produit classé comme stupéfiant en France.

« *Cocaïne base* » Voir crack

Codéine

Médicament opiacé, dérivé synthétique de la morphine et utilisé comme analgésique soit seul (Dicodin®, Codenfan®) soit combiné à d'autres molécules (exemple : Codoliprane®), ou contre la toux à doses très faibles (exemple : Néo-Codion®). Les comprimés sont avalés, parfois injectés. En cas d'injection, l'action pharmacologique de la codéine et ses effets sont comparables à ceux de la morphine ; administrée par voie orale, elle développe une action analgésique environ dix fois plus faible. L'accès possible à plusieurs de ces médicaments sans prescription a permis à certains héroïnomanes, surtout avant l'accès aux traitements de substitution, de

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

les utiliser comme substitut à l'héroïne (mais cela nécessitait des quantités très importantes). La codéine est classée comme stupéfiant en France.

Crack

Stimulant obtenu par adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque à du chlorhydrate de cocaïne. Le produit est également dénommé « free-base » ou « cocaïne base » par les usagers. Il est généralement fumé mais peut aussi être inhalé (pipe), plus rarement injecté (après avoir été dissous dans de l'eau additionnée à un milieu acide). Le crack se présente sous forme de « galette » aisément débitable en morceaux (dits « rochers » ou « cailloux »). Le produit provoque une sensation fulgurante de flash plus puissante que celle induite par la cocaïne. La dépendance psychique s'installe plus rapidement qu'avec la cocaïne. Cette forme dérivée de cocaïne est un produit classé comme stupéfiant.

Crystal Voir Ice

Datura stramonium

Plus connue en Europe sous l'appellation « herbe au diable » les feuilles de cette plante sont utilisées en infusion ou fumées pour leurs propriétés hallucinogènes. Les espèces de *datura stramonium* sont répandues sur tous les continents. Cette plante a longtemps été utilisée comme médicament, notamment contre l'asthme (sous forme de cigarettes) mais son utilisation pharmaceutique est interdite depuis 1992.

Disponibilité perçue

Présence globale d'une substance dans un espace géographique donné. Cette disponibilité est dite perçue dans la mesure où elle est appréciée par les observateurs sentinelles participant au projet TREND. Cette appréciation peut être parfois en décalage avec une réalité souvent difficile à appréhender compte tenu du caractère illicite de la plupart des substances. C'est la raison pour laquelle nous faisons appel à plusieurs observateurs sentinelles sur chacun des sites choisis.

Ecstasy

Dénomination la plus fréquente pour des comprimés dont le principe actif est la MDMA.

Errants (usagers errants)

Population jeune, aux conditions de vie souvent précaires, poly consommatrice, fréquentant l'espace festif alternatif mais recourant aussi, de manière plus ou moins fréquente aux dispositifs sociaux et sanitaires d'urgences présents dans les centres des grandes villes. Ils présentent la particularité d'être visibles dans les deux

espaces d'investigation du dispositif TREND. Les « errants » se distinguent des « nomades » par le caractère davantage subi de leur situation et une moindre maîtrise de l'ensemble de leurs pratiques [10].

Expérimentation

Avoir consommé une substance psychoactive au moins une fois dans sa vie.
« Free-base » Voir crack.

Hallucinogène (ou psychodysléptique)

Substance psychoactive dont l'usage est recherché pour sa capacité à induire des distorsions des perceptions en agissant sur les neurones du cerveau. Celles-ci peuvent être visuelles, auditives, spatiales, temporelles ou concerner la perception que l'individu a de son propre corps. La plupart des hallucinogènes sont des végétaux ou des alcaloïdes extraits de ceux-ci et, plus rarement, des produits obtenus par synthèse chimique. On distingue : les phényléthylamines (mescaline, ecstasy à forte dose), les dérivés indoliques (DMT, psilocybine, ayahuasca, LSD) ou d'autres hallucinogènes à structures diverses : sauge divinatoire, cannabis, poppers, kétamine. L'alcool est souvent classé dans ce groupe. Les hallucinogènes n'entraînent ni dépendance, ni tolérance.

