

Le dispositif TREND n'a pas pour vocation d'informer sur tout et à tout moment. L'observation est orientée de manière prioritaire vers les usagers des produits illicites dont la prévalence dans la population française est trop faible pour permettre une observation de qualité par les enquêtes épidémiologiques classiques en population générale. Il est aussi principalement dédié aux phénomènes émergents, lesquels recouvrent soit des phénomènes nouveaux, soit des phénomènes préexistants mais inconnus jusqu'alors.

ISBN : 2-11-092882-4

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001

Rapport TREND

Juin 2002

Pierre-Yves BELLO
Abdalla TOUFIK
Michel GANDILHON
Isabelle GIRAUDON

Tome I

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001

Rapport TREND

Juin 2002

**Pierre-Yves BELLO
Abdalla TOUFIK
Michel GANDILHON
Isabelle GIRAUDON**

CONTRIBUTION

Directeur de publication

Jean-Michel Costes, directeur de l'OFDT

Responsable du projet

Pierre-Yves Bello, chargé d'étude OFDT

Rédaction du rapport

Pierre-Yves Bello

Abdalla Toufik, chargé d'étude OFDT

Michel Gandilhon, chargé d'étude OFDT

Isabelle Giraudon, chargée d'étude OFDT

Secrétariat

Valérie Mouginot, OFDT

Membres de la commission TREND du Collège scientifique de l'OFDT

Président : Antoine Lazarus

Sylvain Dally, Alain Epelboin, Claude Jacob, Marc Valleur,

Bernard Petit, Vincent Weiler

Experts auprès de la commission TREND

Jean-Pierre Council (OCRTIS)

Julien Emmanuelli (INVS)

Étienne Matter (ASUD)

Thierry Charlois (Techno Plus)

Membres du réseau TREND-SINTES

Site Bordeaux

Équipe de coordination

Jean-Michel Delile, coordinateur

Anne-Cécile Rahis, chargée de mission
Catherine Guivernau

Enquêteurs

Nicolas Bourguignon
Laurence Duprat
François Dry

Équipe SINTES

Christian Laine, Béarn Toxicomanies
Michel Castagné, ARIT
Éric Fabres, SOS Drogues international
Laurent Decoust, AVAPT
Éric Barbier, Oc Drogue
Thomas Guerlach, CEID

Site Dijon

Équipe de coordination

Gérard Cagni, coordinateur
Florence Romano, co-coordinatrice

Enquêteurs

Brahim Ryachi
Stéphane Adam

Équipe SINTES

Brahim Riyachi
Stéphane Adams
Florence Romano

Site Lille

Équipe de coordination

Madiou Sampil, coordinateur
Samantha Lopez, co-coordinatrice

Équipe SINTES

Spiritek

Ugo d'Alessandro
Sophie Langlois

Thierry M'Baye
Olivier Simon,
Alexandre Schiavo
Jean-François Cauche
Arnaud Timmerman
Arnaud Wittek

Site Lyon

Équipe de coordination

Catherine Miachon, coordinatrice
Clotilde Hamant, co-coordinatrice

Site Marseille

Équipe de coordination

Marie Jauffret-Roustide, coordinatrice
Xavier Thirion, co-coordonateur

Enquêteurs

Hervé Richaud
Cédric Chater
Patricia Crépin
Nordine Frizi
Stéphanie Lombardo

Site Metz

Équipe de coordination

Olivier Romain, coordinateur
Catherine Bray-Tomassi, co-coordinatrice
Sylvie Balteau, référent médical
Yvon Schléret, soutien méthodologique, ORSAS-Lorraine

Site Paris Ile-de-France

Équipe de coordination

Sylvain Aquatias, coordinateur

Enquêteurs

Abderrahim Lahmer
Malika Tagounit
Daniel Grenier

Site Rennes*Équipe de coordination*

Marie-Pierre Briand, coordinatrice

Enquêteurs

Etienne Blin

Guillaume Poulingue

Site Toulouse*Équipe de coordination*

Serge Escots, coordinateur

Françoise Cayla

Georges Fahet

Marie Musset

Enquêteurs

Thibaut Bouillie

Saloua Chaker

Dominique Daubagna

Serge Escots

Josiane Sabatié

Départements d'outre-mer**Guyane***Équipe de coordination*

Monique Vallart, coordinatrice

Richard Edme, co-coordonateur

Pascale Nogues

Enquêteurs

Sandrine Louiset

Alfredo Flores Fuentes

Albert Chang-A-Tong

Martinique*Équipe de coordination*

Sylvie Merle, coordinatrice

Vanessa Boudan

Sandrine Chatenay

Jacques Rosine

Enquêteur

Roland Marie-Anne

Ile de la Réunion*Équipe de coordination*

Agnès Brissot, coordinatrice

Enquêteur

Jean-François Guignard

Autres participants à SINTES**Pour Médecins du Monde**

Patrick Beauverie (responsable de la mission XBT)

Nicolas Bonnet (coordinateur)

Jean-Luc Pradeille, Jérôme Debailleul, Jean-Pierre Daulouède, Virginie Dally, Etienne Delmas, Véronique Latour, Jérôme Sanchez, David Laffontas, Monique Marien, Guillaume Monnet, Sophie De Sousa, Caroline Gilles, Michèle Lucas, Pierre Sonnier, Sylvain Perrot, Béatrice Stambul, Didier Febvrel, Nicole Ducros, Thierry Lleba, Mady Mercier, Alexandre Thomas, Bastien Noel, René Baglioni, Céline Ochem, Damien Gauer, Philippe De Botton, Hans Gadelius, Patrick Arguimbau, Jérôme Reynaud, Jean-Jacques Bagoud, Daniel Kadyss, Stéphane Hakuka, Yann Bessières Valère Rogissard, Pierre Gay Le Maitre, Lionel Sayag, Sarah De Haro, André Bénézech, Pascal Perez, Akli Malek, Roberto Bianco-Levrin, Georges Lachazes, Frédéric Mazerand, Patrick Gassmann, Fabrice Herry, Nora Benour

Pour l'association LIBERTE

Jimmy Kempfer

Arnaud Solannet

David Garnier

Laboratoires d'analyse toxicologique

Jocelyne Arditti, laboratoire de toxicologie de l'hôpital Salvator à Marseille

Martine Chabrilat et le réseau des laboratoires des douanes

Huguette Chaudron et le réseau des laboratoires de la police scientifique

Samira Djeddar du CEIP de Paris

Martine Galliot-Guilley, laboratoire de toxicologie de l'hôpital Fernand-Widal à Paris
 Martine Perrin, laboratoire de l'IRCGN (gendarmerie nationale)

Le réseau ASUD

Etienne Matter, Fabrice Olivet, Alain Abina, Laurent Albrand, Djack Bagoud, Johann Caquelard, Pierre Chamborédon, Gilles Charpy, Nathalie Dupont, François Itard, Jimmy Kempfer, Sylvia Kynast, Marc Leudière, Fabienne Lopez, Guillaume Martin, Pascale Morandini, Mathieu Pastini, Sylvie Priez, Jean-Pierre Scholer, Nasser Tachougaft, Philippe Tessier, Yann Villars, Edmond Zdybal, Ben Bouchaïd, M. Martella, T. Schaffauer et les équipes de terrain d'ASUD.

Techno plus

Thierry Charlois et les équipes de Techno plus

Partenaires institutionnels

INVS

Julien Emmanuelli

CNAMTS

Dr M-N Damon (CNAMTS – Médecin conseil – Département Soins de Ville)
 Dr J. Guilhot (CNAMTS – Médecin conseil – Département Soins de Ville)
 Dr M. Ricatte (CNAMTS – Pharmacien conseil – Département produits sanitaires)
 Dr J. Beauvillain (Médecin conseil – ERSM Lille)
 Dr N. Carrie (Pharmacien conseil – ERSM Montpellier)
 Dr D. Claroux-Bellocq (Pharmacien conseil – ELSM Bayonne)
 Dr M. Gouello (Médecin conseil – ELSM Paris)
 Dr D. Haumesser (Médecin conseil – ELSM Metz)
 Dr H. Roussel (Médecin conseil – ERSM Toulouse)

CEIP

Xavier Thirion
 Carine Saillard
 et le réseau des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance

OFDT (Pôle des Enquêtes en population générale)

Stéphane Legleye

OCRTIS

Vincent Weiler

Investigations spécifiques

RAS LAB

Caroline Fontana
 Astrid Fontaine
 Sandy Queudrus
 Charles Vallette-Vialard
 Renaud Vischi

Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS)

Catherine Reynaud-Maurupt
 Céline Verchère
 Jérôme Reynaud

RECHERCHE ET SOCIETES (RES)

Sylvain Aquatias
 Laurent Boitel

Sont également remerciées

Charlotte Trabut, MILDT
 Alice Guiton, MILDT
 Chantal Gatignol, AFSSAPS
 Christine Barbier, DGS bureau SP3

Architecture informatique de la base SINTES

Bernard Legoueix, OFDT

Maquette et suivi de fabrication

Frédérique Million, OFDT

Les chargés d'études OFDT mobilisés sur le projet

Christophe Palle
 François Beck
 Patrick Peretti-Wattel
 Et toute l'équipe de l'OFDT

CONTRIBUTION	3
INTRODUCTION GÉNÉRALE	15
SYNTHÈSE TREND POUR L'ANNÉE 2001	23
1. LES CONSOMMATIONS ET LES PRODUITS	25
2. LES USAGERS	32
3. LES INVESTIGATIONS SPÉCIFIQUES	34
SYNTHÈSE GÉNÉRALE SUR LES PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS EN 2001	37
SYNTHÈSE GÉNÉRALE	37
INTRODUCTION	39
LES USAGERS	43
<i>Caractéristiques des usagers</i>	43
<i>Les consommations</i>	45
<i>Les modalités d'usage des produits</i>	51
<i>L'état de santé et les manifestations de comorbidité</i>	54
L'USAGE D'OPIACÉS	61
HÉROÏNE	63
<i>Usagers et modalités d'usages</i>	63
<i>Le produit</i>	69
BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE (SUBUTEX®)	73
<i>Usagers et modalités d'usage</i>	73
<i>Le produit</i>	77
LA MÉTHADONE	81
<i>Usagers et modalités d'usage</i>	81
<i>Le produit</i>	82

LES SULFATES DE MORPHINE	83	LES AUTRES BENZODIAZÉPINES (VALIUM [®] , XANAX [®] , STILNOX [®] , LEXOMIL [®] ET RIVOTRIL [®])	141
<i>Les usagers</i>	83	LE TRIHEXYPHÉNIDYLE (ARTANE [®])	143
<i>Le produit</i>	84	<i>Les usagers et modalités d'usage</i>	143
LE NÉOCODION [®]	85	<i>Le produit</i>	144
<i>Les usagers et modalités d'usage</i>	85		
<i>Le produit</i>	85		
LE RACHACHA	87		
		RÉSULTATS ISSUS DU SYSTÈME SINTES	147
L'USAGE DE STIMULANTS	89	DONNÉES ET ANALYSES DE LA BASE SINTES EN 2001	147
LA COCAÏNE ET LE CRACK	93	LE CONTENU DES ÉCHANTILLONS DE LA BASE SINTES DEPUIS 1999	148
<i>Usagers et modalités d'usage</i>	93	PRÈS DE 1 900 NOUVEAUX ÉCHANTILLONS COLLECTÉS EN 2001	148
<i>Le produit</i>	97	LES DONNÉES ISSUES DU RECUEIL SOCIO SANITAIRE	155
L'ECSTASY	103		
<i>Usagers et modalités de consommation</i>	103	VEILLE MÉDIA	159
<i>Le produit</i>	105	TRAITEMENT MÉDIATIQUE DE L'USAGE DE DROGUES À TRAVERS QUATRE MAGAZINES	160
LES AMPHÉTAMINES ET MÉTHAMPHÉTAMINES	109	IMAGE ET TRAITEMENT SPÉCIFIQUES À CHAQUE SUBSTANCE	167
<i>Usagers et modalités d'usage</i>	109	DESCRIPTION DES MAGAZINES	176
L'USAGE D'HALLUCINOGENÈS	113	INVESTIGATIONS SPÉCIFIQUES AU DISPOSITIF TREND EN 2001	179
LSD	115	LES NOUVEAUX USAGES DE L'HÉROÏNE, TREND, FRANCE, 2002	181
<i>Les usagers de LSD et les usages</i>	115	PREMIERS RÉSULTATS DE LA RECHERCHE EXPLORATOIRE SUR LES USAGERS INTÉGRÉS.	195
<i>Le produit</i>	116	LES CONSOMMATIONS DE PRODUITS PSYCHOACTIFS EN MILIEU FESTIF ROCK	219
LA KÉTAMINE	119	LA CONSOMMATION DE ROHYPNOL [®] HORS PROTOCOLE MÉDICAL, TREND, FRANCE, 2002	235
<i>Usagers et modalités d'usage</i>	119		
<i>Le produit</i>	121		
LES CHAMPIGNONS ET AUTRES HALLUCINOGENÈS D'ORIGINE NATURELLE	125		
LE GAMMA OH (GHB)	127		
LE PROTOXYDE D'AZOTE	129		
		LES SYSTÈMES PARTENAIRES	249
L'USAGE DE MÉDICAMENTS	133	SUBSTITUTION AUX OPIACÉS DANS CINQ SITES DE FRANCE EN 1999 ET 2000 : USAGERS ET STRATÉGIES DE TRAITEMENT	251
LE FLUNITRAZÉPAM (ROHYPNOL [®])	135	ÉLÉMENTS DE CADRAGE ISSUS D'ESCAPAD 2001	261
<i>Les usagers et modalités d'usage</i>	135		
<i>Le produit</i>	137		

NOUVELLES TENDANCES ISSUES D'OPPIDIUM EN 2001	271
TENDANCES EN MATIÈRE DE RÉDUCTION DES RISQUES CHEZ LES USAGERS DE DROGUES PAR VOIE IV AU 30/12/2001	277
ANNEXES	285
GLOSSAIRE	285
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	289

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT est un élément relativement récent du système français d'information sur les drogues. Il cherche à fournir des éléments de connaissance sur les phénomènes émergents liés aux usages de drogues. Ce troisième rapport annuel présente une synthèse des observations réalisées en 2001 en France.

Le système français d'information sur les drogues disposait de sources d'information variées. Toutefois, celles-ci portaient essentiellement sur les produits les plus diffusés (alcool, tabac, médicaments, cannabis) et souffraient de délais de production des résultats souvent importants. C'est sur la base de ce constat et sur le fait que pour certains phénomènes liés aux usages de drogues, une information précoce des acteurs pourrait permettre des réponses rapides et donc une meilleure protection des usagers de drogues et de la population en général, que le dispositif TREND a été conçu et mis en place, en complément des dispositifs d'information préexistants.

Celui-ci n'a pas pour vocation d'informer sur tout et à tout moment. L'observation est orientée de manière prioritaire vers les usagers des produits illicites dont la prévalence dans la population française est trop faible pour permettre une observation de qualité par les enquêtes épidémiologiques classiques en population générale. Il est aussi principalement dédié aux phénomènes émergents, lesquels recouvrent soit des phénomènes nouveaux, soit des phénomènes préexistants mais inconnus jusqu'alors.

Dans ce cadre, le dispositif TREND tente d'observer les évolutions à partir de six thématiques principales :

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

Les deux espaces principaux, mais non exclusifs, d'observation du dispositif TREND sont l'espace urbain et l'espace festif techno. L'espace urbain recouvre les usages et les modalités d'usages observables dans les structures d'accueil de bas seuil (boutiques et programmes d'échange de seringues), les centres de soins et les lieux « ouverts » : rue, squatt, etc. L'espace festif techno correspond aux lieux où se déroulent des événements festifs de culture « techno » quel que soit le type d'événement. Le choix de l'espace festif techno a été guidé, entre autres, par l'ouverture de nombre de ces acteurs à une observation objective permettant la mise en place et le développement de stratégies de prévention.

Le choix d'observer de manière suivie ces espaces et les personnes qui y évoluent permet la mise en évidence précoce d'évolutions, de phénomènes (positifs ou négatifs) ne concernant souvent qu'un nombre réduit d'individus. La mise en lumière de ces phénomènes doit permettre une réflexion objective, à plusieurs niveaux, sur les nécessités d'adaptation des comportements et des actions de chacun pour diminuer les dommages possibles. La focalisation des observations ne doit pas faire perdre de vue au lecteur les dimensions souvent réduites des populations observées. La plupart des phénomènes observés et présentés dans ce rapport ne sont que peu ou pas quantifiables à l'échelle de la population générale. Les fréquences d'usages des familles de produits qui sont étudiées concernent généralement une petite minorité de personnes. Afin de permettre une mise en perspective des phénomènes, des points de repères chiffrés ont été rédigés en tête de chacun des chapitres de la synthèse générale traitant d'une famille de produits.

Pour mener à bien sa mission, le dispositif TREND s'appuie sur des outils spécifiques de collecte, des investigations spécifiques et des systèmes d'information partenaires. Les outils propres de collecte sont le réseau des sites (treize sites), le système SINTES (analyses de drogues de synthèse) et la Veille média (analyse de contenu de médias jeunes adultes). Les investigations spécifiques portent sur l'approfondissement d'une problématique particulière ou l'exploration d'une population. Les systèmes d'information partenaires comprennent l'enquête OPPIDUM des CEIP (description annuelle des usagers de CSST), le système SIAMOIS de l'InVS (évolution des ventes de matériel d'injection et de produits de substitution), l'enquête ESCAPAD de l'OFDT (description annuelle des consommations chez les jeunes de dix-huit ans) et l'observation des produits de substitution par la CNAMTS et l'OFDT.

Le réseau des sites est composé de treize coordinations locales (Paris et le département de la Seine-Saint-Denis, Bordeaux, Dijon, Guyane, Lille, Lyon, Marseille, Martinique, Metz, Toulouse, Rennes et Ile de la Réunion). Mises en place au cours de l'année 2001, elles doivent assurer la constitution et le développement d'un

réseau local, la collecte et l'analyse des informations locales et la rédaction d'un rapport annuel de site. Des outils communs de collecte des informations ont été définis. Pour l'exercice 2001, le programme de travail comprenait des observations ethnographiques, des enquêtes qualitatives, des groupes focaux et une enquête transversale quantitative. Les observations ethnographiques portaient tant sur l'espace urbain que sur l'espace festif techno. Les enquêtes qualitatives impliquaient le remplissage d'un questionnaire semi-ouvert auprès d'équipes de structures de bas seuil et d'associations de santé communautaire ou de réduction des dommages en milieu festif techno. Les groupes focaux devaient consister en au moins un groupe focal avec des professionnels du champ sanitaire et au moins un avec des professionnels du champ répressif. De plus, certains sites ont réalisé des groupes focaux avec des usagers. Enfin, l'enquête transversale quantitative a été réalisée auprès d'usagers des structures de bas seuil des sites. Chaque site a une dynamique propre. Il est remarquable de constater que tout en ayant eu à assumer la mise en place ou la réorganisation d'un réseau local, toutes les coordinations ont rédigé un premier rapport de site dans des délais particulièrement courts. L'ensemble de ces rapports de sites constitue le second volume de ce rapport.

Dans le cadre du réseau des sites, des partenariats nationaux avec quatre associations ont été établis afin de réaliser des observations à l'échelon local et national en étroite relation avec les coordinations locales des sites TREND¹. La synthèse générale (voir Mémoire page 23) de ce premier volume présente les éléments clés à retenir de cette année d'observation.

La base de données SINTES vise à identifier, par le biais d'analyses toxicologiques de produits de synthèse, les nouvelles tendances (suivi épidémiologique) et les nouveaux produits (identification de molécules ou d'associations de molécules inconnues jusqu'alors). Les sources d'information du système SINTES sont constituées par :

- Un réseau de structures sociosanitaires chargées de collecter auprès des consommateurs des échantillons de drogues de synthèse et de remplir une fiche de contexte.

1. - Association Techno Plus : observations en milieu festif techno et plus particulièrement en région parisienne, Bretagne, Midi-pyrénées et Languedoc-Roussillon.
 - Association ASUD : observations en milieu urbain et plus particulièrement en région parisienne, Nord-Pas-de-Calais, PACA et Lorraine.
 - Association Liberté : observations en milieu festif et plus particulièrement en région parisienne.
 - RAS lab : observations en milieu techno et plus particulièrement en Bretagne, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et Ile-de-France.

Les collectes se déroulent dans neuf des dix sites métropolitains du réseau des sites TREND. Les échantillons collectés dans ce cadre sont analysés par l'un des cinq laboratoires partenaires.

■ Trois réseaux de laboratoires relevant des services de police, douanes et gendarmerie nationale fournissent, à intervalle régulier, à l'OFDT, la description, la photographie et les résultats des analyses toxicologiques d'échantillons de drogues de synthèse saisis.

Les principaux résultats de SINTES en 2001 sont présentés dans un chapitre spécifique du premier volume. Certains résultats portant sur des produits rares se trouvent uniquement dans la synthèse générale.

La Veille média cherche à identifier les représentations véhiculées sur les drogues et leur usage par la presse destinée aux jeunes (adolescents, jeunes adultes). En 2001, quatre publications lues par ce public ont été sélectionnées, dépouillées et analysées (voir p. 159). À terme, ce travail doit permettre, en complément des données portant sur les représentations des usagers recueillies par les sites, d'identifier des phénomènes émergents portant sur les représentations et les perceptions des produits. Ce premier exercice apparaît prometteur.

En complément de ces systèmes pérennes de collecte et d'analyse de données, la réalisation d'investigations spécifiques est prévue sur des phénomènes émergents et d'exploration de certaines populations. Cette année, quatre thèmes, les consommations en milieu festif rock, les usages de produits psychoactifs dans les populations dites intégrées, et en particulier en milieu professionnel, les nouveaux usagers d'héroïne, l'usage de Rohypnol® après le nouveau cadre réglementaire de prescription, ont fait l'objet de contributions particulières.

■ Les consommations en milieu festif rock est une recherche ethnographique menée en 2001 par l'association RES et visant à une première description des types et modalités de consommation dans ce milieu. Elle porte sur 44 événements musicaux et, au-delà d'une description claire des consommations et de leurs modalités, propose des hypothèses plus générales sur les consommations au sein d'un moment festif.

■ La recherche exploratoire sur les usagers intégrés s'est déroulée en 2001 par le biais de 41 entretiens semi-directifs avec des usagers travaillant et consommant des substances illicites autres que le cannabis par une équipe du RAS lab. Les interactions entre temps de travail et temps de consommations, les stratégies de gestion de ces interactions sont décrites. Ce travail est un premier abord d'une population fort peu visible habituellement et fort peu étudiée jusqu'à présent.

■ Le travail du GRVS sur les nouveaux usagers d'héroïne a pour objectif de décrire les processus sociaux et les représentations subjectives qui conduisent de jeunes usagers de substances psychoactives à consommer de l'héroïne. Les données analysées ont été recueillies par l'enregistrement d'entretiens en face-à-face. La description des caractéristiques sociodémographiques des personnes rencontrées et de leur rapport à la consommation d'héroïne permet de cerner quatre profils de nouveaux consommateurs et de mettre en exergue leur spécificité. L'exposé des pratiques de l'héroïne rend compte de l'examen des réseaux d'approvisionnement, du contexte de la première prise, des voies d'administration et des associations de substances. Enfin, la mise en valeur des représentations subjectives de l'héroïne chez ces jeunes consommateurs permet de mieux cerner le sens donné à ces nouvelles pratiques. Ce travail est un apport important à une meilleure compréhension d'un phénomène identifié au cours de l'exercice précédent de TREND.

■ La consommation de Rohypnol® détournée de son usage thérapeutique est une investigation également menée par le GRVS. L'objectif de l'étude est particulièrement lié à la restriction des modalités de délivrance de ce médicament. Les données analysées ont été recueillies par l'enregistrement d'entretiens en face-à-face. Les principales caractéristiques des personnes qui font usage du Rohypnol® hors protocole médical sont décrites (variables démographiques et sociales, consommation de substances psycho-actives), ainsi que leurs pratiques de cette substance (initiation, fonction du produit, contexte de consommation, voie d'administration). Un peu plus d'une année après le changement des modalités de prescription du flunitrazépam (Rohypnol®), on dispose d'une première description fine des consommateurs et des évolutions récentes.

Pour la première année, certains des systèmes d'information partenaires de TREND présentent une synthèse actualisée de leurs données respectives, permettant ainsi au lecteur de disposer de points de repères essentiels. En outre, ces informations ont contribué de manière importante à l'élaboration de la synthèse générale.

■ La contribution de l'Institut de veille sanitaire (InVS) nous présente les données du système SIAMOIS. Il s'agit d'un système assurant un suivi des ventes de matériels d'injection et des traitements de substitution (méthadone, buprénorphine haut dosage). Les résultats présentés cette année fournissent un contrepoint quantitatif constructif aux données d'observation et d'enquêtes issues du réseau des sites sur la question de l'évolution des pratiques d'injection en France.

■ Après un remarquable effort pour réduire les délais entre la collecte (octobre 2001) et les premières analyses, l'équipe de coordination de l'enquête OPPIDUM (Observation des produits psychotropes illicites ou détournées de leur utilisation

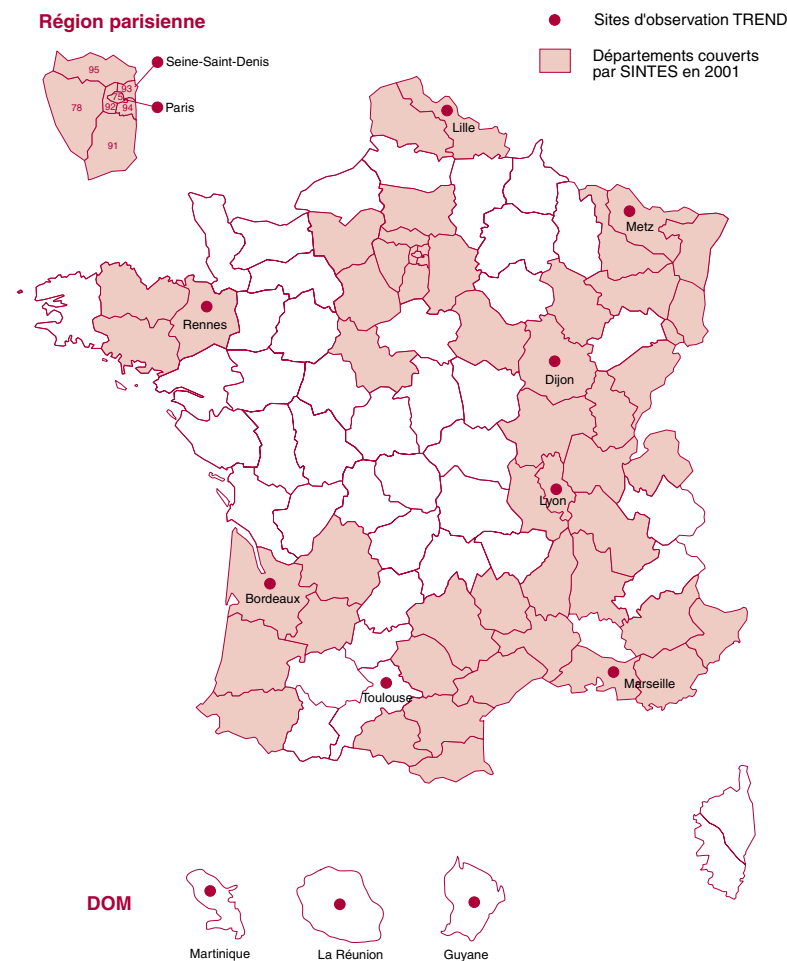
médicamenteuse) du réseau des CEIP (Centre d'évaluation et d'informations sur les pharmacodépendances) nous présente des résultats préliminaires constatés en 2001. Il s'agit d'une source d'information précieuse puisque décrivant, dans un délai court, des usagers fréquentant des structures de soins et leurs consommations récentes de produits.

■ Un partenariat entre la CNAMTS et l'OFDT a permis un premier exercice d'analyse des données de remboursement de traitements de substitution (méthadone et buprénorphine haut dosage) de 1999 et 2000 sur cinq des dix sites métropolitains de TREND. Les résultats présentés fournissent des repères sur la prise en charge, en médecine de ville, des personnes dépendantes de produits opiacés.

■ L'enquête ESCAPAD (Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense) réalisée chaque année, permet de décrire, entre autres, les consommations de produits psychotropes chez des jeunes de 18 ans. L'article rédigé par l'équipe OFDT en charge d'ESCAPAD fait une présentation des faits marquants de l'exercice 2001. De plus, les résultats d'ESCAPAD 2001 ont également contribué à l'élaboration de la synthèse générale et en particulier des parties « points de repères ».

Ce rapport est conçu de manière à permettre différentes modalités de lecture. Le memorandum reprend en quelques pages l'essentiel des constats issus de l'ensemble des données collectées en 2001 et suggère quelques recommandations. Une synthèse générale présente, en quelques dizaines de pages et cinq grands chapitres (les usagers, les opiacés, les stimulants, les hallucinogènes, les médicaments), les résultats issus des différentes sources d'information contribuant au système TREND. Enfin, des chapitres spécifiques présentent les sites, les thèmes et les systèmes d'information partenaires.

Figure 1 - Couverture géographique du dispositif TREND



SYNTHÈSE TREND POUR L'ANNÉE 2001

Ce mémorandum¹ présente une synthèse des données et des résultats issus du fonctionnement du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) en 2001. Ce dispositif (voir encadré page suivante) vise à identifier et décrire dans des délais les plus courts possibles les phénomènes émergents liés aux drogues. La mise en lumière de ces phénomènes doit permettre une réflexion objective, à plusieurs niveaux, sur les nécessités d'adaptation des comportements et des actions de chacun pour diminuer les dommages possibles.

Les deux espaces principaux, mais non exclusifs, d'observation sont l'espace urbain et l'espace festif techno. L'espace urbain couvre essentiellement le dispositif des structures d'accueil dites « de bas seuil » (boutiques et programmes d'échange de seringues), les centres de soins et les lieux « ouverts » (rue, squatt, etc) fréquentés par les usagers d'opiacés et de cocaïne. L'espace festif techno, pour sa part, correspond aux lieux où se déroulent des événements festifs de culture « techno » et ce quel que soit le type d'événement. Le choix de l'espace festif techno a été guidé notamment par la disponibilité de nombre de ces acteurs, impliqués pour la plupart dans des stratégies de prévention, à une observation objective de ce milieu. Dans ce cas, le champ réel d'observation est celui des consommateurs de drogues illicites fréquentant l'espace festif techno au sein duquel on rencontre également des non consommateurs. Cette remarque devra être mise en perspective avec les observations qui seront exposées tout le long du rapport afin de ne pas commettre d'interprétation erronée associant espace festif techno et consommation de drogues.

Le choix d'observer de manière suivie ces espaces et les personnes qui y évoluent permet la mise en évidence précoce d'évolutions ou de phénomènes (positifs ou négatifs) ne concernant souvent qu'un nombre réduit d'individus. La foca-

1. Ce mémorandum est également disponible sous la forme d'un tiré à part publié dans le cadre de « Tendances ». Le lecteur intéressé peut le commander à l'OFDT ou le consulter sur internet (<http://www.drogues.gouv.fr>, rubrique : « Pour en savoir plus/synthèse et dossiers thématiques »).

lisation des observations ne doit pas faire perdre de vue au lecteur les dimensions souvent réduites des populations observées. La plupart des phénomènes présentés dans ce rapport ne sont que peu ou pas quantifiables à l'échelle de la population générale. C'est pourquoi figure au début des chapitres consacrés aux « produits » et aux « usagers » un rappel des tendances générales sur l'usage de drogues illicites en France (voir « Drogues et Dépendances : indicateurs et tendances, édition 2002) afin de permettre une meilleure mise en perspective des évolutions ou des phénomènes détectés et décrits par le dispositif TREND en 2001.

LE DISPOSITIF TREND

Le dispositif de collecte s'appuie sur des outils propres de collecte, des investigations spécifiques et des systèmes d'information partenaires. Les outils propres de collecte sont le réseau des sites (treize sites), le système SINTES (analyses de drogues de synthèse) et la veille média (analyse de contenu de médias jeunes adultes). Les investigations spécifiques portent sur l'approfondissement d'une problématique particulière ou l'investigation d'une population. Cette année, le milieu festif rock et le milieu professionnel ont été investigués tandis que des approfondissements étaient réalisés sur les nouveaux usagers d'héroïne et les usagers de flunitrazépam (Rohypnol®). Les systèmes d'informations partenaires comprennent l'enquête OPPIDUM (Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse) des CEIP (description annuelle des usagers de CSST principalement), le système SIAMOIS (Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution) de l'InVS (évolution des ventes de matériel d'injection et de produits de substitution), l'enquête ESCAPAD de l'OFDT (description annuelle consommations chez les jeunes de dix-huit ans) et l'observation des produits de substitution par la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) et l'OFDT.

1. LES CONSOMMATIONS ET LES PRODUITS

Rappel sur les consommations en population générale

L'expérimentation (usage au moins une fois dans la vie), et plus encore la consommation actuelle (usage au cours des 12 derniers mois), de drogues illicites est marginale. En dehors du cannabis, dont la consommation s'est largement développée pendant les années 90, un Français sur cinq l'a déjà expérimenté, les autres produits ne concernent qu'une faible part de la population. Il semble toutefois que la tendance générale soit à la hausse (en particulier pour la cocaïne et le couple amphétamines-ecstasy), à l'exception notable de l'héroïne.

Fréquence en pourcentage de l'expérimentation de drogues illicites chez les 18 ans, 18-75 ans, les 18-25 ans et les 26-44 ans en 2000, par âge

	18 ans* garçons	18 ans* filles	18-75 ans**	18-25 ans**	26-44 ans**
Cannabis	55,7	45,2	21,6	46,8	31,7
Colles et solvants volatils	5,8	3,7	2,7	5,7	4,0
Cocaïne	2,5	1,3	1,5	2,2	2,5
LSD	2,3	1,3	1,5	2,9	2,3
Amphétamines	2,5	1,2	1,4	1,6	1,8
Ecstasy	5,0	2,7	0,8	2,8	0,9
Héroïne	1,0	0,8	0,7	0,9	1,2
Champignons hallucinogènes	6,9	2,5	0,4	0,6	0,5
Opium, morphine	-	-	0,3	0,1	0,3
Poppers	5,7	3,4	0,1	0,1	0,2

1) Termes employés lors de l'enquête.

Source* : ESCAPAD 2001

Source** : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

La consommation de drogues illicites touche avant tout les jeunes. Ainsi, la moitié des jeunes à l'âge de 18 ans et plus d'un tiers des 18-44 ans ont déjà consommé du cannabis au moins une fois au cours de la vie. Cette proportion d'expérimentateurs décroît avec l'âge ; elle n'atteint plus que 2,5 % des 55-75 ans. Par ailleurs, s'agissant plus spécifiquement des consommations à la fin de l'adolescence, telles qu'elles sont mesurées par l'enquête ESCAPAD (réalisée auprès de 12 512 jeunes de 18 ans passant leur journée d'appel à la défense), les niveaux observés, en 2001, sont similaires à ceux de 2000. En dehors de l'alcool, du tabac, du cannabis et des médicaments psychotropes, on observe que les produits à inhaler, le poppers et l'ecstasy sont expérimentés par 5 à 6 % des garçons et environ 3 % des filles.

L'expérimentation de drogues illicites est un comportement nettement plus masculin que féminin. À l'exception des amphétamines, pour lesquelles la différence selon le sexe n'est pas significative, les hommes sont, pour toutes les drogues illicites, deux à trois fois plus nombreux que les femmes à en avoir déjà consommé au cours de leur vie.

Les opiacés

Les observations issues du réseau des sites rapportent l'émergence d'usagers d'héroïne ayant un profil sensiblement différent de celui de l'héroïnomanie traditionnelle. Ces usagers seraient dans l'ensemble plus jeunes et moins marginalisés socialement. Les usagers récents (depuis moins de 5 ans) d'héroïne s'injectent moins et sniffent et inhalent plus que les plus anciens. À côté de cette population, le retour à la consommation d'anciens consommateurs est également rapporté.

Dans l'espace festif techno la consommation d'héroïne progresse sensiblement mais reste le fait d'une petite minorité. Elle conserve, en effet, une image de produit tabou. Les usagers ont surtout recours au sniff ou à l'inhalation ; l'injection demeure rare.

La majorité des usagers de buprénorphine haut dosage (Subutex®) observés au sein de l'espace urbain l'utiliseraient dans le cadre d'un protocole médical. Néanmoins, ce produit est de plus en plus disponible sur le marché noir et son prix y est en baisse par rapport à l'année précédente. Son image auprès des usagers se dégrade. Des éléments concordants issus de différentes sources d'information confirment l'existence d'usagers d'opiacés ayant commencé leur consommation de substances opiacées par la buprénorphine haut dosage.

La méthadone conserve une bonne image auprès des usagers. Elle semble le plus souvent utilisée dans le cadre d'un protocole médical. L'étude des données de la CNAMTS, sur cinq des dix sites métropolitains de TREND, montre des différences d'accès selon le lieu, le sexe et l'âge. Les femmes et les personnes de plus de 30 ans ont, toutes choses égales par ailleurs, une probabilité plus élevée d'être traitées par méthadone que par BHD que les hommes ou les moins de trente ans.

Les stimulants

L'augmentation de la fréquence de l'usage de cocaïne tant dans l'espace urbain que dans l'espace festif est confirmée. Son prix est en diminution par rapport à l'année 2000. La cocaïne et le crack continuent leur diffusion au sein de ces deux espaces. Cette diffusion entraîne une hétérogénéité croissante du profil des consommateurs. Les usagers récents de cocaïne utiliseraient des modes d'administration différents : ils s'injecteraient moins, snifferaient et inhaleraient plus que les plus anciens.

La forme fumable de la cocaïne (dénommée crack ou free-base) est observée sur un nombre croissant de sites ainsi que dans l'espace festif. La dénomination « crack » est essentiellement utilisée à Paris, en Guyane et aux Antilles.

Dans l'espace urbain, la consommation d'ecstasy et d'amphétamines est de plus en plus fréquente. Cette consommation est majoritairement occasionnelle et le fait d'une population plutôt jeune et diversifiée qui va de l'utilisateur de la structure de bas seuil à la personne « intégrée ». Ce constat traduit la porosité croissante entre l'espace festif et l'espace urbain en termes de consommation de produits.

Selon SINTES et les observateurs de terrain, le prix des comprimés et des échantillons de poudre d'ecstasy est en diminution. Le taux de MDMA par comprimé (63 mg) est également en diminution en 2001. La diversité des logos est en augmentation (plus de 200 dans SINTES en 2001). Un logo n'est pas la garantie d'une composition. En 2001 et début 2002, le PMA, le DXM et la tilétamine ont été identifiés pour la première fois au sein de SINTES.

La base de données SINTES

En 2001, 1876 échantillons ont été collectés soit à peu près la même quantité qu'en 2000 (1872) (voir tableau synthétique ci-dessous). La MDMA est la molécule la plus souvent retrouvée dans les échantillons de la base SINTES. Elle est présente dans 80 % des échantillons sous forme de comprimés.

Les produits présentés comme étant des drogues de synthèse contiennent, le plus souvent des molécules de la famille des amphétaminiques. C'est le cas de plus des trois quarts des échantillons collectés et saisis en 2001.

Les médicaments sont fréquents (9 %) et se diversifient de plus en plus, avec une centaine de spécialités médicamenteuses différentes identifiées depuis la mise en place du système de surveillance.

Forme et contenu des échantillons de la base SINTES collectés et saisis en France en l'an 2001

	Comprimés	Gélules	Poudres	Liquides	Buvards	Total
MDMA	80%	27%	24%	12%	30%	69%
Amphétamines	4%	6%	17%	0%	0%	6%
Ephédrine et Pseudo-éphédrine	1%	20%	3%	0%	0%	2%
Tous amphétaminiques*	84%	47%	41%	12%	30%	76%
Cocaïne	<1%	3%	9%	0%	7%	2%
Caféine	7%	13%	31%	12%	0%	10%
Anesthésiques **	<1%	0%	11%	10%	0%	2%
Hallucinogènes ***	0%	0%	0%	0%	30%	<1%
Substances médicamenteuses	5%	28%	24%	18%	26%	10%
Absence de substance psychoactive	8%	25%	24%	41%	22%	12%
Nombre total	1388	71	230	17	27	1733

* MDMA, MDEA, MDA, Amphétamines, Ephédrine et Pseudo-éphédrine

** Kétamine, lidocaïne, Gamma OH

*** LSD, Psylobine, Psylocibine

L'absence de principe actif n'est pas rare. En effet pour un échantillon sur huit il n'en a pas été retrouvé.

Pour la première fois, des informations, qui restent à confirmer, sur la disponibilité restreinte, en France, de substances vendues sous les appellations d'ice et de yaba ont été rapportées. La consommation rapportée semble cantonnée à un milieu, très minoritaire de l'espace festif.

Définition des nouvelles substances identifiées par SINTES

PMA (para-méthoxyamphétamine) : possède des propriétés hallucinogènes cinq fois plus importantes que la mescaline, ainsi que des propriétés stimulantes. La PMA, souvent vendue pour de l'ecstasy, est trois fois plus puissante que la MDA et apparaît plus toxique (hyperthermie, agitation, hypertension, etc.)

DXM (Dextrométhorphan) : antitussif opiacé dont l'usage détourné est connu et décrit depuis 25 ans aux Etats-Unis (utilisation détournée pour ses effets euphorisants hallucinogènes et dissociatifs).

Tiléramine (2-éthylamino-2-thien-2-cyclohexanone) : anesthésique vétérinaire de structure chimique semblable au PCP et à la Kétamine.

Ice (Dexméthamphétamine) : forme fumable de la méthamphétamine. Cette substance doit son nom à son apparence qui lui fait ressembler à du cristal transparent. Ces effets seraient plus puissants que ceux habituellement reconnus aux amphétamines et engendreraient un comportement agressif et paranoïaque ainsi que des hallucinations auditives. Les effets durent de 8 à 24 heures.

Yaba : dérivé amphétaminique connu depuis plus de trente ans en Thaïlande. Cette substance se présente sous la forme de comprimés et produit des effets hallucinogènes intenses susceptibles d'être accompagné de troubles psychiatriques graves.

Les hallucinogènes

On observe, au sein de l'espace urbain, une consommation en augmentation de produits hallucinogènes (LSD et kétamine). Cela ne concernerait encore qu'un public restreint plutôt jeune, fortement polyconsommateur. Il s'agit pour l'essentiel d'usages occasionnels.

Dans l'espace festif, la situation diffère selon les produits. Le LSD, les champignons et le GHB ne semblent pas connaître de modifications par rapport à l'année précédente. La consommation de kétamine s'étend à de nouvelles régions tout en étant moins présente dans les régions où elle était déjà rapportée.

L'usage de protoxyde d'azote devient rare. Cette évolution est rapportée sur tous les sites et serait liée, en particulier, à l'action des organisateurs d'événements festifs techno.

La demande de substances hallucinogènes d'origine naturelle connues (champignons) ou nouvelles (Salvia divinorum, ayahuasca) serait en augmentation. Ce phénomène serait lié à la crainte des effets non désirés des drogues de synthèse, conséquence partielle des campagnes de prévention et à l'inverse, à l'image « saine » des produits d'origine naturelle.

Les médicaments psychotropes

Le flunitrazépam (Rohypnol®), malgré une diminution modérée de la disponibilité signalée sur plusieurs sites, demeure le médicament psychotrope le plus détourné de son usage dans l'espace urbain. Il existe un glissement de l'approvisionnement de la prescription vers le marché parallèle. Le nombre global d'usagers semble diminuer. Une investigation en cours (14 entretiens à ce jour) identifie trois principaux profils d'usagers : les passifs, les polyconsommateurs, les occasionnels. Les « passifs » sont inclus dans un programme de substitution et respectent leurs prescriptions médicales. Les « polyconsommateurs » sont des personnes qui consomment quotidiennement des benzodiazépines non prescrites. Les « occasionnels » sont des personnes qui consomment des benzodiazépines de façon ponctuelle, elles sont généralement substituées. Le Rohypnol® peut-être utilisé comme sédatif, comme désinhibiteur ou enfin comme « démultiplicateur » de l'effet d'un autre produit.

Le trihexyphénidyle (Artane®) reste un produit peu utilisé. Un début de consommation, en dehors des sites de Paris et de l'Ile de la Réunion où il existait déjà une tradition d'usage, se déroulerait sur certaines sites.

L'espace festif quant à lui apparaît peu touché par le détournement de médicaments psychotropes. Seul le site de Paris signale une consommation d'alprazolam (Xanax®) et de bromazépam (Lexomil®) dans le but de gérer la descente de cocaïne notamment.

2. LES USAGERS

La plupart des données relatives aux usagers de drogues collectées par le dispositif TREND, que ce soit par les enquêtes sui generis impulsées par le dispositif ou les données issues des différents dispositifs sanitaires, concernent les personnes évoluant dans l'espace urbain, à savoir celles qui fréquentent les centres de soins et les structures de bas seuil. S'agissant des usagers qui évoluent dans l'espace festif, on ne dispose actuellement que de peu de données quantitatives.

Les usagers de l'espace urbain

Données générales

Il est nécessaire de clairement différencier les « consommateurs de drogues illicites », principalement concernés par une consommation de type récréative, et les « consommateurs de drogues illicites à problèmes », susceptibles de subir des dommages importants sur le plan sanitaire social ou pénal. Ces derniers sont principalement liés aux consommations d'opiacés et de cocaïne. L'OFDT donne une fourchette d'estimations de 150 000 à 180 000 usagers d'opiacés ou de cocaïne à problèmes.

Les conséquences problématiques des usages de drogues illicites restent largement dominées par la consommation d'héroïne, qui demeure le principal produit à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales d'usagers de drogues illicites même si les usagers concernés sont très souvent polyconsommateurs, associant notamment la cocaïne, les benzodiazépines et l'alcool.

La très grande majorité des usagers d'opiacés pris en charge a déjà utilisé la voie intraveineuse (73 %). L'utilisation de ce mode d'administration est néanmoins en régression.

La mise en place des traitements de substitution et leur rapide montée en charge, au milieu des années 1990, a profondément modifié la prise en charge des usagers d'opiacés. Aujourd'hui, ceux-ci suivent, pour beaucoup d'entre eux, des traitements de substitution. Début 2001, on estime à 84 000 le nombre d'usagers d'opiacés sous traitement de substitution, la buprénorphine (74 000) étant plus souvent prescrite que la méthadone (10 000).

En l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible d'avoir un état des lieux complet sur la morbidité et la mortalité des consommateurs de drogues illi-

cites à problèmes. Si, la mortalité liée à l'usage des drogues illicites et l'infection par le VIH et les hépatites sont bien documentées, les autres domaines ne sont actuellement pas décrits. Ainsi, il est impossible de déterminer une tendance sur l'évolution de la comorbidité psychiatrique des toxicomanes alors que l'on peut en supposer l'importance.

La prévalence déclarée du VIH pour les usagers injecteurs poursuit la baisse entamée au début des années 1990 : 16 % en 1999 contre 23 % en 1994. En revanche, la prévalence déclarée du VHC pour les usagers injecteurs augmente et atteint un niveau très élevé : 63 % en 1999 contre 51 % en 1994.

Le nombre de décès liés à l'usage de drogues, repérés par le système sanitaire ou par les services de police, a fortement diminué depuis 1994. Ainsi, le nombre de décès par surdose constatés par la police a été divisé par près de cinq entre 1994 (564 décès) et 2000 (120 décès). La part de ces décès liés à l'héroïne diminue mais reste encore majoritaire (6 sur 10).

Les évolutions positives constatées dans la seconde moitié des années 1990 sont à mettre en rapport avec la forte augmentation du nombre d'usagers sous traitement de substitution, l'amélioration de l'accessibilité au matériel d'injection et la diminution des pratiques d'injection intraveineuse durant la même période.

Les usagers observés au sein de l'espace urbain sont principalement des hommes jeunes ayant des conditions de vie difficiles en termes de ressources, de logement et de couverture sociale. Au sein de cette population la consommation de plusieurs produits au cours du dernier mois est majoritaire. Des consommations importantes d'alcool (à partir de 4 verres d'alcool par jour) sont très fréquentes (plus de 50 %).

Les modes d'administration

La concordance de plusieurs sources vont dans le sens d'une diminution globale de l'usage de la voie injectable par les usagers de drogues de l'espace urbain en 2001, en France. Cela permet de penser qu'une partie importante de la baisse concomitante de la consommation de seringues est liée à cette modification des

pratiques des usagers. Chez les jeunes usagers (moins de 25 ans), la prévalence déclarée du VIH est basse (2 %) et celle du VHC reste élevée (30 %), elles sont toutefois nettement inférieures à celles des usagers plus âgés. Cette évolution, au demeurant positive, ne saurait faire perdre de vue que la pratique de l'injection reste fréquente. La diversification, au sein de l'espace urbain, des modalités d'administration des produits se ferait essentiellement au profit du sniff et de l'inhalation. Elle serait la résultante de la conjonction de plusieurs facteurs :

- L'impact des actions et des messages de réduction des risques réalisés par les pouvoirs publics ou par les associations investies dans le champ : l'injection serait une pratique moins « valorisée » qu'auparavant. La perception du risque de contamination par les virus du sida et des hépatites B et C lié à l'injection et la stigmatisation de la seringue ont incité une partie des personnes pratiquant à diminuer ou à abandonner l'injection.

- Le développement de l'accessibilité des produits de substitution a libéré au moins une partie des usagers d'opiacés des contraintes de l'injection. L'utilisation de produits de substitution permet d'attendre et d'éviter l'achat et l'injection d'héroïne de piètre qualité.

- La sous-culture techno promeut essentiellement des modes d'administration non injectables, notamment le sniff et dans une moindre mesure l'inhalation. Du fait de son développement large, auprès des jeunes et au delà de l'espace festif techno, elle peut influencer les nouveaux consommateurs de produits et les consommateurs de l'espace urbain.

Les manifestations de co-morbidité

Les infections virales demeurent les pathologies les plus souvent diagnostiquées chez les toxicomanes pris en charge par les médecins généralistes. En 2001, parmi les usagers des structures de bas seuil, la plupart des personnes déclarent avoir réalisé un test de dépistage pour le VIH (82 %), pour le VHC (70 %) et pour le VHB (64 %). Parmi les usagers ayant pratiqué un dépistage et connaissant leurs résultats la prévalence déclarée est de 14 % pour le VIH, de 49 % pour le VHC et de 18 % pour le VHB.

Les manifestations de co-morbidité non liées à l'injection observées en 2001 semblent essentiellement en lien avec des conditions de vie précaires (tuberculose, dermatose, pneumopathies), la pratique de l'injection (infections virales, manifestations dermatologiques) et à la prise de produit (manifestations psychiatriques aiguës ou chroniques).

Les usagers de l'espace festif

S'agissant du profil des usagers de l'espace festif, on ne note pas de changement notable par rapport aux années précédentes. Plus spécifiquement, l'enquête ESCA-PAD a mis en évidence la corrélation entre la polyconsommation d'alcool, de tabac et de cannabis et la fréquence des sorties au cours de l'année, qu'elles soient musicales ou non. C'est le profil de sortie caractérisé par une fréquentation intensive des fêtes techno et des discothèques qui s'avère le plus consommateur, surtout pour les substances synthétiques comme l'ecstasy, les amphétamines et le LSD.

Les modes d'administration

Le sniff et l'inhalation demeurent les modes d'administration dominants dans l'espace festif techno loin devant l'injection. Celle-ci demeure en effet une pratique nettement minoritaire voire marginale.

Les manifestations de comorbidité

Des problèmes de saignements de nez, des nécroses nasales et des cas d'inflammation des muqueuses sont rapportés du fait du développement du sniff dans cet espace. L'apparition ou l'augmentation de l'observation de troubles de type psychiatrique chez les consommateurs de drogues de synthèse sont de plus en plus fréquemment rapportés.

3. LES INVESTIGATIONS SPÉCIFIQUES

Le traitement médiatique dans la presse jeune adulte

Le discours direct ou allusif sur les drogues de quatre magazines (*Max*, *L'Affiche*, *Technikart* et *Têtu*) destinés à un public de jeunes adultes a été analysé. Au cours des deux dernières années, le discours des médias en matière de drogues et de substances illicites à destination des jeunes s'est considérablement transformé en France. Dans un monde où le concept d'addiction s'élargit pour toucher le sexe, le travail, l'information, la consommation, il est logique que la dépendance aux drogues soit considérée comme une dépendance parmi d'autres. Mais plus qu'une simple relativisation, ce qui émerge du discours des médias

sélectionnés pour cette veille, c'est la revendication, plus ou moins manifeste, d'un « droit à la défonce pour M. tout le monde ». Les références constantes à l'actualité dite « people » ou culturelle vues sous l'angle de la consommation des personnes célèbres offre le double avantage d'un discours vendeur qui vise en même temps à décomplexer le lectorat.

L'autre caractéristique marquante du discours actuel des magazines, laquelle constitue en quelque sorte le complément du discours sur la défonce réside dans l'accent mis sur la maîtrise et le savoir. Beaucoup d'articles insistent en effet sur la nécessité de bien connaître les produits et d'arriver à un usage maîtrisé de ceux-ci. Ceci est la traduction du fait que cette presse s'adresse à un public de personnes plutôt bien insérées dans la société et pour lesquelles la prise de produits ne constitue le plus souvent qu'un intermède festif. Cette sociologie du lectorat se retrouve dans l'image des produits. En effet ceux qui sont les plus valorisés sont liés à l'univers de la fête et de la nuit (cocaïne, ecstasy) tandis que les substances dites de la rue (héroïne, crack) sont les plus stigmatisées. Il en va de même pour les modes d'administration où le sniff est largement valorisé tandis que l'injection reste taboue.

Les nouveaux usagers d'héroïne

L'étude ethnographique en cours (32 entretiens semi-directifs à ce jour) sur les nouveaux usagers d'héroïne montre l'existence de quatre profils d'usagers. Les « occasionnels » qui ont expérimenté l'héroïne parmi d'autres produits. Les « abusifs » qui présentent une consommation intense mais sans modification de leur trajectoire sociale professionnelle et de leur environnement relationnel. Les pharmacodépendants pour lesquels l'héroïne devient le premier produit de dépendance et perturbe leur vie quotidienne. Les « multi-addicts » pour lesquels la consommation d'héroïne vient réduire une souffrance liée à un autre produit. Ces nouveaux usagers arrivent à l'usage d'héroïne après d'autres consommations et sont très rapidement pris en charge à l'aide de traitement de substitution. L'injection est perçue comme difficile à gérer et est rejetée par la plupart des personnes. Un lien fort avec l'usage de stimulants est observé

Les usagers de produits au sein du milieu festif rock

Cette étude ethnographique s'est déroulée en 2001 au sein du milieu festif rock, sur 44 événements musicaux. Il s'agissait d'une exploration des pratiques de consommation au sein du milieu festif rock dans le cadre du dispositif TREND.

Les trois produits majeurs les plus consommés sont le tabac, l'alcool et le cannabis. Les autres produits sont difficiles à observer. Des variantes de consommations selon les courants musicaux (Hard-Core, Métal, Gothique) et selon le degré d'insertion des personnes ont été observées :

- Le « Hard-Core », la fusion raggamuffin et rap : le cannabis et le tabac sont les premiers produits employés, l'alcool ensuite, surtout de la bière
- Le « Metal » : La bière est le produit le plus employé, puis le cannabis, puis le tabac. Les polyusages sont fréquents. La présence moindre du tabac s'explique par la faiblesse des ressources économiques d'un public jeune.
- Le « Gothic » : Les bières et les alcools forts sont les plus fréquemment consommés, le tabac et le cannabis viennent ensuite. De rares observations d'usage de poppers et encore plus rare d'autres produits (héroïne, cocaïne) ont été rapportées.

Enfin, plus l'événement est long, plus les consommations excessives d'alcool et de cannabis et les consommations d'autres produits semblent fréquentes.

Les usagers de produits intégrés en milieu professionnel

Cette étude ethnographique s'est déroulée en 2001 par le biais de 41 entretiens semi-directifs avec des usagers travaillant et consommant des substances illicites autres que le cannabis. Il s'agissait d'une première exploration de cette population dans le cadre du dispositif TREND. Les premiers résultats objectivent l'existence d'usagers de substances ayant une activité professionnelle et montrent la complexité de la gestion de ces consommations en dehors ou en dedans des temps professionnels.

Généralement les personnes qui consomment essaient de séparer le temps de travail du temps de consommation des produits du fait des exigences de leur emploi (concentration, représentation, maintien au sein du milieu professionnel, etc.). En dehors du cannabis, l'usage d'autres substances reste nettement plus confiné. La consommation est toujours cachée aux personnes extérieures à la structure et généralement l'est également aux collègues. Parfois, il arrive qu'il existe une consommation de groupe au sein du milieu professionnel, elle peut contribuer à « rentrer dans un cercle ». Les produits les plus couramment utilisés sont l'alcool pour la socialisation, le cannabis pour se détendre et la cocaïne pour se tenir éveillé. Des stratégies de gestion des consommations ont été identifiées. Elles reposent sur la maîtrise de la relation aux produits, la vigilance au travail, la réalisation de périodes d'abstinence et le soin du corps

SYNTHÈSE GÉNÉRALE SUR LES PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS EN 2001

SYNTHÈSE GÉNÉRALE

INTRODUCTION

Le réseau des sites d'observation du dispositif TREND a été profondément restructuré en 2001. Des coordinations locales ont été mises en place pour chacun des treize sites du réseau. Cette restructuration s'est réalisée progressivement au cours du second semestre de l'année 2001.

À l'instar des deux années précédentes, deux espaces ont été investigués : l'espace urbain, qui recouvre principalement la population en contact avec les structures de soins et d'accueil et l'espace festif (milieu techno), lequel cible des usagers s'inscrivant dans un contexte récréatif. La limitation de l'observation à ces deux espaces ne signifie pas que ceux-ci épuisent à eux seuls le champ de l'usage de drogues en France. Ils ont été choisis à l'origine comme point de départ de l'observation parce qu'il y existait une tradition d'observation et de prise en charge des phénomènes liés à l'usage de drogues. La volonté du dispositif est, d'ailleurs, d'explorer d'autres espaces, en témoignent les investigations menées, cette année, dans les milieux de l'espace festif rock et du monde du travail.

Le réseau des sites comprend des activités au niveau local et au niveau national. Dans la mesure du possible, les résultats issus des activités nationales sont mis à disposition des coordinations de site.