Héroïne

Molécule opiacée, synthétisée à partir de la morphine, elle-même produite à partir du pavot. Introduite en 1878 en thérapeutique humaine dans les traitements de la douleur, sous le nom de Héroïne[®], mais également en tant que médicament de substitution de pharmacodépendance à la morphine, son usage médical a rapidement été interdit. L'héroïne peut se présenter sous forme de poudre blanche (sel acide) ou marron (sel basique). Elle peut être injectée en intraveineuse, fumée ou sniffée. Les propriétés pharmacologiques de l'héroïne, substance sédatrice, sont comparables à celles de la morphine mais elle agit plus vite, plus intensément et plus brièvement. Du fait de sa forte capacité à générer une dépendance psychique et physique ainsi qu'une tolérance, elle est devenue dans les années 1970 le principal produit illicite d'addiction en France. L'héroïne est un produit classé comme stupéfiant en France.

Ice

Dénomination populaire d'une forme cristallisée de la méthamphétamine, plus facile à fumer que la forme poudre. Elle se présente en général sous forme de cristaux transparents dont elle tire son nom (« glace » ou « crystal »). Les usagers dénomment parfois par erreur « ice » ou « crystal » d'autres substances lorsqu'elles sont sous forme de cristaux.

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

Kétamine

Produit hallucinogène utilisé en France, en anesthésie vétérinaire et humaine (chlorhydrate). Les cauchemars ou hallucinations consécutifs aux anesthésies ont conduit à une forte réduction de son utilisation en médecine humaine. Ce sont en partie ces sensations d'hallucinations qui amènent certaines personnes à utiliser la kétamine de manière récréative. On la trouve le plus souvent sous forme de poudre, parfois sous forme liquide. Elle est principalement sniffée, mais peut être avalée et beaucoup plus rarement injectée ou fumée. La kétamine est classée comme produit stupéfiant.

LSD (acide lysergique)

Hallucinogène synthétique, le LSD se présente le plus souvent sous forme de buvard destiné à être avalé. Plus rarement, on le trouve sous forme de micropointes ou de liquide (« gouttes »). Il a accompagné le mouvement psychédélique et la montée de la contre-culture américaine des années 1960-1970. Ce produit n'entraîne ni dépendance, ni tolérance. Le LSD est classé comme stupéfiant en France.

MDMA

Ou Méthylène-dioxy-3,4-méthamphétamine. Principe actif de l'ecstasy, il s'agit d'une molécule appartenant à la famille des amphétaminiques. Son usage s'est développé en Europe parallèlement à celui de la culture techno. Les dénominations sont variées, reprenant souvent le logo ou la couleur du comprimé. Si la forme dominante est le comprimé, un développement de poudres supposées contenir de la MDMA a récemment été observé. La MDMA est avalée dans 9 cas sur 10, rarement fumée ou injectée. Les effets recherchés sont un renforcement de la résistance physique pour pouvoir faire la fête plus longtemps et un effet empathogène pour se sentir mieux avec les autres. La MDMA est un produit sédatif à doses modérées et hallucinogène à fortes doses. Elle est classée comme stupéfiant en France.

Médiane

Valeur d'une série statistique ordonnée qui la partage en deux groupes de même effectif (par exemple, le prix médian d'un ensemble d'échantillons d'un produit partage la série en deux : 50 % des échantillons observés sont moins chers et 50 % sont plus chers).

Médicaments psychotropes

Médicaments dont l'effet recherché est de modifier le psychisme. Les principales classes de médicaments psychotropes sont : les hypnotiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les neuroleptiques et les thymo-régulateurs (régulateurs de l'humeur). Les médicaments psychoactifs constituent une classe plus large que les psychotropes. Lorsque l'on ne parle pas des médicaments, les mots « psychotrope » et « psychoactif » ont la même signification.

Méthadone

Molécule agoniste des récepteurs opiacés disposant d'une Autorisation de mise sur le marché pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. Elle est disponible en France sous forme de flacons de sirop de différents dosages. Sa prescription doit se faire sur ordonnance sécurisée pour un maximum de 14 jours avec des délivrances fractionnées par 7 jours. La prescription initiale de méthadone doit être faite par un médecin exerçant en Centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) ou en hôpital. La méthadone est un médicament classé comme stupéfiant.

Méthamphétamine

Les dénominations les plus connues de cette molécule amphétaminique sont ice (cristal de méthamphétamine appelé encore crystal) et yaba (comprimés de méthamphétamine). Les effets stimulants de la méthamphétamine sont plus puissants et plus durables que ceux de l'amphétamine. La consommation chronique entraîne une dépendance psychique et une augmentation des doses consommées. La méthamphétamine est classée comme stupéfiant.