Une stratégie commune de collecte d'informations au niveau local a été élaborée par les coordinateurs de site et l'équipe de l'OFDT. Sa réalisation s'est faite sous la responsabilité des coordinations de site. Elle comprenait :

- des observations ethnographiques : des enquêteurs, munis de grilles d'observation *ad hoc*, avaient pour mission d'explorer les lieux de consommations de l'espace urbain et de l'espace festif techno et de rédiger des notes de synthèse à partir de leurs observations ethnographiques. Ces observateurs permettent d'appréhender directement les pratiques des usagers ;
- deux questionnaires qualitatifs : l'un destiné aux équipes des structures dites de « bas seuil » pour explorer l'espace urbain ; l'autre destiné à des équipes travaillant dans le cadre de l'espace festif techno. Ces questionnaires sont organisés produit par produit. Ils explorent, pour chaque produit, des questions relatives à l'usager (nouvelles populations d'usagers, problèmes de santé), aux modalités d'usage (pré-

paration, consommation) ; au marché (disponibilité, accessibilité, prix, petit trafic) et à la perception du produit par les usagers ;

- une enquête transversale auprès des usagers des structures de bas seuil à l'aide d'un questionnaire fermé portant sur les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé et les consommations de produits ;

- deux groupes focaux : l'un avec des professionnels du champ sanitaire (urgentistes, généralistes, psychiatres...), l'autre avec des professionnels du maintien de l'ordre (police, gendarmerie, justice...). Chaque groupe, à partir d'une grille de questions standards, discute des phénomènes émergents relatifs à son champ (sanitaire ou maintien de l'ordre). Du fait que cette méthode de collecte a été utilisée pour la première fois en 2001, les participants ont été invités à élaborer un état des lieux de leurs domaines de compétence respectifs. Ces états des lieux constitueront une base permettant l'identification de phénomènes émergents au cours de la prochaine année.

Au niveau national, des collectes de données ont également été réalisées :

- des observations et des analyses fournies par des observateurs *ad hoc* travaillant dans l'espace festif techno ;

- des groupes focaux composés de membres des associations ASUD ;

- une enquête transversale auprès d'usagers contactés par les associations ASUD.

Chaque coordinateur de site devait analyser les données collectées à l'échelon local et rédiger un rapport de site selon un plan commun à tous les sites. Les treize rapports de site constituent le second volume de ce rapport.

Le présent chapitre, rédigé par l'équipe TREND de l'OFDT, tente de faire une synthèse des informations issues des treize rapports de site et des données collectées au niveau national ainsi que de celles issues des systèmes d'information partenaires. Un état des lieux ayant été présenté dans les deux précédents rapports TREND, ce chapitre s'attache plus particulièrement aux phénomènes émergents identifiés en 2001. Par phénomène émergent au niveau national, on entend :

- un phénomène observé de manière concomitante sur au moins deux des sites TREND,

- un phénomène déjà observé mais pour lequel des changements quantitatifs ou qualitatifs ont été observés en 2001.

Ce chapitre est composé de deux grandes parties. La première présente des résultats en partant des usagers et s'attache à décrire de nouvelles populations et des manifestations de comorbidité. La seconde part des différentes familles de produits et présente les données disponibles relatives à leurs usagers (description des usagers et modalités d'usages) et aux produits (disponibilité, prix, qualité, perceptions). Comme l'année dernière, des points de repère sur les produits (fréquence

de l'usage, prises en charge sanitaires et mortalité) permettent de mettre en perspective les résultats présentés. La focalisation, *de facto*, du dispositif TREND sur des phénomènes ne concernant qu'un nombre limité de personnes entraîne un effet « loupe » pouvant induire le lecteur en erreur quant à leur importance quantitative réelle. Il est donc nécessaire d'aborder les descriptions issues du dispositif TREND en ayant ces repères en tête.

LES USAGERS

CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS

On ne dispose que de peu de données descriptives des usagers au sein des événements festifs techno. Dans ce chapitre, nous nous attacherons donc principalement à décrire les personnes évoluant au sein de l'espace urbain, qui ont pu être contactées à travers l'enquête menée auprès des structures de bas seuil et celle conduite par les équipes ASUD. Il s'agit ainsi de personnes rencontrées à travers des réseaux spécifiques. Ces résultats ne peuvent donc prétendre dépeindre la réalité de l'ensemble des usagers de produits relevant de l'espace urbain. Toutefois, ils permettent d'avoir une image des personnes qui, à un moment ou à un autre, connaissent des difficultés, que ce soit en lien avec leurs consommations ou non.

Parmi les personnes ayant participé à l'enquête bas seuil 2001, on observe, sur tous les sites, une majorité d'hommes (voir tableau 1). Il en est de même pour l'enquête ASUD 2001. Globalement, dans les deux enquêtes, le sexe ratio est de quatre hommes pour une femme.

Il s'agit essentiellement d'une population de jeunes adultes. Les 20-35 ans représentent les deux tiers de la population. Dans l'enquête bas seuil, l'âge est connu pour 795 personnes et s'échelonne de 15 à 52 ans. L'âge moyen de la population est de 31 ans. Les femmes (29 ans et demi) ont un âge moyen inférieur aux hommes (31 ans et demi). Celles-ci sont un peu plus présentes au sein des tranches d'âge au-dessous de 30 ans. Dans l'enquête ASUD, l'âge moyen est de 31 ans et demi. Là encore, les femmes sont, en moyenne, plus jeunes (30 ans) que les hommes (32 ans).

La majorité des participants à l'enquête bas seuil (67 %) se déclare célibataires. La proportion de personnes rapportant être mariées ou vivant en concubinage est plus importante chez les femmes (32 %) que chez les hommes (17 %). Une minorité de personnes (17 %) déclare avoir des enfants à charge. Il s'agit plus souvent de femmes (31 %) que d'hommes (14 %).

Tableau 1 - Nombre de personnes selon le sexe et le site TREND ayant participé à l'enquête « bas seuil 2001 »

Sites	Hommes : n (%)	Femmes : n (%)	Total
Bordeaux	60 (73 %)	22 (27 %)	82
Cayenne	58 (83 %)	12 (17 %)	70
Dijon	75 (77 %)	23 (23 %)	98
Fort-de-France	26 (87 %)	4 (13 %)	30
Lille	100 (81 %)	24 (19 %)	124
Lyon	52 (79 %)	14 (21 %)	66
Marseille	17 (59 %)	12 (41 %)	29
Paris	101 (80 %)	25 (20 %)	126
Rennes	19 (70 %)	8 (30 %)	27
La Réunion	25 (89 %)	3 (11 %)	28
Toulouse	104 (87 %)	15 (13 %)	119
Total	637 (80 %)	162 (20 %)	799

Données et exploitation : TREND/OFDT

Tableau 2 - Répartition par groupe d'âge et par sexe des participants à l'enquête bas seuil 2001 et par groupe d'âge à l'enquête ASUD 2001

Groupes d'âge	Bas seuil 2001			ASUD 2001
	Hommes N, (% ligne)	Femmes N, (% ligne)	Total BS N, (% colonne)	Total ASUD N, (% colonne)
Jusqu'à 20 ans	32 (76 %)	10 (24 %)	42 (5 %)	4 (1 %)
20 à 25 ans	104 (73 %)	38 (27 %)	142 (18 %)	40 (13 %)
25 à 30 ans	163 (76 %)	51 (24 %)	214 (27 %)	82 (28 %)
30 à 35 ans	147 (82 %)	32 (18 %)	179 (23 %)	84 (28 %)
35 à 40 ans	125 (85 %)	22 (15 %)	147 (18 %)	52 (17 %)
Plus de 40 ans	62 (87 %)	9 (13 %)	71 (9 %)	36 (13 %)
Total	633 (80 %)	162 (20 %)	795 (100 %)	298 (100 %)

Données et exploitation : TREND/OFDT

Le plus haut niveau d'études atteint est bas. Une majorité de personnes (65 %) déclare ne pas avoir atteint le niveau de la seconde. Les femmes (29 %) sont plus souvent parvenues au baccalauréat, ou au-delà, que les hommes (19 %).

Si une proportion importante de personnes déclare disposer d'un logement personnel, une forte minorité ne dispose que de formes de logement précaires (SDF, squat, hôtel...). Parmi les usagers des structures bas seuil, les femmes déclarent habiter le plus souvent chez elles (44 %), dans un logement précaire (27 %) ou chez des amis (10 %), tandis que les hommes rapportent habiter le plus souvent chez eux (34 %), dans un logement précaire (30 %) ou chez leurs parents (15 %). Parmi les personnes contactées par ASUD, les modalités de logement les plus fréquentes sont le logement personnel (53 %), le logement précaire (19 %) et le logement chez les parents (14 %).

La plupart des personnes contactées par les structures de bas seuil (53 %) déclarent disposer de revenus issus de l'aide sociale [Revenu minimum d'insertion (RMI), ASSEDIC, allocation adulte handicapé (AAH)]. La proportion d'hommes qui dispose d'un revenu issu d'une activité professionnelle (20 %) est plus importante que celle des femmes dans le même cas (15 %). Parmi les personnes contactées par ASUD, 8 % n'ont pas de revenus et 54 % ne disposent que de revenus issus d'aide.

La CMU (Couverture maladie universelle) s'avère un outil précieux de protection sociale, tant pour les usagers de structures de bas seuil (54 %) que pour ceux rencontrés par ASUD (48 %). Toutefois, une importante minorité déclare n'avoir aucune couverture sociale [10 % (BS) ; 11 % (ASUD)]. La sécurité sociale couvre plus d'un quart (31 %) des usagers bas seuil et presque la moitié de ceux de l'enquête ASUD (45 %). Parmi ces personnes, un faible nombre dispose, outre la sécurité sociale, d'une mutuelle [14 % (BS) ; 23 % (ASUD)].

LES CONSOMMATIONS

De même que pour la description des personnes, on ne dispose pas de données chiffrées récentes sur les consommations des individus fréquentant l'espace festif techno. On ne présentera donc ici que des informations se rapportant aux personnes de l'espace urbain.

Les produits les plus fréquemment consommés en population générale (alcool, tabac, cannabis) le sont également parmi les usagers de l'espace urbain. Les consommations de fortes doses semblent fréquentes.

La presque totalité des personnes (99,6 %) ayant répondu à l'enquête bas seuil rapporte une consommation d'alcool au cours du dernier mois tandis qu'elles ne sont que 81 % parmi les personnes contactées par ASUD. Cette différence pourrait s'expliquer par un biais lié au remplissage du questionnaire ou par la présence de personnes ne consommant pas d'alcool pour des raisons religieuses. Les usagers quotidiens d'alcool sont la grande majorité des consommateurs. Il n'y a pas de différences selon le sexe. La proportion de consommateurs de fortes quantités d'alcool (à partir de 4 verres d'alcool par jour) est importante puisqu'elle dépasse 50 % dans les deux enquêtes. Souvent masquée par les consommations d'autres produits, la prise en compte de possibles problèmes liés à l'alcool semble nécessaire au sein d'une population souffrant fréquemment de problèmes hépatiques d'origine infectieuse.

Tableau 3 - Consommation quotidienne d'alcool parmi les usagers en ayant consommé au cours du dernier mois

	Bas seuil 2001		ASUD 2001	
	N	%	N	%
< 1 verre/jour	63	8 %	43	18 %
1 à 3 verres/J	287	36 %	68	28 %
4 à 9 verres/J	231	29 %	64	27 %
>= 10 verres/J	215	27 %	64	27 %

Données et exploitation : TREND/OFD

Tableau 4 - Consommation quotidienne de tabac parmi les usagers en ayant consommé au cours du dernier mois

	Bas seuil 2001		ASUD 2001	
	N	%	N	%
1-10 cig/jour	152	20 %	46	16 %
11-20 cig/J	251	34 %	95	33 %
> 20 cig/J	355	46 %	146	51 %

Données et exploitation : TREND/OFD

La presque totalité des personnes a déclaré avoir fumé du tabac au cours du dernier mois [95 % (BS) ; 97 % (ASUD)]. Parmi les fumeurs, la consommation de plus d'un paquet par jour est très fréquente (voir tableau 4).

Le cannabis est le troisième produit le plus consommé après le tabac et l'alcool. Quatre personnes sur cinq (82 %) au sein des usagers de structures bas seuil et neuf sur dix (91 %) parmi les personnes contactées par ASUD rapportent une consommation au cours du dernier mois. Il s'agit pour la plupart des personnes (60 et 62 %) d'un usage quotidien (voir tableau 5).

Tableau 5 - Fréquence de la consommation de cannabis parmi les usagers en ayant consommé au cours du dernier mois

Fréquence	Bas seuil 2001		ASUD 2001	
	N	%	N	%
Mensuelle	118	18 %	37	14 %
Hebdomadaire	142	22 %	65	24 %
Quotidienne	392	60 %	167	62 %

Données et exploitation : TREND/OFD

En dehors de ces trois substances, les opiacés sont les produits les plus consommés au cours des trente derniers jours par les deux populations étudiées. Parmi les usagers des structures de bas seuil, l'opiacé le plus souvent consommé est la buprénorphine haut dosage (Subutex®) tandis que parmi les personnes contactées par ASUD il s'agit de l'héroïne (voir tableau 6). La consommation de BHD est plutôt quotidienne tandis que celle d'héroïne est occasionnelle. Seule une minorité de personnes consomme des sulfates de morphine et du Néocodion®. À partir des données disponibles, il n'est pas possible de distinguer les usages thérapeutiques des usages non thérapeutiques pour la BHD, la méthadone et les sulfates de morphine.

Les produits stimulants sont fréquemment consommés. La cocaïne est le produit stimulant le plus souvent consommé dans les deux populations, généralement de manière occasionnelle (voir tableau 7). Toutefois, près d'un quart des consom-

Tableau 6 - Fréquence de la consommation de produits opiacés au cours du dernier mois parmi des usagers de structures bas seuil et des personnes contactées par ASUD et rythme de cette consommation

		Consommation dans les 30 jours		Fréquence de consommation		
		Non	Oui	Quotidienne	Hebdomadaire	Mensuelle
Héroïne	BS	67 %	23 %	30 %	23 %	47 %
	ASUD	58 %	42 %	22 %	32 %	46 %
BHD	BS	53 %	47 %	66 %	22 %	12 %
	ASUD	68 %	32 %	65 %	29 %	6 %
Méthadone	BS	83 %	17 %	51 %	32 %	17 %
	ASUD	75 %	25 %	-	-	-
Sulfates de morphine	BS	88 %	12 %	48 %	14 %	38 %
	ASUD	91 %	9 %	-	-	-
Néocodion®	BS	92 %	8 %	32 %	22 %	46 %
	ASUD	94 %	6 %			

Données et exploitation : TREND/OFDI (2001)

mateurs de cocaïne en déclare un usage quotidien. L'ecstasy est consommée par une minorité importante dans les deux populations, mais l'usage en est nettement occasionnel (93 %).

Les benzodiazépines, et particulièrement le Rohypnol®, sont fréquemment utilisées par les personnes des deux enquêtes (voir tableau). Le mode d'usage occasionnel reste prédominant. L'Artane®, présenté comme une alternative à certains usages du Rohypnol®, est consommé par une minorité non négligeable de personnes. Alors que pour le Rohypnol® et les benzodiazépines, on observe conjointement des usages à visée thérapeutique et des usages détournés, il semble que la presque totalité des usages d'Artane® se fait hors cadre thérapeutique. Parmi les personnes traitées par méthadone ou BHD, la fréquence de prescriptions associées de médicaments à visée psychotrope (benzodiazépine, Stilnox®, Imovane®, Artane®) est fréquente (27 à 54 %) quels que soient les sites (voir p. 251).

Tableau 7 - Fréquence de la consommation de produits stimulants au cours du dernier mois parmi des usagers de structures bas seuil et des personnes contactées par ASUD et rythme de cette consommation en 2001

		Consommation dans les 30 jours		Fréquence de consommation		
		Non	Oui	Quotidienne	Hebdomadaire	Mensuelle
Cocaïne	BS	61 %	39 %	25 %	16 %	59 %
	ASUD	45 %	55 %	23 %	23 %	54 %
Crack	BS	80 %	20 %	50 %	24 %	26 %
	ASUD	-	-	-	-	-
Ecstasy	BS	76 %	24 %	7 %	28 %	65 %
	ASUD	86 %	14 %	-	-	-
Amphétamines	BS	87 %	13 %	15 %	28 %	57 %
	ASUD	95 %	5 %	-	-	-

Données et exploitation : TREND/OFDI

Tableau 8- Fréquence de la consommation de médicaments psychotropes au cours du dernier mois parmi des usagers de structures bas seuil et des personnes contactées par ASUD et en 2001

		Consommation dans les 30 jours		Fréquence de consommation		
		Non	Oui	Quotidienne	Hebdomadaire	Mensuelle
Rohypnol®	BS	79 %	21 %	34 %	27 %	39 %
	ASUD	70 %	30 %	-	-	-
Autres benzo.	BS	68 %	32 %	38 %	31 %	31 %
	ASUD	71 %	29 %	-	-	-
Artane®	BS	96 %	4 %	-	-	-
	ASUD	94 %	6 %	-	-	-

Données et exploitation : TREND/OFDI

Les hallucinogènes sont moins fréquemment consommés que les opiacés et les stimulants. Le LSD est assez peu déclaré par les personnes contactées par ASUD et beaucoup plus souvent par les usagers des structures de bas seuil (voir tableau 9). La kétamine, produit rare il y a deux ans, est citée, en 2001, par 7 % des usagers des structures de bas seuil.

Tableau 9 - Fréquence de la consommation de produits hallucinogènes au cours du dernier mois parmi des usagers de structures bas seuil et des personnes contactées par ASUD en 2001

		Consommation dans les 30 jours		Fréquence de consommation		
		Non	Oui	Quotidienne	Hebdomadaire	Mensuelle
LSD	BS	82 %	18 %	9 %	18 %	73 %
	ASUD	97 %	3 %	-	-	-
Kétamine	BS	93 %	7 %	15 %	17 %	68 %
	ASUD	-	-	-	-	-

Données et exploitation : TREND/OFDT

L'objectivation de consommation de drogues de synthèse (ecstasy, LSD, amphétamines, kétamine) par des populations de l'espace urbain constitue un fait qui mérite d'être souligné. Ces dernières étaient habituellement considérées comme non ou peu consommatrices de ces produits. Or, ces résultats corroborent ceux issus d'observations qualitatives du réseau des sites TREND. Cinq sites métropolitains signalent la diffusion des drogues de synthèse dans l'espace urbain (quartiers, cités, etc.). Ces « nouveaux » consommateurs présenteraient, selon les sites, des profils différents. Toxicomanes ou anciens toxicomanes aux opiacés ou polyconsommateurs sur les sites de Lille, Paris et Toulouse ; ce seraient plutôt des jeunes des quartiers sensibles et des cités de Lille et Metz, voire des lycéens à Rennes.

Lille : « L'ecstasy se banalise en consommation quotidienne pour le public des fêtes et des jeunes des quartiers. Il est également consommé plus ou moins régulièrement chez les personnes toxicomanes et/ou substitués de moins de 30 ans. [...] les produits tels que l'ecstasy, au départ uniquement en milieu festif techno, sont désormais bien présents en milieu urbain et s'ajoutent aux conduites polyconsommatrices [...]. Le LSD semble

voir la réapparition d'anciens consommateurs (de trips dans les années 1990) et de consommateurs en milieu rural ainsi que dans les cités. »

Metz : « On signale son extension dans les quartiers sensibles de la périphérie urbaine. L'accroissement de cette consommation se traduit aussi par une propagation du produit dans d'autres milieux que celui des adeptes de la techno, dans la mesure où les raves attirent de plus en plus d'autres publics. Le débat sur leur autorisation en 2001, et la polémique qui s'en est suivie, les auraient transformées en lieux symboliques de rassemblement de groupes contestataires. Il faut d'ailleurs souligner que l'évolution de la consommation d'ecstasy est à mettre en lien avec l'évolution même des raves comme phénomène social. Les soirées techno organisées de manière privée avec un nombre plus restreint de participants sont en augmentation. »

Paris : « L'augmentation de la disponibilité d'ecstasy dans le nord parisien est à mettre en perspective avec celle du LSD et avec l'arrivée sur cette zone de produits qu'on n'y trouvait pas auparavant. Il en est ainsi pour les amphétamines et la kétamine. On ne remarque pas de trafic local, mais seulement des usages. »

Rennes : « L'ecstasy n'est plus réservé au cadre festif, mais concerne aussi les scolaires, les étudiants ; la consommation est dite de plus en plus importante chez les mineurs, notamment chez les lycéens ; l'exta ferait partie de l'univers scolaire, jouit d'une très bonne image. »

Toulouse : « Dans l'espace urbain, des usagers anciens toxicomanes aux opiacés, peu concernés par cette consommation jusqu'alors, s'initient et utilisent plus ou moins régulièrement la MDMA. La progression de sa consommation est importante auprès des usagers des structures de premières lignes, puisque l'ecstasy est désormais le troisième produit consommé. »

Ce développement, observé, de la consommation de produits de synthèse au sein de l'espace urbain pourrait s'expliquer, en partie par :

- l'élargissement du public qui fréquente les événements techno ;
- une plus grande disponibilité de ces produits en dehors du cadre festif par le biais de vendeurs qui proposent plusieurs produits (cannabis, cocaïne, ecstasy) et qui opèrent aussi bien dans l'espace festif que dans l'espace urbain ;
- une baisse constante des prix de ces produits qui les rendent désormais accessibles pour des sommes modiques.

LES MODALITÉS D'USAGE DES PRODUITS

L'enquête OPPIDUM rapporte une augmentation de la fréquence des usages par voie pulmonaire et nasale en 2001 et une diminution de l'injection (16 % en 1999, 12 % en 2000). Le système SIAMOIS signale depuis l'année 2000 une baisse

importante des ventes de seringues réalisées en pharmacie (- 37 % entre 1999 et 2001), dont l'interprétation est difficile (voir p. 277). Dans la population fréquentant les structures de bas seuil, la prévalence de l'injection au cours du dernier mois demeure élevée (54 %). On constate une moindre proportion d'injecteurs dans les tranches d'âge les plus jeunes, jusqu'à 35 ans (voir tableau 10). Cela pourrait signifier que les plus jeunes, probablement nouveaux entrants dans la consommation, auraient recours moins souvent à l'injection que les plus âgés et pourraient se reporter vers d'autres modalités de consommation.

Cette hypothèse semble corroborée par le fait que les usagers récents (moins de cinq ans) d'héroïne et de cocaïne utilisent moins souvent l'injection que les plus anciens (voir chapitres opiacés et stimulants).

Tableau 10 - Fréquence de l'usage de l'injection au cours des trente derniers jours selon le groupe d'âge, parmi les usagers des structures de bas seuil en 2001

	< = 25	> 25-30	> 30-35	> 35	Total
Injection	88 (48 %)	117 (55 %)	111 (62 %)	113 (51 %)	429 (54 %)
Pas d'injection	96 (52 %)	97 (45 %)	68 (38 %)	109 (49 %)	370 (46 %)
	184	214	179	222	799

Données et exploitation : TREND/OFDT

Les résultats des observations réalisées par le réseau des sites TREND vont également dans le même sens. Sept des dix sites métropolitains signalent une baisse plus ou moins repérable de l'injection et/ou une augmentation des modes d'administration nasal et pulmonaire.

Dans l'espace urbain, sur le site de Dijon, il est observé que chez les anciens héroïnomanes, usagers de Subutex® ou de cocaïne, la pratique de l'injection paraît persister alors que chez les nouveaux usagers de cocaïne, l'inhalation et le sniff semblent se diffuser.

Le site de Lille rapporte une tendance à l'abandon de l'injection chez d'anciens héroïnomanes tandis que celle-ci se développerait chez certaines personnes en situation de rupture sociale. Dans l'espace festif techno, l'inhalation et le sniff resteraient très dominants chez les usagers d'héroïne. Il en irait de même chez les consommateurs de cocaïne évoluant dans les espaces urbain et festif.

À Marseille, une diminution de la proportion des injecteurs dans la file active des structures de réduction des risques est constatée, mais celle-ci ne semble pas s'accompagner d'une baisse concomitante des volumes de seringues distribuées par ces structures. Une augmentation du sniff, et plus récemment de l'inhalation, est observée.

Le site de Lyon enregistre une augmentation de la « chasse au dragon¹ » (inhalation) pour l'héroïne.

Le site de Paris rapporte une diminution de l'injection intraveineuse, notamment pour le crack et la diffusion du sniff et de l'inhalation. Ce dernier mode d'administration semble se développer particulièrement chez les nouveaux usagers de la tranche d'âge 18-23 ans.

Le développement chez les nouveaux usagers des modes pulmonaire et nasal pour l'héroïne ainsi que du mode pulmonaire pour la cocaïne est noté par le site de Rennes.

À Toulouse, si l'injection reste dominante chez les héroïnomanes classiques, le sniff se développe dans l'espace urbain, y compris pour le Subutex®. En revanche, au sein de l'espace festif techno, le sniff demeure le mode dominant alors que la « chasse au dragon » (inhalation) se diffuse.

Par ailleurs, il semble que les messages de réduction des risques soient mieux pris en compte par les usagers et ce, quels que soient le produit consommé ou le mode d'administration choisi. Ainsi, le site de Dijon perçoit le développement d'une prise de conscience générale quant à l'importance du mode d'administration comme vecteur des risques : ce n'est plus le produit qui serait dangereux mais son mode d'administration. Les injecteurs partageraient moins les petites cuillères et les seringues, et les sniffeurs la paille. À Lille, un constat analogue est dressé. Les sniffeurs de speed utilisent davantage des pailles individuelles, notamment dans l'espace festif techno. À Lyon, les usagers de Subutex® en injection mettraient plus de soins à l'écraser et à le filtrer et le Stéricup® serait plus utilisé.

Dans l'espace festif techno, l'injection, même si elle devient un peu plus visible, demeure un mode d'administration très minoritaire, pratiqué essentiellement par d'anciens consommateurs d'héroïne ou des personnes très marginalisées.

Dans les départements d'outre-mer, l'inhalation est le mode d'administration presque exclusif autant pour le crack que pour le cannabis. L'injection et le sniff demeurent rares. Dans ces sites, aucun signe de transition vers d'autres modes d'administration n'est décelable.

1. Technique consistant à inhaler des vapeurs d'héroïne chauffée au-dessus d'une flamme, le plus souvent sur du papier d'aluminium.

Cette concordance des observations ethnographiques du réseau des sites avec les résultats de l'enquête bas seuil et de l'enquête OPPIDUM vont dans le sens d'une diminution globale de l'usage de la voie injectable par les usagers de drogues de l'espace urbain en 2001, en France. Cela permet de penser qu'une partie importante de la baisse de la consommation de seringues objectivée par le dispositif SIAMOIS est liée à cette modification des pratiques des usagers. Cette évolution, au demeurant positive, ne saurait faire perdre de vue que la pratique de l'injection reste fréquente. La diversification, au sein de l'espace urbain, des modalités d'administration des produits se ferait essentiellement au profit du sniff et de l'inhalation. Elle serait la résultante de la conjonction de plusieurs facteurs :

- l'impact des actions et des messages de réduction des risques réalisés par les pouvoirs publics ou par les associations investies dans le champ : l'injection serait une pratique moins « valorisée » qu'auparavant. La perception du risque de contamination par les virus du Sida et des hépatites B et C lié à l'injection et la stigmatisation de la seringue ont incité une partie des personnes à diminuer ou à abandonner l'injection. Ces mêmes facteurs contribueraient à ce que les nouveaux usagers de produits utilisent moins cette voie d'administration ;
- le développement de l'accessibilité des produits de substitution a libéré au moins une partie des usagers d'opiacés des contraintes de l'injection. L'utilisation de produits de substitution permet d'attendre et d'éviter l'achat et l'injection d'héroïne de piètre qualité ;
- la sous-culture techno promeut essentiellement des modes d'administration non injectables, notamment le sniff et, dans une moindre mesure, l'inhalation. Du fait de son développement large, auprès des jeunes et au-delà de l'espace festif techno, elle peut influencer les nouveaux consommateurs de produits et ceux de l'espace urbain.

L'ÉTAT DE SANTÉ ET LES MANIFESTATIONS DE COMORBIDITÉ

L'état de santé et les manifestations de comorbidité chez les usagers de produits sont assez complexes à observer. Trois principales sources d'information ont été utilisées : les groupes focaux avec les professionnels du champ sanitaire, ceux avec les usagers et l'enquête transversale auprès des usagers des structures de bas seuil. Aucune de ces sources n'est parfaite : si les usagers ont une connaissance approximative de la nosologie et de l'étiologie des pathologies dont ils souffrent, les professionnels du champ sanitaire ont souvent une approche très spécifique de ce dont souffrent les usagers. Comme il s'agit d'un premier exercice, les résultats obtenus s'apparentent essentiellement à un état des lieux.

Recours aux soins

La majorité des usagers des structures de bas seuil (74 %) déclare avoir rencontré un médecin au cours du mois précédant l'entretien. Il s'agit d'un généraliste dans 87 % des cas, d'un psychiatre dans 27 % des cas et d'autres catégories de médecins dans 12 % des cas. Près de la moitié des personnes (46 %) déclare au moins une hospitalisation au cours de l'année écoulée. Il s'agit souvent d'hospitalisation aux urgences (53 %), en soins généraux (29 %), en psychiatrie (23 %) et enfin en soins intensifs (11 %).

Parmi les patients toxicomanes des 306 médecins généralistes de l'enquête EVAL 2001, les principales pathologies diagnostiquées (hors hépatites et VIH) sont des atteintes pulmonaires (19 %), dermatologiques (12 %), ORL (8 %), digestives (8 %), psychiatriques (7 %) et infectieuses (5 %).

Pathologies liées à la précarité

Comme nous l'avons souligné plus haut, une part importante des participants aux deux enquêtes en milieu urbain dispose de faibles ressources économiques et un logement précaire (squat, SDF, hôtel), situation qui peut induire ou favoriser une hygiène personnelle déficiente. Diverses manifestations pathologiques sub-séquentes ont été observées.

Des cas de tuberculose ont été rapportés en Guyane et à Lyon ainsi que de nombreux cas d'infection (mycoses) ou d'infestation (poux, gale) et des symptômes pouvant traduire diverses pathologies (lésions de grattage, ulcères chroniques des membres inférieurs). Ces pathologies seraient particulièrement observées chez des personnes consommant du crack.

Plusieurs sites rapportent des observations de manifestations psychiatriques chez des usagers de produits en situation de précarité :

- Bordeaux : accroissement du nombre de cas psychiatriques chez les jeunes en situation de grande précarité (vivant dans la rue ou dans des squats) ;
- Lyon : cas de psychose et de délire chez des personnes fréquentant les structures spécialisées ;
- Marseille : problèmes psychiatriques chez les consommateurs abusifs de médicaments comme le Rohypnol® ou l'Artane®, mais également de cocaïne vivant dans des conditions de grande précarité ;
- La Réunion : épisodes d'ivresse avec hallucinations, troubles du comportement voire de bouffées délirantes chez des usagers polyconsommateurs en grande précarité.

Pathologies en lien avec l'injection

a) Lymphœdème et BHD

Des manifestations semblant pouvoir être assimilées à des lymphœdèmes des avant-bras sont rapportées chez des personnes s'injectant du Subutex® (voir p. 73).

b) Infections bactériennes et fongiques

Le site de Paris rapporte l'observation, depuis 1997, de cas de candidoses systémiques pouvant avoir des localisations secondaires prostatique, osseuse, articulaire ou cutanée chez des personnes s'injectant des comprimés. Le nombre de cas observé est en augmentation (50 cas pour deux hôpitaux sur deux ans). Pour expliquer la survenue de ces cas, quatre hypothèses relatives aux modalités de contamination ont été formulées :

- par le biais des citrons utilisés dans la préparation de l'injection d'héroïne. Le citron serait léché et deviendrait ainsi porteur de *Candida albicans* ;
- par le toucher, lors de la manipulation des filtres des Stéricup® ;
- lors du transport du produit, soit dans la bouche ou dans l'anus des dealers ;
- enfin, via l'amidon de maïs qui sert d'excipient au Subutex® et qui permettrait le développement de souches de *Candida albicans*.

Aucune de ces hypothèses n'est confirmée pour l'instant.

Un cas de nécrose majeure de l'avant-bras suite à une importante série d'injections de cocaïne a été observé à Toulouse. Cela a nécessité une greffe de peau. Plusieurs cas d'abcès en fuseau dans les doigts chez des usagers s'injectant au niveau des mains ont été observés à Paris.

c) Les infections virales

Les infections virales demeurent les pathologies les plus souvent diagnostiquées chez les toxicomanes pris en charge par les médecins généralistes. Au cours de l'année 2000, pour les 180 médecins ayant vu au moins un toxicomane, il y aurait eu en moyenne 4,5 cas de découverte de sérologie positive pour l'hépatite C, 2,8 cas pour l'hépatite B (AgHBs) et 1,4 cas pour le VIH par médecin. Cela traduit une incidence probablement élevée des hépatites et non négligeable du VIH (EVAL, 2001).

Parmi les usagers des structures de bas seuil, la plupart des personnes déclare avoir réalisé un test de dépistage pour le VIH (82 %), pour le VHC (70 %) et pour le VHB (64 %). Parmi ces personnes, une majorité est à même de donner un résultat : 94 % pour le VIH, 98 % pour le VHC et 94 % pour le VHB.

Parmi les personnes ayant pratiqué un dépistage et connaissant leurs résultats la prévalence déclarée est de 14 % pour le VIH, de 49 % pour le VHC et de 18 % pour le VHB. On n'observe pas de différence nette selon le sexe (voir tableau 11).

Tableau 11 - Résultats déclarés de sérologies virales, selon le sexe, parmi des usagers de structures de bas seuil en 2001, en France

	VIH +	VIH -	VHC +	VHC -	VHB +	VHB -
Hommes	63 (14 %)	397 (86 %)	203 (50 %)	201 (50 %)	63 (17 %)	309 (83 %)
Femmes	21 (17 %)	105 (83 %)	57 (46 %)	66 (54 %)	23 (21 %)	86 (79 %)
	84 (14 %)	502 (86 %)	260 (49 %)	267 (51 %)	86 (18 %)	395 (82 %)

Données et exploitation : TREND/OFD

Lorsque l'on s'intéresse à la prévalence déclarée de ces trois virus selon l'âge, on observe (voir tableau 12) que la prévalence augmente avec l'âge. On remarquera que si les moins de 25 ans ont un taux de prévalence *a priori* faible pour le VIH (2 %) et pour le VHB (5 %), celui-ci est relativement élevé pour le VHC (30 %). Les plus jeunes ont une moindre durée d'exposition au risque de contamination et une moindre pratique du dépistage. Toutefois, les plus faibles prévalences observées semblent congruentes avec des pratiques moins risquées.

Tableau 12 - Résultats déclarés de sérologies virales, selon le groupe d'âge, parmi des usagers de structures de bas seuil en 2001, en France

	VIH +	VIH -	VHC +	VHC -	VHB +	VHB -
< 25 ans	2 (2 %)	109 (98 %)	29 (30 %)	68 (70 %)	4 (5 %)	81 (95 %)
25-29 ans	16 (10 %)	153 (90 %)	72 (47 %)	80 (53 %)	12 (9 %)	125 (91 %)
30-34 ans	20 (14 %)	120 (86 %)	68 (52 %)	62 (48 %)	22 (19 %)	97 (81 %)
35 ans et +	46 (28 %)	118 (72 %)	90 (61 %)	57 (39 %)	47 (34 %)	92 (66 %)

Données et exploitation : TREND/OFD

Les données de prévalence déclarées sont difficilement analysables site par site. Trois facteurs expliquent cette situation : le petit nombre de personnes dans certains sites ; la variabilité des types de consommation ; la variabilité de la proportion de personnes ayant réalisé les tests sérologiques et en connaissant les résultats. On peut toutefois observer qu'en dehors de Paris et Marseille (n = 28) les autres sites métropolitains se situent en dessous de 15 % de prévalence du VIH. La prévalence rapportée du VHC est toujours supérieure à un tiers et se situe autour de six personnes sur dix à Bordeaux, Paris, Rennes (n = 20) et La Réunion (n = 11).

Tableau 13- Résultats déclarés de sérologies virales, selon le site TREND, parmi des usagers de structures de bas seuil en 2001, en France

	VIH +	VIH -	VHC +	VHC -	VHB +	VHB -
Bordeaux	11 (15 %)	63 (85 %)	44 (59 %)	30 (41 %)	10 (16 %)	53 (84 %)
Guyane	7 (21 %)	34 (79 %)	7 (41 %)	10 (59 %)	6 (32 %)	13 (68 %)
Dijon	8 (13 %)	51 (87 %)	15 (38 %)	25 (62 %)	3 (12 %)	22 (88 %)
Martinique	1 (7 %)	14 (93 %)	0 (0 %)	4 (100 %)	0 (0 %)	9 (100 %)
Lille	11 (13 %)	76 (87 %)	36 (44 %)	45 (56 %)	17 (22 %)	61 (78 %)
Lyon	8 (14 %)	49 (86 %)	20 (39 %)	31 (61 %)	9 (19 %)	38 (81 %)
Marseille	9 (32 %)	19 (68 %)	13 (46 %)	15 (54 %)	6 (24 %)	19 (76 %)
Paris	18 (19 %)	75 (81 %)	57 (60 %)	38 (40 %)	22 (24 %)	68 (76 %)
Rennes	2 (11 %)	17 (89 %)	14 (70 %)	6 (30 %)	4 (25 %)	12 (75 %)
La Réunion	2 (15 %)	11 (85 %)	7 (64 %)	4 (36 %)	1 (10 %)	9 (90 %)
Toulouse	7 (7 %)	100 (93 %)	47 (44 %)	59 (56 %)	8 (8 %)	91 (92 %)
Total	84 (14 %)	502 (86 %)	260 (49 %)	267 (51 %)	86 (18 %)	395 (82 %)

Données et exploitation : TREND/OFDT

Pathologie psychiatrique

Quatre sites rapportent l'observation de manifestations psychiatriques chez des consommateurs de grandes quantités de cannabis :

- crises de « manque » lors de garde à vue chez des « gros » consommateurs (15/16 joints par jour), (Lyon) ;

- troubles cognitifs (difficultés de concentration, troubles de la mémoire), manifestations d'anxiété, troubles de l'attention et problèmes d'apathie chez les jeunes fumeurs occasionnels, (La Réunion) ;

- épisodes psychotiques aigus (à composante paranoïde), « bouffées délirantes » et de cas de décompensations graves chez les gros consommateurs (3 à 5 ans ou plus de consommation journalière de cannabis allant jusqu'à 20 joints par jour), (Dijon).

Trois sites mentionnent des cas liés aux consommations de cocaïne ou de crack :

- troubles délirants marqués par des épisodes « persécutifs » et des comportements de recherche stéréotypés (le sujet scrute le sol des lieux où il a fumé à la recherche de petits morceaux de crack qui auraient pu lui échapper), (Martinique) ;

- désordres de type psychiatrique transitoire, à la suite de consommations régulières de cocaïne, (Toulouse) ;

- manifestations atypiques (agitation) chez des hommes jeunes identifiés comme intoxiqués au crack (même si l'ice pourrait être en cause), (Guyane).

Dans ce dernier site, il semble que les états d'agitation aigus occasionnés par la consommation massive de crack seraient en baisse. L'explication avancée résiderait dans la possibilité d'une meilleure autorégulation par des associations de substances (cannabis et/ou alcool), facilitant la descente du produit.

Dans l'espace festif

Des problèmes de saignements de nez, des nécroses nasales et des cas d'inflammation des muqueuses sont rapportés du fait du développement du sniff dans cet espace.

Plusieurs sites rapportent l'apparition ou l'augmentation de l'observation de troubles de type psychiatrique chez des consommateurs de drogues de synthèse (Bordeaux, Dijon, Toulouse, Marseille, Rennes, etc.). Par ailleurs, ces mêmes observateurs rapportent des accidents psychiatriques dus à la consommation de LSD ou de plantes hallucinogènes (champignons, datura) chez les personnes ayant des antécédents psychiatriques.

Effets aigus liés à une prise de produit :

- Malaises (« bad trips ») consécutifs à l'utilisation de stimulants (MDMA, free-base/crack, cocaïne, amphétamines/speed) ou d'hallucinogènes (LSD, kétamine, datura) et à la fragilité de certains consommateurs, mais dus aussi au contexte de la prise, (Marseille).

Effets liés à une prise chronique de produit :

- Symptômes dépressifs :
 - Toulouse : amaigrissements et états dépressifs chez certains consommateurs de speed qu'ils soient anciens ou récents ;
 - Dijon : phénomène de « déprime » chez des usagers qui sortent de périodes de consommation de MDMA plus intensives ;
 - Rennes : perte de confiance en soi, repli sur soi.
- Symptômes du champ psychotique :
 - Rennes : paranoïa, agressivité.

CONCLUSION

Les usagers observés au sein de l'espace urbain sont principalement des hommes jeunes ayant des conditions de vie difficiles en termes de ressources, de logement et de couverture sociale.

Au sein de l'espace urbain, la polyconsommation est majoritaire. Des consommations importantes d'alcool sont très fréquentes. Les consommations de produits de synthèse (ecstasy, LSD, kétamine) sont maintenant en progression. Souvent masquée par les consommations d'autres produits, la prise en compte de possibles problèmes liés à l'alcool semble nécessaire au sein d'une population souffrant fréquemment de troubles hépatiques d'origine infectieuse.

Une modification des modalités d'administration des produits est observée. La pratique de l'injection diminue, tout en restant fréquente, au profit de l'inhalation et du sniff. L'accompagnement de cette évolution positive requiert la persistance et le développement de stratégies de réduction des pratiques d'injection en direction des usagers de produits.

Les manifestations de comorbidité observées semblent essentiellement en lien avec des conditions de vie précaires (tuberculose, dermatose, pneumopathies), la pratique de l'injection (infections virales, manifestations dermatologiques) et à la prise de produits (manifestations psychiatriques aiguës ou chroniques).

Chez les jeunes usagers (moins de 25 ans) de produits, si la prévalence déclarée du VIH est basse (2 %) et celle du VHC reste élevée (30 %), elles sont nettement inférieures à celles des usagers plus âgés. Cette population tirerait bénéfice d'actions spécifiques de prévention des contaminations virales et particulièrement par le virus de l'hépatite C.

L'USAGE D'OPIACÉS**Points de repère**

L'USAGE EN POPULATION GÉNÉRALE. L'expérimentation et plus encore l'usage actuel de l'héroïne et des autres opiacés restent rare. Chez les 18-44 ans, entre 1995 et 1999, l'usage d'héroïne au moins une fois au cours de la vie est passé de 0,3 à 0,4 % chez les femmes et de 0,9 à 1,7 % chez les hommes (a).

Chez les jeunes scolarisés (14-18 ans), 0,8 % des filles et 1,4 % des garçons déclarent avoir déjà pris de l'héroïne au moins une fois au cours de leur vie (b). Parmi les jeunes de 18 ans participant à la Journée d'appel de préparation à la défense, 1 % des garçons et 0,8 % des filles déclarent avoir consommé de l'héroïne au moins une fois au cours de la vie (ESCAPAD 2001). En outre, 0,2 % des jeunes des deux sexes de 18 ans déclaraient lors de la même journée avoir consommé des opiacés tels que l'opium, la morphine, le rachacha ou la méthadone (c).

LES USAGERS PRIS EN CHARGE PAR LE SYSTÈME SANITAIRE. Entre 1997 et 1999, la part des opiacés comme produit primaire dans l'ensemble des prises en charge est passée de 76 à 70 % (d). Cette diminution relative s'explique par l'augmentation de la part des prises en charge liées à l'usage de cocaïne et de cannabis.

Au sein de la catégorie des opiacés, l'héroïne demeure largement majoritaire comme produit à l'origine de la prise en charge avec 85 % des recours liés aux opiacés en novembre 1999 ; la buprénorphine hors prescription médicale, en nette progression par rapport à 1997, représente 6 % ; et les autres opiacés (codéine, méthadone hors prescription, morphine, opium) 9 %.

En 2001, on estime que 12 000 patients bénéficient d'un traitement de substitution par méthadone ; 80 000 par buprénorphine haut dosage ; et un peu moins d'un millier par sulfate de morphine.

Les résultats de la 13^e enquête OPPIDUM réalisée en octobre 2001 montrent que la part des usagers d'héroïne dans l'ensemble des personnes interrogées augmente (14 % des sujets inclus) après deux années de diminution (1998 : 15 % ; 1999 : 13 % ; 2000 : 12 %). Par ailleurs, la part des usagers sous méthadone passe de 30 à 35 % des personnes interrogées, tandis que celle des consommateurs de buprénorphine diminue légèrement de 47 à 46 % (e).

MORTALITÉ. 62 des 107 décès par surdose constatés par les services de police en 2001 sont attribués à l'héroïne, soit une baisse de 13 % par rapport à l'année précédente. Par ailleurs, 7 surdoses ont été rapportées à la présence de Subutex[®] et 7 autres à celle de méthadone. En outre, quelques décès seraient liés à d'autres médicaments opiacés comme le Skenan[®] et le Moscontin[®] (f).

(a) GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), GAUTIER (A.) (dir.), *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2001, (à paraître).

(b) BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée, ESPAD 1999*, France, tome 2, OFDT.

(c) BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *ESCAPAD 2001*, Paris, OFDT, 2002.

(d) TELLIER (S.), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999*, Paris, DREES, 2001.

(e) OPPIDUM, « Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse », AFSSAPS, Centre associé du CEIP de Marseille (PACA-Corse), Laboratoire de santé publique, Faculté de médecine, Marseille.

(f) OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants).

HÉROÏNE

USAGERS ET MODALITÉS D'USAGES

Les usagers

Parmi les participants à l'enquête OPPIDUM (N = 2 159), la proportion d'usagers ayant consommé de l'héroïne au cours de la semaine écoulée est de 14 % en 2001 contre 12 % en 2000. Ces données mettent en évidence une légère augmentation après la diminution importante constatée depuis 1995. Il serait toutefois prématuré d'y voir aujourd'hui un véritable renversement de tendances.

Parmi les usagers de structures de bas seuil, un tiers (33 %) des personnes déclare avoir consommé de l'héroïne au cours du mois précédent.

Parmi ces usagers d'héroïne, on trouve trois hommes pour une femme. Ils ont en moyenne 30 ans et les trois quarts ont moins de 34 ans. L'âge de début de la consommation d'héroïne s'étale de 13 à 35 ans, mais les trois quarts ont commencé avant 22 ans. L'âge moyen de début de consommation des hommes est similaire à celui des femmes (19 ans et demi). La durée moyenne de consommation est de 11 ans et demi. Une personne sur six (17 %) déclare avoir commencé il y a moins de 5 ans.

L'impact de la disponibilité des traitements de substitution est net puisque près des trois quarts des personnes (70 % BS et 78 % ASUD) ont une utilisation non quotidienne de l'héroïne. La prévalence de l'usage d'héroïne au cours du dernier mois est plus élevée chez les plus jeunes (38 % chez les 35 ans et moins) que chez les plus âgés (22 % chez les plus de 35 ans).

La polyconsommation est une pratique dominante : trois quarts des personnes déclarent avoir consommé entre deux et six produits différents au cours du mois écoulé. La plupart (79 %) disent avoir consommé au moins un autre opiacé au cours du mois. Parmi eux, la moitié (52 %) déclare avoir consommé de la BHD. Presque les deux tiers (63 %) des personnes déclarent avoir consommé de la cocaïne

ou du crack, plus de la moitié des médicaments psychotropes (54 %), plus d'un tiers des produits de synthèse (36 %) et un peu moins d'un tiers des produits hallucinogènes (30 %). Enfin, moins de 7 % des personnes ont consommé des produits à inhaler ou des poppers au cours du dernier mois.

Depuis l'année 2000 sont signalés des usagers d'héroïne ayant un profil sensiblement différent de celui de l'héroïnomanie « traditionnelle ». Une investigation spécifique, menée par une équipe de sociologues du GRVS (Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale) est en cours pour le compte du dispositif TREND. Un chapitre de ce rapport en présente les résultats intermédiaires. Parmi les usagers d'opiacés des structures bas seuil, les personnes ayant moins de cinq années d'usage de l'héroïne représentent une personne sur six (17 %). Celles-ci sont affiliées plus souvent à la sécurité sociale avec ou sans mutuelle (41 %) que les personnes ayant de 5 à 10 ans d'héroïnomanie (31 %). Le niveau d'études semble similaire quelle que soit l'ancienneté de l'héroïnomanie : environ 22 % des personnes sont arrivées au moins jusqu'au baccalauréat.

Les données produites par quatre des sites TREND (Marseille, Metz, Paris et Toulouse) confirment l'existence de « nouveaux » usagers d'héroïne en milieu urbain. Le point commun à Marseille, Metz et Paris est la jeunesse de ces personnes, tandis que Paris et Toulouse évoquent des populations plus âgées qui revendraient vers l'héroïne.

Metz : « La consommation d'héroïne connaît un double mouvement : une réduction parmi les populations les plus habituées à ce produit, en raison du développement des pratiques de substitution, mais, en même temps, elle continue d'atteindre de nouveaux publics, tant au niveau des groupes d'âge que des territoires concernés ou des catégories socioprofessionnelles. L'âge moyen des consommateurs nouveaux est à la baisse parmi les 18-25 ans, de nouveaux quartiers sont touchés. »

Marseille : « Les consommateurs "traditionnels" d'héroïne semblent de plus en plus rares. L'héroïne tendrait à acquérir un statut proche de celui de la cocaïne quelques années auparavant et attirerait ainsi de nouvelles catégories de consommateurs. Ainsi, il semblerait qu'émerge une nouvelle population d'héroïnomanes plus jeune, plus aisée, appartenant souvent aux milieux dits "branchés". »

Paris : « Certains indices laissent à penser qu'une relative augmentation des usages d'héroïne aurait lieu dans le XVIII^e arrondissement. [...] De nouveaux profils semblent émerger : des "crackers" qui utilisent l'héroïne pour "redescendre", de jeunes usagers qui consomment de l'héroïne après avoir commencé leur parcours au Subutex® et des héroïnomanes qui seraient passés au crack pour revenir maintenant à l'héroïne. »

Toulouse : « Chez les héroïnomanes substitués, consommateurs d'héroïne avant 1996, on a assisté à des reprises ponctuelles et épisodiques des consommations d'héroïne un

peu plus significatives que les années précédentes, au gré des arrivages, comme si certains d'entre eux "avaient fait le tour de la question" des produits de substitution et s'octroyaient des moments de plaisir plus intense. »

L'année dernière, le dispositif TREND rapportait le développement de la consommation d'héroïne par certains usagers de l'espace festif techno. Cette pratique paraissait limitée à un petit nombre de personnes. L'une des principales motivations de l'usage semblait être la gestion de la descente de produits stimulants. En 2001, ce phénomène est à nouveau relevé et concerne désormais la plupart des sites.

Dijon : « [...] Elle serait prise en régulation de stimulants en fin de soirées à la suite de prise importante d'ecstasy, de cocaïne, de speed ou de LSD. Ce phénomène émergent est dorénavant visible. Elle est plus facilement accessible en raves payantes, free, teknivals ou soirées privées. Les témoignages d'acteurs de santé et d'usagers s'accordent sur l'initialisation d'usage d'héroïne fumée en fin de soirée. Les entretiens avec de jeunes usagers ayant débuté leur consommation il y a moins de cinq ans révèlent également l'usage lié à la prise importante de produits stimulants en soirées. La majorité de ces nouveaux usagers d'héroïne fumée ont globalement entre 20 et 30 ans, mais il semblerait que des usagers de plus en plus jeunes les rejoignent. »

Lille : « L'héroïne est consommée par certains jeunes (20-25 ans) du milieu festif techno pour les descentes et des cas de dépendances apparaissent. Une structure constate un rajeunissement des usagers de ce produit (17-25 ans) qui l'utilisent dans un contexte de polyconsommation. »

Marseille : « L'héroïne bénéficierait aujourd'hui d'une meilleure image liée aux premières expériences positives avec d'autres opiacés comme le rachacha ainsi qu'à la prise de conscience des usagers du milieu techno de la possibilité de consommer l'héroïne par voie pulmonaire ou nasale. »

Metz : « Dans les milieux festifs, on signale une acuité de la diffusion de ce produit où il est le plus souvent sniffé et où il est utilisé comme régulateur par rapport à l'ecstasy. »

Toulouse : « Chez les nouveaux consommateurs globalement plus jeunes, qui ont démarré leurs consommations après la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage, il convient de distinguer deux sous-groupes qui fréquentent l'espace festif techno et utilisent l'héroïne en mode de régulation des psychostimulants comme cela est montré depuis plusieurs années. Le premier sous-groupe correspond aux jeunes "teufeurs" non marginalisés, chez qui la consommation d'héroïne, comme produit de régulation, progresserait. Le deuxième groupe inclut les jeunes marginalisés, itinérants ou en errance, fréquentant l'espace festif techno, dont certains, les plus marginalisés, sont aujourd'hui de plus en plus observables dans l'espace urbain. Chez eux, la progression de la consommation d'héroïne serait plus significative au point d'avoir vu, pour une partie d'entre eux, au terme d'épisodes d'usages plus réguliers et plus intenses, des demandes d'aides. »

À la différence de l'espace urbain, les usagers de l'espace festif snifferaient et, dans une moindre mesure, inhaleraient l'héroïne mais ne l'injecteraient que rarement. Ce dernier mode d'administration demeure une pratique minoritaire et marginale dans l'espace festif techno. La possibilité d'un usage d'héroïne sans recours à l'injection semble contribuer à sa diffusion dans cet espace. Certains, notamment les usagers novices, estiment que le fait de ne pas pratiquer l'injection leur laisse une maîtrise des risques et une moindre exposition aux dommages.

Marseille : « [...] la possibilité de pouvoir consommer l'héroïne par voie nasale ou pulmonaire anoblit, dans une certaine mesure, l'usage d'héroïne car les craintes liées à l'usage d'héroïne sont liées non seulement à son pouvoir d'accoutumance mais également aux pratiques d'injection qui ont été associées à ce produit pendant longtemps. La possibilité d'utiliser l'héroïne comme un "produit régulateur" pour faciliter la descente des produits stimulants ou hallucinogènes confère un aspect plus rassurant à cette substance. »

Toutefois, pour une majorité des usagers de produits en milieu festif techno, l'héroïne reste incontestablement un produit tabou, particulièrement lorsqu'elle est vendue sous son appellation. Cela peut expliquer sans doute la floraison d'autres noms ayant pour fonction de faire croire à l'acquéreur qu'il s'agit d'un produit différent.

Dijon : « Si l'image de l'héroïne en soirée semble se démocratiser, les consommateurs et les dealers n'emploient presque jamais le terme d'héroïne, qui est très connoté par le danger qu'il inspire. On parle de "dreu", "shnouff", "citizen". Les dealers la nomment également en fonction du pays d'origine supposé l'afghane, la pakistanaise, l'ukrainienne, la bulgare, la birmane, l'indienne... Ce procédé de nomination est similaire à celui du cannabis, ce qui banalise le produit nommé, insistant sur son identité culturelle d'origine plutôt que sur l'effet supposé (donc dangereux ou du moins impressionnant). »

Marseille : « L'usage d'héroïne en milieu festif reste encore un sujet tabou. Les dealers continuent d'ailleurs à utiliser le terme "rabla" pour désigner l'héroïne et en faciliter la vente chez les consommateurs les moins expérimentés. »

Rennes : « Le terme de "bourrin", tombé en désuétude, réapparaît aux côtés d'appellations comme "rabla", "meumeu", "meca". »

Les premières observations de l'usage d'héroïne au sein de l'espace festif techno sont très récentes (1999). Il semble que l'observation en 2001 en soit plus aisée, pouvant traduire soit une plus grande attention donnée à ce phénomène, soit une augmentation modérée de la fréquence de ces usages, soit une combinaison de ces

deux explications. En tout état de cause, cela ne concerne qu'une petite minorité des usagers de produits au sein de l'espace festif techno. Tout au long des années 1990, l'héroïne a été stigmatisée dans la population française en général et au sein des participants aux événements festifs techno en particulier. Il s'agit d'un produit considéré comme tabou dont la consommation entre en contradiction avec l'esprit techno. Cette mauvaise image du produit a certainement contribué à en freiner l'implantation et le développement. La plus grande facilité d'observation de son usage pourrait être en lien avec plusieurs facteurs : une diversification des populations participant aux événements festifs techno ; une modification de l'image du produit grâce à un mode d'administration moins stigmatisé que l'injection ; l'accentuation de la consommation de cocaïne et de crack qui provoquerait un recours à l'héroïne comme produit de régulation.

Modalités d'usage

Dans l'enquête OPPIDUM 2001, la proportion d'usagers d'héroïne utilisant la voie injectable est de 31 % tandis que 62 % utilisent la voie nasale et 17 % la voie pulmonaire. Dans l'enquête auprès des usagers des structures bas seuil, le pourcentage d'injecteurs demeure élevé, 65 % contre 34 % pour la voie nasale et 18 % pour la voie pulmonaire. L'injection, quel que soit le produit, a été pratiquée au cours du dernier mois par 70 % (187) des personnes. Ces différences sont liées aux modalités de recrutement : les centres de soins spécialisés pour OPPIDUM et les boutiques et programmes d'échange de seringues pour l'enquête bas seuil.

L'ancienneté influe sur les modes d'administration. Les usagers les plus récents ont moins recours à l'injection, même si cela reste le mode d'administration le plus fréquent, et utilisent plus souvent la voie nasale (sniff) et la voie pulmonaire (inhalation) que les usagers plus anciens (voir tableau 14).

Tableau 14 - Utilisation des différentes voies d'administration pour utiliser de l'héroïne, en 2001, chez des usagers de structures de bas seuil, selon l'ancienneté d'utilisation d'héroïne

	0 à < 5 ans	5 à < 10 ans	10 à < 15 ans	> = 15 ans	Total
Injection	46 %	62 %	57 %	61 %	58 %
Sniff	39 %	38 %	31 %	18 %	31 %
Inhalation	21 %	15 %	17 %	10 %	15 %

Données et exploitation : TREND/OFDT

Ces résultats concordent avec les observations de plusieurs sites. En effet, parallèlement à la baisse de l'injection de l'héroïne signalée par Metz, Paris et Marseille, trois sites signalent une diffusion accrue à la fois de l'inhalation et du sniff (Metz, Paris et Rennes) et deux (Lille et Lyon) de l'inhalation uniquement.