Morphine (sulfate de)

Molécule agoniste opiacée disposant d'une Autorisation de mise sur le marché pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits analgésiques. Le traitement est disponible sous forme à action brève et sous forme à action prolongée (Moscontin LP® et Skenan LP®). Les présentations d'action prolongée sont parfois utilisées comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. La morphine est un sédatif classé comme stupéfiant.

Nomades (usagers nomades)

Population jeune, aux conditions de vie souvent précaires, poly consommatrice, fréquentant l'espace festif alternatif mais recourant aussi, de manière plus ou moins fréquente aux dispositifs sociaux et sanitaires d'urgences présents dans les centres des grandes villes. Ils présentent la particularité d'être visibles dans les deux espaces d'investigation du dispositif TREND. Les « nomades » se distinguent des « errants » par le caractère choisi et revendiqué de leur forme de vie et une meilleure maîtrise de l'ensemble de leurs pratiques qui apparaissent dans l'ensemble moins subies que choisies [10].

Opiacés

Famille de produits obtenus à partir de l'opium, produit sédatif d'origine naturelle provenant de cultures de pavot (*Papaverum somniferum*). Leurs effets au niveau de la cellule sont transmis par des récepteurs spécifiques (opiorécepteurs). Leur action peut être agoniste et/ou antagoniste à l'opiacé de référence (la morphine). Outre la

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005

morphine, l'héroïne, la codéine, la méthadone, la buprénorphine haut dosage, la nalorphine, la naloxone et la naltrexone sont des opiacés. Une des caractéristiques majeures de certains opiacés est leur capacité à induire une dépendance psychique et physique.

Opium

Suc épais obtenu par incision, avant la maturité du fruit, des capsules d'un pavot. L'opium a donné lieu au XIXe siècle au développement d'une toxicomanie spécifique, l'opiomanie. En France, avant la première guerre mondiale, il était moins coûteux de recourir à l'opium qu'aux alcools forts. La loi du 12 juillet 1916 a mis un terme à la consommation du produit dans les fumeries. En pratique, l'opium est traditionnellement fumé ou inhalé sous forme de vapeurs, plus rarement ingéré (généralement pour une utilisation thérapeutique) ou prisé (pour la poudre d'opium).

Polytoxicomanie

Conduite toxicomane associant de façon simultanée ou séquentielle la consommation de plusieurs substances psychoactives. Ce comportement a des conséquences d'autant plus redoutables que les signes caractéristiques de l'usage d'un seul produit ne sont plus visibles. Le diagnostic clinique devient alors difficile à établir en cas d'intoxication aiguë. Le traitement de ces intoxications est également souvent délicat.

Primo-usagers de BHD

Personne ayant utilisé la BHD comme premier opiacé sans avoir jamais consommé d'héroïne auparavant.

Programme d'échange de seringues (PES)

Mise en œuvre d'une distribution de seringues à l'unité ou de trousse de prévention dans des lieux fixes (associations, pharmacies) ou mobiles (bus, équipes de rue). Par extension, sont nommés PES les lieux où sont distribuées les seringues. Ces programmes ont été mis en place à la fin des années 1980.

Psilocybine

Hallucinogène d'origine naturelle, issu des champignons de type psilocybe. La psilocine et la psilocybine sont classées produits stupéfiants en France.

Psychoactif(ve) (produit, substance)

Qui agit sur le psychisme en modifiant le fonctionnement du cerveau, c'est-à-dire l'activité mentale, les sensations, les perceptions et le comportement. Au sens large, beaucoup de produits possèdent un effet psychoactif (chocolat à forte dose et café par exemple), mais tous ne posent pas problème. Dans un sens plus restreint,

les substances psychoactives sont celles dont l'usage peut être problématique. On classe habituellement les substances psychoactives en trois catégories : les sédatifs, les stimulants et les hallucinogènes. En dehors du cas particulier des médicaments (voir médicaments psychotropes), les termes psychotropes et psychoactifs ont la même signification.

Rachacha

Résidu d'opium obtenu par transformation artisanale du pavot. Cet opiacé se présente sous forme de pâte molle de couleur marron ou rouge qui peut être fumée (voie pulmonaire) ou ingérée en décoction (voie orale). Ce produit est classé comme stupéfiant.