Lille : « *La prise d'héroïne en fumette serait toujours en courbe d'augmentation croissante, notamment en raison de personnes stoppant l'injection et de consommateurs d'héroïne du milieu festif.* »

Marseille : « *Dans le milieu urbain, l'injection reste la pratique la plus courante même si elle tend à diminuer.* »

Metz : « *Développement des pratiques du "sniff" et de la "fumette" dans les deux espaces. [...] La pratique qui consiste à fumer de l'héro est adoptée de plus en plus par les fumeurs de shit comme d'autres individus. [...] L'injection, le "shoot", la seringue et les usagers par VI sont par contre toujours rejetés et revêtent un caractère diabolique.* »

Rennes : « *L'héroïne prend de l'ampleur grâce à des modes d'administration (fumée, sniff) qui échappent à l'image de la toxicomanie symbolisée par l'injection.* »

État de santé et manifestation de comorbidité

Dans l'enquête « bas seuil », le test VIH a été pratiqué par 80 % des consommateurs d'héroïne et 74 % d'entre eux déclarent un résultat. Le test est positif pour 17 % d'entre eux. Le test VHC, quant à lui, a été pratiqué par 71 % des usagers. Un résultat est déclaré par 65 % des personnes. Celui-ci est positif dans 49 % des cas. Le test VHB a été pratiqué par 64 % de l'échantillon. Un résultat est déclaré par 59 % des personnes. Celui-ci s'avère positif dans 20 % des cas.

Tableau 15 - Déclaration de résultats de sérologies virales, en 2001, chez des usagers de structures de bas seuil, selon l'ancienneté d'utilisation d'héroïne

	0 à < 5 ans	5 à < 10 ans	10 à < 15 ans	>= 15 ans	Total
VIH	3 % (1/35)	10 % (7/67)	9 % (8/85)	27 % (23/89)	14 % (39/273)
VHC	12 % (3/26)	51 % (33/65)	45 % (36/80)	64 % (50/78)	49 % (122/249)
VHB	8 % (2/24)	10 % (6/58)	13 % (10/75)	32 % (23/71)	18 % (41/228)

Données et exploitation : TREND/OFDI

Si l'on s'intéresse aux résultats des différentes sérologies selon l'ancienneté d'usage de l'héroïne (voir tableau 15), on observe des prévalences croissantes avec l'ancienneté. Il faut toutefois noter que la proportion de personnes ayant moins de cinq ans d'héroïnomanie et ne donnant pas de résultats est nettement plus élevée que pour les autres groupes.

LE PRODUIT

Accessibilité et disponibilité

Dans l'espace urbain, la disponibilité de l'héroïne semble proche de celle de l'année précédente. Néanmoins, sept sites signalent un regain d'intérêt pour cette substance de la part d'anciens ou de nouveaux groupes de consommateurs et une augmentation de sa disponibilité, certes partielle et localisée, au cours de l'année 2001 (Marseille, Paris, Toulouse, Lille, Metz, Guyane et Martinique). À Paris, cette augmentation de la disponibilité s'accompagne d'une baisse du prix, qui aurait été divisé par deux au cours de l'année 2001.

Marseille : « *L'héroïne, comme en 2000, serait peu disponible sur le marché car peu recherchée par les usagers. Peut-être une très légère remontée fin 2001. Accessibilité moindre du fait de la diminution du trafic de rue au profit d'une vente dans des lieux plus discrets.* »

Toulouse : « *L'héroïne semble un peu plus disponible, bien que son accessibilité de rue ne soit pas toujours évidente, et qu'il faille avoir une certaine connaissance des réseaux d'approvisionnement qui se sont modifiés depuis l'installation des traitements de substitution. 2001 semblerait être l'année d'une "reprise" d'un intérêt certain pour ce produit.* »

Paris : « *Augmentation des usages d'héroïne dans le XVIII^e. Croissance du deal.* »

En règle générale, l'accessibilité est toujours difficile sur l'ensemble des sites du fait de l'absence de scène ouverte et de la quasi-absence de petit trafic de rue. Lorsqu'elle est disponible, l'héroïne est plutôt vendue à domicile ou dans des lieux très discrets.

Dans l'espace festif la disponibilité semble être en augmentation pour répondre ou pour anticiper la demande d'héroïne. La vente de celle-ci est devenue visible lors des grands festivals techno.

Prix

Le prix moyen de l'héroïne dite « blanche » semble être plutôt à la baisse dans la mesure où au moins cinq sites de France métropolitaine (Bordeaux, Dijon, Marseille, Rennes et la Seine-Saint-Denis) voire six (Metz) si l'on prend comme référence l'année 1999 (800 F en 1999 et 550 F en 2001) observent des prix en diminution (voir tableau 16). Toutefois, la médiane des prix en métropole reste toujours un peu au-dessus de 600 F.

Quant à l'héroïne dite « brune », il existe une hétérogénéité géographique des évolutions, dans la mesure où quatre sites (Marseille, Paris, Rennes, Toulouse) rapportent une baisse du prix moyen du gramme, tandis que trois (Bordeaux, Dijon, Metz) indiquent une hausse du prix moyen entre 2000 et 2001.

Tableau 16 - Prix moyen, en franc, du gramme des deux formes d'héroïne sur les sites TREND (espace urbain) en 2000 et 2001

SITES	Héroïne blanche (chlorhydrate)			Héroïne brune (base)		
	Moyenne 2000	Moyenne 2001	Évolution	Moyenne 2000	Moyenne 2001	Évolution
Bordeaux	1 500	700	- 53 %	300	425	+ 42 %
Dijon	750	625	- 17 %	350	425	+ 21 %
Lille	-	-	-	283	304	+ 7 %
Lyon	400	-	-	400	-	-
Marseille	766	700	- 9 %	550	400	- 23 %
Metz	-	550	-	300	325	+ 8 %
Paris	550	-	-	375	120	- 68 %
Rennes	600	550	- 8 %	600	450	- 25 %
SSD	666	500	- 25 %	400	-	-
Toulouse	475	600	+ 26 %	475	450	- 5 %
Guyane	-	387	-	-	95	-
Martinique	-	300	-	-	-	-
Réunion	-	800	-	-	450	-
Médiane	633	625		388	410	
Métropole						

Données et exploitation : TREND/OFDT

Au sein de l'espace festif techno le prix moyen de l'héroïne « blanche » s'élève à 540 F le gramme, tandis que pour l'héroïne « brune », il s'élève à 418 F (voir tableau 17).

Tableau 17 - Prix moyen, en franc, du gramme des deux formes d'héroïne sur les sites TREND (espace festif) en 2000 et 2001

Sites	Héroïne blanche (chlorhydrate)	Héroïne brune (base)
	Moyenne 2001	Moyenne 2001
Bordeaux	700	375
Dijon	900	-
Lille	-	450
Lyon	-	-
Marseille	800	350
Metz	-	-
Paris	300	500

Données et exploitation : TREND/OFDT

Taux de pureté de l'héroïne

Les résultats des analyses toxicologiques réalisées sur une partie des saisies d'héroïne (base et chlorhydrate) effectuées par les services de police et des douanes suggèrent une évolution de la répartition par catégorie du taux de principe actif entre 1999 et 2001. Le nombre total d'échantillons analysés augmente. La proportion d'échantillons moyennement dosés (entre 20 et 50 % de principe actif) accroît au détriment des deux autres catégories (voir tableau 18).

Par ailleurs, le laboratoire de la police scientifique de Lyon a comparé les teneurs en principe actif des saisies de moins d'un gramme (échantillons dits « de rue ») avec celles des échantillons d'un kilogramme et plus. Pour les deux types d'échantillon, la catégorie la plus fréquente est celle inférieure à 10 %.

Les échantillons avec une teneur supérieure à 30 % représentent 2 % des saisies « de rue » et 45 % des saisies de 1 000 g et plus².

Les produits de coupage les plus fréquents sont, selon les résultats des analyses effectuées par le même laboratoire : la caféine, qui est présente dans la quasi-totalité des échantillons des années 2000 et 2001 et le paracétamol, utilisé respectivement dans 74 et 69 % des échantillons des années 2000 et 2001.

Tableau 18 - Répartition des échantillons d'héroïne saisis en 1999, 2000 et 2001 par les services de douanes et de police selon le taux de pureté

Taux de pureté (%)	1999		2000		2001	
	N	%	N	%	N	%
Police						
0-20	103	76 %	142	81 %	342	70 %
20-50	19	14 %	20	11 %	125	26 %
50-100	13	10 %	13	8 %	22	4 %
Douanes						
0-20	196	67 %	299	69 %	294	65 %
20-50	59	20 %	78	18 %	126	28 %
50-100	39	13 %	56	13 %	35	7 %
Total général						
Police + douanes						
0-20	299	69 %	441	73 %	636	67 %
20-50	78	18 %	98	16 %	251	27 %
50-100	52	13 %	69	11 %	57	6 %
	429	100	608	100 %	944	100 %

Sources : LPS Lyon et LIRD Paris. Exploitation : TREND-OFDT

BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE (SUBUTEX®)

USAGERS ET MODALITÉS D'USAGE

Les usagers

La buprénorphine haut dosage (BHD), disponible en France sous le nom commercial de Subutex®, est, en 2001, la molécule la plus prescrite dans le cadre des traitements de substitution aux opiacés destinés aux héroïnomanes. Il existe des usages se déroulant essentiellement dans le cadre de protocoles médicaux, mais aussi en dehors de ces protocoles. À partir des données disponibles, il est difficile de parvenir à distinguer avec précision ces deux types d'usage.

La buprénorphine est un produit presque exclusivement observé en milieu urbain. À l'exception de l'alcool, du tabac et du cannabis, c'est le produit le plus consommé au sein des usagers des structures d'accueil et de soins pour toxicomanes.

Parmi les usagers des structures participant à l'enquête OPPIDUM, la proportion de consommateurs de buprénorphine haut dosage au cours de la semaine écoulée est de 45 % en 2001. Parmi les usagers des structures de bas seuil, un peu moins de la moitié (47 %) déclare avoir consommé de la buprénorphine au cours des trente jours précédant l'entretien. Parmi ceux-ci, 66 % le consomment quotidiennement, 22 % une ou plusieurs fois par semaine et 12 % une ou plusieurs fois dans le mois.

Si l'on considère que l'obtention de BHD uniquement par prescription médicale est le marqueur de suivi d'un protocole thérapeutique, 82 % des utilisateurs de BHD d'OPPIDUM et 55 % de ceux des bas seuils sont dans ce cas. Parmi les 25 ans et moins des structures bas seuil, ils ne sont que 37 % contre 64 % chez les 30 ans et plus. L'usage de BHD dans le cadre d'un protocole thérapeutique serait plus fréquent chez les plus âgés.

Comme pour les autres produits opiacés, il s'agit d'une population essentiellement masculine (quatre hommes pour une femme). L'âge déclaré de début de

2. Laboratoire scientifique de la police de Lyon : (rapport) Statistiques 2000-2001, 38 pages.

consommation de buprénorphine s'étale de 13 à 45 ans. Un quart des personnes a commencé avant 22 ans et un quart entre 22 et 26 ans. L'âge moyen de début de consommation des hommes (27 ans et demi) est plus élevé que celui des femmes (25 ans et demi). La durée moyenne de consommation est de 4 ans et 4 mois. L'âge moyen de début est plus élevé que pour les autres opiacés, traduisant le décalage temporel entre prise de drogues et début d'une thérapie.

Plus de la moitié (55 %) des usagers de BHD ne déclare la consommation que de cet opiacé au cours du mois, ce qui peut traduire un usage s'exerçant essentiellement dans un cadre thérapeutique. Toutefois, une proportion importante en a consommé deux (29 %) ou trois (12 %). La cocaïne, le crack et les médicaments psychotropes sont consommés par près de la moitié d'entre eux (49 %), les produits de synthèse par un tiers (33 %), les produits hallucinogènes par près d'un quart (24 %), les solvants ou les poppers par moins de 7 %. Plus des trois quarts (77 %) des personnes rapportent l'usage d'un à cinq produits différents au cours du mois écoulé.

L'observation de groupes d'usagers de Subutex® qui n'avaient jamais consommé d'opiacés auparavant est rapportée, en 2001, par l'ensemble des sites TREND métropolitains ainsi que par le site de l'île de la Réunion.

Au cours de l'enquête ASUD/OFDT auprès d'usagers de BHD hors prescription médicale³ de la fin 2000, il avait déjà été observé que 19 % d'entre eux déclaraient que cette substance était le premier opiacé qu'ils avaient utilisé.

Parmi les usagers des structures de bas seuil, en 2001, un quart des consommateurs de BHD déclare une première consommation à un âge compris entre 13 et 22 ans, dont 43 % avant 20 ans et un autre quart des personnes entre 22 et 26 ans. Parmi ces initiateurs précoces de BHD, on ignore la proportion de ceux ayant débuté la consommation d'opiacés par ce produit.

Parmi les personnes déclarant une consommation d'héroïne et de buprénorphine au cours du mois écoulé (37 % des usagers de BHD), 87 % déclarent un âge d'entrée dans l'usage d'héroïne inférieur à celui de BHD, 9 % un âge identique et 4 % un âge inférieur à l'héroïne.

Selon les observations issues du réseau des sites, il semble possible de distinguer plusieurs sous-groupes parmi les primo-usagers de BHD.

1 - Des usagers de stimulants qui utilisent la BHD pour mieux gérer la descente, notamment dans l'espace festif techno (Bordeaux, Metz, Paris et Seine-Saint-Denis).

3. (P.-Y.) Bello, (A.) Toufik, (M.) Gandilhon, *Tendances récentes, rapport TREND*, juin 2001, « Observations sur la consommation hors prescription médicale de buprénorphine haut dosage », p. 111.

Bordeaux : « Des utilisations du Subutex® en primo-consommation d'opiacés ont été signalées [tant] chez des usagers consommateurs de stimulants, l'utilisant comme régulateur [...] ». »

Metz : « L'accroissement de sa consommation dans les milieux festifs semble également se poursuivre. »

Paris : « La structure du centre parisien repère [...] un nouveau groupe de consommateurs composé de jeunes hommes et femmes cherchant du Subutex® pour aller en fête, souvent de jeunes banlieusards ayant obtenu leur permis récemment. »

Seine-Saint-Denis : « Le Subutex® est consommé en fête techno par d'anciens usagers d'héroïne qui ont commencé jeunes et qui ont trouvé de nouveaux repères dans le milieu techno qui les ont aidés à s'en sortir, mais aussi par des gens plus jeunes, de 20 à 25 ans, qui ont consommé peu d'héroïne et qui l'ont rapidement quittée. On y trouve beaucoup de provinciaux, issus des classes populaires et moyennes et davantage de garçons que de filles. »

2 - Des personnes très précarisées ou en errance (Rennes, Lille, Bordeaux et à la Réunion).

Rennes : « Ce produit touche de plus en plus de populations jeunes n'ayant jamais consommé d'héroïne ; on parle d'entrées dans la toxicomanie, de toxicomanes primaires avec le Subutex®. Il concerne plutôt des populations marginalisées, ainsi que la population carcérale, parfois initiée en prison, où le Subutex® peut servir de monnaie d'échange. »

Lille : « Le Subutex® est utilisé par de jeunes usagers (17/22 ans), souvent en rupture, qualifiés de "primo-injecteurs". Il s'agit selon certaines structures du produit démarquant la toxicomanie. »

Bordeaux : où le Subutex® « tient lieu de premier produit de défonce ». »

La Réunion : « Depuis cette année, ce produit est de plus en plus connu par des jeunes dans certains quartiers défavorisés, jeunes qui n'ont jamais été héroïnomanes, ne sont jamais allés en métropole ou à Maurice et n'ont jamais été en contact avec le produit. »

3 - Des jeunes et des adolescents (Dijon, Seine-Saint-Denis, Lille, Marseille, Metz et Toulouse).

Dijon : « Certains constatent un abaissement de l'âge de première consommation du Subutex®, pouvant aller jusqu'à 15-16 ans, principalement pour la forme sniffée. »

Seine-Saint-Denis : « Des gens plus jeunes, de 20 à 25 ans, qui ont consommé peu d'héroïne et qui l'ont rapidement quittée. »

Marseille : « De jeunes usagers âgés de 18 à 25 ans entreraient dans la toxicomanie par le biais d'un traitement de Subutex® prescrit par leur médecin généraliste. »

4 - Des personnes qui auraient initié leur consommation de BHD en milieu carcéral, (Lyon, Rennes).

Si l'ample disponibilité et la baisse du prix de rue de la BHD sont des facteurs de compréhension de la survenue de primo-usages de la BHD, les données disponibles ne permettent d'élucider que partiellement les circonstances au cours desquelles ces primo-usagers ont été initiés à l'usage de BHD et les raisons qui les ont conduits à faire usage de ce produit. De même, il n'est pas possible d'établir des estimations de la fréquence du primo-usage de BHD parmi les nouveaux usagers d'opiacés. Des investigations *ad hoc* seraient nécessaires pour répondre à ces questions.

Les modalités d'usage

Les observations issues du réseau des sites TREND font état à la fois d'une baisse de l'utilisation de la voie injectable et d'un accroissement du sniff de BHD. Selon les résultats de l'enquête OPPIDUM de 2001, l'utilisation de la voie injectable serait de 13 % contre 17 % en 2000. Parmi les usagers des structures bas seuil, les modes d'utilisation déclarés au cours du dernier mois sont l'injection pour 62 %, la voie orale pour 39 %, le sniff pour 10 % et l'inhalation pour 2 %. Selon les modalités d'approvisionnement, la fréquence des modes d'utilisation varie (voir tableau 19). La voie injectable est le plus souvent utilisée par les personnes ayant un approvisionnement mixte, la voie orale par les personnes utilisant uniquement la prescription et le sniff par les personnes s'approvisionnant hors prescriptions médicales.

Tableau 19- Fréquence d'utilisation de différentes voies d'administration pour utiliser de la BHD, en 2001, chez des usagers de structures de bas seuil, selon l'ancienneté d'utilisation d'héroïne

	Prescription	Prescription et hors prescription	Hors prescription	Total
Injection	62 % (113)	75 % (53)	57 % (42)	64 % (208)
Orale	42 % (76)	34 % (24)	28 % (21)	37 % (121)
Sniff	8 % (15)	7 % (5)	19 % (14)	10 % (34)
Inhalation	2 % (4)	1 % (1)	0 % (0)	2 % (5)

Données et exploitation : TREND/OFDT

La pratique du sniff de BHD est probablement contemporaine de sa mise sur le marché. Toutefois, il semble que le mode d'administration nasal progresse autant chez les anciens injecteurs que chez les nouveaux usagers de ce produit. Cette évolution serait liée en partie à la fréquente dégradation du capital veineux chez les injecteurs de BHD, les amenant à avoir recours à d'autres modes d'administration. Au vu de ces dégâts veineux, les non-injecteurs tenteraient d'éviter de subir ce genre de dommages et persisteraient dans la non-injection. Enfin, la mauvaise image générale de l'injection, et ce quel que soit le produit consommé, amènerait les nouveaux usagers à adopter d'autres modes d'administration.

État de santé et manifestation de comorbidité

Parmi les usagers de BHD lors du dernier mois, le test VIH a été pratiqué par 87 % de l'échantillon. Un résultat est déclaré par 82 % des personnes. Le test est positif pour 10 % (31) de celles-ci. Le test VHC a été pratiqué par 83 % des personnes. Un résultat est déclaré par 78 % des personnes. Le test est positif pour 49 % (142) d'entre elles. Le test VHB a été pratiqué par 73 % des personnes. Un résultat est déclaré par 68 % des personnes. Le test est positif pour 16 % (40).

La plupart des sites rapportent l'augmentation du nombre de cas de gonflement des mains et des avant-bras. Ce gonflement est tantôt nommé « gant de boxe », tantôt « syndrome de Popeye ». Ce syndrome diffère d'un abcès et d'une inflammation locale. Ses signes visibles sont, suite à des injections répétées de BHD, un gonflement des deux côtés des deux avant-bras. Une quinzaine de cas auraient été recensés à Paris. Une des explications de ces manifestations serait que l'amidon de maïs, présent dans les comprimés de Subutex[®], provoquerait un blocage des petits réseaux veineux et entraînerait une inflammation chronique des tissus et du réseau lymphatique. Ces manifestations sont généralement bilatérales puisque les usagers s'injectent des deux côtés. Ces œdèmes seraient extrêmement longs à se résorber.

LE PRODUIT

Accessibilité et disponibilité

Dans l'espace urbain six des dix sites métropolitains signalent une nette augmentation de la disponibilité de la BHD hors prescription médicale. Le petit trafic

de rue semble atteindre des proportions importantes comme c'est le cas à Lyon où « certains considèrent que c'est le trafic de stupéfiants le plus visible (en dehors du cannabis) ».

Outre les circuits de vente traditionnels des usagers-revendeurs, la BHD est désormais commercialisée aussi par des petits trafiquants non usagers (Paris et Marseille). De ce fait, sa disponibilité et son accessibilité dans la rue semblent atteindre un niveau particulièrement élevé.

Dans l'espace festif techno, la BHD commence à être observée, toutefois, moins que l'héroïne. Elle serait un peu plus fréquemment vendue dans les festivals techno. Les consommateurs observés dans cet espace sont le plus souvent, soit des personnes errantes qui fréquentent ces festivals, soit des ex-héroïnomanes actuellement substitués. Chez les utilisateurs de produits stimulants, la BHD peut jouer un rôle analogue à celui d'autres opiacés tels que l'héroïne ou le rachacha : faciliter la descente des stimulants. Utilisée dans ce contexte, la BHD est le plus souvent sniffée ou avalée. Le moment de son utilisation correspond généralement à la fin de l'événement festif.

Prix

Sa grande disponibilité semble se traduire par une baisse générale du prix. Le comprimé de 8 mg passerait de 30 à 10-25 F à Marseille, de 50 à 25-30 F à Metz et de 50 à 20 F à Toulouse. Sur ce site, le prix du comprimé de 8 mg en 2000 est devenu le prix le plus bas d'une boîte de 7 comprimés. Le prix moyen est passé de 41 F en 2000 à 31 F en 2001.

Perception

Dans l'espace urbain, à l'instar de l'année précédente et parallèlement à l'augmentation de sa disponibilité, l'image du Subutex® (BHD) continue à se détériorer. Il semble perdre son statut de médicament pour acquérir celui d'une « drogue des pauvres » ou de « drogue de rue ».

Dijon : « [...] Son appellation de rue "Subutox" donne une idée de la représentation que les usagers en ont. Ils le relie directement à la dépendance à la toxicomanie. Quand il est injecté, il est perçu comme l'héroïne du pauvre, le dernier des produits tant par son accessibilité que par sa soi-disant mauvaise qualité. Ses usagers-injecteurs prennent parfois la place des anciens héroïnomanes auparavant stigmatisés par un discours moral. Il est en quelque sorte le dernier des produits et le vendeur est lui-même perçu comme le moins "glorieux" des revendeurs. »

Tableau 20- Prix en francs d'un comprimé de 8 mg de buprénorphine haut dosage dans l'espace urbain en 2000 et 2001 selon les sites TREND

SITES	Moyenne 2000	Moyenne 2001
Bordeaux	55	35
Dijon	80	55
Lille	30	26
Lyon	40	20
Marseille	30	24
Metz	50	26
Paris	18	12
Rennes	10	20
Seine-Saint-Denis	50	20
Toulouse	45	20
Guyane	-	50
Martinique	-	-
Ile de la Réunion	-	50
Moyenne nationale	41 (10-80)	30 (12-55)
Médiane	42,5	25

Metz : « La représentation du Subutex® par ses usagers est en évolution constante. Les années précédentes, ce produit était déjà perçu comme la drogue du "pauvre". Les complications de santé liées à son injection en font aujourd'hui un produit plutôt mal perçu avec des sentiments de rancœur de plus en plus prononcés. »

Cette image globalement négative est toutefois à nuancer. Quand il s'agit d'usagers le prenant comme le traitement de leur dépendance initiale à l'héroïne, il est plutôt perçu comme « une première étape dans un parcours de gestion » (Seine-Saint-Denis).

Dans l'espace festif, compte tenu de son statut de traitement de l'héroïnomanie, la buprénorphine haut dosage souffrirait, là aussi, d'une image plutôt négative de « médicament pour drogués ». Cette image est probablement l'un des facteurs qui contribue à sa très faible diffusion au sein de cet espace.

LA MÉTHADONE

USAGERS ET MODALITÉS D'USAGE

Les usagers

Parmi les usagers des structures participant à l'enquête OPPIDUM, la proportion de personnes substituées à la méthadone au cours de la semaine écoulée est de 16 % en 2001 contre 14 % en 2000. Aucun détournement d'usage n'est signalé.

Parmi les usagers de structures bas seuil, 17 % des personnes déclarent avoir consommé de la méthadone au cours du mois précédent. Ils sont 51 % à rapporter une consommation quotidienne et 32 % un usage hebdomadaire ou plurihebdomadaire. Près des trois quarts (74 %) déclarent n'obtenir la méthadone que par prescription médicale, 12 % par un mode d'obtention extra-médical et 14 % des deux manières.

Le sexe ratio est de 3 hommes pour 1 femme. Il s'agit essentiellement de personnes ayant plus de 25 ans. L'âge déclaré de début de consommation de la méthadone s'étale de 17 à 41 ans. L'âge moyen de début de consommation des hommes (29 ans) est plus élevé que celui des femmes (27 ans). Cet âge élevé traduit le décalage important entre le début de la consommation d'opiacés et la prise en charge par méthadone.

Un tiers (34 %) des usagers de méthadone déclare n'avoir consommé que cet opiacé au cours du mois. Une proportion importante en a consommé deux (44 %) ou trois (14 %). La consommation de cocaïne ou de crack est le fait d'un peu plus de la moitié (51 %). Il en va de même pour la consommation de médicaments psychotropes, consommés par plus de la moitié des usagers de méthadone (58 %). Un quart rapporte un usage de produits de synthèse (25 %), 22 % de produits hallucinogènes et moins de 7 % de solvants ou de poppers. Plus des trois quarts (78 %) des personnes déclarent avoir consommé entre un et cinq produits différents au cours du mois écoulé.

Modalités d'usage

Parmi les usagers des structures bas seuil, l'utilisation de la méthadone par voie orale est majoritaire (86 %). On note toutefois d'autres modalités d'usages parmi les personnes ne s'approvisionnant pas exclusivement sur prescription médicale. Ainsi, l'injection est utilisée par 15 % d'entre elles.

LE PRODUIT

Cinq sites du réseau ont rapporté des informations relatives à une circulation de méthadone sur le marché parallèle. Sur ces cinq sites, deux seulement observent un accroissement notable du trafic de ce produit. Il s'agit de Toulouse et Lyon. Dans le premier site, la raison évoquée est l'accroissement du nombre d'usagers substitués à la méthadone en ville. Certains en écouleraient une partie sur le marché parallèle à destination des anciens héroïnomanes substitués ou des poly-usagers.

Paris note un trafic à petite échelle qui s'apparente plus au dépannage entre usagers qu'à un trafic organisé. Metz et Lille rapportent des cas de petit trafic venant de la Belgique (comprimés).

Quelle que soit sa forme ou sa provenance, la méthadone est le plus souvent prise par voie orale. Elle est très rarement injectée.

Perception

Comme l'année précédente, la méthadone continue de bénéficier d'une perception plutôt positive parmi les usagers et conserve son image de médicament.

LES SULFATES DE MORPHINE

LES USAGERS

La proportion des usagers ayant consommé des sulfates de morphine (Skenan[®] ou Moscontin[®]) au cours de la semaine écoulée, mise en évidence par l'enquête OPPIDUM en 2001, est très faible (2 %).

Pourtant, parmi les usagers des structures de bas seuil, plus d'une personne sur dix (12 %) déclare une consommation de sulfates de morphine au cours des trente jours précédant l'entretien. Ils sont 48 % à rapporter une consommation quotidienne et 14 % une consommation hebdo ou plurihebdomadaire. Plus de la moitié des personnes (53 %) n'obtiendraient les sulfates de morphine que sur prescription médicale, un peu plus d'une sur trois (35 %) hors prescription médicale et les autres (12 %) des deux manières.

S'il ne s'agit que du quatrième produit opiacé en termes de fréquence, il continue de concerner un nombre non négligeable des usagers des structures de bas seuil. Le sexe ratio est de trois hommes pour une femme. L'âge moyen est de 30 ans et 8 mois.

L'âge déclaré de début de consommation des sulfates de morphine s'étale de 14 à 43 ans, l'âge moyen d'entrée dans la consommation s'élève à 25 ans et 6 mois. Un quart des personnes a commencé avant 20 ans et un quart entre 20 et 25 ans.

Un quart (26 %) des usagers de sulfates de morphine déclare n'avoir consommé que cet opiacé au cours du mois. Une proportion importante en a consommé deux (36 %) ou trois (25 %). Les deux tiers (65 %) rapportent un usage de cocaïne ou de crack. Les médicaments psychotropes seraient consommés par une large majorité (60 %), les produits de synthèse également (57 %), les produits hallucinogènes par 46 % et les produits à inhaler ou les poppers, respectivement par 10 et 12 %. Près des trois quarts (73 %) des personnes déclarent avoir consommé entre deux et huit produits différents au cours du mois écoulé.

Les modalités d'usage

Parmi les usagers des structures de bas seuil, la voie injectable est utilisée par 73 % des personnes au cours du mois écoulé, la voie orale par 19 %, le sniff par 3 % et l'inhalation par 1 %. Aucune modalité émergente d'usage des sulfates de morphine n'a été signalée en 2001. La voie injectable, quel que soit le produit, a été utilisée par 85 % des personnes au cours du mois écoulé.

LE PRODUIT

Accessibilité et disponibilité

Sur de nombreux sites, les sulfates de morphine sont signalés comme étant absents ou rares, sauf à Paris et en Seine-Saint-Denis où ils semblent continuer à être plus disponibles, à une petite échelle, sur le marché parallèle. De fait, on observe une nette hétérogénéité géographique de la fréquence d'usage des sulfates de morphine parmi les usagers des structures de bas seuil, de 30 % à Bordeaux à moins de 6 % à Cayenne, Dijon, et Toulouse. La diminution des prescriptions médicales de sulfates de morphine pour la prise en charge des toxicomanes a entraîné une raréfaction de leur disponibilité sur le marché noir.

Malgré leurs faibles disponibilité et accessibilité, les sulfates de morphine sont signalés, sur le site de Paris, comme étant utilisés comme premier produit opiacé par de jeunes néophytes.

LE NÉOCODION®

LES USAGERS ET MODALITÉS D'USAGE

La consommation de codéine n'est signalée que par 2 % (48) des personnes lors de l'enquête OPPIDUM 2001. Parmi les usagers des structures de bas seuil, en 2001, il s'agit du produit opiacé le moins consommé. Au cours du mois précédent l'entretien, moins d'une personne sur dix (8 %) déclare un usage de Néocodion®. La consommation quotidienne concerne 32 % des usagers, tandis que la consommation hebdomadaire ou plurihebdomadaire est le fait de 22 %. Le médicament étant en vente libre en pharmacie, le mode d'obtention du produit se fait le plus souvent sans le recours à une prescription médicale. Le sexe ratio est de trois hommes pour une femme.

L'âge déclaré de début de consommation du Néocodion® s'étale de 15 à 36 ans, l'âge moyen de début est de 20 ans et 1 mois. Un quart des personnes a commencé avant 17 ans et demi et un quart entre 17 ans et demi et 20 ans.

Les modalités d'usage du Néocodion®

Plus de 9 usagers de Néocodion® sur 10 l'utilisent par voie orale. L'injection est pratiquée par un peu moins de 10 % des personnes.

LE PRODUIT

Accessibilité et disponibilité

La situation du Néocodion® est, dans une certaine mesure, similaire à celle des sulfates de morphine, la fréquence de sa consommation est en diminution. Toutefois, dans le cas du Néocodion®, cette diminution est la conséquence d'un choix de

la part des usagers. L'élargissement de l'offre de prescription de produits de substitution (méthadone et buprénorphine haut dosage) a rendu l'antitussif de moins en moins attractif aux yeux des usagers. Cette tendance est nettement confirmée par la plupart des sites.

LE RACHACHA

Dans l'espace urbain, le rachacha est signalé comme absent ou très rare. En revanche, dans l'espace festif, il semble plus diffusé en 2001 que l'année précédente. Deux sites au moins (Dijon et Toulouse) signalent une disponibilité accrue de ce produit dans l'espace festif. Des observateurs du même espace confirment la généralisation de la consommation de rachacha, notamment le matin, dans les *free-party* et non plus uniquement en teknivals comme les années précédentes. Cette généralisation peut s'expliquer par :

- une plus grande disponibilité du produit, qui répond à une demande grandissante de produits relaxants pour accompagner la descente. Il remplacerait parfois le cannabis dans l'accompagnement de la descente ;
- l'accroissement de la demande d'opiacés, en général, constaté au cours de ces dernières années afin de réguler la prise des stimulants et des hallucinogènes ;
- l'accroissement, constaté depuis quelques années, des demandes en direction des produits naturels par opposition aux produits synthétiques supposés être plus nocifs pour l'organisme. La diffusion du rachacha est probablement en lien avec son image positive de produit naturel « écologique » (Rennes), d'« opiacé léger » (Lille) « aussi banal que le shit » (Dijon).

Par ailleurs, l'apparition, à une petite échelle, en 2001, de vente d'opium dans l'espace festif techno a été signalée notamment en Ile-de-France, dans le Sud-Ouest, le grand ouest et le Sud. Cet opium, de couleur marron, ressemble à de la résine de cannabis. Le prix du gramme s'élève à 200 F environ. Il est généralement fumé ou ingéré. Il est utilisé pour les mêmes motifs que le rachacha à savoir réguler la descente des stimulants ou/et des hallucinogènes.

CONCLUSION

La diffusion de l'héroïne semble stable. Son accessibilité reste difficile.

On observe l'émergence d'usagers d'héroïne ayant un profil sensiblement différent de celui de l'héroïnomanie traditionnelle. Ces usagers seraient, dans l'ensemble, plus jeunes et moins marginalisés socialement. Ils utiliseraient l'héroïne moins fréquemment comme produit principal et plutôt comme produit d'accompagnement des stimulants. À côté de cette population, le retour à la consommation d'anciens consommateurs est également rapporté.

Les usagers récents (depuis moins de 5 ans) d'héroïne s'injectent moins et sniffent et inhalent plus que les plus anciens.

La majorité des usagers de buprénorphine haut dosage observés au sein de l'espace urbain l'utiliseraient dans le cadre d'un protocole médical.

La buprénorphine haut dosage est très disponible sur le marché noir et son prix est en baisse. Son image auprès des usagers se dégrade. Des éléments concordants confirment l'existence d'usagers d'opiacés commençant par de la buprénorphine haut dosage.

La disponibilité du rachacha serait en augmentation au sein de l'espace festif.

L'USAGE DE STIMULANTS

Points de repère

L'usage des stimulants en population générale

LA COCAÏNE. En France, l'expérimentation et plus encore l'usage actuel de la cocaïne restent relativement limités. En 2000, 1,4 % des Français de 18 à 75 ans l'ont déjà expérimentée. Au sein de la population adulte, les niveaux d'expérimentation les plus importants sont rencontrés chez les jeunes adultes (18-44 ans) et plus précisément parmi les 35-44 ans (1,6 % pour les femmes et 4 % pour les hommes), (Baromètre Santé 2000). Parmi les jeunes de 18 ans participant à la Journée d'appel de préparation à la défense, 2,5 % des garçons et 1,3 % des filles déclarent en avoir consommé au moins une fois et 1 % des garçons et 0,4 % des filles en avoir consommé au cours du mois écoulé. Pour le crack, l'expérimentation au cours de la vie s'élève à 1 % chez les garçons et 0,6 % chez les filles

(ESCAPAD 2001). Chez les jeunes scolarisés (14-18 ans), 1,2 % des filles et 2,1 % des garçons déclarent avoir déjà expérimenté la cocaïne (ESPAD 1999).

L'ECSTASY. La consommation d'ecstasy est apparue en France au début des années 1990 et se révèle depuis en progression. Son expérimentation et plus encore son usage actuel restent néanmoins relativement limités. Elle semble circonscrite aux jeunes adultes et à des contextes festifs. Au sein de la population adulte, les niveaux d'expérimentation d'ecstasy sont faibles (0,7 % pour les femmes et 2,2 % pour les hommes de 18-44 ans), (Baromètre Santé 2000). Chez les jeunes, l'expérimentation varie entre 1 et 7 % suivant le sexe et l'âge. En 2001, parmi les jeunes de 18 ans participant à la Journée d'appel, 5 % des garçons et 2,7 % des filles déclarent en avoir consommé au moins une fois et 2,2 % des garçons et 1,1 % des filles déclarent en avoir consommé au cours

du mois écoulé (ESCAPAD 2001). Chez les jeunes scolarisés (14-18 ans), 1,8 % des filles et 3,4 % des garçons déclarent avoir déjà pris de l'ecstasy au cours de leur vie (ESPAD 1999). Parmi les lycéens, la consommation d'ecstasy est en progression : en 1998, 3 % des lycéens avait essayé l'ecstasy contre 0,1 % en 1991, (De Peretti et al, 1999).

LES AMPHÉTAMINES. La consommation d'amphétamines est plus ancienne mais, comme l'ecstasy, son expérimentation et son usage actuels restent limités. Au sein de la population adulte, les niveaux d'expérimentation sont faibles chez les 18-44 ans (1,2 % pour les femmes et 2,3 % pour les hommes), (Baromètre Santé 2000). Chez les 14-18 ans, la proportion s'élève respectivement à 1,6 et 3 %, proportions qui n'ont pas évolué depuis 1993 (ESPAD 1999). Parmi les jeunes de 17 à 19 ans participant à la Journée d'appel, 2,5 % des garçons et 1,2 % des filles déclarent en avoir consommé (ESCAPAD 2001).

Usagers de stimulants et prise en charge pour des problèmes sanitaires

COCAÏNE ET CRACK. Les prises en charge sanitaires ou sociales pour usage de cocaïne ou de crack ont augmenté entre 1997 et 1999. Toutefois, elles demeurent minoritaires dans l'ensemble des prises en charge. En 1999, l'usage de la cocaïne ou du crack repré-

sentait 5 % des prises en charge comme premier produit et 15 % comme produit secondaire (DREES 2001).

Les résultats de l'enquête OPPIDUM réalisée en 2001 montrent que la part des usagers de cocaïne se stabilise après deux années de diminution (1998 : 13 % ; 1999 : 12 % ; 2000 : 8 %).

Parmi les 306 médecins généralistes interrogés par EVAL en 2001, 25 % déclarent avoir vu au moins un patient consultant du fait d'une consommation de cocaïne.

ECSTASY ET AMPHÉTAMINES. On ne relève pas à l'heure actuelle de conséquences sanitaires graves de l'usage d'ecstasy et d'amphétamines, en dehors de leur implication dans quelques cas exceptionnels de décès survenus depuis 1999 et en l'absence de données sur leur éventuelle implication dans les accidents de la route. Les expertises scientifiques disponibles en la matière signalent des troubles psychiatriques et un potentiel de neurotoxicité à long terme liés à la consommation de l'ecstasy.

L'ecstasy et les amphétamines sont à l'origine d'un nombre très faible de prises en charge sanitaires ou sociales. Les personnes prises en charge pour usage d'ecstasy ont un profil proche de celui des usagers de cannabis.

La part de l'ecstasy dans l'ensemble des prises en charge d'usagers de drogues est extrêmement faible (0,7 % comme produit primaire en 1999 et 1,3 % comme produit secondaire) et demeure relativement stable depuis

1997 (DREES 2001). Par contre, parmi les 306 médecins généralistes interrogés par EVAL en 2001, 20 % déclarent avoir vu au moins un patient consultant du fait d'une consommation de cocaïne⁴.

Les personnes prises en charge pour usage d'amphétamines ont des caractéristiques moyennes différentes de celles des usagers d'ecstasy. Elles sont notamment plus âgées et pratiquent plus fréquemment l'injection. En novembre 1999, ce type de substance était à l'origine de 0,4 % des prises en charge en produit primaire et de 0,6 % en produit secondaire. Parmi les 306 médecins généralistes interrogés par EVAL en

2001, 12 % déclarent avoir vu au moins un patient consultant du fait d'une consommation de cocaïne.

Mortalité

COCAÏNE. En 2001, 10 décès, contre 11 l'année précédente, sur les 107 recensés pour surdose par les services de police, mettent directement en cause l'usage de cocaïne (OCRTIS 2001).

ECSTASY. En 2001, 8 cas de décès associés à la consommation d'ecstasy ont été recensés par les services de police contre 1 cas en 2000 (OCRTIS 2001).

4. Coulomb (S.), Duburcq (A.), Marchand (C.), Péchevis (M.), *Évolution de la prise en charge des toxicomanes : enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 1992-1995-1998-2001*, Paris, OFDT, 2001.

LA COCAÏNE ET LE CRACK

USAGERS ET MODALITÉS D'USAGE

Les usagers

Dans l'espace urbain, l'usage de cocaïne semble s'être banalisé. En effet, 39 % des usagers des structures de bas seuil des sites TREND et 55 % des personnes contactées par ASUD rapportent une consommation au cours des trente derniers jours. L'usage est quotidien pour environ un quart des consommateurs de ce produit et plus occasionnel (hebdomadaire ou mensuel) pour les trois quarts des personnes.

La population d'usagers est à dominante masculine. Il y a en effet environ trois hommes (77 %) pour une femme (23 %). L'âge moyen est de 30 ans et 2 mois. Les personnes de moins de 25 ans constituent 25 % des consommateurs. La plupart des consommateurs (74 %) ont entre 20 et 35 ans.

Le début de la consommation de cocaïne est souvent précoce. L'âge moyen de l'initiation, pour les hommes comme pour les femmes, se situe autour de 20 ans, variant selon les personnes de 11 à 38 ans. La moitié des usagers aurait commencé sa consommation avant 19 ans.

Plus d'une personne sur cinq (22 %) aurait commencé sa consommation de cocaïne il y a moins de 5 ans.

Parmi ceux qui ont rapporté un usage au cours du dernier mois, 85 % déclarent avoir consommé un ou plusieurs opiacés ; 20 % du crack ; 43 % des drogues de synthèse ; 45 % des médicaments ; 35 % des produits hallucinogènes (LSD, kétamine) et 8 % des poppers ou des solvants.

Dans la même enquête, une personne sur cinq déclare avoir consommé du crack au cours du mois précédent (20 %). Cette proportion assez importante est inégalement répartie selon les sites. En effet, la plupart des usagers de crack a été identifié sur les sites de la Martinique, de la Guyane et de l'Ile-de-France.

L'usage quotidien est fréquent puisque 50 % des personnes déclarent une consommation quotidienne, 24 % une consommation hebdomadaire et 26 % une consommation mensuelle.

Cette population est fortement masculine et plutôt âgée. Le sexe ratio est de quatre hommes (80 %) pour une femme (20 %). L'âge moyen est de 33 ans et les deux tiers des personnes (66 %) ont plus de 30 ans.

L'âge d'initiation s'étale de 11 à 45 ans. Les trois quarts ont débuté leur consommation de crack avant l'âge de 30 ans pour les hommes et 27 ans pour les femmes. L'âge moyen de début de consommation s'élève à 25 ans et 8 mois pour les hommes et à 22 ans et 9 mois pour les femmes.

Parmi ceux qui ont rapporté une consommation de crack au cours du dernier mois, 52 % déclarent l'usage d'un opiacé ou de plusieurs opiacés ; 40 % de cocaïne ; 13 % de drogues de synthèse ; 23 % de médicaments ; 13 % de produits hallucinogènes (LSD, kétamine) et 4 % de poppers ou de solvants.

Modalités d'usage

Les modes d'administration dominants de la cocaïne sont l'injection dans l'espace urbain et le sniff dans l'espace festif. Dans l'espace urbain, sur les 290 personnes déclarant avoir consommé de la cocaïne au cours du dernier mois et pour lesquelles on dispose d'une durée de consommation, 58 % disent l'avoir injectée, 43 % l'avoir sniffée et 17 % l'avoir fumée (voir tableau 21). Si l'on observe la fréquence de ces pratiques selon la durée d'utilisation de la cocaïne, on constate que les utilisateurs les plus récents auraient tendance à moins l'injecter mais à plus la sniffer ou l'inhaler que les utilisateurs plus anciens.

Tableau 21 - Fréquence d'utilisation de différentes voies d'administration de la cocaïne, en 2001, chez des usagers de structures de bas seuil, selon l'ancienneté d'utilisation de la cocaïne

	0 à < 5 ans	5 à < 10 ans	10 à < 15 ans	>= 15 ans	Total
Injection	46 %	55 %	57 %	72 %	58 %
Sniff	64 %	42 %	37 %	28 %	43 %
Inhalation	26 %	14 %	16 %	14 %	17 %

Données et exploitation : TREND/OFDT

Sur les 157 personnes déclarant avoir consommé du crack au cours du dernier mois, les deux tiers (70 %) rapportent l'utilisation de la voie pulmonaire ; un peu moins de 2 % la voie nasale et enfin 25 % la voie injectable. La majorité de ces injecteurs (78 %) provient du site de Paris. Parmi les usagers de crack de ce site, les injecteurs représentent un peu moins d'un tiers des consommateurs. Sur la quasi-totalité des sites, aussi bien dans l'espace festif qu'urbain, le crack est présent. Dans l'espace urbain, selon l'enquête TREND, un usager sur cinq rapporte une consommation au cours du mois précédent. Si l'essentiel des usagers se retrouve sur les sites de Paris, de Guyane et de Martinique, il n'en existe pas moins une consommation émergente sur les sites de Dijon, de Lille et de Lyon. Seul un site, Metz, note une consommation qui serait en voie de disparition.

Dijon : « La consommation de crack émerge depuis peu sur le site. »

Lille : « La cocaïne et free-base se démocratisent toujours et touchent désormais les personnes sous substitution et/ou en situation précaire. »

Marseille (festif) : « Dans l'espace festif, le free-base reste rare, mais ce produit semble toucher progressivement une population plus nombreuse et plus hétérogène. »

Paris : « Dans le nord de Paris, le crack est plus disponible et, de l'avis d'un consommateur, "accessible à toute heure". »

Paris (festif) : « En milieu festif, il semble que la consommation augmente. »

Rennes : « Le produit est de plus en plus fumé dans les quartiers périphériques. »

Rennes (festif) : « Le free-base devient aussi banalisé que la coke. »

Seine-Saint-Denis : « Apparition de lieux de deal. Accessibilité au produit rendue plus facile par le développement des petits trafics sur place : les consommateurs ne sont plus obligés de se déplacer sur le XVIII^e arrondissement pour s'en procurer. »

Ile-de-France (festif) : « Il semble que la consommation augmente. »

En Guyane et en Martinique, où la consommation de crack est ancienne, le dispositif enregistre une augmentation des consommateurs et notamment une montée de la consommation chez les jeunes en difficulté sociale.

Abstraction faite de Paris, où le crack est vendu et consommé sous cette appellation sur les sites ou les lieux de consommations festifs, l'usage de cette substance n'est pas toujours reconnu comme tel. Dans la mesure où la dénomination « crack » fait encore l'objet d'une diabolisation, les appellations « euphémisées », « free-base » ou « cocaïne fumée » permettent d'échapper à la stigmatisation attachée à l'usage de ce produit.

Lille : « Le free-base, non considéré comme du crack, bénéficie d'une bonne image provenant du fait qu'il s'agit d'une préparation/fabrication artisanale (par soi-même). »

Marseille : « *L'appellation free-base pour désigner le crack permet de rassurer les consommateurs potentiels et valorise également ceux qui le consomment.* »

Toulouse : « *Dans l'espace festif, certains des usagers qui fument du free-base ne soupçonnent pas toujours que le produit qu'ils consomment et le crack sont en réalité la même chose.* »

Selon les observations issues du réseau des sites, il existerait un développement du mode d'administration fumable (free-base ou crack) de la cocaïne dans l'espace festif comme dans l'espace urbain. Ce constat semble corroboré par le fort pourcentage (26 %) d'usagers récents (< 5 ans) de cocaïne qui déclarent utiliser la voie d'administration inhalée au cours du dernier mois et par le pourcentage global (17 %) de recours à ce mode d'administration.

Le développement de cette voie d'administration pourrait s'expliquer par les facteurs suivants :

- le rejet de l'injection et, dans une moindre mesure, du sniff par crainte à la fois de la contamination à travers le partage des paille et par crainte de problèmes nasaux ;
- la recherche des effets « flash » uniquement obtenus par ce mode d'administration ou par injection intraveineuse. Cette dernière étant devenue une pratique stigmatisée, la voie fumable est désormais la seule alternative possible pour les amateurs de sensations fortes ;
- le fait que le prix d'une dose de crack sous forme de « caillou » vendu à l'unité (30-50 F) est plus accessible que la cocaïne vendue au gramme (350-600 F).

Le réseau des sites rapporte l'observation de plus en plus fréquente, dans l'espace festif, de cocktail cocaïne/héroïne. L'héroïne est décrite comme une substance accompagnant la prise de cocaïne, soit de manière décalée dans le temps dans le but de gérer les descentes consécutives à la prise de celle-ci, soit de manière concomitante.

Bordeaux : « *Certains usagers ont évoqué l'utilisation d'un mode de consommation particulier émanant du sud-ouest de l'Espagne : le "regualto", préparation qui consiste à consommer la cocaïne en free-base et à y ajouter de l'héroïne avant de la fumer.* »

Il semblerait qu'une minorité d'usagers soit entrée, par le biais de ce cocktail, dans une consommation plus régulière d'opiacés (buprénorphine haut dosage, héroïne, rachacha).

Seine-Saint-Denis : « *Un certain nombre d'associations sont relevées : la cocaïne peut être sniffée avec de l'héroïne (speed-ball) afin que les effets de l'une contrebalancent les effets de l'autre.* »

Toulouse : « *Dans l'espace festif techno, on observe que ce sont les opiacés, rachacha et héroïne qui sont utilisés pour gérer la descente de cocaïne.* »

LE PRODUIT

Disponibilité, accessibilité

Depuis deux ans, le dispositif TREND observe une diffusion de l'usage de cocaïne dans le milieu urbain. Cette tendance se confirme en 2001. Ainsi, plus d'un tiers des usagers fréquentant les structures de bas seuil qui ont participé à l'enquête TREND déclare avoir consommé de la cocaïne au cours du mois précédent (39 %).

Sur la quasi-totalité des dix sites de France métropolitaine, les observations vont dans le sens du constat d'une augmentation de l'usage de cocaïne. Petit à petit, elle semble acquérir un statut de produit principal. Certains consommateurs d'opiacés (héroïne et Subutex®) auraient recours à ces produits pour réguler leurs prises de cocaïne (85 % des usagers de cocaïne au cours du dernier mois déclarent avoir pris un ou plusieurs opiacés). On assiste actuellement sur la plupart des sites métropolitains à une reconversion de la « scène de rue » où la cocaïne-crack supplante les opiacés. Ce produit, dans sa forme chlorhydrate (poudre) et sa forme base (crack), est la seule substance qui continue de progresser sur l'ensemble des sites depuis trois ans.

Lille : « *Cocaïne et free-base se démocratisent toujours et touchent désormais les personnes sous substitution et/ou en situation précaire. Les groupes insérés professionnellement d'environ 25 ans et consommant à domicile sont en hausse.* »

Marseille : « *La cocaïne poursuit sa diffusion dans l'espace urbain. La cocaïne occuperait la place de l'héroïne cinq ou six années auparavant.* »

Metz : « *La consommation de cocaïne est donc en expansion continue. [...] Plus grande offre et consommation en milieu festif. La cocaïne est consommée directement au sein de la fête alors qu'auparavant elle était plutôt consommée à l'extérieur.* »

Paris : « *La cocaïne n'a été observée que par la structure du nord parisien où elle est consommée par tous les publics, qu'ils soient insérés ou non.* »

Dijon : « *La disponibilité de la cocaïne s'élargit. Elle est visible pour un usager averti en soirée techno et privée, dans les boîtes branchées et dans les soirées mondaines. Certains acteurs estiment qu'elle est accessible presque partout. [...] Les usagers de cocaïne augmentent dans les raves.* »

Seine-Saint-Denis : « La baisse des saisies en Seine-Saint-Denis qui apparaît de manière conséquente ne s'accorde pas à ces données, qui semblent montrer la poursuite de la consommation de cocaïne. [...] En milieu festif apparaît une plus grande disponibilité d'une cocaïne de meilleure qualité. »

Toulouse : « Dans l'espace urbain, la cocaïne semble plus disponible et d'un meilleur rapport qualité/prix que l'an passé. »

En revanche, en Guyane et en Martinique, il semble que la consommation de cocaïne reste cantonnée aux milieux aisés, tandis que les usagers issus des milieux sociaux les plus défavorisés consomment du crack. À la Réunion, la cocaïne reste rare et son usage semble restreint à des cercles d'initiés bien insérés socialement.

Dans l'espace festif techno, dans la continuité des années précédentes, il semble que la cocaïne poursuive sa diffusion et que sa disponibilité continue d'augmenter.

Dijon : « La disponibilité de la cocaïne s'élargit. Elle est visible pour un usager averti en soirée techno et privée, dans les boîtes branchées et dans les soirées mondaines. Certains acteurs estiment qu'elle est accessible presque partout. »

Metz : « Plus grande offre et consommation en milieu festif. »

Seine-Saint-Denis : « En milieu festif apparaît une plus grande disponibilité d'une cocaïne de meilleure qualité. »

Toulouse : « Depuis 1996, la consommation de cocaïne ne cesse de progresser sur le site de Toulouse, y compris si l'on englobe l'espace festif du Languedoc où, selon un informateur, la cocaïne a "explosé" en 2001. »

Prix

La disponibilité importante de la cocaïne se traduit par une baisse des prix moyens du gramme sur la quasi-totalité des sites TREND de France métropolitaine. En 2000, le prix médian en France métropolitaine était de 540 F le gramme, en 2001 il était de 415 F. Dans les DOM la situation est hétérogène, puisque le prix en Guyane est très en dessous des prix métropolitains, alors que les prix en Martinique et à la Réunion sont beaucoup plus élevés. Le prix guyanais est en lien avec la facilité d'approvisionnement.

La gamme des prix de la cocaïne dans l'espace festif techno demeure stable par rapport à l'année dernière et se situe entre 350 et 600 F le gramme.

Tableau 22 - Prix moyen, en francs, du gramme de cocaïne dans l'espace urbain sur les sites TREND pour 2000 et 2001

SITES	Moyenne 2000	Moyenne 2001	Évolution 00/01
Bordeaux	550	350	- 36 %
Dijon	550	475	- 14 %
Lille	530	408	- 23 %
Lyon	550	400	- 27 %
Marseille	400	400	0 %
Metz	500	425	- 15 %
Paris	615	500	- 19 %
Rennes	600	550	- 8 %
Seine-Saint-Denis	700	700	0 %
Toulouse	350	350	0 %
Médiane métropole	540	415	
Guyane	-	160	-
Martinique	-	800	-
Ile de la Réunion	-	1 000	-

Données et exploitation : TREND/OFDT

Qualité : taux de pureté et produits de coupage

Les résultats des analyses toxicologiques des échantillons de cocaïne chlorhydrate et base saisis par les services de police et des douanes en 2001 (voir tableau 23) montrent, par rapport à 1999 et 2000, une augmentation du pourcentage des échantillons faiblement ou moyennement dosés (moins de 50 % de principe actif) et donc une diminution du pourcentage des échantillons les plus fortement dosés (entre 50 et 100 % en principe actif). Toutefois, les échantillons comprenant plus de 50 % de principe actif restent majoritaire en 2001.

Par ailleurs, le LPS (Laboratoire de la police scientifique) de Lyon a effectué une analyse spécifique des échantillons en fonction de la quantité saisie. Il a pu ainsi comparer la teneur en principe actif provenant de saisie de moins d'un gramme, échantillons dits « de rue », avec celle issue de saisies supérieures ou égales à un

kilogramme. Dans les échantillons de rue, 58 % des échantillons saisis contiennent entre 0 et 50 % de principe actif et 34 % en contiennent entre 20 et 40 %. Dans le second groupe, 73 % des échantillons contiennent plus de 50 % de principe actif et 53 % entre 60 et 80 %.

Le rapport constate la présence de produits de coupage classiques comme la caféine, le lactose, la phénacétine, le saccharose, le glucose et l'inositol est constante en 2000 comme en 2001. En revanche, la fréquence de diluants (mannitol, lidocaïne) augmente de 2000 à 2001⁵.

Tableau 23 - Répartition des échantillons de cocaïne saisis entre 1999 et 2001 par les services de douanes et de police selon le taux de pureté

Taux de pureté (%)	1999		2000		2001	
	N	%	N	%	N	%
Police						
0-20	5	2 %	17	5 %	56	9 %
20-50	42	16 %	93	26 %	198	33 %
50-100	211	82 %	252	69 %	344	58 %
Douanes						
0-20	10	3 %	25	6 %	34	4 %
20-50	57	15 %	108	25 %	200	27 %
50-100	313	82 %	291	69 %	514	69 %
Police et douanes						
0-20	15	2 %	42	5 %	90	7 %
20-50	99	15 %	201	25 %	398	29 %
50-100	522	83 %	543	70 %	858	64 %
	636	100 %	786	100 %	1 346	100 %

Sources : LPS Lyon et LIRD Paris. Exploitation : TREND/OFDT

Perception

L'année dernière, l'image de la cocaïne chez les usagers demeurait globalement positive dans les deux espaces d'investigation. Il semble que cette année une représentation différenciée du produit soit en train de s'instaurer. Alors que l'image de la cocaïne reste plutôt positive dans l'espace festif, un certain nombre de sites font état d'une altération de son image au sein de l'espace urbain.

Marseille : « La cocaïne semble connaître un processus inverse à celui de l'héroïne : sa banalisation s'accompagnerait d'une dévalorisation du produit. »

Paris : « Que ce soit en Seine-Saint-Denis ou dans le nord parisien, la perception de la coke par les usagers continue de se dégrader. »

Ce phénomène pourrait s'expliquer par la relative « banalisation » de la cocaïne qui altère son image de substance réservée à l'élite pour la rendre plus proche du quotidien des usagers. Par ailleurs, l'utilisation fréquente de l'injection pour l'administration de ce produit contribuerait également à l'altération de son image.

5. Laboratoire scientifique de la police de Lyon : (rapport) Statistiques 2000-2001.

L'ECSTASY

USAGERS ET MODALITÉS DE CONSOMMATION

Dans l'espace festif, quoique l'usage d'ecstasy soit fréquent, mais, bien sûr, non systématique, il est difficile d'estimer la fréquence de cet usage. L'enquête ESCAPAD de 2001 permet de décrire la sous-population des participants aux événements festifs parmi les plus jeunes. Ainsi, parmi les garçons et les filles de 18 ans ayant participé à des fêtes techno, la fréquence de l'usage d'ecstasy augmente avec le nombre de participation à des événements festifs. L'usage d'ecstasy plus de 10 fois par an concerne 16,3 % des personnes allant en fête techno toutes les semaines et 3,5 % des personnes y allant au moins une fois par mois (voir tableau 24). Même chez les participants les plus assidus à des événements festifs, l'usage répété d'ecstasy touche une minorité de personnes.

Ces résultats ne rendent bien sûr pas compte de manière complète des fréquences d'utilisation d'ecstasy au sein de l'ensemble des « teufeurs ». On peut supposer que chez les personnes de 20 à 30 ans la fréquence d'utilisation soit plus élevée.

Tableau 24 - Fréquence d'usage d'ecstasy selon la fréquence de participation à des événements festifs techno chez des personnes de 18 ans en 2001

fréquentation techno au cours des douze derniers mois	usage XTC au cours de l'année	usage XTC plus de 10 fois au cours de l'année	N
Jamais allé en techno	0,8 %	0,0 %	9 163
Moins d'une fois par mois	8,6 %	0,5 %	1 137
Au moins une fois par mois	23,7 %	3,5 %	442
Au moins une fois par semaine	33,3 %	16,3 %	154

Données et exploitation ESCAPAD/OFD

Dans l'espace urbain, la consommation d'ecstasy est devenue une pratique plus répandue. En effet, parmi les usagers des structures de bas seuil des sites TREND, 24 % rapportent avoir une consommation d'ecstasy au cours du mois précédent. Parmi les personnes contactées par ASUD, la proportion s'élève à 14 %.

La consommation semble surtout occasionnelle puisque les deux tiers (65 %) des consommateurs ont une fréquence de consommation mensuelle, un peu moins d'un tiers (28 %) hebdomadaire et une petite minorité (7 %) journalière de ce produit.

Le sexe ratio est élevé, quatre hommes (81 %) pour une femme (19 %).

Il s'agit de personnes plus jeunes que pour la cocaïne. L'âge moyen est de 27 ans et plus des trois quarts (77 %) ont moins de 30 ans.

L'âge de début de la consommation est en moyenne de 22 ans et s'étend de 12 à 40 ans. Toutefois, plus de la moitié des personnes ont déjà expérimenté le produit avant 21 ans.

Parmi ceux qui ont cité l'ecstasy comme produit consommé au cours du dernier mois, 83 % rapportent aussi l'usage d'un ou plusieurs opiacés ; 62 % de cocaïne ; 60 % de médicaments ; 58 % de produits hallucinogènes (LSD, kétamine) et 14 % de poppers ou de solvants.

Comme pour la cocaïne, la diffusion de l'ecstasy vers l'espace urbain entraîne une diversité des profils de consommateurs plus marquée. Ceux-ci vont de l'usager qui fréquente les structures de bas seuil (1 sur 4 d'après l'enquête TREND) à la personne « intégrée » qui va l'utiliser dans le cadre de sa vie professionnelle ou étudiante.

Lille : « La consommation se développe en dehors des milieux festifs chez les jeunes de 20-22 ans, étudiants, en début de carrière ou au RMI. »

Marseille : « Une structure de bas seuil évalue à 15 % le nombre d'usagers de drogues (fréquentant la structure) et consommateurs d'ecstasy alors qu'il était quasiment inexistant dans cet espace les années précédentes. »

Marseille (festif) : « Usage en dehors du milieu festif dans le cadre d'une activité professionnelle. »

Metz : « L'ecstasy touche aujourd'hui un public de plus en plus jeune et de plus en plus diversifié. Certains observateurs ont constaté une consommation de ce type de produit chez des mineurs de 15 ans. On signale son extension dans les quartiers sensibles de la périphérie urbaine. »

Rennes : « L'ecstasy n'est plus réservée au cadre festif, mais concerne aussi les scolaires, les étudiants ; la consommation est de plus en plus importante chez les mineurs, notamment chez les lycéens, l'ecstasy fait partie de l'univers scolaire et jouit d'une bonne image. »

Modalités d'usage

L'usage d'ecstasy par voie orale reste dominant. Dans l'espace urbain, une grande majorité des consommateurs d'ecstasy au cours du dernier mois (86 %) rapporte un recours à la voie orale ; 9 % à la voie nasale et le même pourcentage (9 %) à la voie injectable et, enfin, moins de 1 % à la voie pulmonaire.

Dans l'espace festif, on note cette année un développement de l'utilisation d'ecstasy par « sniff » qui serait en lien avec une disponibilité plus importante de MDMA sous forme de poudre. Cette forme serait considérée par les usagers comme présentant l'assurance d'une meilleure qualité que les échantillons de MDMA vendus sous forme de comprimés. Le sniff présente également l'avantage de permettre une certaine convivialité pratiquement absente de l'usage par voie orale.

Dijon : « Consommation d'ecstasy en poudre. Elle est souvent présentée en "képa", pliage papier sur le modèle des "képas" d'héroïne. Au lieu d'être ingéré et gobé, le produit peut être sniffé à l'aide d'une paille ou dilué dans une boisson. »

Rennes : « Voie nasale en augmentation. »

Seine-Saint-Denis : « En général, l'ecstasy est gobée, mais les observateurs notent un développement du "sniff". »

LE PRODUIT

Disponibilité, accessibilité

La tendance identifiée l'année dernière d'un développement de la consommation d'ecstasy en milieu urbain se confirme.

Lille : « Présence de l'ecstasy en milieu urbain. Le produit est consommé plus ou moins régulièrement chez les personnes toxicomanes et/ou substitués de moins de 30 ans. »

Lyon : « On noterait une apparition de ce produit dans les quartiers d'habitat social de l'agglomération lyonnaise, auprès d'un public méconnaissant ses effets puissants [...] »

Marseille : « L'ecstasy est un phénomène émergent en milieu urbain. La MDMA semble se diffuser progressivement dans l'espace urbain et attirer de nouveaux types de consommateurs. »

Paris : « Au nord de Paris, la structure de bas seuil note que le produit est à la fois plus disponible et plus accessible car le trafic descend davantage dans la rue. »

Rennes : « *Le produit est tellement disponible sur le site qu'il est pris par tout type de population. L'ecstasy n'est plus réservé au cadre festif, mais concerne aussi les scolaires et les étudiants.* »

Toulouse : « *La MDMA est très disponible en ville. Depuis 2001, il est possible de s'en procurer dans la rue.* »

Dans l'espace festif, il semble que la disponibilité de l'ecstasy soit stable voire en légère augmentation.

Prix

La tendance à la baisse du prix du comprimé et de l'échantillon de poudre d'ecstasy se poursuit en 2001. Alors que selon le réseau des sites, dans l'espace festif, les comprimés et les gélules d'ecstasy se négociaient l'année dernière autour de 100 F, le prix médian pour la France métropolitaine est de 75 F en 2001, tant dans l'espace festif que dans l'espace urbain (voir tableau 25). Il semble qu'il en aille de même pour les échantillons sous forme de poudre qui passe de 450/600 F le gramme en 2000 à un prix médian de 200 F dans l'espace urbain et de 425 F dans l'espace festif.

Tableau 25 - Prix d'un comprimé et d'un gramme de poudre d'ecstasy selon les observateurs du réseau des sites pour l'espace urbain et l'espace festif en 2001

SITES	Espace urbain		Espace festif	
	Comprimés	Poudre	Comprimés	Poudre
Bordeaux	80	75	75	450
Dijon	100	100	150	200
Lille	75	300	50	-
Lyon	75	-	100	600
Marseille	85	-	75	400
Metz	50	-	40	-
Paris	75	-	70	-
Rennes	75	300	-	-
Seine-Saint-Denis	-	-	-	-
Toulouse	75	-	-	-
Médiane	75	200	75	425

Données et exploitation : TREND/OFDT

À partir des résultats de la base SINTES, on constate également une diminution du prix moyen du comprimé d'ecstasy à partir du troisième trimestre 2001 (93 F) qui se confirme au quatrième trimestre 2001 (81 F) et au premier trimestre 2002 (88 F).

Le dosage moyen en MDMA des comprimés diminue en 2001 (voir p. 147).

Perception

Contrairement à l'année dernière, où de nombreux sites se faisaient l'écho d'une certaine dégradation de l'image de l'ecstasy parmi les consommateurs, il semble que cette année, dans l'espace festif, les quelques réserves identifiées à l'égard du produit ne soient plus de mise.

Dijon : « *L'image de la "pilule d'amour" a tendance à s'estomper dans l'esprit des jeunes consommateurs au profit de l'image actuelle d'une drogue très agréable, peu risquée et pas très puissante. Elle semble prendre le chemin des drogues douces et sa consommation tend à se banaliser.* »

Lille : « *L'image de l'ecstasy est bonne, tant en milieu festif qu'urbain. Produit inoffensif restant attaché aux raves ou à un mode de vie, l'ecstasy est un produit pour s'amuser.* »

Rennes : « *L'image du produit est très positive : pas de problèmes de santé, pas de difficultés psychologiques lors des prises.* »

Seine-Saint-Denis : « *La perception de l'ecstasy en milieu festif est encore globalement bonne. Révélateur spirituel de valeurs alternatives, de faculté à percevoir des vérités universelles.* »

LES AMPHÉTAMINES ET MÉTHAMPHÉTAMINES

USAGERS ET MODALITÉS D'USAGE

Les usagers

Parmi les usagers de structures de bas seuil, 14 % déclarent avoir consommé des amphétamines au cours du mois écoulé. Parmi ceux-ci, 58 % rapportent une fréquence de consommation mensuelle, un peu moins d'un tiers (27 %) hebdomadaire et 15 % une consommation journalière.

Le sexe ratio est identique à celui de l'ecstasy, à savoir quatre hommes (81 %) pour une femme (19 %). L'âge moyen est de 26 ans et 8 mois. Environ 93 % des personnes ont moins de 35 ans et 50 % moins de 25 ans. L'âge moyen de début de consommation tant pour les hommes que pour les femmes se situe autour de 20 ans. Il varie de 12 à 38 ans. Les trois quarts des hommes ont débuté leur consommation avant l'âge de 22 ans et les trois quarts des femmes avant 24 ans.

Parmi ceux qui ont cité les amphétamines comme substance consommée au cours du dernier mois, 85 % déclarent l'usage d'un opiacé ou de plusieurs opiacés ; 69 % de cocaïne ; 67 % de médicaments ; 70 % de produits hallucinogènes (LSD, kétamine) et 8 % de poppers ou de solvants.

Modalités d'usage

Sur les 111 personnes déclarant un usage d'amphétamines au cours du dernier mois, un peu moins de la moitié (48 %) rapporte une prise par voie orale ; 35 % par voie nasale et 23 % par voie injectable et enfin moins de 4 % par voie pulmonaire.

Produit : disponibilité, accessibilité, prix

Dans l'espace festif, le produit reste très présent mais son image semble se dégrader. D'une part du fait que celui-ci, comparé à la cocaïne, serait un produit de deuxième catégorie, une « cocaïne du pauvre », « produit de secours de la cocaïne » en quelque sorte et, d'autre part, du fait de ses effets négatifs ou décevants sur le consommateur.

L'identification, l'année dernière, d'un développement de la diffusion des amphétamines dans le milieu urbain est confirmée cette année. Ainsi, parmi les usagers des structures de bas seuil des sites TREND, 14 % ont déclaré une consommation d'amphétamines au cours du mois précédent. Une majorité des sites métropolitains font état de ce phénomène.

Lille : « *La consommation en dehors du cadre festif prend de l'ampleur tout en restant dans un cadre récréatif.* »

Lyon : « *Plus d'un quart des usagers fréquentant les boutiques consomment des amphétamines et du speed de façon plutôt ponctuelle.* »

Paris : « *Pas d'observation particulière dans le centre de Paris ; en revanche de tout nouveaux consommateurs dans le nord, lesquels ont le même profil que ceux d'ecstasy.* »

Rennes : « *De plus en plus disponible avec un approvisionnement de plus en plus régulier.* »

Seine-Saint-Denis : « *Présence d'amphétamines depuis un an et demi, deux ans.* »

Par rapport à l'année dernière, le prix dans l'espace festif reste stable : le gramme de poudre se négociant en moyenne autour de 100 F.

Apparition d'une consommation marginale de produits vendus sous les appellations « yaba » et « ice » dans l'espace festif

L'année dernière des saisies de yaba⁶ par des services de police mettaient en évidence la présence de cette substance en région parisienne. Cependant, aucun capteur du dispositif TREND ne l'avait repérée que ce soit dans l'espace festif ou urbain.

Cette année, deux sites, Paris et Marseille, évoquent des comprimés vendus sous cette appellation. Sa diffusion pour le moment semble toutefois extrêmement confidentielle. À Marseille, le yaba, tout en demeurant très rare, n'a été observé que dans les *free-party*. La description des échantillons qui circulent est la suivante :

« *Les échantillons de yaba rencontrés se présenteraient sous la forme de comprimés de forme arrondie et de couleur rouge venant d'Asie. Ces comprimés seraient ingérés et procureraient un sentiment de surpuissance.* » S'agissant des effets sanitaires de cette consommation, le site de Marseille note des « *comportements agressifs envers les autres ou autodestructeurs* ».

Pour le site de Paris, « *le niveau social et culturel des consommateurs de yaba semble plutôt élevé ; il semblerait que ce soit des personnes qui voyagent beaucoup de par leur activité professionnelle.* »

S'agissant de l'ice (forme de méthamphétamine fumable), deux sites, Paris et la Guyane, évoquent des produits ayant cette appellation. À Paris, au sein de l'espace festif, l'ice a été observée lors de teknivals « *de type "cyberpunk" et "New Age"* ». D'autre part, certains témoignages rapporteraient une consommation de ce produit, lequel serait fumé dans des pipes à crack. Le site de Paris esquisse un profil des usagers de l'espace festif :

« *Les consommateurs d'ice apparaissent attirés par la subversion et se trouvent situés dans des réseaux internationaux d'amateurs éclairés maîtrisant bien les nouvelles technologies. Il s'agit en général d'hommes entre 25 et 35 ans.* »

En Guyane, des rumeurs font état d'une présence de l'ice à Kourou : « *Le produit connu sous cette appellation est une méthamphétamine provoquant des effets supérieurs au crack et plus prolongés (huit heures).* »

Dans la base SINTES, en 2001, on trouve 47 échantillons (6 %) issus de la collecte sociosanitaire correspondant à la dénomination « amphétamine ». Ils se présentent le plus souvent sous forme de poudre. Ils ne contiennent effectivement de l'amphétamine que dans 51 % des cas et des molécules de la famille des amphétaminiques dans 75 % des cas. Un tiers des échantillons contient de la caféine et un tiers des molécules médicamenteuses. On ne trouve aucun échantillon de contenu supposé « ice » et un échantillon de contenu supposé « yaba ». Ce dernier s'est avéré contenir du GHB.

6. Pour une définition de cette substance, voir le glossaire p. 285

CONCLUSION

L'augmentation de la fréquence de l'usage de cocaïne tant dans l'espace urbain que dans l'espace festif est confirmée. Son prix est en diminution. Cette diffusion entraîne une hétérogénéité croissante du profil des consommateurs. Les usagers récents de cocaïne auraient des modalités d'utilisation différentes : ils s'injecteraient moins, snifferaient et inhaleraient plus que les plus anciens. La « banalisation » relative de la cocaïne aurait pour conséquence une image du produit plus mitigée, notamment auprès des usagers de l'espace urbain.

La forme fumable de la cocaïne (dénommée crack ou free-base) est observée sur un nombre croissant de sites ainsi que dans l'espace festif. La dénomination « crack » est essentiellement utilisée à Paris, en Guyane et aux Antilles.

L'ecstasy et les amphétamines sont plus disponibles et plus consommés dans l'espace urbain. L'administration de l'ecstasy par voie nasale se développe, notamment dans l'espace festif. Le prix des comprimés et des échantillons de poudre d'ecstasy est en diminution.

Pour la première fois, des informations concordantes sur la disponibilité encore limitée, en France, de substances vendues sous les appellations d'ice et de yaba ont été rapportées. Ce dernier produit semble cantonné à un milieu très minoritaire de l'espace festif.

L'USAGE D'HALLUCINOGENES

Points de repères

L'usage en population générale

L'expérimentation et la consommation actuelle de LSD, champignons et autres hallucinogènes sont relativement limitées en population générale. La consommation de ces produits est principalement circonscrite aux jeunes adultes et à des contextes festifs. Au sein de la population adulte, les niveaux d'expérimentation du LSD sont faibles chez les 18-44 ans (1,5 % pour les femmes et 3,5 % pour les hommes) et relativement plus élevés aux deux extrémités de la tranche d'âge (Baromètre Santé). Ceci est la conséquence de la conjonction d'une plus forte expérimentation chez les jeunes générations actuelles et chez celles des années 1970. Chez les jeunes scolarisés (14-18 ans), 0,9 % des filles et 1,7 % des garçons déclarent avoir déjà pris au moins une fois du LSD, et 2 % et 4,5 %, respectivement, des champignons hallucinogènes

(ESPAD 1999). Parmi les jeunes de 18 ans participant à la Journée d'appel, 2,3 % des garçons et 1,3 % des filles déclarent avoir consommé du LSD et 6,9 % des garçons et 2,5 % des filles des champignons hallucinogènes, au moins une fois dans leur vie. Au cours du mois précédant l'enquête, 1,4 % des garçons et 0,3 % des filles déclarent avoir consommé des champignons hallucinogènes.

Par ailleurs, 0,1 % des jeunes des deux sexes de 18 ans, lors de cette même journée, ont déclaré avoir expérimenté l'usage de kétamine (ESCAPAD 2001).

Prise en charge pour des problèmes sanitaires

Le LSD et les champignons hallucinogènes sont à l'origine d'un nombre marginal de prises en charge sanitaire ou sociale (DREES 1999). Parmi les 306 médecins généralistes interrogés par

EVAl en 2001, 6 % déclarent avoir vu au moins un patient consultant du fait d'une consommation de LSD et 4 % du fait d'une consommation de kétamine (EVAl, 2001).

Mortalité

Aucun cas de décès directement lié aux hallucinogènes n'a été recensé en France en 2001 (OCRTIS 2001).

LSD

LES USAGERS DE LSD ET LES USAGES

Les usagers

L'année dernière, deux grands types d'usagers de LSD étaient identifiés : des jeunes fréquentant les événements techno et des ex-« soixante-huitards ». Ces deux populations semblent toujours présentes ; toutefois, un usage de LSD au sein de l'espace urbain se développerait (ou s'observerait plus aisément).

Si l'usage de LSD au cours du dernier mois reste très minoritaire (3 %) parmi les personnes contactées par ASUD, en revanche, parmi les usagers des structures bas seuil, presque une sur cinq (18 %) rapporte un usage au cours du mois écoulé. Il s'agit d'une consommation plutôt occasionnelle puisque seuls 9 % des répondants déclarent une consommation quotidienne et 18 % une consommation hebdomadaire ou plurihebdomadaire. Le sexe ratio est d'une femme pour quatre hommes. Ce sont des personnes jeunes puisque l'âge moyen est de 27 ans et 1 mois et que les trois quarts ont moins de trente ans. L'âge de l'initiation au produit est plutôt bas (19 ans en moyenne) et peut aller de 12 à 34 ans.

Le taux d'usage d'autres produits est très élevé parmi les usagers de LSD. En effet, 84 % ont consommé des opiacés au cours du mois précédent, 82 % des produits de synthèse, 71 % de la cocaïne ou du crack, 54 % des médicaments, 27 % de la kétamine, 18 % des solvants ou des poppers. Plus des trois quarts des personnes ont consommé entre 3 et 8 produits (79 %).

LE PRODUIT

Accessibilité et disponibilité

Jusqu'en 2000, la consommation de LSD se déroulait essentiellement au sein de l'espace festif techno, tout en étant signalé comme disponible sur certains sites. En 2001, de nombreux sites signalent un accroissement de la disponibilité de ce produit en dehors de tout cadre festif. C'est le cas de Lille qui rapporte une présence du LSD : « [...] en milieu urbain (cités, jeunes en début de toxicomanie) ainsi qu'en milieu rural » ; de Lyon, qui note que l'hallucinogène est consommé « par le public de milieu urbain qui fréquente les boutiques dans pratiquement un tiers des cas » ; de Paris, qui signale « une augmentation » de la consommation dans le nord de Paris sans toutefois que celle-ci soit reliée à un trafic ad hoc : « le LSD reste dans un réseau fermé, rendant l'accès difficile » ; de Toulouse, qui constate que du fait de « la présence plus importante d'usagers-revendeurs de cet espace au sein de l'espace urbain, le LSD a accru sa disponibilité et son accessibilité en ville. Sa consommation, valorisée malgré les questions soulevées par les expériences négatives, en fait un produit encore globalement très consommé et probablement en progression dans l'espace urbain ».

En revanche, le site de Marseille constate la rareté du LSD dans l'espace urbain tandis que celui de Rennes confirme sa présence dans cet espace mais remarque qu'il « serait supplanté par les speeds et la MDMA ». En Guyane et en Martinique, la présence du LSD est considérée comme marginale et anecdotique. Dans ce dernier site, on commence cependant à « en reparler et il semblerait qu'il soit possible de se procurer des produits présentés sous forme de buvard dans certaines boîtes de nuit ».

La disponibilité du LSD, en dehors de l'espace festif techno pourrait être en lien avec l'augmentation du nombre de petits trafiquants « multicartes », qui opèrent dans les deux espaces.

Dans l'espace festif, l'année 2001 a confirmé la disponibilité observée en 2000 de la forme liquide du LSD dite « goutte » et de la forme dite « micro-pointe » (gel solidifié). Les observateurs rapportent une croissance de cette disponibilité. L'offre de la première forme (« goutte ») resterait très limitée tandis que la demande serait de plus en plus importante. Cet engouement pour la forme liquide pourrait s'expliquer au moins en partie par :

- la multiplication des contrefaçons (photocopie) de la forme buvard ;
- la variabilité trop grande du contenu en principe actif d'un buvard à un autre dans la même série ;

- la croyance en vogue selon laquelle les fabricants auraient recours couramment à la strychnine pour fixer le LSD sur les buvards, laquelle serait responsable de crispations musculaires, notamment au niveau de la mâchoire.

Les différentes sources suggèrent une baisse de la disponibilité au moins dans certaines régions. Cette diminution semble opérer tant du côté de l'offre que de la demande. La baisse de la demande s'expliquerait par une moins bonne image du produit, résultant d'une prise de conscience des difficultés à bien le gérer. Ces difficultés se manifestent à travers les multiplications des « bad trips », notamment chez les nouveaux usagers expérimentateurs et par une phase de descente toujours perçue comme pénible. À cela, il faut ajouter la concurrence actuelle de la kétamine, produit aux effets psychodysléptiques plus puissants et la mauvaise qualité des échantillons proposés à la vente sous l'appellation du LSD dans l'espace festif.

Prix et qualité

S'agissant du prix du buvard de LSD, il ne semble pas différer d'un espace à l'autre. Le prix moyen s'élève aux environs de 50/60 F comme en 2000.

Au sein de la base SINTES, pour 185 échantillons, le contenu déclaré était du LSD. La présentation la plus fréquente était le buvard (95 %) et le prix était de 50 F pour environ 70 % des produits et de 100 F pour 20 % des produits.

Globalement, ces échantillons supposés être du LSD contenaient le principe actif dans 38 % des cas, proportion à la baisse depuis 1999. En effet, en 1999, 82 % des produits vendus sous l'appellation LSD contenaient le principe actif, contre 34 % des échantillons seulement en 2000 et 27 % des échantillons en 2001 (soit 9 sur 33).

LA KÉTAMINE

USAGERS ET MODALITÉS D'USAGE

Les usagers

En 2001, l'usage de kétamine est observé dans l'espace festif sur la plupart des sites métropolitains, mais avec plus ou moins de facilité. Jusqu'alors restreint à de petits groupes d'initiés, la consommation de ce produit semble être le fait de groupes plus importants et plus diversifiés tout en restant un produit de diffusion modérée.

Au sein de l'espace urbain, l'usage de kétamine est désormais observé, mais ne concerne qu'une petite minorité de personnes. L'enquête OPPIDUM 2001 a identifié 7 cas d'usages de kétamine au cours de la semaine écoulée contre 2 en 2000. Parmi les usagers des structures de bas seuils, 7 % des répondants déclarent avoir consommé ce produit au cours des 30 jours précédant l'enquête. Parmi celles-ci, 15 % rapportent un usage quotidien et 17 % un usage hebdomadaire ou plurihebdomadaire.

Ces utilisateurs sont jeunes, à dominante masculine, et commenceraient précocement l'utilisation de ce produit. En effet, le sexe ratio est de 4 hommes pour 1 femme. L'âge va de 18 à 44 ans, avec un âge moyen de 26 ans et 6 mois et plus des trois quarts des personnes (77 %) ont moins de 30 ans. Les premières consommations de kétamine vont de 15 à 43 ans, mais plus de la moitié (54 %) a commencé avant 21 ans. On observe une nette hétérogénéité géographique de la fréquence de l'usage de kétamine au cours du dernier mois : absence totale dans les DOM et fréquence au-dessus de la moyenne à Dijon, Lyon, Rennes et Toulouse.

Comme pour le LSD, le taux d'usage d'autres produits est très élevé parmi les usagers de kétamine. En effet, 91 % d'entre eux ont consommé des produits de synthèse au cours du mois précédent, 85 % des opiacés, 75 % de la cocaïne ou du crack, 74 % du LSD, 57 % des médicaments, 24 % des solvants ou des poppers. Plus des trois quarts des personnes ont consommé entre 3 et 8 produits (79 %).

Les modalités d'usage

Parmi les usagers de structures bas seuil, en 2001, 67 % déclarent avoir utilisé le sniff, 15 % la voie orale, 13 % la voie injectable et 5 % l'inhalation.

En 1999, les observateurs du réseau des sites n'ont rapporté que peu d'associations dans lesquelles la kétamine était impliquée. Dans la plupart des cas, celle-ci était utilisée seule.

Au cours de l'année passée (2001), au moins cinq associations comprenant de la kétamine avaient été répertoriées. L'observation de ces associations peut signifier que ce produit est sorti des cercles restreints d'usagers pour lesquels la kétamine constitue un élément d'identification, pour devenir l'un des produits, parmi d'autres, que peuvent consommer des cercles plus larges d'usagers.

La diversité des produits utilisés en combinaison montre à quel point la kétamine peut-être accessible aux diverses populations qui fréquentent les événements non autorisés.

L'utilisation en association avec la cocaïne ou les amphétamines faciliterait la « descente » de ces produits stimulants. La cocaïne, de son côté, est censée atténuer les effets immobilisants de la kétamine. L'association avec les amphétamines permettrait « de danser, bouger tout en étant déconnecté mentalement. Ton corps assure et ton esprit voyage [...] », mais elle serait moins appréciée parce qu'elle diminuerait la durée des effets de la kétamine.

L'utilisation avec le LSD permettrait de potentialiser les effets psychodysléptiques des deux produits. Avec le diazépam (Valium®), cela permettrait d'obtenir un effet « planant » particulièrement apprécié au petit matin. L'utilisation avec de l'alcool potentialiserait les effets de « défonce ».

Avec de la MDMA, mélange dit « kéta extraterrestre », la kétamine potentialiserait l'effet « love » de la MDMA qui, en contrepartie, augmenterait l'effet dissociatif de la kétamine. La kétamine et la MDMA en poudre sont mélangées ensemble puis sniffées. La même formule, sous une forme différente, consiste à gober un cachet d'ecstasy et à sniffer la kétamine.

Le cannabis permettrait d'éviter les insomnies que favoriserait la kétamine.

LE PRODUIT

Accessibilité et disponibilité

En 2001, deux phénomènes contradictoires concernant l'accessibilité et la disponibilité de la kétamine sont observés : d'une part une extension géographique de la consommation dans les espaces festif et urbain, d'autre part la diminution de sa diffusion là où elle était observée précédemment.

Quatre sites rapportent une émergence de la kétamine au cours de l'année 2001.

Dijon : « *La consommation de kétamine sur le site est rare, mais elle semble émergente en milieu clandestin (free, techno). Les observateurs rapportent quelques soirées avec une présence importante de kétamine dite d'Inde 6 et une augmentation du nombre de consommateurs.* »

Lyon : « *Bien que très peu de saisies aient été effectuées, il semble que la kétamine apparaisse depuis trois ans sur le site lyonnais. On en entendait surtout parler mais depuis un an, le phénomène serait visible, spécifiquement en milieu techno.* »

Marseille : « *La diffusion de la kétamine en milieu techno constitue l'un des phénomènes émergents de 2001. Lors de son apparition dans les événements techno en 1997, ce produit était marginal et l'objet de représentations très négatives ; aujourd'hui, la kétamine serait l'un des produits les plus recherchés dans le milieu techno underground. La kétamine est un produit disponible dans les événements festifs non autorisés, rares dans les événements légaux et payants.* »

Toulouse : « *Déjà repérée à Toulouse en 2000 au sein de l'espace festif, la kétamine a émergé de façon très rapide et intense en 2001.* »

Dans la région parisienne, en revanche, on observe une diminution de la consommation, ou du moins de sa visibilité. De fait, il existe un rejet explicite et très net des « kétaminés » par les organisateurs des *free-party* voire même par les pairs. La pression a été telle que ces « kétaminés » ont été conduits soit à cacher leur consommation soit à consommer du speed avec de la kétamine afin de développer des effets plus « dynamisants », en tout cas plus conformes à ceux attendus dans un contexte festif.

Dans l'espace urbain, la kétamine est signalée dans cinq sites : Lille, Lyon, Rennes, Paris et Toulouse. À Lille et à Lyon, elle concerne à petite échelle des personnes errantes (zonards), qui fréquentent à la fois les deux espaces urbain et festif ; à Paris il s'agit de polyconsommateurs aussi (ecstasy, LSD, amphétamine).

À Toulouse, il semble que cette consommation a pris de l'importance au moins au cours de la première partie de l'année :

« Ce phénomène semble avoir connu un développement sous forme d'une hyperbole, croissant dans la première partie de l'année et paraît être retombé en fin d'année. Il est possible d'objectiver cette tendance, du moins dans la partie ascendante de la courbe, puisque l'enquête transversale auprès des usagers des structures de premières lignes interrogeait la consommation du mois de juin. En effet, à la surprise générale, ce produit apparaissait parmi les dix premiers du hit-parade, au même niveau de consommation déclaré que les amphétamines, et bien avant la méthadone et les sulfates de morphine. Avec un usager sur dix déclarant une consommation dans l'échantillon, ce résultat confirmait les impressions des intervenants des structures de réduction des risques. »

Prix et qualité

Le prix moyen du gramme de kétamine rapporté par le réseau des sites s'établit comme l'année dernière à 250/300 F.

Au sein de la base SINTES les prix des échantillons de kétamine, sans quantité précisée, étaient rapportés pour 20 échantillons : la moitié (10) était vendue à 100 F et le prix maximum était de 300 F. La moyenne se situait à 138 F.

Depuis la mise en place du dispositif SINTES en 1999, 28 échantillons de produits contenant de la kétamine ont été identifiés : 3 en 1999, 19 en 2000, 2 en 2001 et 4 au cours du premier trimestre 2002. Les produits se présentaient sous forme de poudre (17), de comprimés (7), de liquide (2). Deux buvards associaient du LSD et de la kétamine. Le contenu supposé du produit a été recueilli auprès de 19 des personnes en possession des échantillons : la moitié (10) pensait détenir de la kétamine pure et 3 personnes pensaient avoir un mélange à base de kétamine (plus MDMA, ou cocaïne ou PCP). Quatre usagers pensaient détenir des amphétaminiques (MDMA, speed, amphétamines). Les 2 derniers pensaient avoir du LSD et de l'« Indian Dope ».

Le nombre de produits collectés supposés contenir de la kétamine selon l'utilisateur a augmenté depuis la mise en place du dispositif : 2 échantillons en 1999, 11 en 2000, 15 en 2001 et 5 au cours du premier trimestre 2002. Parmi les produits, 9 ont été collectés dans un espace festif, 5 lors de *free-party*, 2 en bar ou en club, 5 chez des particuliers (appartements, soirées privées), 4 dans la rue ou des espaces publics. Pour 4, l'information n'a pas été recueillie. Parmi ces échantillons, seuls 13 contenaient effectivement de la kétamine (39 %). Dans les autres, on retrouvait des dérivés amphétaminiques (13), de la tilétamine (3), de la cocaïne et de la Lidocaïne® (1).

Perception

Ce produit garde une image assez péjorative chez les non-consommateurs. La kétamine a été et reste un produit dont la perception dans l'espace festif techno en fait un produit « repoussoir » pour les non-usagers. C'est l'un des rares produits à être assimilé à une drogue « dure » similaire, en quelque sorte, à l'héroïne. À l'origine de cette perception, on trouve les éléments explicatifs suivants :

- sous l'effet du produit, les consommateurs sont « robotisés », ressemblent à des « zombies », sont repliés sur eux-mêmes. Les observations de cas de malaises (« *bad trips* »), de perte du contrôle de soi ne sont pas rares. Ces effets sont en contradiction avec ceux qui sont habituellement recherchés par les usagers de produits au sein de l'espace festif techno ;
- les passages à l'acte et les violences constatés dans les événements festifs « kétaminés » sont en opposition avec l'ambiance des événements festifs « extasiés », réputés calmes et civilisés ;
- les effets à long terme supposés seraient préjudiciables à la santé des usagers avec, notamment, des conséquences sur le cerveau (perte de mémoire, risques psychiatriques).

À l'inverse, parmi les usagers de kétamine, la perception du produit est contras-tée : de l'expérimentateur occasionnel préférant ne plus l'utiliser du fait de la difficulté à en gérer les effets à l'utilisateur fréquent le considérant comme un outil d'exploration de lui-même.

LES CHAMPIGNONS ET AUTRES HALLUCINOGENES D'ORIGINE NATURELLE

Depuis quelques années, et particulièrement au cours des deux dernières, on assiste à l'élargissement de la diffusion de produits hallucinogènes naturels ou d'origine naturelle, « drogues écologiques », par opposition aux drogues synthétiques. Certaines de ces drogues hallucinogènes sont déjà connues telles que les champignons, le datura ; d'autres sont d'observation plus récente en France comme l'ayahuasca, la sauge divinatoire ou *Salvia divinorum*.

Cet engouement se manifeste à travers le développement concomitant à la fois de l'autoculture et de l'importation de ces champignons. Même si ces pratiques existent déjà, elles prennent néanmoins de l'ampleur. Les modalités d'acquisition de champignons hallucinogènes sont identiques à celles de l'année dernière. Il n'existe pas en effet de trafic structuré. Les champignons font la plupart du temps l'objet de troc. Quant au prix de vente, la variété française dite « psilocybine » se négocie autour de 100 F pour cent unités.

Paris : « [...] Quelques réseaux d'initiés et d'amateurs éclairés, se situant dans les couches supérieures de la société, produisent et font circuler dans des réseaux amicaux bien cloisonnés des champignons amazoniens ou hawaïens extrêmement forts. D'autres commandent des spores grâce à Internet... »

Toulouse : « En 2001, les deux espaces festifs du Languedoc et du Sud-Ouest ont vu apparaître deux nouvelles variétés de champignons hallucinogènes : les hawaïens et les mexicains. En provenance d'Espagne, ces deux variétés sont réputées avoir des capacités hallucinogènes beaucoup plus puissantes que leurs homologues locaux et sont revendues au gramme autour de 200 F. De plus, leurs cultures « hors sol » ne les soumettent pas, comme la production locale, aux variations et aléas saisonniers. Pour toutes ces raisons, ces champignons exotiques font l'objet d'un trafic. Par ailleurs, il est possible de commander des kits de culture sur Internet. Cette méthode semblerait se développer sur la région (Sud-Ouest et Languedoc-Roussillon). »

Il a été observé, dans le sud de la France notamment, l'usage de variétés de plantes telles que la belladone, l'hellébore et tout particulièrement la *Salvia divinorum*⁷. Ces usages ne semblent concerner que des cercles très restreints de personnes. Plusieurs sources convergent pour signaler l'émergence de l'usage de *Salvia divinorum* au cours de l'année 2001. Son accessibilité semble extrêmement restreinte. La demande et l'intérêt parmi certains usagers « candidats » seraient élevés, d'autant plus que cette plante est réputée facile à doser et à gérer. Elle peut être obtenue couramment dans les magasins spécialisés hollandais ou sur Internet. Dans l'hypothèse où des circuits d'approvisionnement réguliers s'établiraient, elle pourrait devenir l'hallucinogène de choix de cette frange d'usagers adeptes à la fois d'effets hallucinogènes et mystiques.

L'accroissement de la demande de drogues hallucinogènes « naturelles » pourrait s'interpréter comme une réaction à la diffusion massive, tout au long de la précédente décennie, de drogues de synthèse (ecstasy, kétamine, LSD), et aux craintes des effets de ces produits sur la santé des usagers à court et à long terme. La consommation de drogues « naturelles » serait donc une tentative de concilier le discours public sur la maîtrise des risques avec une recherche individuelle de plaisirs et d'expériences.

LE GAMMA OH (GHB)

En 2001, la situation concernant la disponibilité du GHB et sa consommation est identique à celle constatée lors des deux exercices précédents à savoir beaucoup de rumeurs mais peu d'observations directes de consommation et encore moins de vente. Parmi les usagers des structures de bas seuil, trois personnes rapportent un usage de GHB au cours du mois écoulé. Aucun des sites TREND, en effet, n'apporte d'éléments confirmés allant dans le sens d'une augmentation de la consommation ou d'une visibilité accrue du phénomène. En revanche, le site de Paris signale, à partir de sources policières, quatre cas de surdoses non mortelles s'étant produites au cours du mois de novembre 2001. Le même site, ainsi que ceux de Toulouse et de Guyane, mentionnent des cas de soumission chimique, « viol », dans lesquels le GHB serait incriminé.

Il semble que ce produit engendre, depuis quelques années, beaucoup de demandes « de curiosité », mais demeure introuvable au sein des circuits traditionnellement liés à son accessibilité sur Internet et à la facilité de sa fabrication par des moyens artisanaux.

Depuis la mise en place du dispositif SINTES en 1999, 17 échantillons de produits contenant du GHB ont été identifiés : 3 en 1999, 8 en 2000, 5 en 2001 et 1 au cours du premier trimestre 2002. Les collectes ont été réalisées en Aquitaine (5), Languedoc-Roussillon (4), Ile-de-France (3), région PACA (1), Nord-Pas-de-Calais (1) et Franche-Comté (1). Les deux tiers des produits se présentaient sous forme liquide (11) et un tiers sous forme de poudre (5).

Le contenu supposé du produit a été recueilli auprès de 12 des personnes en possession des échantillons : 9 d'entre elles pensaient détenir du GHB pur et 1 croyait avoir un mélange composé de GHB, de LSD, d'alcool et de psilocybine. Pour ces utilisateurs, les effets recherchés étaient la relaxation, la détente, la convivialité, de nouvelles sensations, le plaisir et le bien-être. Deux consommateurs ne connaissaient pas la nature du produit ; ils pensaient avoir des métamphétamines (yaba) pour l'un et de l'ecstasy pour l'autre. Pour ces deux personnes, les effets attendus étaient la fête et le speed.

7. Variante des sauges divinatoires. Elle se présente sous forme de feuilles séchées ou de poudre d'aspect « végétal ». Fumée, ses effets hallucinogènes seraient à la fois puissants et courts, 15 à 20 minutes.

Neuf consommateurs ont indiqué la voie d'administration prévue ou utilisée : le produit était destiné à être avalé (8 consommateurs) ou sniffé (1 consommateur). Deux incidents liés à la consommation du produit ont été rapportés : coma réactif et dépression respiratoire pour un consommateur ayant associé la kétamine à de l'alcool, et vertiges accompagnés de nausées pour un autre.

Le prix du GHB était rapporté pour 9 échantillons : 100 F pour 6 d'entre eux, 150 F pour 2 échantillons et 200 F pour le dernier. On ignore les quantités correspondant à ces prix.

Depuis 1999, 12 échantillons étaient annoncés comme étant du GHB. Onze échantillons contenaient effectivement du GHB et le dernier, sous forme liquide, ne renfermait aucun principe actif. Les trois quarts des produits vendus comme GHB se présentaient sous forme liquide (9) et 3 sous forme de poudre.

Les circonstances de collecte ont été précisées pour quatre échantillons : il s'agissait de soirées privées ou « à la maison ». Trois utilisateurs étaient néophytes, 4 usagers occasionnels et 2 usagers réguliers du GHB. Les 8 garçons et les 2 filles avaient moins de 25 ans pour la moitié d'entre eux (5). L'information sur les effets attendus du produit a été recueillie auprès de 7 usagers. Ils disaient rechercher de nouvelles sensations et l'expérimentation (2 usagers), des effets de relaxation, détente, convivialité, plaisir et bien-être (2 usagers), l'augmentation des sensations, l'euphorie et les effets de l'ecstasy (3 usagers).

LE PROTOXYDE D'AZOTE

Le protoxyde d'azote est de moins en moins observé au sein de l'espace festif techno. Alors qu'un seul site (Metz) rapporte une augmentation de la consommation de protoxyde d'azote, six sites, en revanche, notent soit son élimination au cours de l'année 2001, soit une réduction massive de son usage au sein de l'espace festif techno. Cette évolution, déjà entamée au cours de la seconde moitié de l'année 2000, s'est accentuée au cours de l'année suivante.

Cela aboutit à une diminution nette de sa diffusion dans les événements où il était auparavant facilement observé. Cette évolution est, entre autres, le fruit d'efforts de régulation interne du mouvement techno, en particulier des organisateurs d'événements. Ces derniers ne souhaitent pas que ces événements festifs, déjà stigmatisés par la vente de produits illicites, le soient encore plus par la vente de produits le plus souvent volés (bonbonnes subtilisées dans les hôpitaux et cliniques).

Dijon : « Il n'y a plus que quelques usagers isolés très rares. Son utilisation est prohibée dans les lieux festifs par les organisateurs, DJ's ou travellers. [...] Une action a fait jurisprudence en été 2000 autour de l'utilisation du « proto » en milieu festif techno. Lors d'un teknival de montagne, un groupe de travellers armés de battes et de bâtons ont saccagé toutes les bonbonnes, percés les ballons et dispersés les utilisateurs. [...] Les observateurs ne voient presque plus de ballons. Ce produit est depuis interdit par la rumeur dans de nombreux endroits. Il n'a pas été décelé dans la région en 2001. »

Lille : « Le protoxyde d'azote est devenu plus rare. »

Lyon : « Même, si on en entend beaucoup parler; il semblerait que ce produit soit de moins en moins présent en rave depuis un an et demi. »

Marseille : « Une disponibilité en légère baisse liée à la volonté d'éloigner les revendeurs du milieu techno. »

Paris : « Moins disponible, car une stigmatisation des consommateurs et des dealers s'opère : certains flyers précisent maintenant l'interdiction de consommer du protoxyde. »

Toulouse : « Le protoxyde d'azote a pratiquement disparu des espaces festifs tant en Languedoc que dans le Sud-Ouest. Sa disponibilité est rare [...]. La consommation de

protoxyde d'azote est de plus en plus mal perçue par les "sound system" et les organisateurs d'événements festifs du Sud-Ouest et du Languedoc, car les ballons qui traînent après les fêtes polluent et compromettent l'image des organisateurs et des teufeurs eux-mêmes. Cette année, les organisateurs indiquaient sur les flyers : "no balloon". »

CONCLUSION

On observe, en 2001, au sein de l'espace urbain, une consommation de produits hallucinogènes (LSD et kétamine) qui serait en augmentation. Cela ne concernerait encore qu'un public restreint plutôt jeune, fortement polyconsommateur. Il s'agit pour l'essentiel d'usages occasionnels.

Dans l'espace festif, la situation diffère selon les produits. Le LSD, les champignons et le GHB ne semblent pas connaître de modifications par rapport à l'année précédente. La consommation de kétamine s'étend à de nouvelles régions tout en étant moins présente dans les régions où elle était déjà rapportée.

L'usage de protoxyde d'azote devient rare. Cette évolution est rapportée sur tous les sites et serait liée, en particulier, à l'action des organisateurs d'événements festifs techno.

La demande de substances hallucinogènes d'origine naturelle connues (champignons) ou nouvelles (*Salvia divinorum*, ayahuasca) serait en augmentation. Ce phénomène serait lié à la crainte des effets collatéraux des drogues de synthèse, conséquence partielle des campagnes de prévention et, à l'inverse, à l'image « saine » des produits d'origine naturelle.

L'USAGE DE MÉDICAMENTS

Points de repères

Enquêtes en population générale

En population générale adulte, au cours des dix dernières années, les indicateurs de consommation sont restés relativement stables pour les anxiolytiques et les hypnotiques. En revanche, la tendance s'agissant de la consommation d'antidépresseurs est à l'augmentation. En 1999, l'usage récent de médicaments psychotropes concerne 14 % des hommes et 25 % des femmes. La consommation régulière des seuls somnifères et tranquillisants est relevée pour 9 % des adultes (Baromètre Santé). À 17 ans, 29 % des filles et 11 % des garçons déclarent avoir expérimenté des médicaments psychotropes (ESPAD 1999). Parmi les jeunes de 18 ans participant à la Journée d'appel, la proportion d'expérimentateurs s'élève à 12 % des garçons et 31 % des filles et l'usage au cours du dernier mois à 4 % des garçons et 15 % des

filles (ESCAPAD 2001). Parmi les usagers de produits de substitution, les consommations de médicaments psychotropes sont très fréquentes (voir chapitre page 251).

Les médicaments se singularisent, par rapport à tous les autres produits psychoactifs, par le fait que leur consommation se rencontre plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. Pour les deux sexes, celle-ci s'accroît avec l'âge.

Prise en charge pour des problèmes sanitaires

En 1999, la part des médicaments psychotropes, comme produit primaire, dans l'ensemble des prises en charge des usagers de drogues s'élevait à 4 % et à 8 % comme produit secondaire. La tendance entre 1997 et 1999 est à la stabilisation voire à la diminution de la part de ces recours dans l'ensemble des prises en charge (DREES).

Les résultats de l'enquête OPPIDUM depuis 1998 font apparaître une grande stabilité dans la proportion d'usagers de benzodiazépines (26 % en 1998 ; 25 % en 2001). La benzodiazépine la plus détournée reste le flunitrazépam (Rohypnol®). La consommation d'antidépresseurs augmente, quant à elle, régulièrement depuis 1998 (5 % des sujets interrogés, 9 % en 2001). Il en va de même pour les antipsychotiques.

LE FLUNITRAZÉPAM (ROHYPNOL®)

LES USAGERS ET MODALITÉS D'USAGE

Les usagers

Selon les observations du réseau des sites TREND et l'investigation spécifique menée par le GRVS (voir p. 235), le profil des consommateurs de flunitrazépam n'a pas changé par rapport à l'année précédente. Il s'agit en général des usagers les plus marginalisés, ayant un faible niveau scolaire et de maigres ressources. Un site, Paris, note un plus grand recours à ce médicament chez les consommateurs de crack et de cocaïne, lesquels le prennent afin de gérer la descente consécutive à l'usage de ces substances.

Parmi les usagers de produits de l'espace urbain, on constate une hétérogénéité de la fréquence d'usage du Rohypnol® selon les enquêtes. Parmi les usagers des structures participant à l'enquête OPPIDUM, la proportion d'usagers ayant consommé du flunitrazépam au cours de la semaine écoulée est de 4 % en 2001. Parmi les usagers des structures de bas seuil, un peu plus d'une personne sur cinq (21 %) déclare un usage de flunitrazépam au cours des trente jours précédant l'entretien et 28 % au cours du dernier semestre. Enfin, parmi les personnes contactées par ASUD, 30 % en auraient consommé au cours du mois écoulé. Ces différences sont probablement liées aux modalités de recrutement de chacune des enquêtes.

Parmi les usagers des structures de bas seuil, la consommation quotidienne est fréquente puisque 34 % d'entre eux déclarent une consommation quotidienne et 27 % une consommation hebdo ou plurihebdomadaire.

La majorité des usagers obtiennent le Rohypnol® au moins en partie sans prescription médicale (voir tableau 26).

Le sexe ratio des usagers de flunitrazépam est de trois hommes pour une femme. Leur âge moyen est de 29 ans et 4 mois. S'il va de 12 à 42 ans, l'âge de début de consommation du flunitrazépam est souvent assez bas puisqu'un quart des per-

Tableau 26 - Fréquence de différentes modalités d'approvisionnement en flunitrazépam (Rohypnol®) en 2001, en France, au sein de deux populations d'usagers de drogues

	Prescription	Prescription et marché noir	Marché noir	Population
Bas seuil	38 %	20 %	42 %	100 % (162)
ASUD	33 %	51 %	16 %	100 % (87)

sonnes déclare avoir un début de consommation avant 18 ans et un quart entre 18 et 20 ans. L'âge moyen de début de consommation des hommes (21 ans et demi) est similaire à celui des femmes (21 ans).

Les usagers de flunitrazépam sont, pour la plupart, polyconsommateurs. Au cours du dernier mois, 67 % rapportent l'usage d'autres médicaments psychotropes. La presque totalité (93 %) des usagers déclare la consommation d'au moins un opiacé au cours du mois, 37 % de deux et 37 % de trois opiacés. Plus de la moitié d'entre eux (52 %) aurait fait usage de cocaïne ou de crack. La consommation de produits de synthèse est le fait de près d'un tiers des usagers (37 %), tandis que celle de produits hallucinogènes concernerait un peu plus d'une personne sur cinq (26 %). Enfin, 13 % des usagers de Rohypnol® rapportent une consommation de solvants ou de poppers. Plus des trois quarts (78 %) des personnes auraient consommé entre deux et six produits différents au cours du mois écoulé.

Si, globalement, le profil des usagers de flunitrazépam ne semble pas s'être modifié, la fréquence de l'usage est en diminution. En effet, parmi les usagers de bas seuil consommateurs de flunitrazépam au cours du semestre précédant l'enquête, près des deux tiers (62 %) déclarent soit avoir diminué, soit avoir cessé leur consommation. Parmi les personnes contactées par ASUD, 55 % se trouvent dans la même situation.

Les modalités d'usage

L'usage dominant reste la voie orale, puisque parmi les usagers des structures bas seuil 89 % déclarent l'utiliser, 9 % utilisent la voie injectable et 2 % le sniff pour consommer du flunitrazépam.

Le flunitrazépam est rarement pris seul (7 %). L'alcool (68 %) ou le cannabis (60 %) accompagnent le plus souvent l'usage afin de renforcer l'effet « défonce ». Certains usagers déclarent le consommer avec d'autres benzodiazépines (33 %), de

la cocaïne (18 %) ou de l'héroïne (17 %). D'autres produits, plus rares, sont évoqués : la buprénorphine haut dosage (12 %), la méthadone (5 %), les sulfates de morphine (3 %), l'ecstasy (2 %) et l'Artane® (1 %).

Si l'on compare les usagers de structures de bas seuil ayant soit arrêté soit diminué leur consommation de flunitrazépam au cours des six derniers mois avec ceux qui ne l'ont pas modifié ou augmenté, on observe peu d'impacts négatifs. En effet, parmi les personnes ayant diminué ou arrêté l'usage de flunitrazépam, la consommation d'alcool a moins souvent augmenté (22 % contre 46 %), la pratique de l'injection a augmenté dans la même proportion et l'accroissement de consommation de médicaments est un peu supérieur (30 % contre 24 %, voir tableau 27).

Tableau 27 - Évolution de la consommation d'alcool, de médicaments psychotropes et de la pratique de l'injection selon l'évolution de la consommation de flunitrazépam en 2001

Flunitrazépam	Alcool		Injection		Médicaments	
	Augmente	-	Augmente	-	Augmente	-
Arrêt ou diminution	22 %	78 %	15 %	85 %	30 %	70 %
Augmentation ou stabilité	46 %	54 %	15 %	85 %	24 %	76 %
Total	31 %	69 %	15 %	85 %	28 %	72 %

Deux sites, Paris et Dijon, observent l'émergence ou le développement de consommations alternatives au flunitrazépam. Il s'agit de molécules appartenant, comme le flunitrazépam, à la famille des benzodiazépines : le Valium® (diazépam) pour le premier, le Myolastan® (tétrazépam) pour le second.

LE PRODUIT

Accessibilité et disponibilité

La principale modification survenue (février 2001) est celle, réglementaire, des conditions de prescription du flunitrazépam, qui impose une prescription sur ordon-

nance sécurisée pour une durée limitée. Ces conditions ont pour conséquence des prescriptions moins nombreuses et une plus grande difficulté de falsification des ordonnances. Toutefois, il est à noter que selon le dispositif OSIAP, le Rohypnol® resterait en tête des produits concernés par des ordonnances falsifiées.

Parmi les personnes fréquentant les structures de soins (enquête OPPIDUM), le pourcentage de personnes en ayant consommé diminue, puisqu'il passe de 6 % en 2000 à 3 % en 2001. Parmi les usagers des structures de bas seuil ayant consommé du flunitrazépam (28 %) au cours des six mois écoulés, on observe également une tendance à la diminution de la consommation de ce produit. En effet, 17 % déclarent avoir arrêté leur consommation et 46 % l'ont diminuée tandis que 11 % l'ont augmentée et 26 % ne l'ont pas modifiée. Selon le GRVS, les modifications des conditions de prescription auraient été une « occasion » pour certains usagers d'arrêter leur consommation. Plusieurs sites (Dijon, Lyon, Paris, Seine-Saint-Denis, Toulouse) du réseau des sites TREND observent une diminution de la fréquence de consommation de Rohypnol®.

Dijon : « Du fait des restrictions de prescription, il a quasiment disparu de l'usage sur notre site selon les observateurs de terrain et les acteurs de santé. »

Lyon : Baisse de la consommation du Rohypnol®, laquelle est attribuée en grande partie à la modification du cadre législatif qui a été posé depuis un an et à la vigilance des pharmaciens sur la cohérence des ordonnances. »

Paris : « Le Rohypnol® est nettement moins disponible en 2001 à cause d'une réglementation plus stricte avec une diminution sensible du nombre de consommateurs. »

Toulouse : « Le Rohypnol® est plus difficile à se procurer, sa disponibilité est bien moindre qu'auparavant d'après bon nombre d'observateurs de l'espace urbain. »

Cependant, malgré les restrictions apportées, le Rohypnol® demeure encore un produit très disponible sur de nombreux sites (Lille, Marseille, Rennes).

Lille : « Davantage de jeunes consomment du Rohypnol®, dont ceux consommant leur toxicomanie avec le Subutex®. »

Marseille : « Sur le marché parallèle, le Rohypnol® semble toujours fortement présent. »

Rennes : « Le produit n'est pas moins disponible qu'auparavant même s'il paraît moins utilisé. »

Plus des deux tiers des usagers de flunitrazépam (71 %) des structures bas seuil n'ont pas rencontré de difficultés pour l'obtenir. Les résultats intermédiaires de l'investigation spécifique du GRVS montrent que le Rohypnol® reste accessible, mais

qu'il y a eu un net glissement de l'approvisionnement des prescriptions médicales vers le marché noir (voir p. 235).

Prix

Deux sites (Paris et Toulouse) enregistrent une hausse sensible du prix du comprimé vendu au marché noir. Le site toulousain rapporte même un doublement du prix, lequel se situerait dans une fourchette comprise entre 30 et 50 F en 2001 contre 15 à 25 F en 2000. Cette hausse serait en lien avec la nette diminution de la disponibilité du flunitrazépam.

Perception

L'image du produit, quant à elle, continue de se dégrader. Cette dégradation serait liée, d'une part, à la moindre accessibilité et, d'autre part, à une prise de conscience de la part des usagers des dangers inhérents à la consommation du médicament. Ce dernier point est particulièrement souligné par deux sites, Lille et Toulouse.

LES AUTRES BENZODIAZÉPINES (VALIUM[®], XANAX[®], STILNOX[®], LEXOMIL[®] ET RIVOTRIL[®])

De manière concomitante à la restriction de prescription du Rohypnol[®], certains sites rapportent une augmentation légère de l'usage d'autres médicaments somnifères et tranquillisants. Ainsi en est-il du Valium[®] à Lille et à Paris.

Lille : *« Le Valium[®] est perçu comme un médicament courant, se banalisant comme les autres cachets (la banalisation du Subutex[®] en serait à l'origine). Il fait l'objet d'une perception ambivalente étant donné qu'une structure le décrit comme moins bien perçu que le Tranxène[®] (et consommé à défaut de Tranxène[®] ou de Rohypnol[®]) et qu'une autre lui donne une image assez bonne car il provoque "moins de pétages de plomb" que le Rohypnol[®] ou le Tranxène[®]. »*

Paris : *« À Paris, les consommateurs de Valium[®] sont en augmentation. Ils ont le même profil que ceux qui consomment du Rohypnol[®]. Ils sont souvent polyconsommateurs, associant le Valium[®] avec le crack, le Subutex[®], le Skenan[®] ou l'alcool. La disponibilité est stable dans le centre et augmente dans le nord de même que l'accessibilité (il est plus facile de se procurer du Valium[®] chez les médecins que du Rohypnol[®]) où l'on trouve aussi davantage de consommateurs et, en conséquence, de trafic. »*

Sur ce dernier site, le Valium[®] est utilisé pour remplacer le Rohypnol[®], devenu moins accessible. Dans ces deux sites, l'utilisation de Stilnox[®] est observée chez d'anciens alcooliques récemment sevrés et chez des jeunes. Par ailleurs, dans l'espace festif de la région parisienne ont été observées des consommations de Xanax[®] et, dans une moindre mesure, de Lexomil[®].