Rose des bois

Plante qui produit des graines qui contiennent, entre autres, un principe actif hallucinogène, le LSA (D-Lysergic acid amine ou ergine), proche chimiquement du LSD. Les graines sont utilisées en petites quantités par mastication, mais elles se prêtent aussi à une extraction, aisée, du LSA. Les effets induits par le LSA durent entre 6 et 8 heures. Le classement du LSA comme stupéfiant est actuellement en discussion.

Salvia divinorum (ou sauge divinatoire)

Plante appartenant aux nombreuses espèces de sauge (salvia). Elle doit son nom à ses effets hallucinogènes. Les feuilles fraîches de la sauge peuvent être mâchées, chiquées ou infusées. Une fois séchées, elles peuvent être fumées (avec une pipe à eau ou mélangée avec du tabac), ou encore réhydratées et mâchées. La salvinorine A, contenue dans la plante, est classée comme stupéfiant.

Stimulants (ou psychoanaleptiques)

Produit qui ont pour particularité d'augmenter l'activité psychique. Les principales substances addictogènes stimulantes sont la cocaïne (dont crack), les amphétamines (dont l'ecstasy à doses modérées). D'autres produits sont considérés comme des stimulants mineurs : caféine et nicotine par exemple.

Structure de première ligne

Structure d'accueil pour les usagers de drogues dites de « bas seuil », c'est-à-dire qu'elles appliquent des critères d'admission à faible niveau d'exigence. Ces structures offrent des prestations à des toxicomanes qui ne souhaitent ou ne peuvent pas suivre une prise en charge classique. Elles assurent également des activités liées à la promotion de la santé et à la réduction des dommages : il s'agit par exemple des boutiques, des programmes d'échange de seringues...

Stupéfiants (produits ou substances)

Substance inscrite dans l'une des listes de stupéfiants telles qu'elles sont été définies par la Convention unique de 1971 sur les stupéfiants. Si ces derniers constituaient initialement un groupe de substances réunies par leur propriété commune à inhiber les centres nerveux et à induire une sédation de la douleur (opiacés essentiellement), ils rassemblent aujourd'hui, au sens juridique, un ensemble de produits, variables quant à leur structure, leurs propriétés pharmacologiques et leur capacité à induire une pharmacodépendance. Les critères de classement d'une substance comme stupéfiant reposent sur deux principes : son potentiel à induire une pharmacodépendance et les dangers qu'elle représente pour la santé publique.

Surdose

Intoxication aiguë, à l'issue parfois fatale, découlant de la consommation d'une drogue.

Synthèse (drogue, produit ou substance de)

Droque produite artificiellement et non extraite de végétaux. Couramment, le terme de « drogues de synthèse » constitue l'appellation générique de diverses drogues spécifiquement conçues (synthétisées) pour leurs effets euphorisants, stimulants ou psychodysléptiques par exemple : LSD, ecstasy, kétamine, dérivés du fentanyl, GHB... Ces produits se présentent généralement sous la forme de comprimés ou de gélules.

Traitement de substitution aux opiacés

Modalité de traitement médicamenteux d'un sujet dépendant, reposant sur l'administration d'une substance ayant une activité pharmacologique similaire à celle de la drogue addictive (l'héroïne ou un autre opiacé en l'occurrence). La substitution vise à stabiliser la consommation d'opiacés illicites ou, pour le moins, à la diminuer, à insérer le patient dans une logique de soins psychiques et physiques. En limitant ou en supprimant le manque psychique (besoin compulsif de consommer le produit illicite), elle permet d'échapper aux risques de cette consommation et offre surtout un répit qui facilite l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de vie. Depuis 1995, les médecins disposent de deux médicaments : la méthadone et la buprénorphine haut dosage. Quelques rares patients sont également traités avec des sulfates de morphine, mais il n'existe pas pour ce dernier médicament d'Autorisation de mise sur le marché.

Usage récent

Consommation d'une substance psychoactive au moins une fois dans les 30 derniers jours.

Yaba

Forme de méthamphétamine répandue en Asie du Sud-Est.

Citation recommandée

CADET-TAIROU (A.), GANDILHON (M.), TOUFIK (A.), EVRARD (I.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005 - Septième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2007, 105 p.

**Observatoire français
des drogues et des toxicomanies**

3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La plaine Cedex
Tel : 01 41 62 77 16
Fax : 01 41 62 77 00
Courriel : ofdt@ofdt.fr