À l'île de la Réunion c'est la fréquence de l'usage de Rivotril[®] qui serait en augmentation. Sa diffusion *« semble parallèle à la diminution progressive du Rohypnol[®] sur le marché [...] Des consommations de Rivotril[®] en scène ouverte, distributions du produit sous forme de gouttes à des jeunes attendant leur tour en file indienne, sont ainsi décrites à plusieurs reprises. »*

LE TRIHEXYPHÉNIDYLE (ARTANE®)

LES USAGERS ET MODALITÉS D'USAGE

Les usagers

Selon les observations du réseau des sites TREND, sur les nouveaux sites touchés par cette consommation, le profil des consommateurs est le même que celui déjà observé en région parisienne, à savoir des usagers plutôt marginalisés socialement, connaissant éventuellement des problèmes psychiatriques.

Parmi les usagers des structures participant à l'enquête OPPIDUM, le nombre de personnes ayant consommé de l'Artane® est très bas : 13 cas en 2001.

Parmi les usagers des structures de bas seuil, la proportion d'usagers d'Artane® est également faible puisque seuls 4 % des personnes le citent dans les produits consommés au cours des trente jours précédant l'entretien.

Plus des trois quarts des personnes (81 %) ne recourent pas aux prescriptions médicales pour obtenir l'Artane®. Le sexe ratio des usagers est de neuf hommes pour une femme. L'âge déclaré de début de consommation du flunitrazépam s'étale de 15 à 41 ans. L'âge de début de consommation est souvent assez bas puisqu'un quart des personnes déclare avoir commencé avant 16 ans et un quart entre 16 et 20 ans. Les consommateurs d'Artane® ont été identifiés essentiellement dans les structures de bas seuil des sites de la Réunion, Paris et Bordeaux.

Autres consommations : La majorité des usagers d'Artane® au cours du dernier mois déclarent avoir consommé d'autres médicaments psychotropes (81 %) sur la même période. 66 % rapportent la consommation d'au moins un opiacé au cours du mois ; plus du tiers (34 %) de cocaïne ou de crack ; près de la moitié de produits de synthèse (50 %), un peu plus d'un tiers de produits hallucinogènes (34 %) ; enfin 19 % de produits à inhaler ou de poppers. Plus des trois quarts (78 %) des personnes déclarent avoir consommé entre deux et six produits différents au cours du mois écoulé.

Les modalités d'usage

À l'île de la Réunion la consommation d'Artane® est ancienne. Comme en métropole l'Artane® est rarement pris seul mais en association avec l'alcool :

« Certains usagers prennent plusieurs comprimés d'Artane® dans la journée pour relancer l'effet dès que la descente s'amorce : dans la grande majorité des cas, les associations de produits et l'utilisation de produits de régulation se font pour une maximalisation des effets. En effet, à la Réunion les jeunes ne régulent pas "vers le bas" pour calmer ou adoucir des effets jugés "négatifs" et lorsqu'ils prennent un régulateur, c'est uniquement pour obtenir le maximum d'effets "positifs" de l'association de plusieurs substances. Les gros consommateurs d'Artane® ne l'ingèrent pas avec de la bière mais avec du rhum : souvent ils mettent le comprimé sur la langue à l'extérieur de la "boutique" dans laquelle ils entrent ensuite pour prendre leur verre de rhum. Certains jeunes, par contre, mettent le comprimé directement dans un verre de bière pour le dissoudre et accélérer ainsi les effets de l'alcool. »

Cette association, à laquelle s'ajoute souvent le cannabis, se traduit par l'augmentation de l'agressivité et du repli sur soi.

Le prix de l'Artane® sur le site est stable et se situe aux alentours de 10 F le comprimé de 5 mg.

LE PRODUIT

Accessibilité et disponibilité

Par rapport à l'année dernière, l'Artane® semble élargir géographiquement sa diffusion. Alors que l'année dernière, seuls les sites de Paris et de la Réunion rapportaient une consommation détournée d'Artane®, cette année, deux autres sites, Lille et Marseille, notent sa présence dans le spectre des médicaments psychotropes détournés de leur usage.

Lille : « Depuis cette année des consommateurs d'Artane®, généralement en situation précaire, ont été signalés à Lille. »

Marseille : « Le développement de la consommation d'Artane® apparaît comme l'un des faits marquants de l'année 2001. »

Le site parisien, quant à lui, note une augmentation de la consommation. Il faut souligner toutefois qu'à Marseille, la consommation du médicament était connue mais avait quasiment disparu depuis 1997.

Perception

L'image de ce produit apparaît ambivalente. Pour certains usagers elle serait plutôt bonne du fait de ses effets hallucinogènes qui l'assimileraient à l'ecstasy, pour d'autres, elle est mauvaise du fait de l'observation des effets engendrés par des usages à fortes doses (jusqu'à 40 comprimés par jour). Le site marseillais signale « des problèmes neurologiques tels que des blocages, des paralysies ou des cas d'amnésie [...] et quelques cas de coma suite à des prises d'Artane®. »

CONCLUSION

Le Rohypnol®, malgré une diminution modérée de la disponibilité signalée sur plusieurs sites, demeure le médicament psychotrope le plus détourné de son usage dans l'espace urbain. Il existe un glissement de l'approvisionnement de la prescription vers le marché noir. Le nombre global d'usagers semble diminuer.

L'Artane® reste un produit peu utilisé. Un début de consommation se déroulerait sur certains sites.

L'espace festif, quant à lui, apparaît peu touché par le détournement de médicaments psychotropes. Seul le site de Paris signale une consommation de Xanax® et de Lexomil® dans le but de gérer la descente de cocaïne notamment.

RÉSULTATS ISSUS DU SYSTÈME SINTES

DONNÉES ET ANALYSES DE LA BASE SINTES EN 2001

La base de données SINTES est l'un des outils d'information du système TREND. Elle est gérée par l'OFDT et vise à fournir des informations sur le contenu des produits psychoactifs de synthèse pouvant se trouver en France. Elle est actuellement alimentée grâce à quatre sources d'information :

Une collecte spécifique (dispositif SINTES) d'informations et de produits auprès d'utilisateurs réalisée soit en milieu festif, soit dans d'autres circonstances par des associations de prévention, de réduction des risques et par des structures de soins. L'analyse toxicologique des produits collectés est réalisée par un réseau de laboratoires partenaires.

Le résultat des analyses toxicologiques des produits de synthèse saisis puis analysés par :

- les services de police ;
- les services de douanes ;
- la gendarmerie nationale.

Cette base de données a pour objectif de fournir une information objective sur le contenu des échantillons présentés comme étant des drogues de synthèse en France. Les données disponibles sont un reflet partiel des substances de synthèse qui sont effectivement consommées en France. En effet, la représentativité de cette base de données n'est pas estimable. Toutefois, elle regroupe une grande partie des échantillons et des données recueillies de manière systématique à l'échelle nationale par des collecteurs proches du terrain, que ce soit dans le champ des actions répressives ou dans celui des actions de prévention et de prise en charge.

Nous présentons ici les résultats issus des analyses de l'ensemble des échantillons collectés au cours de l'année 2001 ainsi que des évolutions observées de 1999 à 2001.

LE CONTENU DES ÉCHANTILLONS DE LA BASE SINTES DEPUIS 1999

De 1999 à la fin du premier trimestre de 2002, 4 415 échantillons ont été collectés dont 1 793 (41 %) par le dispositif spécifique SINTES, 1 653 (37 %) par les services des douanes, 933 (21 %) par les services de police et 36 (1 %) par les services de gendarmerie.

Les comprimés représentent les trois quarts des produits collectés (75 % soit 3 083 comprimés depuis 1999). Leur analyse met en évidence en tout premier lieu des molécules de la famille des amphétamines (MDMA, MDA, MDEA) retrouvées dans 86 % des comprimés. On trouve des amphétamines dans 5 % des comprimés, de la caféine dans 7 % des comprimés et diverses spécialités médicamenteuses (6 % des comprimés). Dans 5 % des comprimés, il n'existe aucun principe actif.

La forme poudre (605 échantillons) se caractérise elle aussi par la présence fréquente de caféine (34 %). Un quart des échantillons (23 %) contient au moins une substance médicamenteuse et un échantillon sur cinq renferme des amphétamines (19 %). Plus rarement, on retrouve de la cocaïne (6 %) et de la kétamine (3 %). Un quart des poudres analysées (23 %) ne contient aucun principe actif.

Les gélules, qui représentent 4 % des produits collectés, contiennent pour un tiers des échantillons (32 %) une ou plusieurs substances médicamenteuses : paracétamol, aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens, benzodiazépines... Dans 20 % des gélules, il n'y a aucune substance psychoactive.

Parmi les 50 échantillons sous forme liquide, on retrouve principalement les substances suivantes : gamma-OH (12), androgènes (5), poppers (4), mais aussi kétamine, LSD, MDMA. Plus du tiers des liquides (36 %) ne contient aucune drogue ou toxique.

Enfin, pour la forme buvard (183 échantillons collectés), seulement 40 % des échantillons contiennent du LSD. Plus du quart des buvards portent des traces de cannabis et un quart des buvards (25 %) ne contient aucune substance active.

PRÈS DE 1 900 NOUVEAUX ÉCHANTILLONS COLLECTÉS EN 2001

En 2001, 1 876 échantillons ont été collectés, soit à peu près la même quantité qu'en 2000 (1 872). On dispose d'informations sur la région d'origine pour 1 749 échantillons (93 %). Ils proviennent de l'ensemble des régions de la métropole, avec toutefois une forte représentation de certaines régions comme l'Aquitaine avec 349 échantillons (20 %), l'Île-de-France (232 ; 13 %), le Nord-Pas-de-Calais

(159 ; 9 %), la région Rhône-Alpes (120 ; 7 %), le Languedoc-Roussillon (117 ; 7 %), la Franche-Comté (113 échantillons soit 6 %), et la Lorraine (112 ; 6 %).

Pour 1 733 échantillons (92 %), on dispose d'informations sur la forme des produits collectés (voir tableau 28). La plupart des échantillons sont soit des comprimés (80 %), soit de la poudre (13 %). Viennent ensuite des échantillons sous forme de gélule (4 %), de buvard (2 %) et de liquide (1 %).

Contenu des échantillons en 2001

La proportion des produits ne contenant aucune substance psychoactive augmente en 2001 pour les comprimés, les gélules, les poudres et les liquides.

Tableau 28 - Forme et contenu des échantillons de la base SINTES collectés et saisis en France en l'an 2001

	Comprimés	Gélules	Poudres	Liquides	Buvards	Total
MDMA	80 %	27 %	24 %	12 %	30 %	69 %
Amphétamines	4 %	6 %	17 %	0 %	0 %	6 %
Éphédrine et Pseudo-éphédrine	1 %	20 %	3 %	0 %	0 %	2 %
Tous amphétaminiques*	84 %	47 %	41 %	12 %	30 %	76 %
Cocaïne	< 1 %	3 %	9 %	0 %	7 %	2 %
Caféine	7 %	13 %	31 %	12 %	0 %	10 %
Anesthésiques **	< 1 %	0 %	11 %	10 %	0 %	2 %
Hallucinogènes ***	0 %	0 %	0 %	0 %	30 %	< 1 %
Substances médicamenteuses	5 %	28 %	24 %	18 %	26 %	10 %
Absence de substance psychoactive	8 %	25 %	24 %	41 %	22 %	12 %
Nombre total	1 388	71	230	17	27	1 733

* MDMA, MDEA, MDA, amphétamines, éphédrine et pseudo-éphédrine

** Kétamine, Lidocaïne®, gamma-OH

*** LSD, Psilobine, Psilocybine

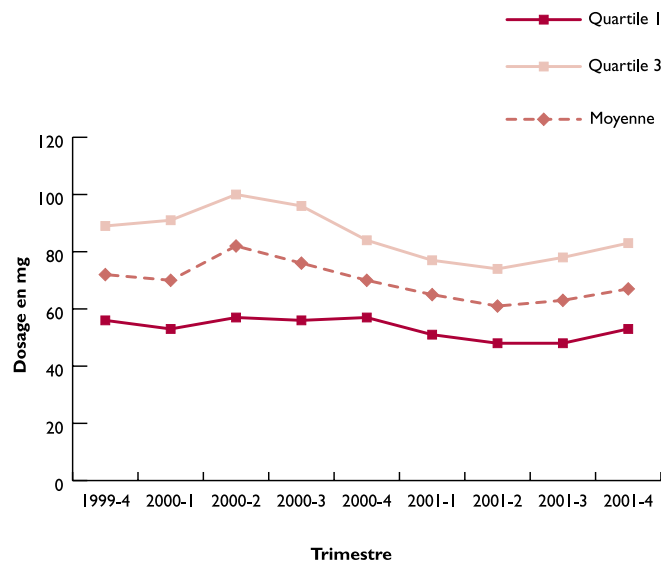
Un quart des gélules et un quart des poudres ne contiennent que des excipients, de même que 41 % des produits sous forme liquide.

En revanche, on retrouve pour un quart des gélules et un quart des poudres analysées au moins une substance médicamenteuse, associée ou non à d'autres substances psychoactives.

La nature des échantillons de poudre collectés semble avoir évolué par rapport à l'année 2000. On observe un doublement de la présence de cocaïne, visible dans 4 % des échantillons en 2000 et dans 9 % des échantillons en 2001. On fait la même observation pour la MDMA, retrouvée dans 11 % des échantillons de poudre en 2000 et dans 24 % des échantillons en 2001.

Analyse des échantillons contenant de la MDMA

Figure 2 - Évolution par trimestre de la moyenne, du premier et du troisième quartile de la quantité de MDMA par comprimé dans la base SINTES



Données et exploitation : SINTES/OFDI

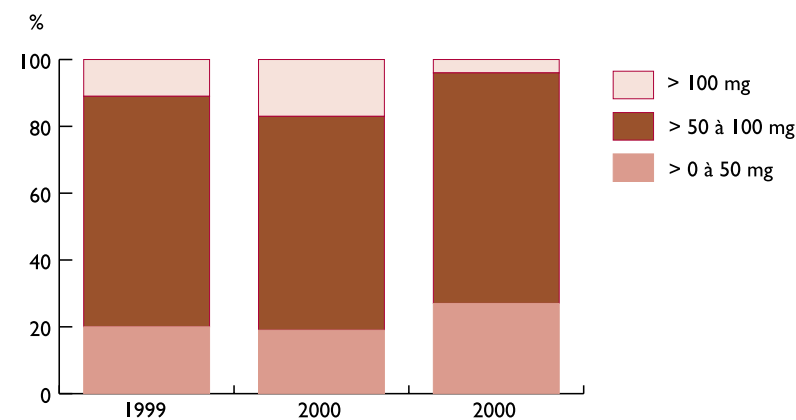
En 2001, la MDMA est la molécule la plus souvent retrouvée dans les échantillons de la base SINTES. Elle est présente dans 80 % des échantillons sous forme de comprimés.

Parmi les comprimés contenant de la MDMA, la quantité moyenne de MDMA diminue en 2001 par rapport à 2000 (voir figure 2). L'espace entre le premier et le troisième quartile, comprenant 50 % des échantillons, réduit à partir du quatrième trimestre 2000, traduisant une moindre dispersion des doses de MDMA contenues dans les comprimés.

En 2001, la quantité moyenne de MDMA par comprimé est de 63 mg contre 71 en 2000. Les doses vont de 1 mg par comprimé jusqu'à 268 mg. La presque totalité (96 %) des comprimés a moins de 100 mg de MDMA (voir figure 3).

Trois comprimés (0,3 %) présentent un dosage supérieur ou égal à la plus petite dose létale connue (150 mg de MDMA) selon les CEIP. Par rapport à l'an 2000, on observe donc une nette diminution (- 76 %) des comprimés contenant plus de 100 mg de MDMA.

Figure 3 - Répartition des comprimés de MDMA selon la quantité de MDMA et par année dans la base SINTES



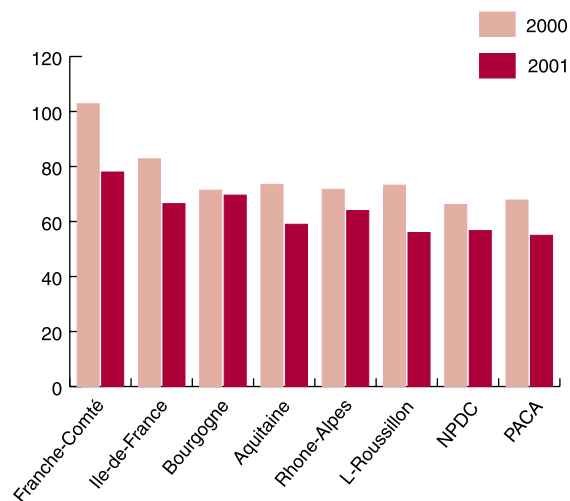
Données et exploitation : SINTES/OFDI

Il existe une différence de la quantité de MDMA par comprimé entre les trois sources d'information. Les échantillons analysés par les laboratoires des services de police (70 mg en moyenne) sont un peu plus dosés que ceux issus des services de douanes (67 mg en moyenne) et nettement plus que ceux issus des services socio-sanitaires (58 mg en moyenne).

Une hétérogénéité régionale qui s'atténue

Des disparités interrégionales avaient été mises en évidence en 2000 concernant les quantités moyennes de MDMA dans les comprimés analysés. Les différences persistent en 2001, même si elles tendent à s'estomper du fait de la diminution des dosages, observée en particulier en Franche-Comté et en Ile-de-France, régions qui se distinguaient en 2000 par des dosages moyens de MDMA respectivement supérieurs à 100 et à 80 mg.

Figure 4 - Évolution par région du dosage moyen en MDMA des comprimés en 2000 et 2001 (697 comprimés en 2000 et 882 comprimés en 2001)



Données et exploitation : SINTES/OFDT

La figure 4 représente les huit régions pour lesquelles au moins 40 comprimés contenant de la MDMA ont été collectés au cours de l'année 2001.

La comparaison entre régions demeure délicate. On ignore en effet le niveau de représentativité des échantillons collectés par rapport aux échantillons circulants. Il est possible qu'il existe un biais lié à l'activité des collecteurs participant au dispositif dans chacune des différentes régions.

Analyse des échantillons contenant des substances médicamenteuses, hors anesthésiques

En 2001, après la MDMA et la caféine, que l'on repère respectivement dans 65 et 10 % des produits collectés, on trouve des médicaments dans 9 % des produits analysés (n = 163) dont 70 comprimés, 55 échantillons de poudre, 20 gélules, 7 buvards et 3 produits sous forme liquide.

Depuis la mise en place du dispositif, de nouvelles spécialités médicamenteuses sont identifiées régulièrement dans les échantillons analysés.

Les classes médicamenteuses les plus représentées sont les anti-inflammatoires et antalgiques avec 17 spécialités différentes recensées, le paracétamol en particulier, retrouvé dans 147 échantillons. Les médicaments psychotropes sont très présents (14 spécialités différentes identifiées). On compte 11 spécialités de benzodiazépines.

On trouve aussi des médicaments cardiovasculaires (14 spécialités), des antibiotiques et antiparasitaires (11 spécialités) avec, en particulier, la chloroquine retrouvée dans 50 échantillons. Les opiacés sont bien représentés : propoxyphène (20 échantillons), codéine (18), morphine (18) et buprénorphine (13).

Par ailleurs, on trouve 11 spécialités de gastro-entérologie, 12 hormones différentes et 5 vitamines. Enfin, plus de 80 excipients différents sont recensés.

Éléments d'analyse du contenu selon les logos

Sur les 1 478 comprimés collectés en 2001, plus de 200 logos différents ont été identifiés. Les logos les plus fréquents (plus de 30 comprimés) sont : Mitsubishi (5 %, 68), Euro (3 %, 49), Superman (3 %, 41), Couronne (3 %, 40), Étoile (2 %, 36) et Ancre (2 %, 35).

Le classement est pratiquement superposable à celui de l'année 2000. On observe néanmoins que les six logos les plus fréquents en 2001 représentent 18 % des échantillons alors qu'ils représentaient 25 % en 2000, ce qui dénoterait une augmentation de la diversité des logos.

Cependant, la procédure de collecte des échantillons ne permet pas d'avoir une estimation du niveau de représentativité de la base quant aux logos des comprimés circulant en France.

Comme en 2000, on observe que le logo ne peut pas être considéré par l'utilisateur comme un indicateur de la nature du produit. On trouve sous le même logo des compositions et des dosages très différents : par exemple, les comprimés « Mitsubishi » voient leurs dosages de MDMA s'étaler de 22 à 117 mg. Les comprimés « Superman » contiennent pour leur part de 4 à 27 mg de MDMA, mais on trouve aussi sous ce logo de la MDEA (7 comprimés), uniquement des amphétamines dans 9 comprimés et de la kétamine dans un comprimé.

Substances psychostimulantes nouvellement identifiées

Au cours de l'année 2000 et du premier trimestre 2002, le dispositif SINTES a permis d'identifier de nouvelles substances circulant sur le marché français :

■ **Dextrométhorphan (DXM)** : le DXM est un antitussif opiacé qui entre dans la composition de nombreuses spécialités. Son usage détourné est bien connu et décrit depuis 25 ans aux États-Unis et de nombreux sites d'utilisateurs font état de ses effets indésirables et potentiellement dangereux. Au cours du premier trimestre 2002, le DXM a été identifié pour la première fois dans le cadre du dispositif SINTES. Il s'agissait de 6 gélules contenant un mélange de DXM, paracétamol, propoxyphène et MDMA. Une information sur le DXM avait été réalisée par l'OFDT dans le cadre de la Veille Internet en février 2001. Une note d'information a été diffusée sur le site de la MILDT¹ à l'occasion de la mise en évidence de ce produit pour la première fois dans le cadre de SINTES.

■ **Tilétamine (2-éthylamino-2-thien-2-cyclohexanone)** : de structure chimique semblable au PCP et à la kétamine, elle est identifiée pour la première fois dans la base début 2002. Les 2 échantillons de poudre contenaient uniquement de la tilétamine, sans la benzodiazépine associée à la spécialité anesthésique vétérinaire commercialisée. Parallèlement à l'information SINTES, l'AFSSAPS et la DGS ont émis une alerte sanitaire le 27 février 2002 à l'attention des acteurs de prévention et de soins.

■ **PMA (paraméthoxyamphétamine)** : le produit avait déjà été identifié par SINTES en 2001, mais l'analyse toxicologique d'un nouvel échantillon collecté en

janvier 2002 a mis en évidence une dose de PMA de 110 mg, beaucoup plus importante que dans les précédents échantillons et potentiellement dangereuse. Cette identification a donné lieu à la diffusion d'une note d'information SINTES.

■ **2CB (4-bromo-2.5-diméthoxyphénéthylamine)** : molécule de la famille des phénoéthylamines aux effets proches de la MDA et du LSD. Une note diffusée en octobre 2001 a été mise à jour en février 2002 suite à de nouvelles identifications de ce produit en France.

LES DONNÉES ISSUES DU RECUEIL SOCIO-SANITAIRE

La prédominance masculine parmi les consommateurs reste nette en 2001 puisque les hommes représentent 81 % des personnes rencontrées par les enquêteurs SINTES. En revanche, il semble que la population des usagers se féminise progressivement : les femmes représentaient 6 % des consommateurs en 1999, puis 17 % en 2000, 19 % en 2001 et 21 % pour le premier trimestre 2002.

La majorité des personnes rencontrées se situent entre 21 et 25 ans (45 % des consommateurs) et entre 25 et 30 ans (22 % des consommateurs).

Analyse des échantillons supposés être de l'amphétamine

Pour les échantillons issus des sources socio-sanitaires (n = 1 793 depuis 1999), l'enquêteur demande à l'utilisateur quel est, selon lui, le contenu du produit. Cette information a pu être recueillie pour 90 % des échantillons collectés.

Les produits que les usagers supposent être des amphétamines (n = 104 depuis 1999) se présentent très majoritairement sous forme de poudre (79 % des échantillons). On trouve néanmoins des comprimés (11 %) et des gélules (10 %).

L'analyse de ces produits n'a révélé la présence effective d'amphétamines que dans la moitié des cas (47 %) et la présence de MDMA dans un quart des échantillons (25 %). Elle mettait en revanche en évidence de la caféine (40 % des échantillons) et au moins une substance médicamenteuse dans presque un tiers des échantillons (29 %).

Que trouve-t-on sous l'appellation d'ecstasy ?

Plus des deux tiers des produits collectés par les sources socio-sanitaires (1 229 soit 69 %) étaient déclarés comme ecstasy.

1. <http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html>

La présentation la plus fréquente était le comprimé (1 079 soit 88 % des produits). Le prix moyen du comprimé est légèrement en baisse, passant de 101 F en moyenne en 1999 à 99 F en 2000, 94 F en 2001 et 88 F au cours du premier trimestre 2002. On a observé depuis le passage à l'euro que le prix de vente pouvait descendre jusqu'à 10 euros (soit 65,60 F) pour des gélules ou des comprimés d'ecstasy.

En 2001, les comprimés vendus sous l'appellation ecstasy contenaient de la MDMA dans 87 % des cas, soit plus qu'en 2000 (79 %) et en 1999 (66 %). On retrouvait de la MDA (5 %), de la MDEA (5 %), de la caféine (4 %) de l'amphétamine (4 %) et des substances médicamenteuses dans 5 % des comprimés (voir tableau 29).

Tableau 29 - Contenus des comprimés de la base SINTES considérés comme « ecstasy » par l'usager ou l'usager potentiel de 1999 au premier trimestre 2002

	1999	2000	2001	2002 (1)
MDMA	66 %	79 %	87 %	88 %
Amphétamine	14 %	5 %	4 %	11 %
Éphédrine	0 %	< 1 %	2 %	0 %
Amphétaminiques*	93 %	86 %	90 %	92 %
Caféine	7 %	5 %	4 %	4 %
Molécules médicamenteuses	20 %	12 %	6 %	5 %
Cocaïne	0 %	0 %	< 1 %	0 %
Anesthésiques**	0 %	1 %	< 1 %	0 %
Hallucinogènes***	0 %	0 %	0 %	0 %
Absence de substance psychoactive	0 %	1 %	3 %	1 %
Nombre d'échantillons	56	420	539	74

Données et exploitation : SINTES/OFDT

(1) du 01/01/02 au 31/03/02

* MDMA, MDEA, MDA, amphétamines, éphédrine et pseudo-éphédrine

** Kétamine, Lidocaïne®, gamma OH

*** LSD, Psilobine, Psilocybine

Parmi les échantillons sous forme de comprimés contenant de la MDMA, on disposait d'un dosage quantitatif pour 974 comprimés en 2001. La dose moyenne de MDMA était de 63 mg.

La quasi-totalité des échantillons (96 %) contenait moins de 100 mg de MDMA, 3,7 % en renfermaient entre 100 et 150 mg et 0,3 % en contenaient plus de 150 mg. Il n'y a pas de différence significative entre les trimestres de l'année 2001 avec des dosages qui vont de 61 à 67 mg de MDMA (contre 71 mg en moyenne en 2000).

CONCLUSION

Les produits présentés comme étant des drogues de synthèse contiennent, le plus souvent, des molécules de la famille des amphétaminiques. C'est le cas de plus des trois quarts des échantillons collectés et saisis en 2001.

Les médicaments sont fréquents (9 %) et se diversifient de plus en plus, avec une centaine de spécialités médicamenteuses différentes identifiées depuis la mise en place du système de surveillance.

L'absence de principe actif n'est pas rare. En effet, pour un échantillon sur huit il n'en a pas été retrouvé.

On observe une diminution nette de la quantité de MDMA par comprimé par rapport à l'année 2000. Les échantillons des régions Ile-de-France et Franche-Comté, qui présentaient une concentration moyenne en MDMA supérieure à celle des autres régions, rejoignent en 2001 les niveaux observés ailleurs.

Les usagers ayant contribué à la collecte sociosanitaire sont le plus souvent de jeunes adultes ou des adolescents. Il semble qu'il y ait une tendance à la féminisation, même si les hommes représentent toujours 81 % des usagers rencontrés en 2001.

Plusieurs nouveaux produits psychostimulants ont été identifiés pour la première fois dans la base SINTES en 2001 et au début de 2002 et ont donné lieu à la diffusion d'informations aux partenaires du dispositif SINTES. Le relais a été pris par l'AFSSAPS et de la DGS pour l'émission d'alerte à l'usage des professionnels. Ces faits doivent inciter à la poursuite de la veille et la surveillance des produits nouveaux.

Le dispositif SINTES s'appuie, depuis fin 2001 et le début de l'année 2002, sur de nouveaux partenaires chargés de collecte sur le terrain. En s'ajoutant à la couverture existante, ils consolident le système de veille et vont contribuer à améliorer la représentativité des informations et des produits collectés.

VEILLE MÉDIA

Astrid Fontaine, Michel Gandilhon
OFDT

Depuis la fin de l'année 2000, le dispositif d'observation des tendances récentes TREND s'est enrichi d'une veille sur la presse destinée aux adolescents et aux jeunes adultes, dans le but d'étudier l'évolution des représentations véhiculées par celle-ci s'agissant des drogues illicites¹ et de leur usage.

Trois mensuels généralistes (*Max*, *Technikart*, *Têtu*), deux magazines spécialisés dans les courants musicaux liés à la musique électronique et au rap-hip hop (respectivement *TRAX* et *L'Affiche*) et un hebdomadaire (*Zurban*) ont été retenus pour cette première année d'observation². La Veille a débuté fin 2000 et l'analyse des premières données a eu lieu début 2002. La méthode de travail consistait à relever dans les publications susmentionnées toutes les références manifestes (articles ou dossier ouvertement consacrés à une substance donnée) ou implicites (allusions, clin d'œil), relatives à l'usage de drogues. Une fois ces références identifiées, celles-ci ont été intégrées dans une base de données qualitative à partir d'une grille d'analyse élaborée par l'équipe en charge de la Veille. Les substances retenues ont été l'ecstasy, les amphétamines, le cannabis, la cocaïne, le crack, le cristal, le GHB, l'alcool, les colles et solvants, l'héroïne, la kétamine, le LSD, les champignons, le yaba, les médicaments et les autres substances. Une autre entrée a été intégrée en cours d'analyse, relative à la dépendance et aux discours sur la prise de drogues en général.

1. Le tabac n'a pas été intégré dans cette Veille compte tenu du nombre important de références qui fleurissent dans la presse. L'alcool et les médicaments ne l'ont été que lorsqu'ils faisaient l'objet d'association avec les drogues illicites.

2. Au fil de l'année, deux publications ont été abandonnées car offrant peu d'intérêt pour la Veille : *TRAX* et *Zurban*. Pour une présentation des publications, se reporter à l'encadré situé à la fin de l'article.

La grille d'analyse des références par produit comprenait les 11 items suivants :

- Addiction, généralités
- Associations éventuelles avec d'autres substances
- Contexte de consommation
- Effets positifs
- Image du produit, culture
- Marché
- Politique et répression
- Qualité
- Risques sanitaires
- Trafic
- Types d'usage

La première partie de ce chapitre traitera du discours des médias sur les drogues et la dépendance en général, la seconde s'attachera à décrire les représentations propres à chacune des substances.

TRAITEMENT MÉDIATIQUE DE L'USAGE DE DROGUES À TRAVERS QUATRE MAGAZINES

Les données que nous présentons ici sont issues de quatre magazines : *L'Affiche*, *Têtu*, *Max* et *Technikart*. Même si l'on note des disparités éditoriales dans le traitement du sujet, les thématiques liées aux drogues, quelles qu'elles soient, à la « défonce », à l'addiction en général traversent les différents champs culturels que sont la littérature, le cinéma et la musique. L'actualité dite « *people* » est souvent traitée sous l'angle du rapport des célébrités à la drogue. Le vocabulaire utilisé jusque dans le traitement des sujets les plus éloignés témoigne de l'omniprésence de ce que l'on pourrait appeler une « culture de la défonce » voire de l'addiction. Ainsi, tout peut être prétexte à des références, à des clin d'œil, de la moindre rubrique de critique musicale au dossier ouvertement consacré à la question. Il semble même que l'on assiste, et c'est manifeste pour deux magazines comme *Max* et *Technikart*, à un retour de la culture *underground* des années 1960 et 1970, retour accompagné d'un discours politique sur les drogues très élaboré, nourrit d'expertises scientifiques et se référant aux informations officielles diffusées par les organismes publics. On peut dire que la presse à destination des adolescents et des jeunes adultes se fait, sur un mode radicalisé et critique certes, le relais des récentes préoccupations étatiques en termes de réductions des risques et de prévention.

Max : entre ironie et fascination

Dans *Max*, le ton est à l'image du magazine plutôt rigolard, moins sérieux que dans les autres. La vision des « célébrités » et du monde du *show business* véhiculée est celle d'un univers où peu ou prou tout le monde a recours aux drogues sans que cette pratique ne fasse l'objet d'une condamnation ou d'un jugement moral. Certes, le journal peut utiliser des expressions convenues comme « l'enfer de la drogue », mais il est évident que l'utilisation du stéréotype dans le contexte sémantique général a pour effet d'annuler sa signification. *Max* ne cesse de jouer sur les degrés de compréhension. Ainsi, dans un article consacré à une actrice porno, le chapeau d'introduction la présente ainsi : « *Alcoolique, droguée, violente, cupide, insolente, grossière, arrogante, Jenna Jameson accumule les qualités.* » Dans une rubrique intitulée « L'allongé du mois », un chanteur répondant à une interview en forme d'autoportrait déclare par exemple : « *J'ai aussi peur de prendre la route la nuit parce que j'ai des hallucinations et après je m'endors au volant. Séquelles des drogues : j'ai trop pris d'ecstas et d'acides quand j'étais plus jeune.* » À une question portant sur son enfance, il répond : « *Super. Parents adorables qui m'ont laissé faire tout ce que je voulais, père qui écoutait du funk, vie à la campagne à regarder les vaches. Adolescents, on sniffait de la colle à rustines, on faisait de la mobylette, tout allait bien.* »

Technikart : ironie, sérieux et revendication

Dans chacune de ses livraisons, *Technikart* aborde le problème des drogues et de la dépendance. Le ton, à l'instar de celui adopté dans *Max*, est très souvent ironique et ne traite jamais les phénomènes de dépendance sur le mode de la dramatisation, sauf peut-être pour l'héroïne et le crack. La consommation de drogues et la dépendance sont des attitudes quasiment revendiquées comme mode vie dans un esprit contestataire qui rappelle celui des années 1960 et 1970. *Technikart*, qui accorde une large place aux nouvelles expressions culturelles, que ce soit en musique et en littérature, partage l'idée que la prise de substances, qu'elles soient licites ou illicites, participent du processus de création artistique. Tous les artistes, sans exception, auxquels le mensuel a consacré un dossier, témoignent de leurs comportements addictifs. De ces portraits se dégage l'archétype du créateur qui s'est défoncé, pour qui les drogues ont été un moment important de son parcours créatif, et qui, avec la maturité, retrouve le chemin de la rédemption. En tout cas, il est clair que si la défonce à vie est quelque peu déraisonnable, la prise de drogues est un passage obligé et valorisé. Il est significatif de constater que le seul groupe musical inter-

viewé dans *Technikart*, *The Strokes*, dont les membres se disent hostiles à la prise de drogues « *les drogues c'est pas cool, on est contre* » se voit qualifier par le journaliste de qualificatifs peu amènes : « *réac* », « *conservateur* », « *vrai fils à papa* ». La mode du moment implique qu'à un moment ou un autre de sa vie il faut avoir pris des drogues et que le fait de ne pas en avoir pris peut finalement nuire à l'image de l'artiste.

Têtu, la drogue, un front secondaire

Têtu propose également des articles fouillés, de fond, des critiques littéraires, musicales et culturelles, des rubriques beauté, mode, cinéma gay et porno, des portraits-interview d'acteurs gays ou de figures emblématiques de cette culture. Le traitement de l'usage de psychotropes par ce magazine est d'autant plus intéressant que la population homosexuelle est connue pour assumer (et parfois même revendiquer) cette consommation. Une frange de ce groupe est également réputée pour être à la recherche de nouvelles expériences psychoactives. Ainsi, l'utilisation de substances psychoactives comme les pratiques sexuelles sont abordées spontanément, mais beaucoup moins fréquemment que dans les autres magazines et avec une approche nettement moins « scandaleuse ».

Têtu aussi ne dédaigne pas le recours au second degré : « *Oui ces ados sont débiles : toute la journée ils se droguent, baisent, dorment, n'ont aucun sujet de discussion (pire que le pire du Loft), s'éclatent devant des jeux vidéo, défoncés aux acides et font des virées en voiture.* »

L'Affiche, la drogue comme phénomène social

Le seul magazine où l'on retrouve beaucoup moins cette fascination pour l'univers de la défonce « artiste » et où l'appréciation sur celle-ci est plus ambivalente est *L'Affiche*. Cette position est liée à la place accordée au rap, notamment américain, où s'exprime actuellement une nette réaction par rapport à la valorisation opérée par le courant « gangsta » à la fin des années 1980 de l'univers du deal et de la dope.

La consommation de psychotropes n'est jamais abordée comme un sujet à part entière, par contre elle est régulièrement évoquée dans les interviews d'artistes, le plus fréquemment sous l'angle du phénomène social sans s'appesantir sur les effets des produits ou les pratiques de consommation. La grande majorité des acteurs de cette scène musicale disent avoir connu et pratiqué la délinquance, qui apparaît comme une sorte de parcours initiatique obligé, de rite de passage (« erreurs de jeunesse »), suivi souvent d'une « rédemption ».

1. Clins d'œil, allusions et périphrases : « un zeste de citron »

Depuis quelques années, l'influence du psychédélisme et de l'univers de la culture techno dans les milieux de la mode, de la publicité et de la musique est de plus en plus marquée. Les chanteurs et les musiciens, tout comme les publicitaires, recourent à des métaphores plus ou moins explicites et des clins d'œil destinés à un public averti. Les allusions, les jeux de mots en lien avec la drogue ou l'usage de drogues ne manquent pas. Une sorte de complicité joviale s'installe entre les artistes et les journalistes qui les interrogent, ceux-ci appartenant au même univers symbolique. L'humour et le second degré règnent. Ainsi, cette présentation dans *L'Affiche* du dernier album de « Missy Elliott » dénommé, on ne peut plus clairement « *Miss E... so addictive* », qui est l'occasion pour le journal et la vedette de tourner autour des thèmes de l'addiction et de l'ecstasy sans y toucher vraiment : « *Rassurez-vous, si Missy Elliott est accro à quelque chose ce serait plutôt aux M et M's qu'à l'ecstasy.* » Cela dit, ce qui était sous-jacent devient vite manifeste quand le rédacteur nous apprend qu'un morceau de l'album s'appelle tout simplement « *Ecstasy* ».

Max, dans le cadre d'un article consacré aux *Chemicals Brothers*, un groupe de musique électronique, demande ingénument le pourquoi de l'absence de références à la drogue dans le dernier album et s'attire la réponse suivante : « *Disons qu'on a mis ça un peu de côté... Peut-être, mais on ne renie pas notre nom pour autant. Nous sommes toujours les "frères chimiques".* »

Toujours dans l'allusif, *Technikart* possède une rubrique qui met en scène un personnage fictif, Jean-No, « *fashion victim* », caricature sans méchanceté du jeune homme moderne et branché, consommateur de drogues du samedi soir.

Un autre point symptomatique de la banalisation linguistique de l'usage de drogues et de son univers est le recours à un vocabulaire ressortissant au monde de la techno et plus généralement, de la fête. *Max*, *Technikart* et *Têtu* consacrent des rubriques régulières au « *clubbing* » c'est-à-dire aux boîtes branchées en France et dans le monde. Les clubs en question sont souvent décrits à partir de termes en vogue dans les fêtes techno.

2. De l'allusif au manifeste

Si le style allusif et les périphrases sont importants pour établir une complicité avec le lecteur, le traitement de la question des drogues se fait aussi directement. Depuis plusieurs années, on assiste dans cette presse à une véritable libération de la parole sur les drogues. Cette parole peut être portée par des artistes, dans le cadre

de portraits et d'interviews et donc indirectement assumée par la ligne éditoriale du journal, ou exposée dans le cadre de dossiers explicitement dédiés à une substance. *Technikart* et *L'Affiche*, quoique de manière différente, représentent la première tendance et *Max* la seconde. Dans ces trois publications, les artistes et les célébrités sont très utilisés pour évoquer la consommation de drogues.

Clins d'œil, dérision, second degré, ironie, fascination, l'univers de l'addiction et de la défonce fait rarement dans les magazines l'objet d'une apologie franche et massive. Seul *Technikart* dans ses colonnes revendique clairement la prise de drogues comme un aspect d'une contestation radicale du système et de son mode de vie. Il n'empêche que l'on trouve dans *Max* ou dans *Têtu* des articles qui tranchent avec les procédés allusifs habituels. Ainsi, dans le magazine des gays et des lesbiennes, un débat est organisé entre sept homosexuels sur leurs pratiques sexuelles où la question de la prise de drogues pendant les rapports est abordée clairement. Dans *Max* est publiée une page entière de dix photographies représentant des visages d'hommes et de femmes sous l'effet de différentes drogues (mescaline ; héroïne, haschisch ; marijuana ; kétamine ; LSD ; crack ; cocaïne ; ecstasy ; champignons). Ce travail, réalisé par un photographe et présenté dans un centre d'art contemporain à New York, s'inscrit dans une campagne de dénonciation de la politique américaine de guerre à la drogue. *Max* salue cette initiative, laquelle « a le mérite d'apporter un regard neuf sur l'usage de drogues (loin des discours moralisateurs de rigueur) ».

3. L'addiction comme mode de vie

On l'a dit plus haut, le vocabulaire lié aux addictions et aux drogues n'est pas confiné aux rubriques traitant de telles ou telles substances, mais investit tous les sujets, notamment ceux ayant trait à la culture et au sexe. En cela, les magazines de presse que nous avons étudiés reflètent cette tendance qui consiste à considérer que les phénomènes liés à la dépendance ne relèvent pas uniquement du champ des substances licites ou illicites mais de domaines bien plus étendus. L'addiction, la dépendance potentielle, est partout. Dans le sexe compulsif, la consommation effrénée, la soif d'informations : du *clubber* du samedi soir au journaliste « accro » à l'information tout le monde est dépendant. Tout le monde donc personne. Ce type de discours tend à mettre la prise de drogues sur le même plan que d'autres pratiques sociales moins stigmatisées. Le concept d'addiction, tel qu'il est décrit depuis quelques années par les différents experts et spécialistes, semble aujourd'hui tout à fait intégré.

Le monde des médias, du journalisme et l'information offrent un réservoir inépuisable de références à l'addiction. Un des films phare de l'année 2001, célé-

bré dans *Max* et surtout dans *Technikart* comme l'œuvre cinématographique de l'année *Requiem for a dream*, en a fait un de ses thèmes essentiels. Ce film met en scène la descente aux enfers d'une mère et d'un fils, celui-ci dépendant à l'héroïne et celle-là à la télévision. Dépendance télévisuelle qui va la conduire à la dépendance tout court puisque la perspective de participation à une émission va l'amener à suivre un régime amaigrissant à base d'amphétamines. Dans une interview à *Technikart*, le réalisateur du film confesse son ancienne addiction à la télévision : « *Maintenant, j'ai plus de télé, je vais au ciné quand j'ai besoin de cette drogue.* » L'information peut aussi être une drogue. En témoigne dans les colonnes du même numéro un journaliste de France-Info : « *L'arrivée d'un événement majeur provoque toujours la même réaction. C'est une montée violente comparable à une prise de drogue dure [...]. [...] L'effet secondaire de l'info-drogue, c'est le manque de recul [...] l'angoisse et l'urgence font partie du trip [...]. Ensuite, il faut se déconnecter, c'est la descente avec la déprime le surlendemain.* »

Le champ musical a également toujours été un domaine privilégié dans l'expression des métaphores sur la dépendance et l'addiction ; autant d'ailleurs pour les musiciens que pour ceux qui écoutent. On dira par exemple dans *L'Affiche* d'un groupe de hip hop, qui se prénomme de manière très symptomatique les « *Junks* » qu'il est « *sous l'emprise* » de ce courant musical. D'ailleurs, ceux-ci déclarent au journal : « *Si on a choisi le nom de Junk, ce n'est pas par hasard. Ce qu'on veut signifier par là, c'est qu'on est véritablement accro au hip hop. En ce sens, on peut dire qu'on est des junkies.* » De nombreuses références assimilent l'écoute de la musique à la prise de drogues. À la question posée à deux membres d'un groupe musical sur leur préférence « *Acide ou Ecsta* », ceux-ci répondent : « *On ne peut pas faire de la bonne musique sous l'emprise des drogues mais nos albums produisent le même effet planant, non ?* » (*Technikart* n° 55). La vue d'un clip musical peut aussi prodiguer des plaisirs dignes d'une prise de LSD : « *Jetez un œil sur le clip de son single "Get your freak on" en tout cas, ça vaut n'importe quelle substance hallucinogène.* » (*L'Affiche*)

4. Défonce... contrôlée

La « culture de la défonce », à la fois valorisée et tournée en dérision par les magazines, n'en implique pas moins une référence fréquente à la notion de contrôle et de savoir. La plupart des magazines insistent sur la notion de réduction des risques et évoquent une génération qui sait se droguer, qui connaît les produits et peut donc les maîtriser. Ce thème de la maîtrise est récurrent, en particulier dans *Technikart*, une maîtrise fondée sur le « savoir de la défonce ».

Cette valorisation de la maîtrise et de la connaissance conduit d'ailleurs *Technikart* à une vision très négative de l'univers des usagers toxicomanes, des junkies, dont l'image est toujours associée à celle de la déchéance. Dans un article consacré à la violence dans le XVIII^e arrondissement de Paris, le journal adopte un ton nettement « sécuritaire », très surprenant eu égard à sa ligne éditoriale. La vision des choses est peu ou prou la même s'agissant des *ravers* qui consomment n'importe quoi et qui discréditent par leur attitude irresponsable le mouvement techno. *Technikart* révèle finalement dans ces positions une vision élitiste de la prise de substances, laquelle n'est pas réservée à n'importe qui mais à une aristocratie de la défonce composée de créateurs et d'artistes.

Savoir plus... risquer moins

Traduction de cette défense raisonnée de la consommation de drogues, le recours à la parole des experts impliqués dans le champ des drogues est fréquent. Dans *Max* et *Technikart* notamment on trouve des références aux travaux de la MILDT et de l'OFDT, ainsi qu'en filigrane les conclusions du rapport Roques. L'évolution de la politique gouvernementale en matière de drogues est suivie attentivement. À l'occasion de la parution de la publication de la MILDT « Savoir plus risquer moins », *Technikart* évalue à sa manière ces nouvelles orientations : « [...] Après des années passées à tenir un discours passionnel et idéologique, le gouvernement décide, à l'occasion du plan gouvernemental du 16 juin 1999, d'aborder enfin la question des drogues sans tabou, d'un strict point de vue scientifique. Via ce petit livre blanc, ceux qui nous ont cassé les noix pendant des années avec leur bla-bla moralisateur font leur mea culpa, abandonnant une approche trop juridique des psychotropes au profit d'une démarche guidée par des préoccupations plus sanitaires. Il était temps. Du coup, n'en déplaise au lobby des producteurs de vin, le gros rouge qui fait chanter en fin de repas est mis sur un pied d'égalité avec l'héroïne. Dans le même temps, les pouvoirs publics s'orientent vers une dépénalisation de fait pour les petits consommateurs, mesure que l'on pourrait qualifier, avec un certain euphémisme de réaliste. »

Max a consacré un dossier à la question de la « fin des drogues », c'est-à-dire sur les programmes engagés par les Nations unies pour éradiquer le phénomène. Dans ce dossier, *Max* présente les arguments des partisans et des adversaires de cette politique, dont les associations de réduction des risques, sans exprimer ouvertement ses préférences. Le journal préfère le faire en utilisant l'arme de l'humour et de l'absurde dans un article du dossier intitulé « 10 moyens d'en finir avec la drogue. 10 méthodes qui n'ont pas encore fait leurs preuves ». Ainsi, le premier moyen

consisterait à « enfermer les usagers. Principe : coffrer tous les gens surpris en train de tirer sur un joint ou de gober un ecstasy. [...] Ça fait beaucoup de monde à coffrer. »

IMAGE ET TRAITEMENT SPÉCIFIQUES À CHAQUE SUBSTANCE

1. Le cannabis, aussi commun que le tabac et l'alcool

Le cannabis est aujourd'hui la substance illicite la plus banalisée et la plus largement consommée. Ce fait apparaît clairement dans le ton très libre qu'adoptent les magazines de la Veille pour en parler.

Le cannabis est aussi la substance dont le statut légal est le plus discuté. Sur ce point, les quatre principaux magazines sélectionnés, les personnes qu'ils interviewent et leurs lecteurs, se prononcent unanimement en faveur d'une dépénalisation de l'usage. La position répressive de l'État français apparaît finalement partout comme anachronique, rétrograde et inefficace. Dans une génération connue pour le peu de crédit qu'elle accorde aux représentants du gouvernement et pour (son manque d'implication dans la vie politique et la citoyenneté), le thème de la dépénalisation du cannabis vient s'ajouter à la liste déjà longue des griefs formulés à l'encontre de l'État.

Les éléments récurrents qui justifient cette position sont :

- la mise en doute de l'authenticité des préoccupations sanitaires de l'État en matière de toxicomanie, la prohibition impliquant la présence de nombreux produits frelatés sur le marché et l'impossibilité pour les fumeurs de cultiver leur cannabis, pratique qui leur apparaît comme le principal outil de réductions des risques sanitaires liés à sa consommation,
- la mise en évidence d'une double hypocrisie gouvernementale dans la mesure où l'État profite très largement de la consommation de substances (alcool, tabac, médicaments), qui semblent nettement plus nuisibles à la santé publique que le cannabis.

Max joue la carte de la démonstration argumentée, en évitant de tenir un discours ouvertement militant et s'appuie sur des données officielles françaises et européennes pour décrire l'absurdité de la situation. Les experts interviewés semblent les plus pertinents et les témoignages d'usagers viennent dans chaque dossier compléter les informations officielles. *Technikart* se montre beaucoup plus virulent et, conformément à l'idéologie du journal, critique violemment la prohi-

bition. *Têtu* affirme également très clairement son soutien à la dépénalisation mais de manière plus nuancée. *L’Affiche* ne prend pas vraiment position, considérant implicitement que l’usage de marijuana « va de soi ».

Ce militantisme en faveur de la dépénalisation du cannabis n’empêche pas un discours que l’on peut qualifier de responsable, soulignant les dangers éventuels de la consommation de ce produit. De nombreux articles présentent des données officielles issues de l’expertise de l’INSERM, de la MILDT et de l’OFDT. Divers médecins et spécialistes travaillant dans le champ de la toxicomanie sont fréquemment mis à contribution.

Sont évoqués dans *Max*, *L’Affiche* et *Technikart* :

- des problèmes pulmonaires ;
- la toxicité du mélange tabac/cannabis ;
- les risques d’infertilité ;
- les effets indésirables sur l’humeur (perte de motivation, éventuellement déprime, paranoïa) ;
- les risques physiques et psychologiques énumérés dans l’étude menée par l’INSERM ;
- des conseils de réduction des risques ;
- enfin, les usages thérapeutiques du cannabis sont fréquemment exposés.

2. Héroïne, substance maudite

L’héroïne est rarement traitée en tant que telle dans les magazines que nous avons étudiés. Seul *Max* y a consacré un dossier, suite notamment à la parution du rapport TREND 2001, lequel faisait état d’un début de diffusion de cette substance dans les milieux festifs. Dans certains magazines comme *L’Affiche*, les références sont quasiment inexistantes, mais cette situation est logique compte tenu de la nature de cette publication qui s’adresse aux rappeurs, milieu plus pré-occupé par la diffusion de la cocaïne ou du crack. Dans *Technikart*, le thème de la consommation d’héroïne revient très fréquemment mais toujours sur le mode indirect, par le biais notamment de la consommation par des artistes ou d’allusions et de clin d’œil.

Globalement, on peut dire que l’héroïne demeure une substance maudite pour la presse destinée aux jeunes. Contrairement à la cocaïne et l’ecstasy, dont l’usage est volontiers dédramatisé, la consommation d’héroïne reste un sujet propre à une certaine dramatisation.

Max, dans le chapeau d’introduction de son dossier consacré à l’héroïne, évoque une « drogue qui tue ». Dans ce dossier, les mots associés à la consommation d’hé-

roïne sont sans ambiguïté : « ravage », « décès », « drogue maudite », « réalité dévastatrice », « retour sournois ».

Dans *Technikart*, le discours est plus ambivalent. Même s’il n’y a pas d’apologie directe de la prise de ce produit, celui-ci exerce incontestablement une certaine fascination. Fascination parce que l’usage croise le parcours de nombreux créateurs et d’artistes et que la consommation, à l’instar d’autres drogues, participe *nolens volens* d’un moment de création généralement suivi de la chute et de la rédemption inévitables, deux moments indissociables d’un parcours nécessaire. En revanche, l’usage d’héroïne en dehors du milieu des artistes, en particulier chez les toxicomanes de rue, ne fait pas l’objet de la même complaisance.

Cette dichotomie manichéenne artiste/junkie se retrouve dans le mode d’administration de l’héroïne où injection rime avec déchéance, tandis que le sniff aurait un statut plus « distingué », dans la mesure où ce mode est l’apanage des milieux festifs et branchés.

3. Cocaïne, une drogue pour tout le monde

La cocaïne est évoquée dans la totalité des magazines et son usage semble accompagner toutes les mouvances musicales et tous les milieux sociaux, des artistes branchés aux toxicomanes de rue en passant par les usagers intégrés qui la consomment pour affronter le stress de la vie professionnelle. On la retrouve ainsi :

- dans la *Street Culture*, aux côtés de l’alcool et du cannabis et de son dérivé le crack ;
- dans les milieux de la nuit, le *clubbing* homosexuel et hétérosexuel, aux côtés des poppers et de l’ecstasy principalement (mais pas exclusivement) ;
- dans les milieux dits branchés, VIP (cinéma, art contemporain, média, prostitution de luxe, musiciens, écrivains, intellectuels et sportifs célèbres), aux côtés des médicaments et des alcools « mondains » comme le champagne.

La cocaïne est associée à l’excès à la frime, à la fête, à la performance sexuelle et/ou professionnelle d’un côté, au trafic international et à l’Amérique du Sud de l’autre. Les quelques références aux risques sanitaires engendrés par une consommation prolongée ne suffisent cependant pas à contrebalancer une image somme toute nettement positive dans le contexte d’une presse qui valorise en permanence l’excès et la transgression.

La cocaïne apparaît finalement comme une substance suffisamment « neutre » pour que son usage soit partagé par des sphères culturelles se réclamant de valeurs

parfois radicalement opposées. Ainsi, de *Scarface* à *Wall Street* en passant par le sport, la presse décrit de nombreux types d'usagers³.

Les risques liés à un usage intensif de cocaïne sont largement soulignés, ainsi que les effets négatifs du produit⁴. Sont principalement mentionnés :

- les maladies cardiaques ;
- l'overdose ;
- la perforation des cloisons nasales ;
- la dépendance ;
- la transmission de virus via les pailles utilisées pour le sniff ;
- la dépression ;
- le risque légal et social.

4. Crack, deal de rue et outil de contrôle social

Le thème du crack est principalement abordé dans le magazine *L'Affiche*, du fait de l'importance de cette substance dans la culture rap, tandis que les autres magazines ne l'abordent que de manière très occasionnelle. L'usage de crack est partout associé à la violence urbaine (et américaine), à la déchéance, à la fatalité, à la démence, à la paranoïa ainsi qu'aux classes défavorisées. Dans *L'Affiche*, ce n'est pas tant la consommation que le deal auquel il est fait référence. Son usage n'est pas valorisé et est plutôt perçu, notamment dans le contexte américain, comme une maladie du ghetto entretenue par les politiques et le système répressif en vue d'un contrôle social officieux. Les gouvernements sont finalement considérés comme les complices, voire les instigateurs de la situation.

Il n'est jamais question de la « qualité » du crack, ce produit étant perçu comme strictement destructeur. Sont évoqués : le délabrement physique, la désocialisation, l'exclusion, la santé mentale, la rue et sa violence, autrement dit des informations très générales qui ne donnent aucun élément précis sur les risques sanitaires de cette consommation. Seul *Max*, dans son dossier consacré à la cocaïne, rappelle qu'entre crack et free-base la différence est mince.

3. Voici la liste des différents types de consommateurs de cocaïne recensés : le dandy parisien désabusé ; l'esclave du tertiaire ; le dealer de crack ; l'artiste maudit ; l'artiste branché ; le yuppie ; le présentateur de télévision ; l'actrice porno ; la prostituée de luxe et son client ; le trafiquant international ; le musicien « tendance » techno ; le chanteur de rock ; le rapper gangsta ; le frimeur ; le trader ; le sportif de haut niveau ; le riche, le « VIP select » ; l'anglaise divorcée et déjantée ; le « jeune occidental » ; le mafieux ; et enfin, plus discrètement, l'homme politique.

4. Paranoïa et nervosité principalement.

5. Ecstasy, toujours l'amour

L'essentiel des références à l'ecstasy se trouve dans *Technikart* et *Têtu*. En général, l'ecstasy y est toujours associée à la mouvance techno. On notera cependant que *L'Affiche* a consacré deux articles cette année à la sortie d'un album R'n'B intitulé « *Miss E... So addictive* » et qui comporte un morceau nommé « *X-Tasy* ». Stratégie médiatique ou non, les allusions plus qu'explicites de Missy Elliott⁵ semblent choquer le public de ce type de musique, pour qui l'ecstasy représente une drogue de « petits blancs technoïdes », population particulièrement méprisée par la *Street Culture*. À cela vient s'ajouter un article de *Technikart* sur les *Bad Boys* américains, en phase de s'appropriation sur le tard cette substance, jusqu'ici associée à la sensualité, la douceur et la compréhension de l'autre. D'une manière générale, dans la presse que nous avons étudiée, l'ecstasy apparaît comme un produit totalement banalisé, souvent associé aux performances sexuelles et jouissant d'une image à la fois positive et péjorative, que l'on pourrait résumer par « l'ecstasy rend bête ».

Les *clubbers* d'Ibiza « *qui se gavent de pilules* » sont présentés comme les pionniers de la consommation du cocktail techno-ecstasy. À la fois reconnus comme « ancêtres » et critiqués pour leurs excès, leur superficialité et la belle vie qu'ils mènent, ils constituent une référence incontournable dans ce domaine. Certains acteurs de cette tendance musicale qualifient pourtant cette drogue « d'obsolète », de « démodée » ; on peut supposer que l'évolution de cette perception est due en partie à l'élargissement de sa consommation à de nombreuses scènes et à la perte du caractère élitiste de la consommation d'ecstasy.

Du côté des tribus des *free-party*, forme plus récente de la techno qui cherche plutôt à trouver une filiation chez les punks que chez les hippies, la consommation d'ecstasy est peu valorisée, voire minorée. Plus que de MDMA c'est de comprimés « coupés au speed » qu'il est question.

L'ecstasy est aussi très fréquemment associée à la fête « mondaine », au *clubbing* hétéro et homosexuel. Le « *clubber-dandy* », l'anglaise déjantée, l'homosexuel libéré sont des figures récurrentes dans la presse que nous avons étudiée. La fête, l'ivresse et le sexe vont toujours de paire et, en ce sens, l'ecstasy semble encore aujourd'hui être considéré comme la « pilule de l'amour ».

5. Chanteuse R'n'B noire américaine.

6. LSD, drogue ludique

Le LSD jouit, notamment dans *Technikart* et dans *Max*, d'un statut qui l'associe à l'ecstasy et à la cocaïne, drogues de la fête et du plaisir. Les connotations négatives relatives à cette substance sont en effet rarissimes. Comme pour le vocabulaire qui relève de l'addiction et la dépendance et qui est entré dans le langage le plus commun, le plus quotidien « je suis accro à », les références et les métaphores relatives aux hallucinogènes sont tout aussi présentes. Ainsi dira-t-on des titres d'un disque de hip hop qu'ils sont « sous acide », d'un roman qu'il constitue un « cocktail hallucinogène », des « Télétubbies », émission télévisuelle pour enfants, qu'il constitue un « mythe hallucinogène » ou dans le même registre d'un programme qu'il a un « contenu hallucinogène », d'un groupe de rock des années 1960 qu'il a connu une « épopée lysergique ». De même, pour décrire une personne, on écrira volontiers, et de manière ironique, que son comportement ou son attitude est similaire à celle de quelqu'un sous l'effet d'acides. Ainsi, *Max*, dans un article consacré aux tenues vestimentaires des hôtes de l'air évoque « *le look rédactrice de mode sous acide des 60's* ». Dans une évocation de l'univers de Tolkien, suite à la sortie très médiatisée du film, *Le Seigneur des anneaux*, le même magazine parle « *des elfes érotomanes et des fées sous LSD* ». Un groupe musical australien pratique « *le collage tels des kangourous sous hallucinogènes* » (*Technikart*).

Le mensuel *Technikart* dispose même d'une rubrique dédiée aux aventures d'un personnage, Lord Snowdown, avatar contemporain de *Lucy in the sky with diamonds* des Beatles. Le style de l'écriture est très onirique et se voudrait une transposition sur le mode littéraire de l'effet que procure la consommation d'acides.

Le LSD apparaît au final comme une substance ludique, consommé par de nombreux artistes qui en ont fait ou continue d'en faire un moment essentiel de leur parcours de créateur.

7. Amphétamines, entre légalité et underground

Les références aux amphétamines apparaissent principalement dans *Technikart* et dans *Max*. On trouve quelques clin d'œil dans *L'Affiche* et dans *Têtu* mais ceux-ci restent exceptionnels.

Les amphétamines ont un statut particulier. À la fois substance légale, prescrite et vendue en France il y a encore peu de temps, et substance illicite présente sur le

marché clandestin⁶ depuis de très nombreuses années, les amphétamines se trouvent affublées d'une image double, qui se situe entre « la drogue des dépressives et des mannequins » et « la cocaïne du pauvre », entre insertion et marginalité.

Les adjectifs « *amphétaminé* » ou « *speedé* », aujourd'hui passés dans le langage courant, sont très souvent utilisés dans la presse pour décrire des ambiances musicales, littéraires ou cinématographiques⁷.

Produit légal qui modifie peu l'état de conscience et qui a longtemps été prescrit comme anorexigène, les amphétamines sont fréquemment associées aux femmes « dépressives » et « soucieuses de perdre du poids », ainsi qu'au déni de la dépendance ou du comportement addictif. L'usage de produits licites semble souvent méprisé par les usagers de produits illicites. Comme l'alcool et le tabac, et ce même si les amphétamines ont été retirées du marché français il y a peu, cette substance vient confirmer pour la presse et les usagers l'incohérence législative.

Les amphétamines sont également consommées depuis longtemps en contexte festif. Ce groupe d'usagers se démarque de celui cité plus haut par la nature illégale de ses pratiques. Si dans le milieu techno les amphétamines circulent sous forme de poudre dépourvue de toute similitude avec les produits vendus en pharmacie, les acteurs du milieu rock'n'roll les ont beaucoup utilisées de manière détournée, hors prescription. Pour ces groupes culturels, les amphétamines correspondent plus à « la cocaïne du pauvre » qu'à « la drogue des mannequins ».

Les amphétamines sont également associées dans le dossier de *Max* sur le yaba, aux travailleurs des classes défavorisées asiatiques. Ce type d'usages (augmenter ses capacités de travail, supporter la pauvreté et éventuellement le manque de nourriture) n'est pas mentionné ailleurs.

8. Les substances rares

La kétamine et le GHB

Les références à la kétamine et au GHB sont rarissimes et extrêmement allusives. Seul le magazine *Technikart* les évoque mais de manière très épisodique. La quasi-totalité des quelques références à la kétamine sont négatives et associées à l'univers des *free-party* et de la techno hardcore, mais aussi au *clubbing hardcore*,

6. Sous forme de poudre essentiellement, aujourd'hui également sous forme de comprimés, parfois vendus comme ou associés à de la MDMA.

7. De nombreuses références se trouvent dans les chroniques de disques, de films et de livres.

lesquels font l'objet d'une critique du fait de la consommation indiscriminée et incontrôlée de drogues qui y régnerait, et discréditerait l'ensemble du mouvement techno.

Le yaba

La seule référence relative au yaba se trouve dans *Max* sous la forme d'un dossier consacré à cette substance. La parution fait suite à la saisie de 450 000 pilules en Suisse et pose la question d'une éventuelle arrivée du produit en France. Le ton du dossier est très alarmiste et sans complaisance. Le yaba, « la drogue qui rend fou » est décrit comme une « amphetamine très puissante » susceptible de provoquer des « crises de démence meurtrière ».

CONCLUSION

Depuis l'étude menée conjointement il y a près de deux ans par l'OEDT, *Toxibase* et le *Gruppo Abele* sur les médias jeunes⁸, l'état des lieux, s'agissant du discours des médias en matière de drogues et de substances illicites à destination des jeunes, s'est considérablement transformé en France. Désormais, en effet, le propos sur les drogues s'affiche sans complexe pour envahir les magazines. Le temps de la peur lié à l'existence de la loi de 70, laquelle interdit notamment tout discours qui pourrait apparaître comme prosélyte sur les substances illicites, semble révolu. Dans un monde où le concept de d'addiction s'élargit pour toucher le sexe, le travail, l'information, la consommation, etc., il est logique que la dépendance aux drogues soit considérée comme une dépendance parmi d'autres. Mais plus qu'une simple relativisation, ce qui émerge du discours des médias sélectionnés pour cette Veille, c'est la revendication, plus ou moins manifeste, d'un « droit à la défonce pour Monsieur tout le monde ». Les références constantes à l'actualité dite « *people* » ou culturelle vues sous l'angle de la consommation des personnes célèbres offrent le double avantage d'un discours vendeur qui vise en même temps à décomplexer le lectorat.

L'autre caractéristique marquante du discours actuel des magazines, laquelle constitue en quelque sorte le complément du discours sur la « défonce » réside dans l'accent mis sur la maîtrise et le savoir. Si l'on devait résumer en une phrase le propos des magazines étudiés l'on pourrait écrire : « Prenez des drogues mais faites-le sérieusement. » Beaucoup d'articles insistent en effet sur la nécessité de bien connaître les produits et d'arriver à un usage maîtrisé. Ceci est la traduction du fait que cette presse s'adresse à un public de personnes plutôt bien insérées dans la société et pour lesquelles la prise de produits ne constitue le plus souvent qu'un intermède festif. Cette sociologie du lectorat se retrouve dans l'image des produits. En effet, ceux qui sont les plus valorisés sont liés à l'univers de la fête et de la nuit (cocaïne, ecstasy), tandis que les substances dites de la rue (héroïne, crack) sont les plus stigmatisées. Il en va de même pour les modes d'administration où le sniff est largement valorisé tandis que l'injection demeure taboue.

L'étude menée sur les médias jeunes au cours de l'année 2001 constitue un point de départ à partir duquel il semble possible de suivre l'évolution des représentations véhiculées par la presse sur les drogues et l'usage de drogues.

8. L'objectif de cette étude, à laquelle la France, l'Italie et le Royaume-Uni ont participé était d'estimer la possibilité d'avoir recours aux médias destinés aux jeunes pour identifier les tendances émergentes en matière de drogues. On lira une synthèse des principaux résultats de cette étude dans la revue *Toxibase*, n° 2, juin 2001, dans un article rédigé par Anne Ferenczi et intitulé « Que disent sur les drogues les médias pour les jeunes ? ».

DESCRIPTION DES MAGAZINES

L’Affiche, « le magazine des autres musiques »

Dédié aux musiques rap, hip-hop, reggae, ragg, Rythm and blues, etc., essentiellement composé d’interviews avec les acteurs de cette culture (chanteurs, groupes, acteurs...) et de chroniques de disques. *L’Affiche* s’adresse aux amateurs de ce qu’on peut globalement appeler la *Street Culture* et/ou la culture rap.

Têtu, « le magazine des gays et des lesbiennes »

Le magazine s’adresse à la population homosexuelle en général, mais plus particulièrement masculine. Mensuel phare de la presse gay en France, *Têtu* ne se pose pas en militant de la « cause des usagers de drogues » et bien que très porté sur l’actualité politique, il se fait surtout le relais des informations sociopolitiques et sanitaires sur les différents problèmes rencontrés par les homosexuels (discriminations, statut social, vie quotidienne, etc.) et les personnes atteintes du Sida (dernières avancées, décisions et/ou discussions politiques, etc.).

Max, « Filles-Actus-Sexe-Mode »

Max apparaît comme le journal du « Français moyen libéré » qui travaille, sort en boîte et consomme éventuellement des produits, regarde la télévision et des films pornographiques. *Max* étant axé sur la libération des mœurs, la quasi-totalité des numéros comporte une rubrique appelée « Miss Trick, la princesse du sexe s’occupe de votre libido », plusieurs rubriques « presse *people* » traitent de la vie, des mœurs et des déboires des célébrités et un dossier sérieux d’information sur une substance, qui comprend plusieurs points de vue, des informations d’ordre général et sanitaire, ainsi que des interviews de spécialistes et d’usagers.

Technikart

Technikart est un mensuel consacré à l’actualité culturelle et politique (musique, livres). Le magazine renoue avec une certaine tradition *underground* très présente sans les années 1960 et 1970. Le ton est franchement contestataire, s’inscrit dans la mouvance antimondialisation radicale et s’adresse à un lectorat plutôt intellectuel. Il n’existe pas à proprement parler un traitement particulier du thème de

l’usage de drogues. En revanche, les références et les clins d’œil sont constants. On décèle dans *Technikart* une certaine fascination pour la « défonce » et une certaine promotion de la prise de drogues comme contestation du système.

INVESTIGATIONS SPÉCIFIQUES AU DISPOSITIF TREND EN 2001

LES NOUVEAUX USAGES DE L'HÉROÏNE, TREND, FRANCE, 2002

*Céline Verchère & Catherine Reynaud-Maurupt
Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS)*

RÉSUMÉ

Cette étude qualitative en cours a pour objectif de décrire les processus sociaux et les représentations subjectives qui conduisent de jeunes usagers de substances psychoactives à consommer de l'héroïne, et les nouvelles modalités de consommation de cette substance. Les données analysées ont été recueillies par l'enregistrement d'entretiens en face-à-face effectués sur les sites de TREND. La description des caractéristiques sociodémographiques des personnes rencontrées et de leur rapport à la consommation d'héroïne (fréquence d'usage, perception ou non de l'usage comme une contrainte, place de l'héroïne parmi les substances consommées) permet de cerner quatre profils de nouveaux consommateurs et de mettre en exergue leur spécificité. L'exposé des pratiques de l'héroïne rend compte de l'examen des réseaux d'approvisionnement, du contexte de la première prise, des voies d'administration et des associations de substances. Enfin, la mise en valeur des représentations subjectives de l'héroïne chez ces jeunes consommateurs permet de mieux cerner le sens donné à ces nouvelles pratiques. L'existence préalable de conduites de polyconsommations et la rapidité de la prescription d'un traitement de substitution caractérisent la spécificité des nouveaux usagers d'héroïne ; d'autre part, des liens majeurs apparaissent entre les usages actuels de l'héroïne et ceux de la cocaïne et du free-base, l'initiation s'effectuant le plus souvent par le désir d'adoucir les « descentes » de psychostimulants.

INTRODUCTION

L'historique récent des usages de l'héroïne fait état de bouleversements depuis que l'épidémie de VIH/Sida s'est propagée chez les usagers de drogues injectables, majoritairement consommateurs de cette substance. La stigmatisation de l'héroïne comme « drogue du Sida » et la médicalisation d'une grande part de ses consommateurs par la substitution à partir de 1996 a engendré un recul de cette pratique, notamment constaté au travers du vieillissement des usagers de drogues injectables suivis par les Programmes échange de seringues¹ ou les structures à bas seuil d'exigence, et de la diffusion de nouveaux produits et usages en milieu festif². Malgré cette désaffection empiriquement constatée de l'usage de l'héroïne au cours des années 1990, l'augmentation des pratiques polyabusives ainsi que des observations de terrain rapportant de nouvelles formes d'usages repérées chez les jeunes (héroïne fumée³) incitent à mieux explorer l'existence et la nature de nouveaux usages de l'héroïne chez les plus jeunes générations de consommateurs de substances psychoactives. C'est en effet le constat empirique, d'une résurgence des usages de l'héroïne, effectué par le dispositif TREND, qui a engagé à mettre en œuvre une investigation spécifique sur ce thème, dont les premières remarques exploratoires sont présentées ici. L'étude achevée devrait être publiée par l'OFDT au cours du second semestre 2002.

OBJECTIF DE L'ÉTUDE ET AXES DE LA RECHERCHE

Cette étude en cours de réalisation a pour ambition de décrire et d'analyser les nouveaux usages de l'héroïne et les profils des consommateurs qui en ont fait l'expérience pour la première fois au cours des cinq dernières années (1996-2001). L'objectif principal est de mieux appréhender les processus sociaux et les représentations subjectives de l'héroïne, qui ont conduit à son usage et le font perdurer, ainsi que la description de ses modalités de consommation. Trois axes de recherche sont particulièrement abordés :

- La description des caractéristiques sociodémographiques des personnes rencontrées et de leur rapport à la consommation d'héroïne (fréquence d'usage, perception ou non de l'usage comme une contrainte, place de l'héroïne parmi les substances consommées) permet de cerner le profil sociologique de ces nouveaux consommateurs et leur spécificité.
- Les pratiques de l'héroïne sont appréhendées au travers de l'examen des réseaux d'approvisionnement, du contexte de la première prise, des voies d'administration et des associations de substances.
- La mise en valeur des représentations subjectives de l'héroïne permet en dernier lieu de cerner le sens donné à leur pratique par les consommateurs d'héroïne concernés par l'étude.

MÉTHODE

La collecte de quarante entretiens semi-directifs est en cours de réalisation sur six sites privilégiés par le dispositif TREND. Une analyse de contenu thématique est appliquée sur le corpus constitué.

Pour cibler les « nouveaux » consommateurs, les critères d'inclusion à l'étude impliquent d'avoir consommé cette substance pour la première fois après 1996, en ayant moins de 30 ans lors de la première prise. Si une période de cinq ans semble raisonnable pour identifier des usages qualifiés de « récents », l'année 1996 a d'autre part été considérée comme une date-rupture avec les consommateurs d'héroïne des années 1980 et 1990, qui ont eu accès, cette année-là, aux produits de substitution (méthadone, BHD). Le développement de la politique de Réduction des risques, qui s'est entre autres traduite par l'accès aux traitements substitutifs, permet de poser l'hypothèse que les représentations subjectives de l'héroïne, et donc ses usages, ont pu être profondément modifiés à compter de cette période.

À ce jour, 32 entretiens ont été réalisés, se répartissant sur les sites régionaux d'Ile-de-France, de Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne, Bretagne, Aquitaine et Midi-Pyrénées⁴. Tous ont été enregistrés entre septembre 2001 et février 2002 et 15 d'entre eux⁵ ont été exploités pour réaliser cette première analyse.

1. M. Valenciano, J. Emmanuelli, F. Lert, « Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France », *Addiction*, 96 (4), 2001, 597-606.

2. P.-Y. Bello, A. Toufik, M. Gandhilon, *Tendances récentes, rapport TREND*, OFDT, 2001 ; A. Fontaine, C. Fontana, C. Verchère, R. Vischi, *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France*, OFDT, 2001 ; OFDT, *Tendances récentes, rapport TREND*, 2000.

3. OFDT, *Drogues et dépendances, Indicateurs et tendances*, 2002.

4. Nos remerciements, dans l'ordre des régions citées, à M. Tagounit, P. Thiemonge et S. Akoka, F. Romano et B. Ryaschi, G. Poulingue, A.C. Rahis, S. Chaker.

5. Sept entretiens en Bourgogne, quatre en Bretagne, quatre en Aquitaine.

PREMIERS RÉSULTATS

1. Description des profils sociologiques et spécificité des « nouveaux consommateurs d'héroïne »

Les caractéristiques sociales et démographiques

L'échantillon constitué par les 15 premiers entretiens semi-directifs recueillis regroupe dix hommes et cinq femmes, âgés d'environ 23 ans au jour de l'entretien (moyenne d'âge : 23,8 ans ; médiane : 23 ans ; [19 ans-29 ans]). Si les plus nombreux jouissent d'un logement personnel, deux personnes sont néanmoins sans domicile fixe, et rapportent vivre en squat ou dans la rue. Célibataires ou vivant en couple, aucune n'a d'enfant. Les professions des parents sont très variées (professions libérales, fonctionnaires, professeurs, artisans, ouvriers...).

Au jour de l'entretien, six personnes n'ont pas d'emploi, deux sont étudiantes et une en formation professionnelle. Parmi les actifs, deux sont artisans, deux sont travailleurs sociaux, tandis que les deux derniers alternent les travaux intérimaires.

Le rapport actuel à la consommation d'héroïne

L'examen de la fréquence de consommation de l'héroïne, de sa perception comme une contrainte par les personnes elles-mêmes, et de la place de cette substance dans le panel des produits consommés, permet de dégager quatre profils type de consommateurs d'héroïne.

■ « Les occasionnels » constituent le premier profil de consommateur d'héroïne rencontré (3/15). L'usage d'héroïne s'est avéré être une expérimentation parmi d'autres. Le produit est consommé plusieurs fois, mais toujours de façon ponctuelle. L'héroïne, sniffée ou fumée, s'inscrit ainsi dans le panel des substances psychoactives consommées : alcool, cannabis, hallucinogènes majeurs (LSD, champignons), ecstasy, amphétamines, rachacha, cocaïne, kétamine. Cet usage occasionnel de l'héroïne est décrit par les personnes concernées comme n'ayant pas eu d'incidence sur leur vie quotidienne (sur les plans psychologique, social et relationnel). Jean, par exemple, (27 ans, travailleur social), qui a côtoyé l'espace festif, a « tout consommé, du shit à la kéta » ; il est d'ailleurs intéressant de noter que dans la représentation des produits psychoactifs qu'il décrit, c'est la kétamine, et non l'héroïne, qui symbolise la substance consommée la plus « violente » (par opposition au cannabis, considérée comme la plus « douce »). Il consomme habi-

tuellement du cannabis, occasionnellement de la cocaïne et se dit « substitué au café ». Sa dernière prise d'héroïne date d'il y a sept mois. Il n'a pas spécialement le désir d'en prendre car « ça le fait pas avec la teuf ».

■ « Les abusifs » sont représentés par deux personnes parmi celles rencontrées. Toutes deux ont arrêté leur consommation au moment de l'entretien, sans aide médicale, après quelques mois de consommation « presque quotidienne », par voie nasale. Si l'héroïne est perçue comme un produit qui n'a pas pu être maîtrisé, et qui a de ce fait conduit à des difficultés d'ordre psychologique, ce groupe partage avec le premier, après la consommation d'héroïne, l'absence de modification de sa trajectoire sociale, professionnelle et de son environnement relationnel.

■ « Les pharmacodépendants » permet de désigner le troisième type de consommateurs d'héroïne rencontrés (5/15). Pour ces derniers, l'usage d'héroïne est motivé par l'envie d'essayer une substance psychoactive qui leur est inconnue, mais plus souvent par le besoin de réguler les descentes difficiles de stimulants. Ces personnes sont polyconsommatrices au moment de la première prise d'héroïne, généralement dans des circonstances festives, bien que ce comportement puisse fréquemment être qualifié d'abusif (la fête toutes les fins de semaine, voire plusieurs fois par semaine). Alors que la consommation de toutes les autres substances n'était pas perçue comme une contrainte et ne leur donne pas l'impression de générer une « dépendance », chacune de ces personnes devient progressivement dépendante de l'héroïne, consommée comme produit principal. À partir de là, l'usage d'héroïne est vécu comme problématique, comme perturbant la vie quotidienne. L'héroïne est ainsi perçue comme le premier produit qui ne peut pas être « contrôlé ». L'héroïne est sniffée ou fumée, quelquefois injectée (2/5). Au jour de l'entretien, les plus nombreux bénéficient d'un traitement de substitution par buprénorphine haut dosage (BHD), (4/5, dont une personne qui le sniffe), qui permet de réguler un usage d'héroïne qu'ils n'ont pu cesser malgré des tentatives de sevrage répétées. Mylène, 20 ans, étudiante en BTS, illustre bien ce type de profil : dès l'âge de 17 ans, elle consacre tous ses week-ends à la « fête », qui ne peut s'entendre qu'avec ecstasy, LSD, puis cocaïne. Ses amours avec un « dealer tous produits », du même âge qu'elle, permet un approvisionnement continu. La première prise d'héroïne, sniffée, intervient un lendemain de fête au LSD où elle « n'était pas très bien ». L'héroïne est alors perçue comme « la solution ». Les réserves d'héroïne prévues pour le dimanche matin sont parfois trop importantes, ce qui incite Mylène et son compagnon à des prises au cours de la semaine : ce processus les conduit à des prises quotidiennes durant un an et demi, avant de faire la demande d'un traitement par BHD.

■ Enfin, « les multi-addicts » est le terme qui peut être utilisé pour désigner le dernier profil d'usagers d'héroïne mis au jour (5/15). La consommation d'héroïne, qui peut être sniffée et/ou injectée (4/5), est motivée au départ par le désir de réduire une souffrance liée à l'usage quotidien d'un autre produit (cocaïne fumée, BHD, alcool), perçu comme une dépendance par les personnes elles-mêmes. L'héroïne est, dans ce dernier cas, utilisée dès le départ de façon quasi-thérapeutique, comme une substitution. Chez les plus nombreux (3/5), c'est le sentiment de dépendance au free-base (cocaïne fumée) qui incite à l'usage régulier de l'héroïne. Tous sont substitués aujourd'hui pour soigner leur consommation d'héroïne (par méthadone ou par BHD qui est injectée par deux des personnes concernées), alors que chacun exprime des problèmes d'addiction en amont de cette consommation. C'est, par exemple, le cas de Jean-Baptiste, 23 ans, étudiant en droit, qui débute un usage compulsif de l'héroïne pour contrer les effets négatifs d'un usage quotidien de free-base ; ou de David, 24 ans, sans profession, sans domicile, qui est traité depuis deux ans par BHD (qu'il injecte), traitement qui lui a été prescrit après trois à quatre semaines de speed-ball, un « speed-délire », alors qu'il consommait abusivement cocaïne et autres stimulants depuis plusieurs années.

Les consommateurs d'héroïne caractérisés par les deux derniers profils ont pour point commun de rapporter les difficultés psychologiques, sociales et relationnelles que leur usage d'héroïne a pu générer : difficulté pour reprendre une vie sociale considérée comme plus « stable », arrêt du travail et/ou des études, perception d'une perte de temps, perte de confiance des proches (parents et/ou amis), obligation de « se cacher », sentiment dépressif et sentiment de perte de la maîtrise de son comportement (vols, prise de médicaments...).

Pour clore ce découpage des types de consommateurs d'héroïne, il semble intéressant de souligner que, parmi ces différents profils, la gradation dans la fréquence de l'usage des produits ne semble en aucune façon pouvoir être mise en lien avec les variables sociales qui caractérisent les personnes rencontrées : ainsi, l'usage occasionnel ne serait pas assimilable à un usage « bourgeois », tandis qu'à l'inverse, les cas de dépendance ou de polyaddiction ne seraient pas forcément associés à des situations de précarité, car ils peuvent concerner des jeunes gens issus de milieux sociaux favorisés.

Spécificité des « nouveaux consommateurs d'héroïne »

Deux aspects apparaissent de façon saillante pour caractériser ce qui peut être considéré comme la spécificité des nouveaux consommateurs d'héroïne.

En premier lieu, l'entrée dans une carrière de consommateur d'héroïne est principalement marquée par l'existence préalable de polyconsommations, qui prennent généralement naissance dans un contexte festif (bars ou manifestations diverses – gothiques, techno, festivals rock ou celtique –). La majorité des personnes interrogées a consommé toutes sortes de substances psychoactives de manière occasionnelle et/ou abusive avant, pendant et après l'usage d'héroïne : des opiacés ou assimilés (de type opium, rachacha, mais aussi Skenan[®], Néocodion[®]), des stimulants (speed, cocaïne, ecstasy), des hallucinogènes (cannabis, LSD, champignons, datura), des anesthésiants à usage dysléptique (kétamine, GHB [1 personne], PCP [1 personne]). Des médicaments psychotropes sont aussi consommés (Tranxène[®]). Seules trois personnes ont uniquement consommé du cannabis et/ou de l'alcool avant de passer à l'héroïne (moyenne d'âge de leur première consommation d'héroïne : 17,6 ans). Concernant l'ensemble de l'échantillon, le tabac, l'alcool et le cannabis sont les premiers produits consommés, à l'âge de 14-15 ans (moyenne : 14,8). Viennent ensuite, pour la majorité d'entre eux, les stimulants et les hallucinogènes (moyenne d'âge : 18,2 ans). Leur première consommation d'héroïne intervient généralement vers l'âge de 21 ans (moyenne : 21,2). L'usage de rachacha est plutôt rare parmi les personnes interrogées (il est perçu comme faisant mal au foie et à l'estomac) et, plus globalement, la consommation d'opiacés n'est pas, ou rarement, associée directement à la consommation d'héroïne : ainsi, si le fait de « passer à l'héroïne » pour « gérer » une descente de free-base ou d'autres stimulants est souvent mentionné, le phénomène de glissement d'un opiacé naturel comme le rachacha vers l'usage de l'héroïne n'a pas été observé parmi les personnes interrogées.

Le second aspect qui permet de caractériser ces nouveaux consommateurs d'héroïne est la rapidité avec laquelle les traitements de substitution leur sont prescrits. La moyenne d'âge des personnes substituées est de 23 ans et demi. La durée de la consommation avant l'instauration du traitement est comprise entre un et vingt-quatre mois. Six à douze mois de consommation quotidienne constitue la durée la plus fréquemment recensée.

2. Les pratiques de l'héroïne

Les réseaux d'approvisionnement

L'héroïne est achetée entre 30 et 90 euros le gramme. L'héroïne brune (la « Brown ») est majoritairement consommée et vendue en poudre. Les moyens de se procurer l'héroïne sont multiples. Il n'est pas rare que le premier achat d'hé-

roïne soit lié à la recherche des substances habituellement consommées. Le plus souvent, l'héroïne est achetée dans un espace privé (appartement), quoi qu'elle puisse être, notamment les premières fois, achetée dans un bar ou dans la rue. L'achat d'héroïne existe dans les manifestations festives, mais y est disqualifié. L'héroïne est plutôt achetée à un « inconnu » (notamment pour les achats dans la rue), à une connaissance lointaine (qui peut devenir « dealer attitré » par la suite) ou à des « proches », voire des amis (qui partageaient déjà la consommation d'autres substances psychoactives...). Les premières consommations sont souvent « offertes ». Beaucoup des personnes interrogées ont été à un moment des usagers-revendeurs de petite envergure (de cannabis, de cocaïne, d'ecstasy, peu d'héroïne) afin de pouvoir « rentrer dans leurs frais ». Seule une personne commence un deal « professionnel », puis consomme l'héroïne qu'elle vend.

Le contexte de la première consommation

Parmi les personnes interrogées, la première rencontre avec l'héroïne se fait souvent dans le cadre festif (« after de teufs », anniversaires...). Elle est consommée en fin de soirée (le « dimanche matin »), à deux ou à plusieurs, dans un contexte au départ plutôt perçu comme convivial, souvent après un épisode de consommation caractérisé par la polyconsommation (notamment de stimulants et d'hallucinogènes). L'héroïne n'est pas consommée ouvertement dans les « teufs » : c'est un produit « quand même mal vu » dont il faut cacher l'usage. Plusieurs personnes racontent leur première rencontre avec l'héroïne comme relevant du « hasard » (le dealer habituel de cannabis et/ou de cocaïne leur propose « un jour » de goûter à l'héroïne) et rattachent généralement cette première expérience à des connaissances qui leur offrent à un moment la possibilité de goûter au produit (à leur domicile le plus souvent).

Les voies d'administration

Les voies d'administration de l'héroïne se diversifient au détriment de l'injection. Parmi ceux qui ont pratiqué l'injection (6/15), trois personnes rapportent un passage rapide de l'usage d'héroïne en sniff ou en fumette à l'injection, alors que les trois autres ne l'ont pratiqué que brièvement, après une longue consommation par voie nasale. Cette façon de consommer est effectivement perçue comme difficile à gérer et reste rejetée par la plupart des personnes interrogées. L'héroïne fumée (dans une cigarette ou en « chassant le dragon ») n'apparaît pas comme une voie d'administration très répandue (4/15). En effet, la voie nasale est la plus fréquemment utilisée (12/15).

Les associations de substances

Les entretiens recueillis font apparaître clairement le lien fort qui associe les stimulants et notamment la cocaïne aux usages actuels de l'héroïne. La cocaïne est souvent sniffée mais elle est aussi consommée en « free-base » : le terme « crack » n'apparaît généralement pas et les individus interrogés ne font que très rarement le lien entre une consommation de cocaïne en free-base et une consommation de crack. L'héroïne est perçue comme « la solution » pour masquer et calmer l'usage abusif de cocaïne (« il fallait que je paraisse un minimum calme, c'était la solution de fait de... pour... pour mieux paraître au niveau de la famille quoi »), le recours au cannabis ou à des médicaments psychotropes n'étant plus suffisant pour soulager les « descentes ».

Les discours associent également l'usage de l'héroïne à celui détourné de la buprénorphine haut dosage, parfois présentée, avant qu'elle ne soit prescrite, comme une substance psychoactive parmi les autres. Elle est généralement considérée comme une alternative à l'usage d'héroïne lorsque celle-ci fait défaut (en sublingual, en sniff, en injection). Elle permet également de réguler les descentes de stimulants, mais peut aussi être le produit principal consommé. Parmi l'échantillon interrogé, deux personnes consomment de la BHD alors qu'elles n'ont pas encore ou peu consommé d'héroïne. Lorsque le Subutex® devient un traitement prescrit dans un cadre médicalisé, il est alors perçu comme réglant le « problème de la dépendance » et permettant de « vivre normalement ». La plupart du temps, le traitement est bien suivi. En ce sens, ce médicament montre son efficacité. Néanmoins, il peut également être utilisé pour équilibrer le « budget drogue », les économies permises par l'arrêt de la consommation d'héroïne se reportant sur l'achat de cocaïne.

3. Les représentations subjectives de l'héroïne

Les « fonctions » de l'héroïne : l'héroïne comme « solution »

Une motivation et un usage bien spécifique de l'héroïne, déjà largement abordés, se dégagent donc des entretiens : la gestion des descentes de stimulants, principalement la cocaïne ou le speed (amphétamines), mais aussi les retours de trips (LSD). Par ailleurs, de nombreuses personnes ont décrit un premier usage de l'héroïne en speed-ball ou encore en mélange (héroïne, BHD, cocaïne). Dans ces cas, la prise d'héroïne est plutôt perçue positivement et a un effet plutôt agréable : elle adoucit les prises de stimulants ou en soulage les descentes. La fonction de l'hé-

roïne s'assimile ainsi à un effet thérapeutique et, dans plusieurs entretiens, elle est qualifiée de « solution ». Dans des cas plus rares, la fonction thérapeutique de l'héroïne se retrouve pour contrer les effets négatifs d'autres substances : elle peut constituer un produit de substitution à l'alcool (un produit « qui équilibre ») ou lorsque la BHD habituellement consommée fait défaut.

L'héroïne : un produit jugé « à part », dont l'expérimentation tendrait à se banaliser

La représentation initiale de l'héroïne est très négative : c'est « le truc tabou, c'est quelque chose que la société elle interdit, très mal perçu, malsain ». Dans le même temps, l'image des consommateurs d'héroïne est parfois particulièrement stéréotypée : sont évoqués « les sales toxicos, un mec qui se fixe quoi, un shooté ». Cette représentation détonne avec les premières expérimentations de l'héroïne qui donnent l'image d'un produit « inoffensif, anodin », dont l'effet « doux » et « cotonneux » contraste avec son appellation de drogue « dure ».

Parallèlement, la consommation de substances psychoactives tend à se banaliser : lors des premières consommations, l'héroïne paraît un produit « comme un autre : c'est un truc de plus » ; « c'est marrant parce qu'on dédramatise le truc quoi ». L'expérimentation de l'héroïne semble donc avoir été un « cap » relativement facile à franchir pour les personnes qui ont été interrogées, les voies d'administration non intraveineuse rendant l'initiation plus anodine. L'injection reste d'ailleurs pour beaucoup la « limite à ne pas franchir ».

Cependant, c'est l'expérience du passage dans la phase de manque, provoquant un « changement » de comportement et de la souffrance, qui redonne et justifie l'image de l'héroïne comme « drogue dure », comme un « produit à part », faisant « tomber des personnes qui peuvent consommer d'autres produits sans être dépendants, à usage festif ».

Les risques sanitaires associés à l'usage de l'héroïne

Peu d'individus ont l'impression de prendre un risque lorsqu'ils commencent à consommer de l'héroïne. De même, lorsque la consommation d'héroïne devient habituelle, plusieurs personnes soulignent l'altération de la perception du risque générée par le produit (le partage de seringues quand le manque précède la prise, la conduite automobile après la prise). Mais l'échelle du risque sanitaire exprimée par les consommateurs concorde mal avec les préoccupations de la santé publique : seules deux personnes évoquent spontanément le thème de la transmission du

VIH/Sida par le partage de seringues et le thème de la surdose n'est jamais abordé. Les actions de prévention semblent néanmoins avoir eu un effet positif sur le partage des pailles, vecteur possible de contamination par l'hépatite C lors des consommations par voie nasale : tout en demeurant une pratique courante considérée comme peu dangereuse pour la santé, beaucoup disent faire plus attention depuis qu'ils sont informés.

D'autres risques sanitaires sont pourtant évoqués par les consommateurs rencontrés, « ça bouffe la santé » (bien qu'ils le soient en seconde intention, après l'inventaire de risques plus psychosociaux : « se retrouver sur la corde raide, ne plus pouvoir rien faire, se faire choper par la famille » ou encore les « changements de comportements » générés par le manque). C'est le thème de la dépendance physique qui est citée au premier plan, ainsi que « la fatigue », mais aussi les risques « pour les bronches » (quand l'héroïne est fumée), et ceux liés au fait de vomir (« le foie et l'estomac, ils en prennent un coup »).

ÉLÉMENTS DE DISCUSSION

Les résultats exploratoires obtenus par cette première approche permettent déjà d'envisager la diversité et la complexité des nouveaux usages de l'héroïne, et de fournir des éléments pour favoriser leur compréhension. La nouveauté de ces pratiques est aussi intéressante que la jeunesse des personnes qu'elles concernent. Clarifier les biais de recrutement valorise d'autant plus les résultats de l'étude, en permettant de mieux cerner le périmètre dans lequel s'inscrivent les données recueillies. Trois aspects doivent notamment être soulignés.

En premier lieu, la proportion des genres masculin et féminin dans l'échantillon constitué à ce jour n'est pas le fruit d'un recrutement par quota. Pourtant, la proportion obtenue d'un tiers de jeunes femmes correspond bien aux taux actuels de déclarations relatives à l'expérimentation de l'héroïne⁶.

D'autre part, l'importance des usages non maîtrisés de l'héroïne, c'est-à-dire qui ont conduit à une dépendance et le plus souvent à un traitement de substitution, peut, par contre, avoir été influencée par les biais du recrutement. Parmi les quinze premiers entretiens recueillis qui ont été utilisés pour réaliser cette analyse, onze personnes ont été rencontrées par l'intermédiaire de structures de soins, lesquelles délivrent les traitements de substitution dont les personnes bénéficient

6. OFDT, *Drogues et dépendances, Indicateurs et tendances*, 2002.

(Bourgogne et Aquitaine). L'analyse de l'échantillon complet permettra de réduire ce biais, puisque parmi les entretiens récemment recueillis, dix personnes ont été rencontrées par l'intermédiaire d'autres réseaux que les structures de soins (huit via le milieu festif, deux via une structure à bas seuil d'exigence type « boutique »).

Le dernier point concerne l'importance de l'initiation à la consommation de substances psychoactives et aux pratiques de polyconsommation sur les lieux de manifestations festives comme les fêtes techno, les festivals rock ou celtique. Ces espaces d'entrée dans l'usage de substances psychoactives n'apparaissent pas sur-déterminé par le mode de recrutement, car ces initiations sont souvent rapportées par les personnes rencontrées en centre de soins, et pas seulement par celles qui l'ont été en « manifestation festive improvisée » – *free-party*, *teknival* – (site breton).

En effet, c'est majoritairement dans un contexte festif que ces « nouveaux » usagers d'héroïne ont débuté une polyconsommation de substances psychoactives (LSD, speed, ecstasy...). Ainsi, une hypothèse mérite d'être posée : celle de la permanence des usages de substances psychoactives dans les contextes festifs et les lieux de la contre-culture. Si les usages de l'héroïne tels qu'ils ont été décrits ici peuvent être qualifiés de « nouveaux », comparativement à ceux des « junkies » des années 1980, sont-ils vraiment différents de ceux qui ont vu le jour dans les années 1960-1970 ? Les scènes festives hippies connaissaient des pratiques de polyconsommations notoires (LSD, amphétamines), puis ont vu se développer la pratique de l'héroïne, d'abord parmi les autres produits consommés, puis de façon monovalente. Si ce type d'assertion permet de relativiser la nouveauté des usages actuels de l'héroïne, il ne faut pas, pour autant, perdre de vue les éléments nouveaux qui caractérisent le contexte d'aujourd'hui : variété des produits disponibles considérablement plus diversifiée depuis l'apparition des drogues de synthèse sur le marché, banalisation de l'usage de produits psychoactifs, baisse du prix de la cocaïne sur le marché noir et élargissement de son accessibilité, accès relativement plus aisé aux traitements de substitution.

Les liens majeurs qui existent aujourd'hui entre la consommation d'héroïne et celle de cocaïne inciteraient à favoriser des études spécifiques sur ce dernier produit. La cocaïne, en effet, peut conduire à l'usage d'opiacés, mais elle est également subjectivement perçue comme très addictive par ses consommateurs, alors que la dépendance physiologique à ce type de stimulants n'est pas scientifiquement avérée⁷. La notion de « *craving* » (désir irrépressible) apparaît bien adaptée

pour qualifier le sentiment évoqué. Dans la même perspective, la consommation de plus en plus importante de « free-base », qui n'est pas assimilée à l'usage du crack, suscite l'intérêt.

La jeunesse des personnes substituées parmi celles qui ont été rencontrées pose la question pour les médecins prescripteurs de l'objectif thérapeutique des traitements de substitution. Pour la plupart, les traitements ont pu être administrés dès les premiers effets négatifs de la dépendance, ce qui permet de supposer l'évitement d'un processus de marginalisation sociale et de certains risques sanitaires. Pour autant, une minorité parmi les substitués rencontrés ne correspondait pas à l'indication habituelle d'un traitement de substitution, mis sur le marché pour la prise en charge des « pharmacodépendances majeures aux opiacés ». Cette indication peut effectivement être considérée comme restreinte dans la pratique empirique quotidienne, en ne permettant pas la réduction du risque d'entrée dans une conduite de dépendance à un produit illicite.

Enfin, l'écart évident entre les représentations de l'héroïne, notamment celles qui sont véhiculées par les médias et la famille, et l'impression effective laissée par les premières consommations de cette substance, demanderait de considérer à nouveau les informations délivrées dans un but préventif : une information tenant compte des représentations de l'usage d'héroïne chez ses jeunes consommateurs, et du sens qu'ils donnent à leur pratique, permettrait sans doute d'appréhender plus justement les différentes facettes de ce produit, et d'éviter que les personnes les plus vulnérables se laissent « surprendre » par l'état de manque.

7. B. Roques, 1998, *Problèmes posés par la dangerosité des drogues*, Rapport INSERM pour le secrétariat d'État à la Santé et à l'Action sociale.

CONCLUSION

L'analyse à venir de l'échantillon complet permettra d'affiner les connaissances produites sur chacun des points évoqués ici et d'explorer des axes de recherche qui n'ont pas ou peu été abordés : succession des étapes des carrières de consommateurs, contextes et espaces de consommation. D'autres aspects pourront également être développés bien qu'ils apparaissent moins comme étant caractéristiques des nouveaux consommateurs d'héroïne : notamment l'ensemble des discours relatifs à la perception des effets ressentis, aux épisodes de manque et aux tentatives de sevrage semble à première vue les copies parfaites des entretiens qui ont été menés avec leurs aînés, usagers d'héroïne des années 1970-1990.

Cette première approche a permis de dégager quelques remarques exploratoires concernant les profils et la spécificité des nouveaux consommateurs d'héroïne depuis 1996, de ses nouveaux usages et des représentations subjectives actuelles de ce produit : souvent amateurs de soirées festives et de polyconsommation, les nouveaux usagers d'héroïne s'initient le plus souvent à cette substance pour adoucir les descentes de psychostimulants, vers l'âge de vingt ans. L'héroïne est banalisée lorsqu'elle n'est pas injectée et vient s'insérer à l'égal des autres produits dans le panel des substances consommées. Néanmoins, son usage est perçu comme le plus difficilement maîtrisé. L'importance de la banalisation de la cocaïne dans la résurgence de la consommation d'opiacés (l'héroïne après la cocaïne, ou mélangées en speed-ball) constitue un aspect majeur des nouveaux usages de l'héroïne.

PREMIERS RÉSULTATS DE LA RECHERCHE EXPLORATOIRE SUR LES USAGERS INTÉGRÉS.

Astrid Fontaine

(Laboratoire de recherche autonome sur les sociétés).

DÉFINITION DU CADRE DE LA RECHERCHE ET MÉTHODE

Cette recherche porte sur ce que nous avons appelé les « usagers de drogues intégrés à un milieu professionnel », expression qui nous a semblé la plus représentative de la situation des personnes que nous avons rencontrées, même si cette définition demande encore à être discutée et réfléchie. Nous avons choisi l'approche ethnographique qui privilégie le vécu et le discours des personnes concernées par l'étude.

L'usage de psychotropes illicites par des personnes intégrées à un milieu professionnel constitue un champ de recherche très récent en France. La définition la plus large donnée de cette population est la suivante : « Usagers ne fréquentant aucune structure de prise en charge sanitaire ou sociale ou non repérés par le dispositif d'application de la loi¹. » Elle ne prend pas en compte l'inscription de l'usager dans un milieu professionnel.

Quelques études ont cependant été réalisées à l'étranger, les pays anglo-saxons ainsi que la Suisse et les Pays-Bas explorent depuis peu cette thématique. Les principaux travaux liés à l'usage de psychotropes illicites par des personnes intégrées à un milieu professionnel traitent des difficultés méthodologiques liées à l'accessibilité à ces populations dites « cachées », à la construction des échantillons et à leur représentativité.

L'expression « usagers intégrés à un milieu professionnel » sous-entend que ces personnes parviennent à gérer l'usage de substances illicites tout en préservant leur statut et leur image sociale, qui plus est sans avoir recours à des structures ou

1. Rapport TREND, OFDT, mars 2000.

à des institutions spécialisées dans le domaine de la consommation de psychotropes et sans s'exposer aux sanctions judiciaires qui accompagnent leur pratique. Dans ce cas, quel est l'intérêt des pouvoirs publics à financer de telles études, quels sont les enjeux économiques et politiques sous-jacents à la problématique des populations dites « cachées » ?

Si les personnes que nous avons rencontrées cachent effectivement leur pratique à certains des réseaux sociaux qu'elles fréquentent, elles ne semblent finalement pas l'entourer de plus de mystère que n'importe qui peut être amené à le faire concernant, par exemple, ses pratiques sexuelles. Les deux raisons qui les poussent à se cacher sont d'abord le risque légal qu'elles encourent et les conséquences qu'un incident judiciaire pourrait avoir dans leur vie, et enfin le risque social, la stigmatisation et la dégradation de l'image sociale dont elles peuvent être victimes.

Comment gérer le fait d'être considéré à la fois comme quelqu'un qui travaille et assume éventuellement des responsabilités, et comme un élément déviant de la société ? Quelles sont les contreparties et les conséquences potentielles de la situation étudiée ?

Méthodologie

Les modalités de contact pour des études pilotes ou qualitatives se font généralement par l'intermédiaire d'interlocuteurs privilégiés², par la méthode « boule de neige » ou encore par des dispositifs plus expérimentaux tels que le recrutement par Internet.

Parmi les études anglo-saxonnes (américaines³ notamment), on distingue deux principaux types d'approches concernant cette population :

- une approche économique, qui se place du point de vue de l'employeur et vise à évaluer l'impact de l'usage de substances psychoactives en terme de rentabilité, d'efficacité des employés au travail et de coût financier (coût social et/ou coût pour l'entreprise, en lien avec les accidents du travail, l'absentéisme, etc.),
- une approche épistémologique qui porte sur la définition du terme « populations cachées », le positionnement du chercheur, les dérives possibles concernant l'interprétation et/ou l'utilisation des données collectées sur ces populations.

2. Il s'agit de rencontrer des personnes en contact régulier avec la population concernée et servant de relais d'information.

3. Rappelons qu'aux États-Unis les tests d'urine à l'embauche visant à détecter la présence de psychotropes illicites sont déjà pratiqués depuis quelques années.

Les études suisses et hollandaises envisagent l'usage de psychotropes par des personnes insérées sous deux angles principaux :

- une approche sociosanitaire, épidémiologique, en vue d'une estimation de la demande de soins par ce type d'usagers et d'une éventuelle adaptation des structures de soins existantes,
- une approche ethnographique, qui cherche à décrire et à comprendre les problématiques propres à la position de ces usagers.

La recherche que nous avons menée est de nature exploratoire et entièrement qualitative, basée sur des entretiens semi-directifs enregistrés. Son objectif était donc de dégager des pistes de recherche sur un sujet méconnu, à partir d'un guide d'entretien relativement large et de critères d'inclusion peu précis, à savoir : « Travailler depuis plus d'un an et consommer au moins dix fois par an des substances illicites autres que le cannabis. »

Quarante et une personnes ont accepté de participer bénévolement à cette recherche, après que les objectifs et la manière de procéder leur ont été exposés et nous les remercions de la confiance et du temps qu'elles nous ont accordés. Globalement, peu de personnes ont refusé l'interview.

Nous avons essentiellement utilisé le « bouche à oreille⁴ » pour contacter les personnes correspondant à ces critères d'inclusion. Une grande majorité d'entre elles a été rencontrée dans des lieux publics ou nous a été présentée par un de leur proche, usager ou non. Les entretiens ont nécessité une ou plusieurs rencontres préalables, puis une ou plusieurs rencontres après la restitution de la retranscription intégrale de l'interview. Le travail d'anonymisation et de relecture a été effectué sous la direction des interviewés ou en accord avec eux. La recherche ethnographique est, bien sûr, construite à partir des discours et des témoignages recueillis. Il nous paraît cependant essentiel de mentionner que les temps de discussion et de questionnements que nous avons partagés avec les principaux intéressés, hors du temps d'enregistrement, ont largement contribué à faire évoluer une réflexion encore naissante sur le sujet.

4. La méthode « boule de neige » peut impliquer que les personnes interviewées appartiennent à un même réseau d'usagers, ce qui n'est qu'exceptionnellement le cas dans notre échantillon.

Plusieurs facteurs sont à prendre en compte dans la façon dont nous avons construit notre échantillon :

- les critères d'inclusion précités, établis à partir des rares publications existantes sur le sujet ;
- le mode de contact avec les personnes : plusieurs enquêteurs dispersés géographiquement ont permis de rencontrer des personnes issues de réseaux tout à fait différents ;
- les besoins du commanditaire : deux catégories professionnelles nous ont été imposées, le « milieu du spectacle » et le « milieu informatique ». Nous avons cependant jugé utile d'élargir notre échantillon à des personnes exerçant une activité dans d'autres champs professionnels.

Pour une même activité les conditions de travail varient énormément selon les structures, les entreprises. Le « secteur informatique » ou le « milieu du spectacle » recouvrent des réalités professionnelles très différentes en terme de rythme et d'ambiance de travail. La lecture des entretiens incite plutôt à observer les similitudes en terme de gestion des consommations par rapport au rythme et aux conditions de travail plutôt que sous l'angle des catégories professionnelles.

PREMIERS RÉSULTATS

1. Description générale des personnes rencontrées

a. Caractéristiques sociodémographiques

Sexe. 41 entretiens ont été réalisés avec 34 hommes et 7 femmes. Les femmes sont clairement sous-représentées, mais l'absence de données statistiques concernant les usagers intégrés à un milieu professionnel, tels qu'ils sont définis par cette recherche, ne permet pas de pondérer ce phénomène.

Âge. Les deux sujets les plus jeunes sont âgés de 23 et 24 ans et le sujet le plus âgé a 49 ans. La moyenne d'âge générale s'élève à 35 ans et demi, 29 personnes ont entre 26 et 35 ans, 3 ont moins de 25 ans et 5 plus de 36 ans.

Situation matrimoniale. Sur les 41 personnes qui ont bien voulu participer à l'étude, une seule est mariée, 4 vivent en concubinage, une autre est divorcée. 35 personnes sont célibataires. 9 personnes ont un ou plusieurs enfants.

b. Types de professions rencontrées

Milieu du spectacle	Milieu informatique	Autres catégories professionnelles
Artiste de cirque	Chargé de production événementielle	Agent de maîtrise
Artiste-plasticien	Chargé de produits dérivés d'une activité	Approvisionneuse en prêt-à-porter
Assistant de réalisation	Comptable	Commercial dans le domaine des assurances et de la finance
Chargé de production TV	Concepteur multimédia	Consulting
Comédien	Enseignant en infographie	Commissaire d'exposition
Danseuse	Informaticien	Enseignant à l'université à l'étranger
Directeur technique bar-concert	Ingénieur en développement	Haute technologie (normes de sécurité)
Gérant d'un restaurant et d'une salle de concert	Journaliste free lance sur Internet	Infirmier psychiatrique
Gérant d'une SARL dans le domaine culturel	Monteur-truciste	Maraîcher
Musicien/chanteur	Programmeur développeur	Milieu carcéral
Photographe publicitaire	Scénariste indépendant	Ouvrier spécialisé
Régisseur d'une salle de concert	Secrétaire de rédaction	Transport
Régisseur son et lumière	Technicien informatique	
Technicien lumière		
Tourmanager		

c. Rythme de travail

Parmi ces 41 personnes :

- 19 ont un emploi du temps irrégulier ;
- 13 ont un rythme de travail soutenu ;
- 9 ont un emploi du temps régulier.

Un rythme irrégulier peut correspondre à plusieurs situations. Nous incluons dans cette définition :

- Le travail de nuit fait que le nombre d'heures effectuées dans une semaine est inférieur à 30, mais implique un « décalage » par rapport au rythme d'une majorité de personnes qui travaille de jour du lundi au vendredi. Le travail de nuit peut aussi inclure une présence le week-end. D'autres activités imposent ou permettent des aménagements horaires, ou, comme c'est souvent le cas pour les intermittents, incluent des périodes d'inactivité (pas forcément reposantes puisqu'il est impératif de retrouver des contrats) et des périodes de « rush ».
- Par soutenu nous entendons un travail qui demande un investissement personnel important, un temps de présence conséquent parfois sur le long terme et très régulièrement, qui dépasse les 40 heures et atteint 70 heures pour certaines des personnes interviewées.
- Par régulier nous entendons des horaires fixes de type « 8 h-18 h » ou 35 heures par semaine, généralement dans un même lieu.

d. Répartition des statuts/types de contrat et rythmes de travail selon les fréquences de consommation au moment de l'entretien

Fréquence de consommation	Type de contrat, statut	Rythme de travail
<i>Modérée (12 personnes)</i>	CDI 6	Irrégulier 5
	Intermittent 4	Régulier 4
	Indépendant 1 CES 1	Soutenu 3
<i>Mensuelle et mensuelle-hebdomadaire (10)</i>	CDI 1	Irrégulier 6
	Intermittent 7	Régulier 1
	Indépendant 2	Soutenu 3
<i>Hebdomadaire « stricte » et hebdomadaire-mensuelle (9)</i>	CDI ⁵ 6	Irrégulier 5
	Intermittent 1	Régulier 3
	Indépendant 2	Soutenu 1
<i>Hebdomadaire-quotidienne (7)</i>	CDI ⁶ 2	Irrégulier 3
	CDD ⁷ 2	Soutenu 4
	Indépendant 3	
<i>Dépendance à l'héroïne (3)</i>	CDI 1	Irrégulier 1
	Indépendant 1	Régulier 2
	Intérimaire 1	

2. Problématiques propres aux usagers intégrés, motivations exprimées et effets recherchés

Nous présentons ici les premiers résultats de l'analyse encore en cours. Dans un premier temps, nous avons tenté de mettre en lumière les motivations les plus couramment exprimées par les 41 personnes que nous avons rencontrées, les effets qu'elles recherchent dans la prise de produits psychotropes (principalement la distanciation et la décompression) et certaines des problématiques inhérentes à leur double inscription dans la vie sociale (« siffler en travaillant » et « vivre doublement »). Puis nous exposerons les différentes logiques de consommation par rapport à l'activité professionnelle, avant d'aborder la dimension sociale au sein du milieu professionnel et les stratégies de gestion individuelle de cette situation.

Si les premières prises de produits (bien souvent à l'adolescence) peuvent correspondre pour beaucoup d'usagers à une curiosité et à un besoin d'affirmer son identité, les raisons qui poussent à maintenir cet usage sur le long terme, qu'il soit modéré, régulier ou intensif (les trajectoires individuelles incluant souvent ces trois fréquences) sont plus difficiles à cerner. De nombreux facteurs entrent en jeu dans le désir de modifier régulièrement son état de conscience. De plus, même si les usagers s'approprient des expressions telles que « usage thérapeutique », « usage récréatif », « usage utilitaire », « usage festif » ou « ludique », il est rare qu'un produit soit utilisé dans le but exclusif de se soigner, de faire la fête et d'être socialement ou encore d'augmenter ses capacités de travail.

À travers les témoignages recueillis se profilent plusieurs types d'effets recherchés par les usagers qui travaillent, ainsi que des problématiques inhérentes à leur position particulière. Ces effets ne sont bien sûr pas exclusifs les uns des autres mais tiennent une place plus ou moins importante selon les individus, les phases de consommation qu'ils traversent et les situations dans lesquelles ils se trouvent.

5. Dont 1 fonctionnaire.

6. Dont 1 touche un fixe et un pourcentage sur les ventes.

7. Dont 1 touche un fixe et un pourcentage sur les ventes.

La distanciation

Prendre un produit, n'importe lequel, provoque une mise à distance, une modification de l'humeur et des perceptions, dont la maîtrise s'acquiert souvent après de nombreuses expériences. Les effets de cette mise à distance peuvent aboutir à une minoration de ce qui pose problème ou parfois même obsède et c'est bien évidemment cette minoration que recherchent les usagers. Il arrive cependant que la prise de produits aboutisse à la majoration de l'ampleur desdits « problèmes » et à l'augmentation de l'angoisse, due à une exacerbation de la sensibilité qui peut s'avérer tout aussi utile que nuisible. Il apparaît que ces effets contraires aux effets recherchés sont connus, anticipés et gérés par les usagers que nous avons rencontrés.

Cette forme d'indifférence provoquée délibérément par la consommation de psychotropes, relève à la fois d'un besoin de s'extraire du monde et de soi-même, de s'évader de la réalité et de la nécessité d'affronter cette réalité, en vue du maintien de l'intégration sociale et professionnelle, des conditions minimales ou optimales de survie mises en place jusqu'alors.

La « décompression »

Excepté pour les psychostimulants, de nombreux usagers parlent de leur consommation comme une pratique/technique de détente, d'apaisement des tensions psychologiques qu'ils ressentent parfois fortement. La sensation de distanciation expliquée plus haut n'est pas sans lien avec la recherche d'un certain équilibre psychologique et d'un allègement des contraintes sociales et des questionnements existentiels, mais cette dernière va plus loin. Pour certains, le recours aux produits intervient dans la gestion d'un excès d'énergie ressenti comme troublant et éventuellement nuisible⁸, d'une pression trop lourde par moments ou simplement pour « souffler » après une journée de travail, comme une grande part de la population active a recours à un usage modéré d'alcool. Pour d'autres, cet aspect de la prise de psychotropes répond à un besoin de faire face à des maux psychosociaux, initiative assimilable à une véritable tentative⁹ d'autogestion de la santé mentale. Ce choix découle en partie de la volonté de « s'en sortir seul », de la connotation parfois négative du travail sur soi dans un cadre formel mais aussi d'une certaine méfiance à l'égard du corps médical et des prescriptions de médicaments. Ces deux types d'usages sont communément définis comme une consommation de confort et un usage théra-

8. Les répercussions physiologiques d'un stress trop important sont très variées.

9. Aucun élément ne nous permet de dire si cette tentative réussie ou échoue.

peutique. Si elles s'avèrent pratiques pour situer une certaine fonction des produits, on comprend bien l'ambiguïté de ces deux expressions et la difficulté qu'elles soulèvent, à savoir : à quel moment, à partir de quels critères subjectifs et objectifs peut-on parler de confort ou de thérapie ?

Décompresser avec les produits sans décompenser à cause des produits est l'une des problématiques de tous les usagers de drogues, à ceci près que ceux qui travaillent se révèlent plus conscients de ce phénomène, entre autres choses parce qu'ils doivent conserver leur statut social.

« Siffler en travaillant »

Toutes activités professionnelles confondues, rares sont les personnes qui disent trouver un réel épanouissement à travers leur travail. Il est globalement vécu comme une contrainte (celle-ci étant bien sûr plus ou moins lourde selon les secteurs d'activité et surtout les postes occupés), même par ceux qui s'estiment satisfait de leur activité¹⁰ et même si la grande majorité y accorde aussi une valeur positive. Il peut aussi être vécu comme un cadre sécurisant. Travailler, c'est domestiquer son corps pour produire efficacement quelque chose et cette domestication a un prix, dans les deux sens du terme. Elle rapporte l'argent nécessaire à la survie et un statut (appréciable) pour vivre en société, et elle coûte à l'individu, de multiples façons. L'équilibre coût/bénéfice est laissé à la subjectivité de la personne qui, en accord (conscient ou inconscient) avec le système de valeurs qui lui est propre, décide des limites qu'elle se pose.

On peut globalement repérer deux tendances (avec toutes les nuances qu'elles impliquent, notamment l'évolution des pratiques au cours de la vie) :

- les prises de produits sont réservées au temps libre et privé, dissociées de l'univers professionnel,
- les prises de produits interviennent dans le cadre du travail, comme un support, un outil.

Dans le premier cas, la prise de produit n'intervient jamais (ou très exceptionnellement) pendant le temps de travail, mais fréquemment juste après une journée¹¹ ou une semaine de travail¹². Lorsque Goupil (30 ans) rentre chez lui, il troque son costume d'enseignant « cravaté » de l'université contre celui du « fêtard

10. Neuf personnes ont plus particulièrement insisté sur cet aspect positif, les autres tiennent un discours mitigé et parfois très négatif.

11. Le cannabis, par exemple, est très couramment utilisé dans le but de « décompresser » après le travail.

12. Les « autres substances », dont les effets sont plus longs et plus intenses, sont majoritairement consommées le week-end et pendant les vacances.

détendu » (jean, baskets) et se roule un joint. Il sort et consomme presque tous les week-ends. Quant à Lionel, 26 ans, également enseignant, il consomme exclusivement en contexte festif, passe tous ses étés depuis six ans sur la route des tekni-vals et sort au moins deux fois par mois.

Dans le second cas, la sensation euphorique, qui doit rester subtile et relativement intériorisée, est plus particulièrement recherchée. Il s'agit de se faire plaisir en travaillant, de trouver le moyen de s'enthousiasmer malgré tout et parce que c'est nécessaire, quitte à se leurrer volontairement en modifiant son état de conscience et en jouant sur les effets de distanciation, de changements dans la perception du temps, sur les effets apaisants et/ou stimulants des produits.

Pour la majorité des personnes que nous avons rencontrées qui consomment dans le cadre de leur travail, la prise de psychotropes permet de « mieux supporter le travail », de « mieux supporter les autres », de « tromper l'ennui », de « ne pas voir les heures passer ». Il s'agit de troubler volontairement ses perceptions pour travailler non pas forcément mieux mais plus, en étouffant une nervosité, une irritabilité qui peut considérablement affecter les relations professionnelles. En définitive, le recours aux psychotropes intervient souvent pour lutter contre la fatigue, l'ennui, la mauvaise humeur et la démotivation, qui sont les pires ennemis du travail.

« Vivre doublement »

Consommer des psychotropes dans une société qui les interdit, c'est s'exposer à une sanction sociale, officielle ou diffuse. Pour l'éviter, l'utilisateur est pratiquement toujours contraint de tenir secrète sa pratique hors du cercle des intimes, de se droguer à l'abri des regards. Vivre avec un secret, mener une double vie, peut procurer la sensation de vivre plus intensément, de posséder quelque chose que les autres n'ont pas. À la fonction symbolique et sociale du secret s'ajoute une dimension pragmatique, concrète, directement liée aux effets recherchés lors des prises de produits : les utiliser c'est être intégré à un réseau d'utilisateurs qui offre non seulement la possibilité de se procurer les produits mais aussi celle, primordiale, de trouver un cadre pour les consommer et par là même de construire une existence sociale en dehors du cadre professionnel. Enfin et surtout, les produits interviennent à nouveau comme des dopants, qui permettent de disposer du double d'énergie sans laquelle il est parfois impossible d'assumer les heures de travail, le temps de repos et le temps pour soi. Disposer ainsi d'un supplément d'énergie, c'est avoir l'impression de disposer du double de temps. Il n'est pas non plus inutile de rappeler qu'accorder du temps à sa vie extra-professionnelle est souvent perçu par l'employeur comme un signe de bonne santé sociale et d'équilibre personnel.

3. Le travail sous influence

Parmi les 41 personnes rencontrées, nous avons différencié trois logiques de consommation, en fonction des habitudes de consommation sur leur lieu de travail :

- La consommation peut être exclusivement réservée au cadre privé et n'intervient jamais sur le lieu de travail (12 personnes).

- La consommation a lieu occasionnellement sur le lieu de travail (12 personnes).

Deux cas de figure :

- ces épisodes se déroulent dans des circonstances exceptionnelles, qui peuvent être récurrentes dans la trajectoire professionnelle de l'utilisateur, lequel, s'il ne cherche pas à les provoquer, n'hésite pas non plus à « saisir l'occasion » (4 personnes),

- ces épisodes pourraient avoir lieu plus régulièrement, mais les utilisateurs concernés cherchent à les éviter et n'apprécient pas cette pratique (8 personnes).

- La consommation est ou a été régulière tant dans la vie privée qu'au travail, sur des périodes d'un an et plus (16 personnes) :

- certains se trouvent actuellement dans cette situation (7 personnes),

- d'autres ont consommé des produits quotidiennement, y compris sur leur lieu de travail, pendant un an et plus (jusqu'à une quinzaine d'années pour Eddy), mais ont arrêté de le faire (9 personnes).

La consommation a lieu exclusivement dans un cadre privé

Le premier groupe est celui des utilisateurs qui utilisent les produits exclusivement dans un cadre privé, et dont la consommation s'inscrit dans un contexte festif, collectif, et/ou solitaire. Même si pratiquement tous, au cours de leur carrière, ont connu un ou plusieurs épisodes de consommation au travail, ces expériences restent de l'ordre de l'exceptionnel, de l'anecdotique et aucun d'eux ne tient à les réitérer. Ce groupe concerne 12 personnes soit 7 hommes sur 34 et 5 femmes sur 7. Même si les femmes sont sous-représentées dans notre échantillon, il est intéressant de noter que 5 d'entre elles (dont une est engagée dans une consommation quasi quotidienne d'héroïne) ne consomment jamais sur leur lieu de travail et qu'enfin deux d'entre elles se l'autorisent très rarement et cherchent en tout cas à éviter cette situation le plus possible. Les professions axées sur l'expression corporelle (danseur(se), artiste de cirque...), qui demandent non seulement d'être en représentation devant un public mais impliquent une véritable discipline du corps, semblent particulièrement peu compatibles avec l'usage de psychotropes pendant le temps de travail.

La consommation a lieu occasionnellement sur le lieu de travail

La consommation peut se dérouler sur le lieu de travail mais est évitée

Huit personnes (dont 2 femmes) s'autorisent de temps à autre à consommer sur leur lieu de travail. Ces épisodes ponctuels sont le plus souvent contrôlés, les quantités absorbées réduites et les temps de prise sont choisis de façon à ce que la modification de la conscience ait le moins de conséquences possibles sur le travail. L'usage de psychotropes a lieu tout de même souvent lorsque le moment le permet (fin de semaine, période de calme dans l'activité), mais aussi pour Alceste « quand il en reste » après un week-end.

Martine, 25 ans, chargée de produit, prend occasionnellement de la cocaïne sur son lieu de travail pour rester éveillée au bureau suite à ses activités nocturnes¹³. Elle utilise ce produit comme un « *cleaner* », qui lui permet d'assurer son travail malgré la fatigue et « d'avoir l'air en forme ». Dans ces circonstances, elle en consomme à des doses réduites, en cachette, et compare son geste à celui d'une personne prenant du Guronsan®. Martine a un emploi du temps à la fois régulier et souple, 35 heures par semaine relativement aménageables.

L'usager ne provoque pas l'occasion mais n'hésite pas à la saisir

Quatre hommes ont connu des épisodes de consommation sur leur lieu de travail, presque toujours dans le cadre d'une consommation de groupe, pendant des périodes de un à trois mois de manière intensive pour trois d'entre eux et de manière plus modérée, mais sur une période d'un an, pour Cornélius. Ces épisodes, récurrents dans leurs trajectoires, semblent leur laisser de « bons souvenirs » même s'il est peu souhaitable à leurs yeux de fonctionner sur ce mode pendant trop longtemps. Ils donnent l'impression de saisir l'occasion avec plaisir, « d'en profiter » tout en ne craignant pas de potentiels débordements. On peut également souligner que le produit qui accompagne la très grande majorité des expériences qu'ils racontent se trouve être la cocaïne.

Cornélius a 27 ans, il est devenu monteur-truciste après un stage aujourd'hui transformé en CDI dans une entreprise de très grande taille (plusieurs centaines de personnes dans les locaux, des filiales à l'étranger). Il fume du cannabis quotidiennement y compris au travail en fin de journée, mais fait un usage modéré de toutes les autres substances. Il raconte que durant l'année 2000 sa consommation de cocaïne est devenue régulière et directement liée au travail du fait de la configu-

13. Fêtes entre amis lors desquelles elle consomme de l'alcool, du tabac, des ecstasy et de la cocaïne.

ration humaine dans laquelle il évoluait, à savoir un groupe de collègues, à peu près du même âge, engagés dans une consommation collective. Depuis janvier 2001, les restructurations de l'entreprise dues en partie au passage aux 35 heures font que Cornélius ne fait plus d'heures supplémentaires ; il précise que depuis il « a moins besoin » de cocaïne. Par ailleurs, il ne travaille plus dans le même espace que ses collègues usagers. Il évoque aussi le fait que son ancienneté et son expérience font qu'aujourd'hui il encadre à son tour des stagiaires et que ce changement de fonction l'amène à reconsidérer sa pratique de consommation de cannabis sur le lieu de travail.

La consommation est ou a été régulière, tant dans la vie privée que dans le cadre professionnel

Les usagers consomment actuellement au travail comme ailleurs

Cette situation est vécue par 7 personnes dont 2 sont dépendantes de l'héroïne et 1 consomme presque quotidiennement de la MDMA en poudre et des ecstasy.

Michel est régisseur d'une grande salle de concert en CDI depuis 10 ans, son emploi du temps est alternativement souple et soutenu. Il consomme régulièrement de la cocaïne sur son lieu de travail, par plaisir la plupart du temps, mais aussi par nécessité lorsqu'il couvre un concert de grande taille qui exige une présence active pendant près de 24 heures d'affilée.

Emmanuel travaille dans un domaine culturel, qui comprend l'organisation d'événements et de soirées. Il a un rythme de travail soutenu et est amené à sortir fréquemment. Il consomme de l'ecstasy environ deux fois par mois, de l'héroïne en sniff environ tous les deux mois, du cannabis mais surtout de la cocaïne sur son lieu de travail. Il fume également deux paquets de cigarettes par jour. Il parle, comme Éric, du rôle de l'entreprise et de ses collègues, dont il est relativement proche, comme d'une aide importante dans la gestion de leur consommation qu'ils reconnaissent être parfois difficile.

Caïn se trouve dans un contexte professionnel proche de celui d'Emmanuel. Il fréquente les « milieux de la nuit parisienne » dans le cadre de la structure qu'il a mise en place avec le directeur actuel, ami et également usager. Le seuil de tolérance à l'égard de l'usage de drogues est exceptionnellement élevé dans cette entreprise, ce qui ne signifie pas que « tout le monde consomme » et que certaines règles ne sont pas respectées : la consommation collective concerne un petit nombre de personnes travaillant dans l'entreprise (les clients sont soigneusement tenus à l'écart de ses pratiques) et enfin, même si l'usage est toléré il se doit d'être maîtrisé et mesuré dans son intensité, « acceptable ».

Usagers ayant connu des périodes de consommation quotidienne et régulière dans le cadre du travail pendant plus d'un an

Neuf hommes sont passés par la phase précédemment décrite avant de ralentir leur consommation et de la limiter essentiellement à un cadre privé, suite à une perte d'emploi pour l'un d'entre eux, et à une sortie de dépendance à l'héroïne pour trois autres personnes.

Conditions de travail favorables ou défavorables à la consommation de psychotropes sur le lieu de travail

La lecture de ces 41 témoignages laisse penser qu'il existe des facteurs favorables et défavorables à une consommation sur le lieu de travail. Il serait faux de dire que ces facteurs sont complètement déterminants dans les choix de consommation, mais ils sont en tout cas cités par certains usagers comme des éléments incitatifs et par d'autres comme des éléments dissuasifs. L'étude étant en cours il n'est actuellement possible d'exposer que des résultats provisoires.

Une tendance générale consiste donc à séparer nettement les temps de travail des temps de consommation de psychoactifs, pour plusieurs raisons dont celles-ci :

- les tâches professionnelles apparaissent incompatibles avec les effets engendrés par les produits psychotropes (activités requérant de la concentration et de la précision notamment, ou impliquant une responsabilité importante) ;
- le plaisir lié à l'activité professionnelle suffit en lui-même (activités favorisant l'expression personnelle notamment) ou encore l'activité est suffisamment gratifiante et « confortable » pour que l'utilisateur accorde de l'importance au fait de ne pas perdre sa place ;
- les fonctions et/ou le rang au sein de l'environnement professionnel imposent un effort de présentation ;
- quelles que soient les conditions, l'utilisateur n'envisage pas de consommer sur son lieu de travail parce que son cadre de référence, son système de valeurs ne le lui autorisent pas.

4. Dimension sociale de l'usage de drogues au sein du milieu professionnel

Dans les structures où la moyenne d'âge est relativement basse (de 25 à 35 ans) d'une manière générale, l'usage de cannabis est décrit comme courant, intégré, tandis qu'il est parfois toléré dans d'autres types de structures plus conventionnelles. L'usage d'autres substances reste partout nettement plus confiné d'après les personnes que nous avons rencontrées.

Le risque légal fait que sur tous les lieux de travail, même dans les entreprises les plus tolérantes à l'égard des usagers de drogues, la consommation affichée reste mal perçue et cachée aux personnes de l'extérieur.

On rencontre trois principaux cas de figures :

- la personne consomme seule et en cachette ;
- la personne consomme seule mais sa pratique est connue de certains proches dans l'entourage professionnel ;
- plusieurs personnes consomment ensemble et cachent leur pratique aux personnes extérieures au groupe.

Selon les produits et l'image qu'ils véhiculent socialement, l'usage est avoué (c'est le cas pour le cannabis) ou absolument caché (c'est le cas pour l'héroïne, produit pour lequel aucune consommation de groupe dans le cadre du travail ne nous a été relatée).

Au-delà de la distance automatiquement instaurée entre des personnes amenées à travailler ensemble, c'est la nature de la relation de travail¹⁴ qui détermine l'attitude adoptée par l'utilisateur, son choix de se livrer ou de rester sur sa réserve, voire de jouer un rôle conforme à ce que l'on attend de lui. Même lorsque les conditions le permettent¹⁵, parler de drogues revient à instaurer une complicité, une familiarité qui n'est pas toujours possible, souhaitable et surtout prudente. Ainsi, chez toutes les personnes que nous avons rencontrées, on remarque non seulement une tendance générale à cacher sa consommation à l'entourage professionnel mais également l'adoption de positions différentes selon le degré de proximité avec tel ou tel collègue de travail.

Au sein d'un groupe de personnes qui travaillent tous les jours ensemble, on note aussi une relative tolérance à l'égard du « plus vieux » comme du « plus jeune ». Trois personnes témoignent plus particulièrement de la position confortable que peut être celle du « stagiaire » ou de « la petite jeune ». Les excès et les « dérappages¹⁶ » sont non seulement acceptés par le personnel et le(s) supérieur(s) mais portent souvent à rire, puisqu'il est considéré comme normal voire sain, entre 15 et 25 ans, de sortir et de faire la fête, de vivre intensément sans trop se soucier du cadre professionnel.

14. Et pas uniquement le fait que l'interlocuteur consomme ou ne consomme pas de substances illicites.

15. Tolérance au sein du milieu professionnel, usage notoire chez un collègue ou un supérieur, éléments qui peuvent mettre en confiance l'utilisateur ou lui laisser penser que le risque de perdre son emploi parce qu'il se dévoile est faible.

16. Retards, absences, signes de fatigue évidents au travail, etc.

Enfin, l'ancienneté dans une entreprise procure aussi certains avantages, puisque la personne « a fait ses preuves » depuis longtemps et est généralement acceptée telle qu'elle est ou tout au moins telle qu'elle paraît être. Si les « dérapages » et la perte de contrôle ne sont guère acceptés¹⁷ chez l'adulte confirmé, Eddy, 48 ans et Fab, 38 ans soulignent le fait que leurs collègues sont habitués à les voir depuis tellement longtemps sous influence que vraisemblablement, c'est en arrivant au travail sans avoir fumé un joint ou pris un trait d'héroïne qu'ils risqueraient d'éveiller leur attention.

La clientèle et les personnes extérieures à la structure sont systématiquement et sans exception tenues à l'écart de ces pratiques, même s'il s'avère que certaines consomment également des produits interdits.

La consommation de psychotropes est pratiquement toujours cachée aux supérieurs hiérarchiques. Il arrive cependant que le degré de proximité entre les employés et les dirigeants soit important¹⁸. Dans ce cas, la pratique peut alors être avouée, voire concrètement partagée.

Inversement, lorsque l'utilisateur occupe un poste à responsabilités, qu'il encadre ou supervise une équipe dans une structure où l'usage n'est pas toléré, il est extrêmement périlleux pour lui d'avouer sa pratique ou de se laisser surprendre. D'une part, il prend le risque d'être dénoncé, de perdre un emploi avantageux et éventuellement de briser sa carrière, d'autre part, du fait de sa fonction, il est tenu de « montrer l'exemple » et ne peut s'autoriser à cautionner les infractions à la loi et aux règles en vigueur dans l'entreprise du fait de sa pratique personnelle.

La consommation de groupe au sein du milieu professionnel

Cette situation n'est pas la plus courante pour les personnes que nous avons rencontrées mais elle existe. On peut la trouver dans des structures souples où la moyenne d'âge est peu élevée et où le degré de proximité entre les salariés est important. L'usage est alors ludique, parfois utilitaire, se déroule dans une « bonne ambiance » comme le racontent Cornélius, Caïn ou Didier. Il arrive aussi que la consommation de psychotropes (de cocaïne en particulier) présente un intérêt social, qu'elle permette, pour reprendre l'expression de Ricky, « de rentrer dans un cercle ». Prendre des produits peut aussi contribuer à se démarquer au sein même d'un groupe ou d'une structure, devenir un signe d'appartenance à des sphères élitistes,

17. Les « accidents de parcours » qui, s'ils sont trop réguliers, ne laissent pas le temps au salarié-usager de prendre de l'ancienneté dans une entreprise.

18. En terme d'âge, d'affinités personnelles, de centres d'intérêts, d'activités extra-professionnelles, etc.

comme il semble que ce soit le cas dans certains milieux artistiques, où l'on peut déceler une certaine « esthétique de la défonce » très clairement différenciée de l'image du « toxicomane », tout comme de celle du « fêtard », du tout-venant.

Alcool, cannabis et cocaïne, les produits de l'intégration

Parmi toutes les substances consommées par les personnes que nous avons rencontrées, trois d'entre elles apparaissent comme les plus couramment utilisées par les usagers qui travaillent : le cannabis pour se détendre, l'alcool pour la socialisation et la cocaïne pour tenir éveillé mais surtout pour maintenir une bonne image de soi aux yeux des autres.

■ L'alcool

L'alcool (comme le tabac) est très présent dans la vie publique de façon générale ; il apparaît comme le produit (pourtant fortement modificateur de l'état de conscience) le plus présent dans la sphère professionnelle, avec le café et le tabac. L'alcool est recherché pour ses effets désinhibants, c'est le produit du contact (y compris professionnel), il entre dans une culture de la convivialité, du partage, bien que sa consommation, lorsqu'elle devient non maîtrisée, soit davantage cachée car moins tolérée et passible d'exclusion.

Les usagers exclusifs d'alcool ne sont pas représentés ici mais l'alcool, très fréquemment consommé à l'adolescence, est l'un des psychotropes les plus présents dans les trajectoires psychoactives des personnes rencontrées.

L'entrée dans une carrière professionnelle marque, dans certains cas, le début d'une consommation quotidienne, du fait des occasions qui se présentent dans la vie d'entreprise (à ce titre certains milieux professionnels favorisent davantage son usage) et plus simplement d'une disponibilité financière accrue.

Le passage d'un usage d'alcool maîtrisé à une consommation abusive et non gérée est jugé insidieux tant sont nombreuses les incitations à consommer et l'habitude sociale d'utiliser l'alcool dans toutes les situations de convivialité. Dans ce contexte, une difficulté particulière dans la vie personnelle ou professionnelle d'une personne peut déclencher l'entrée dans un usage compulsif et une dépendance au produit. La dépendance à l'alcool s'installe aussi chez de nombreux usagers anciennement dépendants de produits illicites.

■ Le cannabis

Les critères d'inclusion de l'étude précisaient que les personnes rencontrées devaient consommer au moins dix fois par an des substances autres que les produits licites et le cannabis, les usagers exclusifs de cannabis ne sont donc pas représentés ici.

Parmi les 41 personnes que nous avons rencontrées :

- 29 personnes en consomment quotidiennement (de manière plus ou moins intensive¹⁹), dont 7 évoquent d'elles-mêmes, et avec insistance, un usage « thérapeutique » de cette substance ;
- 6 personnes fument régulièrement mais modérément du cannabis, de manière hebdomadaire ou mensuelle. Elles ne font généralement pas de démarches pour en acquérir mais sont entourées de « fumeurs de joints » avec qui elles fument à l'occasion ;
- 6 personnes n'en fument jamais ou très exceptionnellement. Toutes y ont goûté ou en ont même usé pendant quelques temps avant d'arrêter. Pour 3 d'entre elles notamment, le cannabis semble agir comme un anxiogène, les projetant à chaque prise dans un état qu'elles qualifient de « parano », angoissant. Certaines se plaignent aussi des effets a-motivationnels du cannabis et paraissent peu sensibles à d'autres effets réputés positifs, agréables.

L'usage intensif de cannabis

Sept personnes sont concernées et qualifient leur usage de « thérapeutique ». Certaines parlent même de « dépendance ».

La « dépendance » au cannabis²⁰ est souvent décrite comme un moindre mal par les usagers qui répondent en fumant des joints à un besoin, plus ou moins facile à réguler, de s'extraire du monde en modifiant son état de conscience. Ces usagers pensent qu'en l'absence de cannabis, ce besoin trouverait vraisemblablement une satisfaction dans la consommation d'autres produits comme l'alcool pour certains ou l'héroïne pour d'autres. Le cannabis apparaît finalement comme un recours salutaire et « à moindre coût », pour plusieurs raisons :

- il est très disponible et relativement peu cher ;
- rencontré dès l'adolescence²¹ et d'usage très répandu²², le cannabis est la substance la plus communément employée. Les usagers ont acquis une bonne connaissance du produit et, par conséquent, une bonne maîtrise de ses effets et de ses méfaits ; en outre, les informations officielles sur ce produit ne manquent pas ;

- les risques sanitaires liés à une consommation régulière et les effets négatifs du cannabis (syndrome a-motivationnel, éventuellement « parano », etc.) sont également connus des usagers, mais ils les perçoivent comme équivalents voire moins dangereux que ceux liés au tabac et à l'alcool ;
- c'est une substance socialement bien acceptée et plus valorisante que les médicaments psychotropes ;
- les propriétés du cannabis rendent son usage possible dans de nombreuses situations, dans de nombreux contextes : il se fume seul ou en société et est compatible avec certaines activités professionnelles ;
- enfin, il peut être utilisé comme substitut à d'autres substances comme l'alcool et moins fréquemment le tabac et semble représenter une véritable alternative à l'abstinence.

■ La cocaïne

La cocaïne, conformément aux représentations qu'elle peut véhiculer, est la substance la plus fréquemment consommée au travail. Parmi les 41 personnes que nous avons rencontrées, toutes y ont goûté. Quatorze ont connu des périodes de consommation soutenue de cocaïne²³ qui ont duré de deux à trois mois pour 7 d'entre elles et de deux à trois ans pour 7 autres.

Au moment de l'entretien :

- 11 personnes en usent régulièrement, à une fréquence plus ou moins hebdomadaire ;
- 2 ont décidé « de faire une pause » après une longue période d'un usage régulier ;
- 23 en consomment occasionnellement²⁴ ;
- 5 n'en consomment plus.

La légende de la performance

D'après les témoignages, la cocaïne n'est réellement efficace au travail que dans certaines conditions : travaux physiques et logistiques, parfois créatifs (mais ce point est nuancé par un artiste plasticien, ce qui incite à penser qu'il peut s'agir d'une des images mythiques de la cocaïne).

19. De deux joints le soir en rentrant du travail en semaine, à dix par jour, y compris au travail.

20. Ou plutôt son usage intensif sur une longue durée.

21. Une grande partie des usagers de cannabis que nous avons rencontrés fume depuis 15 à 20 ans.

22. Ce qui signifie aussi un grand nombre de personnes à qui s'adresser pour en parler, échanger des informations.

23. Allant de hebdomadaire-mensuelle à quotidienne.

24. À une fréquence située entre annuelle et mensuelle.

Une majorité d'usagers explique que plus qu'une réelle augmentation des capacités, il s'agit de l'illusion d'être efficace ou plus efficace qu'à l'habitude. Les discours de type « t'as l'impression d'être plus efficace mais ce n'est qu'une illusion » ou encore « j'avais l'impression de travailler » sont récurrents. La cocaïne apparaît comme la drogue de la performance dans l'imaginaire des usagers et des non-usagers, alors qu'elle semble plutôt correspondre dans la réalité à la drogue de l'image de la performance. En effet, pour beaucoup l'usage de cocaïne vise à tenir éveillé mais aussi à améliorer son image plus qu'à augmenter ses capacités cérébrales ou physiques. Les effets de la cocaïne sont non seulement peu repérables par des personnes extérieures, ils sont aussi trompeurs, dans le sens positif du terme. La plupart des personnes que nous avons rencontrées parlent d'un produit qui « remet en état », qui permet « d'avoir l'air frais », « clair » « éveillé ». Son utilisation est particulièrement appréciée les lendemains de nuits blanches, l'une d'entre elles emploie même le terme de « *cleaner* » pour qualifier la cocaïne. En d'autres termes, l'usage de cocaïne apparaît souvent comme un être vif d'esprit, énergique et en bonne santé.

5. Stratégies de gestion les plus couramment rencontrées

Les personnes que nous avons rencontrées gèrent depuis plus d'un an (15 à 20 ans pour certains), une pratique interdite, d'ordre plutôt privé et leur inscription dans un environnement professionnel. Dans leur grande majorité, et en comparaison avec l'étude que nous avons menée sur les usages de drogues en milieu festif²⁵, les usagers intégrés semblent avoir développé une bonne connaissance des produits, d'eux-mêmes et de leurs réactions. Ils prennent en compte dans leurs choix de consommation (en terme de fréquences, de temporalités et de nature des produits) leur sensibilité individuelle²⁶. Leur expérience dans le domaine des états modifiés de conscience permet à la plupart des personnes que nous avons rencontrées de se maintenir, de conserver un équilibre nécessaire à la vie intérieure comme à la vie en société. Bien sûr, certains usagers gèrent mieux que d'autres cette situation. Ce point sera développé plus particulièrement dans le cadre de la recherche complémentaire qui sera réalisée courant 2002.

25. Voir à ce sujet *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France*, A. Fontaine, C. Fontana, C. Verchère, R. Vischi, publication OFDT, février 2001.

26. Problématique souvent absente chez les adolescents et dans le cadre des émulations collectives rencontrées en milieu festif.

Plusieurs stratégies de gestion sont décrites dans les entretiens. Les plus courantes sont :

Maîtriser sa relation aux produits, contrôler leurs effets

Au-delà de la connaissance de soi, de ses réactions et de ses sensibilités personnelles, pour rester intégré l'usager doit conserver un minimum d'emprise sur sa propre relation aux substances, même lorsqu'il se trouve dans un rapport de dépendance. Si certaines des personnes que nous avons rencontrées s'autorisent à consommer sur leur lieu de travail ou à vivre quotidiennement sous l'influence d'un ou de plusieurs produit(s) pendant une période, la plupart tentent de limiter ce type d'usage.

La vigilance

L'obligation d'être attentif à son comportement est un thème récurrent dans bon nombre des entretiens. Cette vigilance s'applique fréquemment au travail mais concerne aussi l'aspect relationnel inhérent au cadre professionnel. L'usager doit, dans la plupart des cas, cacher sa pratique et surveiller les informations qu'il diffuse concernant sa vie privée mais aussi ses opinions.

La « mise au vert »

S'accorder un « *break* », aménager une période d'abstinence supposent que l'usager dispose d'un lieu pour « se réfugier » (généralement à la campagne), d'un laps de temps libre relativement important et d'une somme d'argent suffisante pour lui permettre de vivre sans travailler pendant quelques mois. Ces temps de récupération durent de trois semaines à six mois pour les personnes que nous avons rencontrées.

La dimension affective

La dimension affective et amoureuse n'a pas été directement explorée dans les entretiens. Elle apparaît pourtant comme un élément important dans la trajectoire psychoactive des usagers que nous avons rencontrés, dans leur rapport aux produits, facteur de stabilité par moments et source de fragilité lorsqu'il y a rupture. Cet aspect sera plus spécifiquement abordé dans la recherche à venir.

« Soigner la présentation », prendre soin de son corps

La pratique, même occasionnelle, d'un sport, l'attention portée à l'alimentation, au sommeil, à l'habillement, enfin, à la présentation du corps, font partie du jeu social, pour l'usager intégré comme pour une bonne part de la population active.

CONCLUSION

Les résultats définitifs de cette recherche exploratoire seront exposés dans un rapport à paraître courant 2002. Ils devraient permettre d'alimenter les réflexions méthodologiques concernant l'étude de ces populations encore méconnues et de définir plus largement les tenants et les aboutissants de ce type de recherche, de donner des éléments permettant d'éclaircir les problèmes de définition liés à cette population.

En effet, celle-ci n'est pas clairement déterminée, il existe même plusieurs définitions, dont certaines sont énumérées par Fitzgerald dans un article datant de 1996²⁷. Une population « cachée » peut correspondre à « une sous-partie de la population générale dont l'appartenance n'est pas préalablement distinguée ou énumérée selon les savoirs existants et/ou les capacités d'échantillonnage ». Elle peut aussi être désignée par rapport à la difficulté des chercheurs, des soignants et des institutions à y accéder. D'autres définitions reposent sur les comportements caractéristiques du groupe-cible, telles que la faible visibilité sociale, dus à la stigmatisation des pratiques prohibées. Mais, finalement, c'est essentiellement aux yeux des pouvoirs publics que cette population reste « cachée ».

« Usagers de drogues insérés », « population cachée », « sphère professionnelle et vie privée » sont autant d'expressions qui renvoient à la double et intriquée identité sociale des personnes que nous avons rencontrées. Dans l'imaginaire collectif, la distinction manichéenne entre « ceux qui sont, socialement et professionnellement, intégrés²⁸ », et les « déviants », les « marginaux », entre ceux qui acceptent et respectent la loi et ceux qui la contestent et l'enfreignent existe et est rarement remise en cause. Dans la réalité, il arrive très fréquemment que ces deux « catégories » de citoyens coïncident. Nous avons tenté de saisir, à travers les témoignages que nous avons recueillis, comment s'exprime symboliquement cette position *a priori* difficile à tenir.

Les personnes que nous avons rencontrées ne répondent pas à la définition du « toxicomane » même si certaines d'entre elles sont dépendantes physiologiquement et/ou psychologiquement d'un ou plusieurs produits. Les précisions données par Maria Caiata permettent de mieux situer la population concernée par l'étude :

« Tout d'abord, qu'est-ce qu'un consommateur intégré d'héroïne et de cocaïne ? La définition de Robert Castel et ses collaborateurs (Castel & al., 1998) constitue une bonne plate-forme de départ pour essayer de répondre à cette question. Selon ces auteurs, le toxicomane est celui qui organise toute son existence autour de la recherche et de l'absorption de drogues. Dès lors, si l'on raisonne par opposition, le consommateur intégré est celui qui utilise la drogue, mais dont le mode de vie ne se réduit pas à la recherche et à l'usage du produit. Pour cet individu, la consommation n'est pas une expérience totale, puisqu'elle ne constitue pas, comme le dit Albert Ogien, la seule ligne biographique de l'existence (Ogien, 1995) ; au contraire elle n'est qu'une parmi les différentes pratiques qui structurent le mode de vie²⁹. »

Le second volet de cette recherche³⁰ s'attachera aussi à explorer les pratiques et les représentations relatives aux produits licites. Compte tenu du peu de données existantes sur le sujet, les recherches menées actuellement sur les usagers intégrés à un milieu professionnel peuvent constituer la base d'un travail de réflexion sur la potentielle banalisation du recours aux psychotropes et leur éventuelle intégration au mode de vie des sociétés occidentales.

27. L. Fitzgerald John, « Hidden populations and the gaze of power », *Journal of the Drug Issues* 26(1), 005-021, 1996.

28. Mariage et travail sont sans doute les principaux critères de « l'intégration sociale ».

29. Maria Caiata, *Les stratégies de gestion des consommateurs intégrés d'héroïne et de cocaïne*, Département travail social et politiques sociales, Université de Fribourg (Suisse), In Restim, Actes du colloque du 6.12.00, « Clinique et thérapeutique des psychostimulants : inventaire et perspective ».

Voir aussi Maria Caiata, *La consommation contrôlée de drogues dures. Une toxicodépendance d'intégration paradoxale*, in *Psychotropes – R.I.T.* (1996) 2,7-24.

30. Qui sera réalisée courant 2002-2003.

LES CONSOMMATIONS DE PRODUITS PSYCHOACTIFS EN MILIEU FESTIF ROCK

*Sylvain Aquatias
Recherches et sociétés (RES)*

INTRODUCTION

Les consommations de produits psychoactifs en milieu festif techno ont ramené l'attention des pouvoirs publics sur les événements musicaux en tant qu'espaces possibles de la consommation de produits psychoactifs.

Or, si les chercheurs et les médias se sont beaucoup intéressés aux plus récents des mouvements musicaux, comme le rap ou la techno, l'un d'entre eux, le rock, est relativement délaissé. Alors même qu'il avait été associé, dans les années 1960 et 1970, de manière importante à la consommation de produits psychoactifs. Qu'en est-il aujourd'hui des consommations de produits psychoactifs en milieu festif rock ?

L'étude présentée ici visait à répondre à cette question en faisant un tour d'horizon aussi complet que possible des différentes mouvances de la musique rock moderne.

Les objectifs principaux étaient d'estimer les consommations de produits psychoactifs en milieu festif rock, de décrire les substances utilisées, les modalités et le contexte de consommation.

Menée sur huit mois environ, l'étude a porté sur des événements musicaux aussi différents que des concerts, des soirées et des festivals d'été. Au total, 44 événements musicaux ont été observés, représentant environ 273 heures d'observation, plus quelques passages dans des bars spécialisés dans la musique rock et, plus simplement, dans les bars avoisinants en sortie de concert, ainsi que quelques passages et discussions informelles dans les rayons spécialisés de grands fournisseurs de produits culturels ou chez certains disquaires spécialisés.

La problématique de cette recherche se nourrit de la théorie de Norbert Elias sur le processus de civilisation qui oppose aux activités quotidiennes, où il existe une obligation de civilité et de maîtrise des émotions, les activités de loisirs qui créent des occasions de se libérer des tensions continues du contrôle de soi et équi-

librent ainsi les plans les plus contrôlés de la vie en société par des espaces de liberté émotionnelle¹. Les événements musicaux rock font partie de ces occasions de libération, au même titre que certains produits psychoactifs comme l'alcool, le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, qui, en sollicitant les centres nerveux, provoquent des phénomènes de désinhibition. Activités de loisir et consommation de produits psychoactifs sont donc deux moyens possibles de se défaire du contrôle de soi. Il est donc nécessaire de les examiner conjointement pour comprendre aussi dans quelles conditions les investissements musicaux et les consommations de produits psychoactifs se répondent, se complètent, voire s'excluent. C'est parce que les événements musicaux créent une rupture avec la vie quotidienne qu'ils fournissent un support à certains types d'usages de produits psychoactifs.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons adopté une méthodologie de type ethnographique :

- immersion dans le milieu festif rock et observations participantes ;
- suivi des concerts et évaluation des comportements de consommation ;
- tenue par les enquêteurs d'un carnet de bord au jour le jour avec report de l'ensemble des données qu'elles aient ou non à voir avec les usages ;
- confrontation des données des deux enquêteurs. Ces carnets de bord ont suivi un fil chronologique et ont été tenus à l'issue des observations.

Cette recherche est avant tout exploratoire et, par bien des aspects, expérimentale. En effet, on peut considérer qu'il s'agit d'une tentative de quantification des consommations par des moyens empiriques propres en général à des essais de description qualitative. Les méthodes employées ont été créées pour cette recherche, expérimentées et ajustées au cours de sa réalisation.

Parce que cette recherche vise à évaluer des proportions de consommateurs autant que des modes de consommation, bien qu'elle se situe dans une méthode de type ethnographique, elle se trouve à l'articulation entre qualitatif et quantitatif : en effet, il était nécessaire d'évaluer l'importance de la consommation des différents produits dans l'ensemble des divers publics et, ensuite, de pouvoir décrire les usages de manière plus détaillée.

1. Norbert Elias explique qu'elles « représentent une classe d'activité où plus que nulle part ailleurs, on peut – jusqu'à un certain point – relâcher, publiquement et avec l'approbation de tous, la contrainte routinière des émotions. Ici, un individu a l'occasion d'éprouver une poussée aiguë d'émotions agréables de force moyenne sans danger pour lui et sans danger, ou engagement durable, pour les autres ». N. Elias, E. Dunning, *Sport et Civilisation, la violence maîtrisée*, Paris, Fayard, 1994, p. 134.

Pour procéder à l'évaluation du nombre de consommateurs, nous avons dû passer par plusieurs étapes. Il nous fallait tout d'abord connaître le nombre total de spectateurs. Les organisateurs contactés, pour des raisons commerciales, n'ont pas voulu communiquer les chiffres de vente de billets, hormis pour les festivals d'été. Aussi avons-nous procédé à cette évaluation nous-mêmes, à partir des places disponibles dans les salles d'une part et du comptage des spectateurs d'autre part.

Une fois ce comptage effectué, nous avons procédé, en ce qui concerne les produits facilement observables (tabac, cannabis et alcool), à un comptage par « carrés ». On détermine un carré de 40 personnes environ, déterminé par une diagonale de 18 personnes environ, que l'on observe pendant une durée de 20 minutes minimum, en comptant les occurrences de consommation visibles (alcool, cannabis, tabac). En répétant l'opération, nous pouvons obtenir une évaluation des occurrences visibles de consommation, de leurs temporalités et des endroits dans les salles où l'on consomme davantage. Avec 4 carrés, pour une salle de 1 200 personnes, nous avons observé 13,33 % de la population. La plupart du temps, nous disposons au minimum de 16 carrés, qui représentent autant d'instantanés de la consommation en des endroits et à des moments différents du concert.

Pour les concerts, trois périodes servent à évaluer le nombre de consommateurs : l'attente avant le concert et la première partie quand il y en a une, l'entracte, le concert lui-même. Pour chacune des trois périodes, les carrés sont rapportés à l'ensemble du public, suivant la formule suivante : 4 carrés de 40 personnes, dont 26 fumeurs de cannabis = $26/160 = 16,25\%$ de fumeurs de cannabis. C'est le pourcentage le plus fort des trois périodes qui est conservé pour établir le nombre de consommateurs.

La méthode de comptage par « carrés » est assez fiable en ce qui concerne les concerts ayant lieu dans les salles contenant jusqu'à 2 000 personnes. Au-delà, et bien que pour certains événements nous ayons renforcé l'équipe d'observation, les estimations sont bien moins fiables.

Nous avons constitué aussi un indicateur de « traces d'ivresse » obtenu en additionnant les personnes qui ont eu un malaise, celles qui sont visiblement ivres (problèmes d'équilibre, vomissements, etc.) ou celles qui s'endorment. Cet indicateur n'a aucun intérêt en ce qui concerne l'évaluation des excès dans un concert. Trop de variables peuvent rentrer en ligne de compte qui jouent sur les malaises, variables liées au contexte du concert (la chaleur et la déshydratation) ou à des situations personnelles (personnes n'ayant pas eu le temps de manger ou personnes fatiguées). Des malaises peuvent aussi n'être pas directement liés aux consommations. Par contre, cet indicateur permet de comparer les concerts entre eux, de manière à voir dans quel cadre des conduites d'excès peuvent se développer. En effet, on peut

penser, sauf contextes spécifiques, que les marges d'erreurs dans l'observation des malaises et des comportements d'ivresse, sont à peu près les mêmes d'un concert sur l'autre, hormis quand les échelles d'observation sont radicalement différentes.

Au-delà de ces indicateurs, qui permettent de comparer les différentes occasions festives entre elles, nous avons observé de manière plus importante certains groupes de consommateurs et eu des conversations informelles avec eux.

RÉSULTATS

Les observations menées montrent une faible diversité de produit et des intensités d'usage très différentes. Aussi bien le nombre de consommateurs que les intensités de consommation varient de manière conséquente d'un concert à l'autre et d'une population à l'autre.

Trois produits sont à la base des consommations : tabac, alcool – surtout bière –, cannabis. On ne s'en étonnera pas puisqu'il s'agit des trois produits que l'on retrouve aussi de manière majoritaire en France. Ils s'additionnent assez souvent. Ces produits sont présents à la plupart des concerts et événements musicaux, à de très rares exceptions. Nous allons brièvement passer en revue les différents produits observés.

Le tabac

Le tabac est toujours présent dans les manifestations musicales, malgré la législation en vigueur. Les consommateurs de tabac représentent souvent une majorité de l'assistance, mais on a évalué des proportions variant de 1 à 90 % de la masse des spectateurs. Les proportions les plus importantes de consommateurs se trouvent de manière nette d'abord dans les événements les plus *underground*. À l'opposé, les plus faibles se trouvent dans les concerts de formations musicales datant du début des années 1980, pratiquant une musique plus mélodique et attirant des personnes de classes sociales moyennes et supérieures. On voit donc jouer de manière conséquente l'effet de l'âge sur la consommation de tabac. Plus l'âge s'élève dans la salle, plus la consommation de tabac a tendance à baisser.

Cependant, parmi les jeunes, on observe aussi des différences significatives. Ainsi, si, nettement, les taux de consommateurs dans l'assistance sont importants dans les publics plus jeunes, on peut noter que les adolescents présents fument moins de cigarettes que leurs aînés, alors même qu'ils consomment du cannabis. Nous avons pu voir dans certains de ces groupes des partages de cigarettes, celles-

ci tournant entre deux ou trois personnes. La variable de classe d'âge est accentuée par celle des classes sociales. Pour les plus jeunes, l'appartenance aux classes sociales favorisées augmente la consommation de tabac, pour les plus âgés, cette même appartenance la fait baisser. On peut donc imaginer que la baisse de la consommation de tabac est liée à l'arbitrage entre le coût et les effets des deux produits.

On note de manière assez évidente que les personnes qui sont concentrées sur la musique et que l'on retrouve généralement au plus près du groupe, sur les côtés de la fosse ou sur les ailes, inhalent plus profondément la fumée qu'il n'est habituel. Alors que le temps d'inhalation sur une cigarette est habituellement de 2 à 3 secondes, on peut voir là des gens qui inhalent de 4 à 6 secondes environ. Cet usage que l'on peut aussi observer souvent dans les soirées et les festivités courantes est assez logiquement présent en concert.

L'alcool

La consommation d'alcool est toujours présente, ne serait-ce que parce que toutes les salles de concerts disposent d'un bar. L'alcool le plus couramment consommé est la bière, probablement aussi parce qu'il est le moins cher.

Nous avons rarement observé de consommations intensives d'alcool à l'intérieur des salles. Par contre, nous avons pu voir que, dans certains cas, des spectateurs boivent avant de venir, comme pour se préparer. Plusieurs discussions informelles avec des jeunes nous ont permis de confirmer cette « préparation » au concert. Elle prend parfois des formes paroxysmiques lors de certains concerts lorsque les jeunes viennent une ou deux heures avant le concert, s'installent devant la salle et consomment avec excès des bières ou du whisky, ce qui correspond de manière assez évidente à une recherche, sinon d'ivresse profonde, à tout le moins d'un changement d'état de conscience. Ce rite de consommation d'alcool avant le concert est surtout présent dans le milieu métal² (voir p. 210). Cependant, des cas isolés de personnes ayant beaucoup bu avant l'événement musical ont pu être observés dans d'autres milieux.

Des consommations importantes d'alcool ont parfois aussi lieu dans les salles. Mais les consommations sont très variables. Plus souvent, les spectateurs boivent un à trois verres, sans que des comportements d'ivresse apparaissent réellement. Au Bataclan, à l'Olympia, à l'Élysée Montmartre et à la Cigale, les consommations d'alcool se font pendant tous les temps du concert, mais avec des pointes assez facilement vérifiables au début du concert et pendant l'entracte.

2. Le « métal » est une forme moderne du « hard rock » des années 1970 et 1980.

Consommation d'alcool avant un concert de métal (Extrait de carnet de bord)

D'abord, ils sont peu nombreux... Il est encore tôt et bien que l'entrée soit annoncée à 18 heures, les portes ne sont pas encore ouvertes. Quelques duos ou trios qui arrivent juste s'installent dans l'entrée du passage qui ouvre sur le Gibus. Au fur et à mesure que l'heure avance, nous sommes de plus en plus nombreux. Certains ne s'arrêtent que le temps de laisser leurs sacs à des amis ou de regarder le nombre de personnes qui attendent et repartent tout de suite chercher qui des cigarettes, qui un sandwich, qui des bières. Surtout des bières.

On voit des jeunes qui reviennent de l'épicerie du coin avec des packs de 12 ou 24 cannettes qu'ils partagent dans le groupe. D'autres ont à la main des boîtes de bières de 50 centilitres, genre 8.6, qu'ils sirotent tranquillement. Certains solitaires ont des bouteilles de 75 centilitres qu'ils ont bien l'intention de vider seuls. (...) Deux filles ont rejoint un groupe de cinq jeunes qui est dans l'encoignure gauche du passage. Dès qu'elles arrivent et ont fait la bise aux jeunes déjà présents, on leur tend des bières.

En face de moi, à l'entrée du passage, un jeune blond aux cheveux longs est en train de boire sa cannette de bière tranquillement, avec aux pieds un pack de 12. Il ne le boira pas toutes, en distribuant à ses potes. Mais il a dû en boire au minimum trois ou quatre avant d'entrer dans la salle. Un autre gars arrive avec une bouteille de 75 centilitres. Il vient vers le jeune blond et lui demande s'il a un ouvre-bouteille. Le jeune relève son tee-shirt et laisse apparaître attaché à sa ceinture des clés et un décapsuleur suspendu à un porte-clés figurant une croix constituée de deux os croisés.

Ce ne sont pas n'importe lesquels qui boivent beaucoup. Si le look est assez similaire chez ceux qui attendent ainsi – beaucoup de noir et de tee-shirts aux couleurs des groupes emblématiques –, ceux qui boivent le plus sont aussi ceux qui ont les looks les plus conformes à l'esthétique métal (...). Tous ces gens se connaissent aussi entre eux et se saluent, en échangeant la poignée de main propre aux métalleux, les pouces calés les uns contre les autres, les doigts de la main allant se loger contre le poignet de l'autre.

Il faut presque une heure pour que les portes s'ouvrent. En une heure, des allées et venues incessantes ont emmené les jeunes de l'épicerie au passage pour regarnir leurs provisions de bières chaque fois que nécessaire. Ceux qui n'ont pas fini leurs provisions continuent de boire alors que les portes sont ouvertes. Pas question de gâcher la bière. Au *Gibus*, le premier prix pour la bière est de 25 F. La poubelle, au coin de l'entrée du passage à gauche, est désormais pleine, bouteilles et cartons s'y accumulent.

Le cannabis

Le cannabis est présent dans presque tous les événements. On le voit sous forme de résine le plus souvent, mais aussi sous forme d'herbe et, même, lors d'un festival, sous forme d'huile. Selon les courants musicaux et le type d'événements, les variations dans la proportion de consommateurs sont très importantes (de 0,1 % à 75 %). Sur l'ensemble des concerts, nous n'avons trouvé aucun point de vente de cannabis : les gens viennent avec leur propre produit. Par contre, lors des festivals d'été, des vendeurs étaient présents, en général en bon nombre.

De même, selon les groupes, la consommation suit des intensités différentes. On trouve assez fréquemment de petits groupes, très minoritaires, qui consomment de manière intensive. Les joints sont le plus souvent roulés dans deux feuilles, ce qui semble montrer le caractère festif de l'occasion.

Si les spectateurs ne se gênent pas pour consommer, ils évitent souvent de le faire directement devant les vigiles. En fait, il semble qu'existe un accord implicite entre fumeurs de joints et agents de sécurité, les uns essayant d'être discrets, les autres de ne pas trop regarder autour d'eux.

Pendant, certains spectateurs, dans certaines salles où le contrôle peut sembler plus important, sont attentifs à se dissimuler pour fumer. D'autres, habitués à fréquenter les concerts, savent que les chances de se voir réprimandés par les agents de sécurité sont faibles. Les autres peuvent craindre d'avoir quelques problèmes, mais ils s'aperçoivent rapidement de la faiblesse des risques encourus. La plus ou moins grande dissimulation des fumeurs de joints se détermine donc au carrefour d'une part de l'expérience des concerts et de la connaissance du milieu et d'autre part des zones de visibilité et de passage du contrôle officiel, mais limite peu la consommation elle-même.

Enfin, les temporalités de confection et parfois aussi de consommation varient selon les salles et les concerts. Dans les concerts, les consommations sont souvent assez fortes dans la première partie et pendant l'entracte. Elles vont diminuer, sans disparaître, pendant le concert du groupe principal, à la condition que la consommation de cannabis ne soit pas inhérente à la musique écoutée, prenant alors la forme d'un usage culturel, ce qui est assez net dans les milieux affiliés aux mouvances où le rap, le raggamuffin et le reggae s'associent au rock. Dans les salles où le contrôle est inexistant, parce que les gens peuvent rouler sans méfiance et consommer de même, les consommations ont beaucoup lieu avant le début des concerts ou lors des espaces entre le passage des groupes. Cela se voit nettement à l'*Élysée Montmartre* et au *Gibus*, à l'*Olympia* ou au *Bataclan* où des *sit-in* réunissent des petits groupes qui font alors tourner les joints entre eux. Cela est d'autant

plus perceptible, évidemment, lors des mini-festivals qui réunissent cinq ou six groupes musicaux. Cela n'empêche pas que des joints soient roulés et consommés pendant les concerts. De même que pour l'alcool, et dans des occasions et des milieux similaires, des conduites d'excès ont été observées.

Enfin, dans les concerts réunissant une population plus mélangée, c'est-à-dire, souvent, lors des concerts de groupes connus et médiatisés, les consommations s'atténuent au fur et à mesure que l'on avance dans le concert, ce qui peut être expliqué par la durabilité des effets du cannabis dans le temps. Cependant, il est assez fréquent qu'une frange minoritaire du public, en général, cinq à dix petits groupes de trois à cinq personnes dans un concert de 1 200 à 2 000 personnes, fume un dernier joint à la fin du concert.

Autres produits observés

En dehors de ces trois produits de base, d'autres consommations de produits psychoactifs ont été observées.

Nous avons vu lors d'un mini-festival gothique³ à la *Locomotive* un utilisateur de poppers, ainsi que de très nombreux utilisateurs usagers du même produit lors d'une soirée aux *Carrières du Vexin*⁴. Le poppers est fréquemment employé dans ce milieu qui le consomme en partie comme un aphrodisiaque. Lors du mini-festival gothique à la *Locomotive*, nous avons trouvé trace d'inhalateurs d'éther, un groupe de trois personnes, ayant laissé derrière eux deux Kleenex® imbibés. Le fait que le poppers soit souvent utilisé en milieu gothique et que ce produit se consomme par inhalation pourrait favoriser l'usage de produits inhalés. Il peut aussi bien s'agir d'expérimentateurs que de consommateurs. Comme aucune autre information ne permet de confirmer d'autre usage d'éther, cette occurrence est non significative et aucun lien avec le milieu gothique ne peut être établi en l'état.

Lors d'une autre soirée, celle où nous avons observé de multiples consommations de poppers, nous avons pu voir une prise de cocaïne (3 personnes) par inhalation nasale et une injection d'héroïne. Un témoignage sur une soirée précédente laisse à penser que des produits comme l'héroïne et la cocaïne pourraient être présents en milieu gothique, mais pour ce que nous savons avec certitude, ces consommations sont très minoritaires.

Il en va de même pour la seule consommation de crack observée lors d'une soirée dans un squat. Tout d'abord, les utilisateurs étaient étrangers et ne faisaient pas partie des habitants du squat. Visiblement venus pour assister aux concerts, ils sont repartis sans que nous puissions en savoir plus. Mais on ne peut déduire de leur présence, celle de crack dans le squat (aucune autre occurrence n'a été observée), ni même de lien entre le milieu alternatif rock et la consommation de crack.

En revanche, dans un contexte différent, celui des festivals, nous avons pu voir des dealers de cocaïne, d'ecstasy et de LSD sur certains sites et rencontrer quelques consommateurs d'ecstasy. Enfin, dans un mini-festival rock, nous avons rencontré deux personnes recherchant de l'ecstasy, sans qu'il y ait présence de vente sur place.

LES VARIABLES DES COMPORTEMENTS DE CONSOMMATION

Au-delà de la présence de produits se pose la question des comportements de consommations qui changent en fonction de nombreuses variables. L'âge et la classe sociale, qui jouent sur les disponibilités financières et sur les comportements de consommation, sont des variables agissant à la fois sur le nombre de consommateurs et sur l'intensité des consommations⁵, comme nous l'avons vu en ce qui concerne le tabac.

Ces variables sont en rapport avec les différents courants musicaux. En effet, le public diffère fortement selon l'époque à laquelle les courants ont émergé et donc l'âge moyen du public. De même, certains types de musique fournissant des tonalités émotionnelles plus complexes, faisant alors appel à une intellectualisation des émotions, transitant par le sens esthétique et favorisant un ressenti des émotions, attirent des personnes plus âgées et de classe moyenne et supérieure alors que d'autres, plus rythmiques, proposent des supports de libération des émotions plus « physiques » et attirent les plus jeunes, les petites classes moyennes et les classes populaires.

La consommation de produits psychoactifs est très faible dans les concerts tenant du premier modèle – l'observation des concerts de Divine Comedy ou de Sparklehorse, par exemple, le montre bien – et plus importante dans les concerts tenant du second, comme ceux de Death Métal et de Rock industriel.

3. Davantage qu'un courant musical affirmé, le courant gothique correspond à une forme de romantisme sombre, parfois morbide, où différents styles de musique se croisent.

4. La différence de consommation entre la soirée à la *Locomotive* et celle dans les *Carrières du Vexin* est liée au contrôle effectué dans la salle par les vigiles. La *Locomotive* est, de loin, la salle qui effectue le contrôle le plus important.

5. Si nous disposons de données empiriques assez sûres en ce qui concerne l'âge, les classes sociales, par contre, ne peuvent toujours pas être assignées avec la même précision.

Ces différents comportements sont liés à la fois à l'intériorisation des auto-contrôles de la maîtrise de soi et au plus ou moins grand besoin de rupture avec la vie quotidienne. Il est probable que pour des jeunes gens qui sont encore en train de faire l'apprentissage du contrôle des émotions, la nécessité de se libérer est plus importante que pour des personnes plus âgées et, souvent, mieux intégrées dans la vie sociale. Cette constatation, qui demande certes à être confirmée, pourrait permettre de mieux comprendre, à terme, l'extension de la consommation de cannabis dans la population adolescente en France.

On peut spécifier trois courants d'où émergent des tendances spécifiques de consommation :

- le hardcore et la fusion raggamuffin et rap : le cannabis et le tabac sont les premiers produits employés, puis l'alcool, surtout la bière, de manière parfois relativement faible ;
- le métal : la bière est le produit le plus consommé, suivie du cannabis, puis du tabac. Les polyusages sont fréquents. La présence moindre du tabac s'explique par la faiblesse des ressources d'un public jeune, ce qui se voit nettement dans les sous-courants qui concernent les publics les plus jeunes, comme le Death Métal ;
- le gothique : les bières et les alcools forts sont les plus fréquemment consommés, le tabac et le cannabis viennent ensuite, puis le poppers que l'on ne trouve qu'ici. On note enfin quelques très rares consommations d'autres produits (cocaïne et héroïne). Les polyusages sont fréquents.

On ne peut pas dire que l'utilisation de certains produits soit culturelle, à l'exception peut-être du cannabis, sous forme d'herbe, en milieu raggamuffin et reggae et du poppers en milieu gothique.

Si les consommations se séparent clairement au niveau des publics, cela ne veut cependant pas dire que les plus jeunes et les moins insérés consomment systématiquement ou de manière uniforme. Une des différences primordiales tient aux différentes positions que peuvent occuper les spectateurs dans l'ensemble du public rock. Ceux-ci se différencient selon leur degré d'insertion dans le sous-courant musical qu'ils ont choisi comme référence principale.

Nous avons clairement pu détacher dans certains courants musicaux, notamment le gothique et le métal, des degrés d'insertion fort différents.

Ainsi, on peut discerner quatre catégories de populations dans les différents concerts observés :

- Les spécialistes : on y trouve une proportion importante de musiciens, qui jouent ou ont joué souvent eux-mêmes ce style de musique. Ils portent sur eux les attributs de leur appartenance culturelle : vêtements aux couleurs de leur groupe favori, coiffure conforme aux canons du sous-courant qu'ils ont choisi, tatouages et piercings. Ils ont une connaissance approfondie des différents groupes constituant leur courant préféré. Ils passent autant de temps à discuter ensemble, d'autant plus qu'ils connaissent beaucoup de monde, qu'à regarder les groupes qui passent. Une partie de leur identité recoupe celle du courant musical qui les occupe. Ils iront peu voir d'événements musicaux autres que ceux concernant leur style de musique favori.
- Les fidèles : ils vont à beaucoup de concerts, mais pas à tous. Ils ont d'autres centres d'intérêt, mais le rock occupe une place de choix parmi ceux-ci. Ils maîtrisent parfaitement les codes du genre, portent eux aussi les distinctions vestimentaires du style, mais ont, en terme de tendance, moins de marques physiques ou plus discrètes. Ils sont plus ouverts sur d'autres styles de musique et sont moins sélectifs que les spécialistes.
- Les amateurs : ils aiment la musique rock, et plus spécialement le courant qui les occupe, mais leurs autres centres d'intérêt le concurrence. Ils sont souvent plus âgés que les fidèles et les spécialistes. Parmi eux, on trouvera d'anciens spécialistes ou fidèles dont le rythme de vie a changé, ou de simples auditeurs avertis. Ils affichent un marquage vestimentaire modéré. On les trouvera peu dans les concerts *underground*.
- Les périphériques : ils apprécient un bon concert de temps en temps, sont très sélectifs, la simple appartenance d'un groupe à un courant ne suffisant pas à les décider à y aller. Ils peuvent assister à des concerts très différents. Leur marquage vestimentaire et corporel est faible.

Ces quatre catégories se constituent, en termes de quantité, parmi la population des amateurs de rock telle qu'on peut l'observer en concert, en cercles concentriques : les spécialistes, au centre, sont les moins nombreux.

Selon les styles, on trouvera plus ou moins de spécialistes, de fidèles, d'amateurs et de périphériques dans les événements musicaux. Ainsi, dans le milieu métal, on remarquera assez facilement les trois premières catégories, mais la quatrième sera faiblement représentée. En milieu gothique, les amateurs seront assez faiblement représentés, et les périphériques seront absents. Par contre, pour des groupes appartenant à des courants moins marqués, on trouvera moins de spécialistes et

davantage de fidèles, d'amateurs et de périphériques. C'est le cas, par exemple, pour des groupes montants comme Muse ou pour des groupes plus vieux qui séduisent un public ancien mais fidèle et des jeunes attirés par la réputation du groupe, comme ce fut le cas pour New Order ou Divine Comedy. Pourtant, ces deux derniers groupes appartiennent aussi à des courants spécifiques, mais leur popularité et leur ancienneté diversifient le public touché.

Ces niveaux d'adhésion aux sous-cultures de la musique rock font que les événements musicaux créent des ruptures de qualité différente. En effet, lorsqu'un « spécialiste » va voir un concert, ce n'est qu'un concert de plus dans la série d'événements auxquels il assiste. Pour un « amateur », au contraire, un concert peut prendre une valeur exceptionnelle. Le niveau d'implication dans le mode de vie joue de manière évidente sur les consommations en arbitrant la qualité de la rupture créée avec la vie quotidienne. Les consommations d'excès observées étaient d'autant plus étendues que les événements étaient *underground*. Les événements qui ont lieu dans une salle associative ou *underground* (un squat en l'occurrence) correspondent toujours à une diffusion restreinte ou *underground*. Cependant, des événements diffusés de manière restreinte et *underground* peuvent parfois prendre place dans un lieu officiel. Plus l'événement est fermé, plus l'on y retrouve de spécialistes et de fidèles, plus les consommateurs sont nombreux dans la salle. De même, quand le lieu est associatif ou *underground*, les consommateurs sont plus nombreux, mais aussi consomment plus, ce que l'on peut expliquer en partie par l'absence de contrôle officiel et, à la marge, de contrôle social, puisque les normes de consommation sont alors approximativement les mêmes pour la totalité des personnes présentes. On notera aussi que la totalité des produits autres que cannabis, tabac et alcool est consommée à l'occasion des événements où les spécialistes et les fidèles sont majoritaires.

Au-delà des courants musicaux et des niveaux d'implication jouent des variables qui peuvent être qualifiées de formelles : elles tiennent à l'organisation de l'événement musical et à sa position dans l'ensemble des événements musicaux rock. La qualité de la rupture varie selon le groupe programmé, c'est-à-dire le caractère plus ou moins exceptionnel de l'événement musical. Nous avons ainsi pu voir parfois les consommations diminuer nettement lorsque le groupe présent était particulièrement important dans le milieu musical considéré.

Comptent aussi le jour (en semaine ou le week-end) et les heures (plus ou moins tard dans la soirée) auxquelles il se produit. Dans tous les cas, quand les concerts ont lieu en semaine⁶, les excès sont moins nombreux. Les spectateurs travaillant le lendemain limitent souvent leurs consommations et peuvent aussi, à la marge, être dissuadés de consommer.

Enfin, intervient la durée de l'événement⁷. Les consommateurs sont d'autant plus nombreux et consomment d'autant plus que les événements sont prolongés. Des traces d'ivresse⁸ ont été relevées dans 83 % mini-festivals et soirées et concernent de 0,15 % à 10 % des publics des mini-festivals et soirées, alors qu'elles ne vont que de, dans les concerts, on n'en trouve qu'en 5 occasions (17 %) des traces d'ivresse, variant de 0,02 à 5 %. Les deux exceptions notées dans les mini-festivals s'expliquent par le fait que l'une était un tremplin où étaient présents les parents de certains musiciens et spectateurs et les organisateurs et que l'autre concernait une population plus âgée. Dans tous les cas, les conduites d'excès observées ont été plus conséquentes, qu'elles donnent lieu ou non à des traces d'ivresse, dans les mini-festivals et dans les festivals. On notera aussi que c'est dans ces mêmes lieux que les consommations autres que l'alcool, le tabac et le cannabis ont été observées alors que, dans les concerts, aucune substance autre que l'alcool, le tabac et le cannabis n'a été vue.

Ces différentes variables se conjuguent. Ainsi, on perçoit une conjonction entre les événements longs et certains courants musicaux tels que le métal ou le gothique qui présentent le plus grand nombre d'occurrences de mini-festivals et de soirées. On peut d'ailleurs aussi voir que les soirées sont plus fréquentes en milieu gothique alors que les mini-festivals sont plus habituels en milieu métal.

6. Nous avons compté le vendredi soir dans le week-end et le dimanche soir dans la semaine, l'alternance entre jours travaillés et non travaillés nous semblant plus pertinente.

7. Les événements se distribuent en différents types : concerts, mini-festivals (6 heures environ, trois groupes au minimum), soirées (durée sur la nuit, environ 9 heures) et festivals (sur trois jours).

8. Voir la note méthodologique.

DISCUSSION

Le fait que ce soit dans les festivals, les mini-festivals et les soirées de week-end que la plus grande diversité de produits et le nombre de consommations d'excès a été constaté n'étonnera pas puisque ces occurrences cumulent une rupture plus importante avec une croissance de l'excitation musicale (la programmation allant des groupes les moins connus au plus connus), une durée plus longue et une césure temporelle conséquente.

Cette observation n'est pas innocente, notamment en ce qui concerne les festivals d'été. Tout d'abord, à côté du festival et du mini-festival, le concert type (trois heures environ) s'affirme comme une instance médiane de rupture n'impliquant pas ou peu de consommation intensive. Cela peut être vérifié aussi à travers l'observation d'un concert de musique techno où l'utilisation de produits de synthèse était nulle et les consommations similaires à celles d'autres concerts dans d'autres courants musicaux. On peut dire que les consommations en concert posent peu de problèmes parce que le format du concert se prête mal aux consommations d'excès, indépendamment du milieu spécifique à une culture musicale.

Mais le rock est une forme musicale qui récupère des influences multiples et se construit et se reconstruit sans cesse. À ce titre, il est toujours capable d'assimiler des traits culturels venant d'autres milieux. Le rock se trouve au confluent de différents courants musicaux : rap, musique électronique raggamuffin et reggae, salsa et musiques traditionnelles (des influences celtiques de Matmatah aux « roots » africaines de Positive Black Soul). C'est dans ce sens qu'il peut être une passerelle entre différents types de consommation, mais à la condition que le dispositif de rupture permette ce franchissement. C'est donc vers les formes les plus intenses de ruptures qu'il faut porter notre attention : mini-festival et festival. Au demeurant, la programmation des festivals est rarement, en France, purement consacrée à un seul courant musical.

C'est peut-être là que se situe la nécessité de poursuivre un travail d'observation. Dans les festivals français, nous avons trouvé suffisamment de vente et de consommation d'ecstasy, minoritaires, certes, mais néanmoins présentes, ainsi que parfois des ventes d'autres produits (LSD, cocaïne). Et si nous avons pu remarquer ailleurs dans un mini-festival des jeunes cherchant de l'ecstasy, voire une consommation de cocaïne et d'héroïne, le fait que ces occurrences aient été rares ne présage pas de ce que l'on pourrait trouver dans les milieux plus fermés ou dans les événements plus amples en disposant d'un protocole de travail plus complet. Quoi qu'il en soit, il demeure nécessaire d'étudier les mécanismes de diffusion des produits et cela ne peut mener qu'à une ouverture de ce type de recherche à

d'autres milieux musicaux, pourvu que les dispositifs des événements soient reconnus comme susceptibles de supporter des conduites de consommation et de contrôle des émotions suffisants.

Il faudrait également comprendre plus finement le rôle que les styles de musique jouent dans l'identification identitaire des jeunes, adolescents et préadolescents, jeunes adultes et même adultes plus « intégrés ». Car les produits s'intègrent aussi à une expérience particulière, celle de l'apprentissage du contrôle de soi et de la libération des émotions. Pour cela, la dimension biographique nous a fait défaut qui, seule, aurait pu permettre de vérifier l'hypothèse posée sur la recherche de rupture.

Dans tous les cas cependant, les zones d'excès concernent les milieux les plus fermés, qui, aussi, sont ceux qui s'opposent à des valeurs de réussite sociale habituelles. Non pas que les logiques de la société de consommation ne soient pas présentes, mais plutôt qu'elles constituent un pôle de la vie des milieux rock, pôle restant toujours en tension avec la pureté musicale, c'est-à-dire son caractère non-commercial.

La théorie de la rupture que nous avons commencé à esquisser ici doit donc être approfondie pour faire émerger les systèmes de signification qui pourront permettre de mieux connaître et de comprendre les consommations festives au sein des différents ensembles culturels définis par les identifications musicales.

LA CONSOMMATION DE ROHYPNOL® HORS PROTOCOLE MÉDICAL, TREND, FRANCE, 2002

*Catherine Reynaud-Maurupt & Jérôme Reynaud
Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS)*

RÉSUMÉ : ce texte présente des remarques exploratoires issues d'une étude qualitative en cours sur la consommation de Rohypnol® détournée de son usage thérapeutique. L'objectif de l'étude est particulièrement lié à la restriction des modalités de délivrance de ce médicament, dont l'obtention ne peut désormais s'effectuer que par ordonnance sécurisée (Arrêtés du 1^{er} février 2001). Les données analysées ont été recueillies par l'enregistrement d'entretiens en face-à-face effectués sur les sites de TREND. Les principales caractéristiques des personnes qui font usage du Rohypnol® hors protocole médical sont décrites (variables démographiques et sociales, consommation de substances psychoactives), ainsi que leurs pratiques de cette substance (initiation, fonction du produit, contexte de consommation, voie d'administration). La description se centre ensuite sur l'impact de la restriction des modalités de délivrance du Rohypnol® sur la vie quotidienne des personnes interrogées. L'évolution des pratiques de consommation se constate par l'arrêt des benzodiazépines ou le basculement vers des consommations de remplacement. Les mésusages du Rohypnol®, plus rares, sont devenus occasionnels. Pour permettre ces consommations, le marché noir est généralement devenu la seule source d'obtention de cette préparation pharmaceutique.

INTRODUCTION

Le flunitrazépam, plus connu sous le nom de « Rohypnol® », est une molécule d'action prolongée de la famille des benzodiazépines, dont l'indication est le traitement des insomnies sur de courtes durées. Cette préparation pharmaceutique a souvent été détournée de son usage initial pour être utilisée comme une drogue¹. Le mésusage n'est bien sûr pas son exclusivité, mais concerne un ensemble de médicaments psychotropes. Néanmoins, la représentation habituelle du Rohypnol® en fait, dans ce cadre, une substance à part, considérée comme très puissante dans ses effets propres et secondaires (amnésie des faits récents, désinhibition favorisant le passage à l'acte déviant ou violent, irritabilité, agressivité²) et de mauvaise réputation³.

En France, après le constat des effets secondaires que peuvent engendrer les usages abusifs du flunitrazépam, et la mobilisation de professionnels de santé confrontés aux mésusages de cette substance dans leur pratique empirique quotidienne⁴, la délivrance médicale du Rohypnol® a finalement été restreinte, en 2001, aux ordonnances sécurisées et à l'usage hospitalier⁵.

Ce travail en cours fait partie d'une série de collecte d'informations demandées par la Direction générale de la santé (DGS), dont le but est d'évaluer l'impact des nouvelles modalités de prescription du flunitrazépam sur les détournements de son usage médical. L'étude achevée devrait faire l'objet d'une publication de l'OFDT au cours du second trimestre 2002.

1. N. Miller, J. Mahler, 1991, « Addiction to and dependence on benzodiazepines. Diagnostic confusion in clinical practice and research studies », *Journal of substance abuse treatment*, 8, 61-67 ; M. Jamouille, 1996, « Le Rohypnol®, une drogue dure amnésiante. Résultat d'une recherche en médecine de famille », *Psychotropes*, 2, 53-66. SR. Calhoun, DR. Wesson, GP. Galloway, DE. Smith, 1996, « Abuse of flunitrazepam (Rohypnol®) and other benzodiazepines in Austin and South Texas », *Journal of Psychoactive drugs*, 28 (2), 183-189 ; OFDT, 2001, *Tendances récentes*, rapport ; M. Fatseas, 2001, « Benzodiazépines, toxicomanie et traitement de substitution : analyse des données de la littérature et étude exploratoire », Thèse de doctorat de médecine, Bordeaux II.

2 M. Jamouille, 1996, *op. cit.* ; SR. Calhoun, et al., 1996, *op. cit.*, M. Gossop, D. Best, J. Mardsen, 1997, « Consommation abusive de témazépam en Grande-Bretagne », *Psychotropes*, 3, 7-18.

3 Aujourd'hui, le Rohypnol® partage avec le GHB le qualificatif de « drogue du viol »/« rape drug ».

4 M. Ruel, A. Morel, L. Elghozi, « Merci pour le Rohypnol® », *Libération* du 18 décembre 2000.

5 Arrêtés du 1^{er} février 2001, parus au *Journal Officiel* du 7 février 2001 :

MESP0120352A : modifiant l'arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotiques et/ou anxiolytiques dont la durée de prescription est réduite.

MESP0120353A : relatif à l'application de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de flunitrazépam administrés par voie orale.

MESP0120354A : relatif à la durée de prescription et au fractionnement de la délivrance des médicaments à base de flunitrazépam administrés par voie orale.

Objectif de l'étude et axes de la recherche

Cette étude a pour objectif de décrire les conduites addictives des personnes habituellement consommatrices de Rohypnol® hors protocole médical, et d'apprécier les conséquences effectives de la restriction des modalités de prescription sur leur vie quotidienne. Les premières remarques exploratoires présentées ici abordent trois axes de recherche.

La description des caractéristiques sociodémographiques et des consommations de substances psychoactives au jour de l'entretien permet de rendre compte de la situation actuelle des personnes concernées par l'étude.

Les pratiques du flunitrazépam sont examinées grâce à la description de l'initiation aux benzodiazépines, de la « fonction » du Rohypnol®, des contextes de sa consommation et des modalités d'administration (voies d'administration, association de produits).

La comparaison de l'accessibilité de cette substance, entre la période qui précède et celle qui suit la restriction de mise sur le marché, ainsi que les conséquences directes de cette restriction sur les pratiques de consommation, constitue le dernier aspect abordé.

Méthode

La collecte de quarante entretiens semi-directifs est en cours de réalisation sur cinq sites privilégiés par le dispositif TREND. Une analyse de contenu thématique est appliquée sur le corpus constitué.

Les critères d'inclusion à l'étude impliquent que les personnes aient été consommatrices de flunitrazépam au moment de la restriction de sa mise sur le marché (février 2001), quelles que soient leurs consommations de substances psychoactives au jour de l'entretien.

À ce jour, 14 entretiens ont été réalisés, se répartissant sur les sites d'Ile-de-France, Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bretagne et Midi-Pyrénées⁶. Le site de Bourgogne devrait venir aider à compléter le recueil de données.

6. Nos remerciements, dans l'ordre des villes citées, à M. Tagounit, A. C. Rahis, S. Musso, J. Jutel et S. Escots.

Tous ont été enregistrés entre août et décembre 2001 et treize d'entre eux⁷ ont pu faire l'objet d'une première analyse. Le nombre d'entretiens recueillis à ce jour est faible, mais les données assemblées présentent déjà un intérêt qualitatif permettant de cerner la nature et la diversité des pratiques passées et actuelles (avant et après la restriction des modalités de délivrance du Rohypnol[®]).

D'autre part, la comparaison des données recueillies entre 2001 et 2002 permettra d'observer l'évolution de son accessibilité : entre autres, « l'assèchement » progressif du marché noir est une hypothèse qui peut être envisagée, car il est probable que la première année qui suit le changement du cadre légal soit propice à l'écoulement de stocks préalablement constitués.

La qualité de ces treize entretiens est inégale. De la réserve et, exceptionnellement, de la méfiance apparaissent ainsi dans quelques-uns des entretiens (5/13). Ces derniers sont loin d'être inexploitable : ils apportent tous des informations intéressantes, mais peuvent être qualifiés « d'incomplets ». Des observations de terrain et la comparaison de ces entretiens avec d'autres de plus grande qualité, réalisés par les mêmes enquêteurs, conduisent à penser que la consommation excessive de benzodiazépines des interviewés explique cette situation, en générant des difficultés à s'exprimer ou à « se livrer ». La réserve peut également être parfois interprétée comme le moyen de masquer à l'enquêteur des oublis ou « trous de mémoire », successifs.

Premiers résultats de la recherche

1. Situation des consommateurs de Rohypnol[®] au jour de l'entretien

Les caractéristiques sociales et démographiques

L'échantillon constitué par les treize premiers entretiens semi-directifs recueillis regroupe douze hommes et une femme, âgés d'environ 35 ans⁸. La moitié d'entre eux a cessé sa scolarité à l'âge de seize ans ou plus tôt, sans diplôme en poche (6/13). Les autres sont titulaires d'un CAP ou d'un BEP, sauf deux qui ont obtenu leur baccalauréat. Les plus nombreux jouissent d'un logement personnel, mais une minorité vit dans la rue, sans domicile (3/13). Le statut familial est le plus souvent celui d'un célibataire sans enfant (7/13). Les ressources financières sont peu éle-

vées voire inexistantes : une personne occupe un emploi d'ouvrier qualifié obtenu récemment grâce à l'aide d'une structure spécialisée, tandis que les autres rapportent des situations sociales marquées par la précarité (RMI, allocation Adulte Handicapé obtenue du fait d'une infection par le VIH et/ou le VHC, ou même absence totale de ressources). De plus, une partie des personnes rencontrées signale son surendettement (3/13).

Les consommations de substances psychoactives au jour de l'entretien

Parmi les personnes rencontrées, la moitié consomme des benzodiazépines non prescrites (7/13), souvent de façon abusive, soit au moins plusieurs fois par semaine (5/7). Une minorité continue de consommer du Rohypnol[®] (4/13). La fréquence de cette consommation est variée (au maximum deux fois par semaine), mais toujours inférieure à celle qu'elle pratiquait avant février 2001.

– « Les passifs » constituent la plus grande part de l'échantillon (6/13). Ils ont pour point commun d'avoir cessé la consommation de Rohypnol[®], et des autres benzodiazépines hors cadre médical. Tous sont inclus dans un programme de substitution, du fait de leur passé d'héroïnomanes. Les plus nombreux bénéficient d'une prescription de méthadone (4/6). Chacun respecte les prescriptions, qui peuvent dans quelques cas associer substitution et antidépresseurs ou anxiolytiques. L'alcool peut exceptionnellement être le seul produit qui reste consommé en plus du traitement prescrit (1/6).

– « Les polyconsommateurs » qualifient des personnes qui consomment quotidiennement des benzodiazépines non prescrites, en plus d'autres substances (5/13). Les benzodiazépines consommées sont variées : Tranxène 50[®], Noctamide[®], Valium[®], Rivotril[®], le Rohypnol[®] étant utilisé occasionnellement par trois personnes sur les cinq concernées. Tous bénéficient d'un traitement de substitution pour soigner leur dépendance aux opiacés, et y associent quotidiennement une à trois substances psychoactives supplémentaires. La buprénorphine haut dosage est le traitement le plus fréquent (4/5). Les plus nombreux consomment ainsi généralement quatre substances différentes : sont associés chaque jour de l'alcool, des benzodiazépines et le traitement de substitution, qui peut être consommé par voie nasale ou injectable, auxquels s'ajoutent opiacés (Skenan[®]) ou cocaïne, consommés fréquemment ou quotidiennement.

– « Les occasionnels » permet de désigner une catégorie intermédiaire (2/13). Ces personnes consomment des benzodiazépines (Tranxène 50[®] ou Rohypnol[®]) de façon ponctuelle (moins d'une fois par mois) lors d'un accès de déprime ou d'angoisse. Elles sont également substituées grâce à un traitement par méthadone, car elles aussi ont un passé d'héroïnomanie.

7. Quatre en Ile-de-France, quatre en Aquitaine, trois en Provence-Alpes-Côte d'Azur, un en Bretagne, un en région Midi-Pyrénées.

8. Moyenne d'âge : 35 ans ; médiane : 34 ans ; [21 ans – 58 ans].

2. Les pratiques détournées du Rohypnol®

L'initiation à l'usage de Rohypnol® ou des benzodiazépines

La description de la première prise de benzodiazépines permet de cerner trois modes d'entrée dans ce type de conduites addictives.

Dans le premier cas, le Rohypnol® constitue une substance psychoactive parmi d'autres, consommé pour son potentiel « défonçant », dans une pratique de poly-consommation (5/13). Il peut être utilisé comme un désinhibiteur de la relation humaine, expérimenté entre amis dans des circonstances festives ou pour augmenter l'effet d'autres substances consommées, généralement de l'héroïne. Il est fréquemment offert par « un ami ». Ce premier type d'initiation s'effectue toujours avec du Rohypnol®, jamais avec d'autres benzodiazépines : c'est spécifiquement cette substance en tant que telle qui fait partie du panel des substances psychoactives privilégiées. Hors un cas (la seule femme de l'échantillon débute l'usage de substances psychoactives aux alentours de la trentaine), l'initiation au Rohypnol® s'effectue le plus souvent vers l'âge de 17 ans, après l'expérimentation de nombreuses autres substances (alcool, cannabis, amphétamines, cocaïne, voire héroïne) ou même dès l'âge de 13 ans, après l'expérimentation d'alcool et de trichloréthylène.

Le second type d'initiation rapporté (4/13) correspond à la recherche, entre 12 ans et 15 ans, d'une détente, dans le but de « se calmer ». Les personnes concernées par ce type d'initiation ont toutes connu des histoires de vie « traumatiques » (décès d'un parent, violence...) avant et au moment de cette première prise. Souvent (3/4), la première benzodiazépine consommée a été prescrite à la mère de l'adolescent(e), et puisée dans la pharmacie familiale. Hors le tabac, celle-ci constitue la première ou la seconde substance psychoactive consommée au cours de la vie. Lorsqu'elle est seconde, sa consommation intervient peu après l'usage du cannabis, de l'alcool, du Néocodion® ou de barbituriques, les deux derniers produits cités étant consommés dans le même objectif (se calmer).

Le dernier type d'initiation est celui de consommateurs d'opiacés et/ou de stimulants, qui cherchent dans cette première prise de benzodiazépines à atténuer le manque d'héroïne ou à calmer les descentes qui suivent les prises d'amphétamines (4/13). Le mode d'obtention n'est alors pas spécifique : les comprimés sont offerts, achetés au marché noir ou obtenus par prescription. Dans ce dernier cas, l'âge de la première consommation est plus variable (entre 18 et 30 ans).

La « fonction » du Rohypnol®

Les types d'usage du Rohypnol® qui peuvent être recensés ne correspondent pas linéairement aux différentes modalités de l'initiation à la consommation des benzodiazépines qui ont été exposées. En effet, plusieurs catégories d'effets recherchés peuvent être expérimentées au cours de la vie d'un même consommateur. Ces catégories désignent ainsi les différentes « fonctions » du mésusage de flunitrazépam.

Dans quelques cas (3/13), les personnes ont utilisé le Rohypnol® comme un « démultiplicateur » de l'effet recherché. Ce dernier est rapporté comme toujours conforme à l'effet obtenu. C'est le cas lorsque le Rohypnol® est associé à l'héroïne ou à un stimulant (cocaïne ou amphétamines). L'alcool complète souvent l'association effectuée.

La majorité (7/13) a consommé le Rohypnol® pour ses propriétés sédatives, ce qui s'apparente directement à l'indication thérapeutique. La recherche de l'effet sédatif peut être motivée par la volonté de dormir lors d'un sevrage de l'héroïne ou après une descente d'amphétamines, mais aussi pour chasser ses idées noires ou se calmer. L'effet obtenu est généralement décrit comme correspondant toujours à l'effet recherché.

Les plus nombreux enfin (9/13) ont utilisé le Rohypnol® comme un désinhibiteur. Dans ce dernier type d'usage, deux fonctions distinctes lui sont attribuées. L'effet recherché peut être celui d'un désinhibiteur de la relation humaine, pour « discuter, s'éclater de rire » ou ne plus être « parano ». Il est plus souvent un désinhibiteur du passage à l'acte, généralement pris pour le gain d'assurance qu'il va conférer lors de vols ou de cambriolages planifiés à l'avance. Les effets obtenus dans ce cadre ne sont pas toujours similaires à ceux recherchés. Si le passage à l'acte est souvent rapporté comme étant une fonction consciemment visée lors d'une prise de Rohypnol®, il peut également constituer un effet secondaire non désiré pour une personne qui cherchait au départ la désinhibition relationnelle (vols ou violences non prémédités). Les récits des personnes qui ont utilisé le flunitrazépam comme désinhibiteur sont effectivement émaillés d'expériences de violence incontrôlée, mais aussi de phases amnésiques qui sont parfois décrites comme ayant eu des conséquences non maîtrisées, qui peuvent être dramatiques (violence physique dont on ne se souvient pas, incarcération pour un fait qu'on ne pense pas avoir commis). Ces événements sont généralement perçus par les personnes qui les ont vécus comme une « perte de contrôle » non désirée. Ces récits sont le plus souvent à rattacher à des dosages importants (plus de 15 comprimés de 1 mg), mais ces expériences sont rapportées comme pouvant également survenir lors de l'administration de petites doses (moins de 6 comprimés de 1 mg, sans association d'autres produits y compris l'alcool).

Lorsque les consommations sont effectuées en groupe, la perte de contrôle peut être recherchée : le sens attribué à l'amnésie est alors modifié et est paradoxalement présenté comme une expérience collective permettant de « créer un événement commun » (pour se raconter ensuite ce que chacun a pu faire au cours de la phase d'amnésie).

Les contextes de consommation

Les consommations sont le plus souvent effectuées en solitaire, parfois à deux, mais les personnes interrogées rapportent préférer consommer seules. Les raisons évoquées sont diverses : la notion de « solitude » peut être présente dans l'ensemble du récit et la prise en solitaire découle alors directement de cette situation. Elle peut également se justifier par l'objectif de la prise : être seul pour dormir, pour « décrocher », mais aussi pour effectuer un acte répréhensible (voler, cambrioler). Certains rapportent aussi ne pas vouloir « partager » le produit dont ils disposent. La consommation se déroule généralement chez soi, dans la rue, dans un lieu public comme un bar, voire sur le lieu de travail pour ceux qui ont connu une vie professionnelle.

Les consommations de groupe sont plus rarement rapportées : la consommation s'effectue alors « dans le quartier », c'est-à-dire un quartier périphérique d'une grande ville qui est également le quartier de résidence, ou dans la rue entre personnes sans domicile.

Les modalités d'administration

Si les usagers soulignent que le Rohypnol® peut être injecté, sniffé ou fumé, tous le consomment ou l'ont consommé habituellement par voie orale, et donc sans effectuer de préparation au préalable. Le statut de produit principal ou secondaire du Rohypnol® dans le panel des produits consommés est variable au cours de la vie d'un même consommateur. Il dépend de l'effet recherché au moment de la prise, de son accessibilité, et de la façon dont il est perçu et accepté par le groupe de pairs dans l'environnement où il est consommé. Les dosages sont variables quel que soit le type d'usage (4 à 25 comprimés de 1 mg), répartis en plusieurs prises dans la journée. Des prises de 40 comprimés en une seule fois sont exceptionnellement rapportées, associées à de l'héroïne par voie injectable.

Le Rohypnol® a le plus souvent été consommé en association avec d'autres produits, et est décrit comme « apprécié en cocktail ». Il s'agit généralement de l'alcool, de l'héroïne, de stimulants (principalement de la cocaïne ou de médicaments à base amphétaminique comme l'Orthenal®, souvent cité, qui a lui aussi été retiré du marché) ou de buprénorphine. Les triptyques sont les associations les plus

souvent rapportées : Rohypnol®, alcool et cocaïne ; Rohypnol®, alcool et Subutex® ; Rohypnol®, alcool et héroïne, etc. Avec de l'alcool, il peut également être « panaché » avec d'autres benzodiazépines comme le Séresta®, le Lexomil®, le Noctamide® et le Tranxène®, qui sont certes des tranquillisants mineurs, mais qui semblent majorer eux aussi le caractère hypnotique du Rohypnol®. Généralement, les mêmes personnes pratiquent les mêmes associations, chacune exprimant sa préférence et son habitude ; cependant, les mélanges peuvent se faire au gré de « ce qui tombe sous la main, Rivotril®, Rohypnol®, alcool, héro, coke, ecsta, Sub ». Enfin, l'ajout d'un ou deux comprimés de Rohypnol® à un cocktail médicamenteux permet d'avoir sa « défonce pas chère » (2 comprimés de Rohypnol®, 2 comprimés de Tranxène® et 40 comprimés de Néocodion®).

Plus rarement, le flunitrazépam a pu être consommé sans autre produit associé, notamment lorsque ses effets somnifères ou calmants sont recherchés. Lorsque c'est le cas, les personnes concernées n'ont généralement pas pratiqué les associations qui viennent d'être décrites ou alors ponctuellement, à titre d'expérience.

Aujourd'hui, après la restriction de la mise sur le marché, le Rohypnol® est majoritairement consommé en association avec de l'alcool et le traitement de substitution prescrit (généralement le Subutex®). La consommation associée la plus massive qui est pratiquée au jour de l'entretien se compose de 100 mg de méthadone, 100 mg de Skenan®, deux cachets de Noctamide®, deux cachets de Rohypnol® et un litre de gin, chacun de ces produits, hors le Rohypnol®, étant consommé quotidiennement.

3. L'accessibilité du Rohypnol® et les conséquences de la modification de l'autorisation de mise sur le marché

L'accessibilité est généralement décrite comme facile avant l'année 2001, mais également après cette date par ceux qui continuent à en consommer. Pourtant, l'effet du changement de l'Autorisation de mise sur le marché⁹ se perçoit nettement au travers de la modification des sources d'obtention et des pratiques de consommation.

9. Arrêtés du 1^{er} février 2001, parus au Journal Officiel du 7 février 2001, op. cit.

L'évolution des sources d'obtention

Avant l'année 2001, les moyens d'obtention du Rohypnol® étaient multiples, un même consommateur pouvant combiner plusieurs sources pour réunir les cachets nécessaires à sa consommation. Les ordonnances falsifiées et les multiprescriptions constituaient les sources principales et régulières des consommateurs. La délivrance en officine des ordonnances falsifiées ne « posait pas de problème » si certaines conditions étaient respectées : évitement des pharmaciens « réfractaires », bonnes photocopies couleur. Certains rapportent avoir privilégié des falsifications d'ordonnancier appartenant à des médecins dont le cabinet se situe dans une autre ville pour que le pharmacien ne soit pas tenté, pour effectuer une vérification, de dépenser plus d'argent en communication téléphonique que ce que lui rapporte la vente des substances demandées. Certains pharmaciens acceptaient également la délivrance sans ordonnance. La recherche de multiprescriptions s'effectuait généralement par la visite de quatre à six médecins. La durée de cette technique d'obtention du Rohypnol® était d'autant plus importante que le principe « un médecin, une pharmacie » était respecté. Depuis que la délivrance du Rohypnol® ne doit s'effectuer qu'à la vue d'une ordonnance sécurisée, ces stratégies d'obtention sont devenues totalement caduques, mais peuvent être toujours utilisées pour se procurer d'autres benzodiazépines.

Avant l'année 2001, le marché noir constituait une source ponctuelle d'obtention du Rohypnol®, ou utilisée en alternance avec les multiprescriptions ; depuis, il constitue la source principale permettant de se procurer cette substance, voire l'unique moyen d'obtention pour presque toutes les personnes qui continuent à en consommer. Jusqu'en 2000, une plaquette de 10 comprimés était achetée (ou vendue) pour la somme de 10 ou 20 F (des achats « au cachet » sont également rapportés, pour 1 ou 2 francs le comprimé). Depuis 2001, les prix pratiqués apparaissent plus chaotiques, selon les villes mais aussi selon les quartiers d'une même agglomération, attestant le fait que la valeur du flunitrazépam sur le contre-marché a considérablement augmenté : désormais, une plaquette de 7 comprimés s'échange contre 6 à 11 euros (40 à 70 F), 8 euros (50 F) étant le prix le plus fréquemment cité dans chacune des villes où l'étude a été réalisée. Un seul endroit à Paris permettrait de se procurer une plaquette de 7 comprimés pour 4 euros environ (25 F). Le troc peut également être pratiqué : deux types d'échange en nature ont pour l'instant été mentionnés, du Rohypnol® contre du cannabis (la quantité n'étant pas précisée), ou 10 Rivotril® contre 7 Rohypnol®, chacun ayant ses préférences en matière de benzodiazépines. Le marché noir s'effectue dans la rue, dans des quartiers connus par les consommateurs pour cette activité, bien qu'une personne rapporte que « ça tourne dans les boîtes ».

De façon exceptionnelle sont évoqués deux autres moyens de se procurer du Rohypnol® depuis son passage sur ordonnance sécurisée : les détournements hospitaliers qu'on obtient « d'un ami » (qui détiendrait des boîtes de 100 comprimés de 2 mg) et les prescriptions de médecins qui se laissent soudoyer (30 euros en plus de la consultation contre une ordonnance sécurisée).

L'évolution des pratiques de consommation

Pour les plus nombreux (6/13), le passage sur ordonnance sécurisée a permis de stopper une pratique dont l'arrêt était depuis longtemps désiré. La modification de l'Autorisation de mise sur le marché n'est jamais évoquée comme une motivation pour l'arrêt, mais elle en a constitué l'occasion. Chez certains, ce moment a également été mis à profit pour instaurer le traitement de substitution et l'arrêt de toutes les consommations de substances psychoactives illicites a ainsi pu être favorisé. Les raisons invoquées pour expliciter la volonté de cesser l'usage du Rohypnol® sont diverses : « en avoir assez » est l'explication la plus couramment livrée bien que soit évoqué par deux fois le désir de retrouver une libido.

La diminution de la fréquence de consommation du Rohypnol® et/ou le basculement vers la consommation quotidienne d'autres benzodiazépines non prescrites caractérisent généralement les autres personnes de l'échantillon (7/13). Les benzodiazépines de remplacement sont nombreuses : sont cités le Tranxène 50®, le Rivotril®, le Noctamide®, le Valium® et le Xanax®. Lorsque ce remplacement s'effectue par des tranquillisants mineurs, des dosages massifs peuvent être privilégiés pour combler la différence existante entre ces nouvelles consommations et l'effet obtenu par le flunitrazépam : par exemple, 50 cachets de Rivotril® peuvent être consommés pour remplacer 10 à 15 comprimés de Rohypnol®. Certains discours semblent également témoigner du regain de l'usage d'autres types de substances psychoactives (opiacés ou cocaïne). Quand le Rohypnol® continue d'être consommé (4/7), il l'est forcément de façon occasionnelle : « tous les quatre jours » est la fréquence la plus importante qui peut pour l'instant être recensée.

ÉLÉMENTS DE DISCUSSION

La photographie que permet d'obtenir l'analyse de ce premier échantillon semble refléter l'expérience de terrain des personnels de santé confrontés au mésusage du Rohypnol[®], avant février 2001, et depuis le changement du cadre légal. Les biais du recrutement n'auraient ainsi que peu influencé les résultats de la recherche. Deux points sont néanmoins à souligner pour clarifier les modalités de ce recrutement.

D'une part, les femmes sont vraisemblablement sous-représentées dans cet échantillon, ce qui conduit à supposer que des pratiques du Rohypnol[®] spécifiquement liées au genre puissent avoir échappé au début de l'enquête. Néanmoins, si les femmes sont généralement les plus grandes consommatrices de médicaments psychotropes obtenus par prescription¹⁰, ce n'est plus le cas lorsque ces consommations, effectuées hors protocole médical, concernent majoritairement des usagers d'héroïne, parmi lesquels la prédominance masculine a toujours été avérée¹¹.

D'autre part, toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette étude bénéficient d'un traitement de substitution, prescrit pour soigner leur pharmacodépendance aux opiacés. Chez les usagers d'héroïne, l'importance de la consommation associée de benzodiazépines et particulièrement de Rohypnol[®] a effectivement été largement attestée par la littérature spécialisée¹². Les études quantitatives qui ont été réalisées sur ce sujet tendent à montrer que la consommation excessive de benzodiazépines prédit ou suit la consommation d'opiacés, mais aucune corrélation ne peut être suggérée sur ce thème par notre recherche, puisque les personnes rencontrées ont majoritairement été recrutées par l'intermédiaire des structures spécialisées qui leur délivrent les traitements de substitution. Ce biais de recrutement sera réduit en partie dans le recueil de données restant à effectuer, par la réalisation d'entretiens via d'autres terrains d'étude, notamment des structures à bas seuil d'exigence de type « boutique », qui ne délivrent pas de traitement médical.

Les éléments recueillis sur les pratiques du Rohypnol[®] hors protocole médical confirment l'état des connaissances sur le sujet (public précarisé, association avec de l'alcool et/ou des opiacés, fonction de désinhibition, effets secondaires non maîtrisés¹³), mais permettent également de souligner que les effets négatifs induits (amnésie, violence) ne sont pas forcément liés à des dosages massifs ou à des associations de produits.

L'évolution des pratiques de consommation engendrée par la modification du cadre légal en 2001 se constate par l'arrêt des benzodiazépines, la diminution de la fréquence d'usage du flunitrazépam, associé ou non au complément d'autres substances, ou le basculement vers des consommations de remplacement. En effet, les mésusages du Rohypnol[®] observés en 2001 ne sont plus qu'occasionnels. Pour permettre ces consommations, le marché noir est généralement devenu la seule source d'obtention de cette préparation pharmaceutique, marché sur lequel le prix du flunitrazépam a considérablement augmenté. Chez les personnes caractérisées par des comportements de polyconsommation, le Rohypnol[®] a souvent été remplacé par d'autres benzodiazépines non prescrites : ce remplacement ne doit pas être négligé par les médecins prescripteurs de traitement de substitution, qui doivent veiller aux associations spontanées de buprénorphine haut dosage et de ces molécules, associations qui ont été désignées comme la cause du décès de certains patients substitués¹⁴.

10. J.H. Woods, G. Winger, 1997, « Abuse liability of flunitrazepam », *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 17 (3 suppl 2), 1S-57S ; OFDT, 2002, *Drogues et dépendances, Indicateurs et tendances*.

11. OFDT, 2002, *op. cit.*

12. D. Ladewig, 1990, « Urine analysis for benzodiazepines among opiate consumers », *Drug and Alcohol Dependence*, 25, 145-148 ; Enquête OPPIDUM, 1999, Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance ; Fatseas M, 2001, *op. cit.* ; OFDT, 2002, *op. cit.*

13. M. Jamoulle, 1996, *op. cit.* ; OFDT, 2002, *op. cit.*

14. M. Reynaud, G. Petit, D. Potard, P. Courty, 1998, « Six deaths linked to concomitant use of buprenorphine and benzodiazepines », *Addiction*, 93 (9), 1385-1392 ; A. Tracqui, P. Kintz, B. Ludes, 1998, « Buprenorphine-related deaths among drug addicts in France : a report on 20 fatalities », *Journal Anal. Toxicol.*, 22 (6), 430-434.

CONCLUSION

L'enrichissement des données empiriques permettra dans les mois à venir d'affiner les points abordés dans cette première approche et de valider les tendances que les premiers entretiens recueillis ont mises en valeur : pratiques et fonction du Rohypnol® hors cadre médical, modalités d'usage et accessibilité depuis son passage sur ordonnance sécurisée. Les premiers résultats de cette recherche nous renseignent effectivement sur les paramètres qui ont pu être modifiés par la restriction de l'Autorisation de mise sur le marché en 2001 : si celle-ci ne semble pas avoir été l'élément moteur de l'arrêt de l'usage du Rohypnol®, elle a permis de favoriser des arrêts de la consommation présentés comme étant depuis longtemps désirés, et aussi d'en restreindre considérablement l'accessibilité. Il n'est pas pour autant adéquat de parler de « disparition » du Rohypnol®, toujours présent sur le marché noir au cours de l'année qui suit la modification du cadre légal.

LES SYSTÈMES PARTENAIRES

SUBSTITUTION AUX OPIACÉS DANS CINQ SITES DE FRANCE EN 1999 ET 2000 : USAGERS ET STRATÉGIES DE TRAITEMENT

*Pierre-Yves Bello**, *Éric Janssen***, *Marie-Noëlle Damon****,
*Michelle Ricatte****, *Nicole Bertin****
*OFDT, **OFDT/RES, ***CNAMTS

INTRODUCTION

Depuis 1995, les traitements de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine haut dosage [BHD]) connaissent une croissance importante de leurs chiffres de vente et donc probablement du nombre de personnes bénéficiant de ces traitements. Le Subutex[®] (buprénorphine haut dosage) est l'un des vingt médicaments qui coûtent le plus cher à l'assurance maladie¹. Il est passé du quatorzième rang en 1999 au huitième en 2000. Pour l'an 2000, la spécialité Subutex[®] représente un budget de remboursement de 657 millions de francs (100 millions d'euros) avec une croissance de 22,3 % par rapport à 1999. D'après les extrapolations des données de vente (InVS, système SIAMOIS) et des activités des CSST (données DGS) le nombre de patients sous traitement de substitution est estimé en mars 2001 à environ 84 000, dont près de 10 000 sous méthadone et 74 000 sous BHD. Parmi les 10 000 personnes que l'on estime traitées par méthadone au début de 2001, 5 500 le seraient en CSST et 4 500 en ville. Le présent travail vise à décrire les usagers et les pratiques de substitution, en France, dans cinq des dix sites métropolitains de TREND, au cours de quatre semestres (1999 à 2000) à partir des données de la CNAMTS.

1. MEDICAM. Les médicaments remboursés par le Régime général d'assurance maladie au cours des années 1999 et 2000. CNAMTS, avril 2001, Paris, 96 p. (<http://www.cnamts.fr/secur/fichiers/medicam19992000.pdf>).

POPULATIONS ET MÉTHODES

Le Régime général des travailleurs salariés dispose dans chaque CPAM, avec le Système d'information de l'assurance maladie (SIAM), d'une base de données où sont enregistrées toutes les prestations remboursées aux assurés sociaux. La population source est constituée par les patients relevant du Régime général d'assurance maladie (hors sections mutualistes) pour lesquels au moins une prescription de BHD ou de méthadone a donné lieu à codage et remboursement par le Régime général d'assurance maladie (hors sections mutualistes) durant les périodes considérées : 1^{er} et 2^e semestre des années 1999 et 2000.

Cinq sites CNAMTS ont participé : Bordeaux, Lille, Metz, Paris et Toulouse. Les données disponibles correspondent à des circonscriptions de Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et couvrent, selon les cas, un département (Gironde, Haute-Garonne, Paris) ou une agglomération (Lille, Metz). Les sites ont été retenus, d'une part du fait de leur correspondance avec le système de réseau de sites du dispositif TREND et, d'autre part, du fait que leur taux de codage moyen des médicaments par les pharmacies était suffisamment élevé (supérieur à 70 %).

Le taux de codage des médicaments (rapport entre le montant des médicaments codés et le montant total des médicaments remboursés) a été mesuré pour chaque Caisse primaire d'assurance maladie et pour chaque patient. Le nombre de remboursements et de personnes étudié a donc varié dans le temps. Chaque fois que possible, un redressement à l'aide du taux de codage a été réalisé afin de permettre une comparaison des résultats entre semestre, indépendamment des variations du taux de codage. La représentativité des prescriptions portées au remboursement via télétransmission par rapport à l'ensemble des prescriptions portées au remboursement est une hypothèse qui a été acceptée.

La durée du traitement en jours a été calculée par la différence entre la première date de facturation et la dernière.

Certaines analyses des données ont été réalisées sous Excel. Les différents tests ont été effectués à l'aide des logiciels SPSS et SAS. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des méthodes suivantes :

- des tests sur les moyennes (test T) ;
- des tests sur les variances des moyennes (tests non-paramétriques : test de Kruskal-Wallis et test de Friedman) ;
- une mesure des distances, permettant de comparer des données à partir de tableaux de contingences, a été employée pour envisager certains rapprochements entre villes ;
- des régressions logistiques pour l'estimation des probabilités (odds ratio).

Les données de l'assurance maladie ont l'avantage d'être objectives puisque établies sur un enregistrement et non pas sur des bases déclaratives. Néanmoins, elles comportent leurs propres limites. Plusieurs points sont à retenir :

- Les informations portent sur les personnes prises en charge par le régime général *stricto sensu*. Les personnes disposant d'autres formes de couvertures (mutuelles étudiantes et fonctionnaires pour le régime général, affiliées au régime agricole, professions indépendantes), qui peuvent représenter jusqu'au quart de l'ensemble des assurés en France, ne sont pas incluses dans ce travail.
- Les informations reposent sur les prescriptions portées au remboursement. Pour la population étudiée, l'ensemble des prescriptions médicales de produits de substitution n'est donc pas couvert. Les informations relatives aux activités de prescription de méthadone par des médecins dans le cadre d'un CSST ne sont donc pas disponibles.
- Les taux de codage des médicaments délivrés sont variables d'une ville à une autre : des deux tiers (Bordeaux, Paris) aux trois quarts du codage des médicaments (Lille, Toulouse), avec des pointes à plus de 80 % (Metz). Globalement, les taux de codage sont plus satisfaisants pour l'année 2000.
- Les variables âge et sexe ne sont pas toujours renseignées. La proportion de non renseignées peut aller jusqu'à 20 %. Il est supposé que la population aux caractéristiques inconnues (âge en particulier) suit une même distribution que la population connue.

RÉSULTATS

Le nombre de personnes traitées par méthadone en dehors d'un CSST reste modéré dans les cinq villes : au second semestre 2000 le nombre estimé de personnes ayant eu au moins un remboursement de méthadone était de 65 à Bordeaux, 268 à Lille, 74 à Metz, 1 285 à Paris et 78 à Toulouse. Entre le premier semestre 1999 et le second semestre 2000, les effectifs de personnes ayant eu au moins un remboursement de méthadone augmentent dans les cinq sites.

Le nombre de personnes traitées par BHD au second semestre 2000 était de 1 859 à Bordeaux, 1 790 à Lille, 1 250 à Metz, 4 417 à Paris, 1 531 à Toulouse. Entre 1999 et 2000, le nombre de personnes ayant eu au moins un remboursement de BHD augmente dans trois villes (Bordeaux, Metz et Toulouse), reste stable dans une ville (Lille) et diminue dans une (Paris).

Si l'on prend les estimations de la proportion de personnes ayant eu au moins un remboursement de BHD et/ou de méthadone au second semestre 2000, on peut grossièrement distinguer deux groupes de sites : Bordeaux (2,4 p. 1 000) et

Toulouse (2,3 p. 1 000) avec un taux d'un peu plus de deux pour mille personnes et Lille (4,3 p. 1 000), Metz (3,9 p. 1 000), Paris (4,2 p. 1 000) avec un taux autour de quatre pour mille personnes.

La répartition par groupe d'âge des personnes prenant de la méthadone au second semestre 2000 montre que les moins de 30 ans sont le groupe le plus important à Lille (115/222 ; 52 %), tandis que les 30-39 ans sont majoritaires à Bordeaux (36/53, 68 %), à Paris (500/957 ; 52 %) et à Toulouse (44/62 ; 71 %). Paris se caractérise par la plus forte proportion de plus de 39 ans (354/957 ; 37 %). Les femmes sont en moyenne plus jeunes que les hommes sur l'ensemble des sites.

La répartition par groupe d'âge des usagers de buprénorphine est également différente selon les sites. Les moins de 30 ans prédominent à Lille (762/1 457 ; 52 %) et à Metz (588/1 061 ; 55 %), tandis que ce sont les 30-39 ans à Bordeaux (828/1 437 ; 58 %), Paris (1 790/3 247 ; 55 %) et Toulouse (773/1 285 ; 60 %). Paris présente la plus importante proportion de plus de 39 ans (975/3 247 ; 30 %). Les femmes ont un âge moyen moins élevé que celui des hommes.

Si l'on compare les répartitions par tranche d'âge pour chacun des produits, on constate que pour toutes les villes, à l'exception de Lille, les personnes prenant de la méthadone sont, en moyenne, plus âgées que celles prenant de la buprénorphine. Lille se caractérise par une répartition par tranche d'âge pratiquement identique pour les deux produits.

Dans l'ensemble des sites et quelle que soit la période, il s'agit d'une population essentiellement masculine. Trois villes se situent entre deux et trois hommes pour une femme (Bordeaux, Paris, Toulouse), tandis que deux se situent autour de quatre hommes pour une femme (Lille et Metz).

Tableau 30 - Indice d'hétérogénéité géographique de la population sous traitement de substitution dans quatre sites selon la méthode de substitution et le semestre

Indices	Méthadone			BHD			Ensemble		
	99-1	00-2		99-1	00-2		99-1	00-2	
1999 Semestre 1	0,47			0,02			0,02		
1999 Semestre 2	0,37			0,02			0,02		
2000 Semestre 1	0,66			0,04			0,04		
2000 Semestre 2	0,78			0,06			0,06		

Source : CNAMTS. Exploitation : OFDT

2. Indice économique, au départ pour mesurer les disparités des revenus, souvent associé à une courbe, dite de Lorenz.

Afin d'estimer l'hétérogénéité selon les sites, il a été utilisé l'indice de Gini², qui varie de 0 (hétérogénéité nulle, répartition égale de la population en fonction des villes) à 1 (hétérogénéité maximale, répartition de l'ensemble de la population étudiée dans une seule ville). Du fait du nombre important d'utilisateurs par rapport aux autres sites, les données de Paris ont été écartées. On observe que l'hétérogénéité globale (toutes méthodes confondues) est faible ainsi que celle de la BHD, mais que l'hétérogénéité de la méthadone est élevée et ceci pour les quatre semestres.

Cela signifie que si la BHD semble répartie de manière homogène dans les quatre sites étudiés (Bordeaux, Lille, Metz, Toulouse), il n'en est pas de même pour la méthadone. Ces estimations sont basées sur la taille de la population de chaque site. Il existe très probablement des différences de prévalence de l'usage d'opiacés selon les sites. Toutefois, le fait d'observer une forte homogénéité pour la BHD et une forte hétérogénéité pour la méthadone traduit une très probable inégalité d'accès à une prescription de méthadone, en ville, selon les sites.

L'étude des distances entre tableaux, à l'aide de la technique des structures par vecteurs normés (distance exprimée de 0 à 1), permet de mettre à jour certaines spécificités³ : les répartitions des populations par âge, sexe et méthode de substitution ont été utilisées pour estimer les « distances » entre sites. On n'observe pas d'évolution marquante entre le premier semestre de 1999 et le second semestre de 2000. Trois groupes de sites semblent se constituer : Lille et Metz d'une part, Bordeaux et Toulouse d'autre part, et enfin Paris. Ce dernier site est dans une position particulière, à la croisée des autres sites. Les résultats obtenus montrent toutefois une plus grande proximité avec les sites du sud qu'avec ceux du nord.

Tableau 31 - Distances normées entre sites selon le sexe, le groupe d'âge et la méthode de substitution employée, au premier semestre 1999 et au second semestre de 2000

	Bordeaux		Lille		Metz		Paris	
	99-1	00-2	99-1	00-2	99-1	00-2	99-1	00-2
Lille	0,57	0,46						
Metz	0,60	0,48	0,14	0,14				
Paris	0,34	0,40	0,79	0,78	0,79	0,78		
Toulouse	0,05	0,12	0,56	0,51	0,59	0,54	0,37	0,36

Source : CNAMTS. Exploitation : OFDT

3. On ne présentera ici que le premier semestre 1999 et le deuxième semestre 2000, les résultats intermédiaires n'apportant pas de changements significatifs. La méthodologie du calcul est exposée en annexe.

Quel que soit le groupe d'âge, les femmes ont, en médecine libérale, de 1,5 (Paris) à 2 fois (Metz et Lille) plus de probabilité que les hommes d'être traitées par de la méthadone. Sur les deux sites du Sud-Ouest, on n'observe pas d'influence du sexe sur l'utilisation de tel ou tel traitement. En dehors du site de Lille, quel que soit le sexe, plus on appartient à un groupe d'âge élevé plus la probabilité d'avoir recours à la méthadone est élevée.

Tableau 32 - Estimation des odds ratio d'utilisation de la méthadone par rapport à la BHD et de leur intervalle de confiance à 95 %, selon les sites au cours du second semestre de 2000

		Bordeaux	Lille	Metz	Paris	Toulouse
		OR	OR	OR	OR	OR
		(IC95 %)	(IC95 %)	(IC95 %)	(IC95 %)	(IC95 %)
Sexe	Hommes	1	1	1	1	1
	Femmes	NS	2,3 (1,7-3,1)	1,8 (1,0-3,3)	1,5 (1,3-1,7)	NS
Âge	15-29 ans	1	1	1	1	1
	30-39 ans	2,7 (1,2-6,1)	NS	2,1 (1,2-3,9)	1,4 (1,1-1,7)	3,2 (1,3-7,5)
	40 ans et +	3,4 (1,3-9,2)	NS	7,1 (3,5-14)	1,8 (1,4-2,2)	3,7 (1,4-10)

NS : non significatif. OR : odds ratio. IC95 % : intervalle de confiance à 95 %

Données CNAMTS. Exploitation OFDT

Trois groupes de sites peuvent donc être constitués :

- Bordeaux et Toulouse, où seul l'âge a un effet significatif sur le type de substitution employée. L'appartenance à un groupe d'âge au-dessus de 29 ans augmentant la probabilité d'utiliser de la méthadone ;
- Lille, où seul le sexe a un effet significatif sur la méthode de substitution utilisée. Le fait d'être du sexe féminin augmente la probabilité d'utiliser de la méthadone ;
- Paris et Metz, qui combinent les deux effets.

Le nombre de prescripteurs de méthadone et ou de BHD augmente entre le premier semestre 1999 et le second semestre 2000 sur les cinq sites étudiés (tableau 33). Cette augmentation va de 18 % (Metz) à 48 % (Toulouse).

Tableaux 33 - Nombre de prescripteurs ayant au moins un patient dans 5 sites de 1999 à 2000

	Bordeaux	Lille	Metz	Paris	Toulouse
99-1	399	298	217	531	314
99-2	437	328	231	576	347
00-1	439	348	229	606	401
00-2	503	360	257	632	465
Variation	+ 26 %	+ 21 %	+ 18 %	+ 19 %	+ 48 %

Source : CNAMTS. Exploitation : OFDT

Répartition des patients en fonction de leur nombre de prescripteurs :

La répartition des patients traités par méthadone ou BHD selon le nombre de prescripteurs montre que la grande majorité d'entre eux ont un ou deux prescripteurs au cours d'un semestre. En dehors du site de Lille, la part de patients ayant trois prescripteurs ou plus est plus importante pour la BHD que pour la méthadone.

Tableau 34 - Répartition en pourcentage des patients traités par méthadone ou BHD selon le nombre de prescripteurs dans 5 sites au second semestre 2000

	Bordeaux		Lille		Metz		Paris		Toulouse	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	57	73	66	67	54	67	58	67	49	54
2	27	18	25	22	30	23	24	25	28	41
3 et +	16	9	9	10	16	10	18	7	23	5

Source : CNAMTS. Exploitation : OFDT

De nombreux médecins n'ont suivi qu'un ou deux patients au cours du semestre. Ceux-ci représentent de la moitié (Lille, Paris, Metz) jusqu'aux deux tiers (Bordeaux, Toulouse) des prescripteurs. Les médecins prescripteurs prenant en charge au moins dix patients au cours du semestre sont une minorité. Toutefois, la situation varie selon les sites puisque leur proportion au cours du second semestre de 2000 varie de 9 % (Bordeaux) à 20 % (Paris).

Tableau 35 - Répartition en pourcentage des prescripteurs selon le nombre de patients pris en charge au cours d'un semestre dans 5 sites de 1999 à 2000

	Bordeaux		Lille		Metz		Paris		Toulouse	
	99-1	00-2	99-1	00-2	99-1	00-2	99-1	00-2	99-1	00-2
1 à 2	67	63	52	48	50	49	51	54	65	66
3 à 9	25	28	36	38	33	32	24	26	21	22
10 à 19	5	5	9	10	10	13	11	9	6	4
20 ou plus	3	4	3	4	7	6	14	11	8	8

Source : CNAMTS. Exploitation : OFDT

Entre le premier semestre 1999 et le second semestre 2000, on n'observe pas de modification majeure de la répartition du pourcentage de patients pris en charge selon le niveau d'activité semestrielle « substitution » du prescripteur. De manière générale, une grande partie des patients est prise en charge par une petite partie des prescripteurs. Il existe des différences notables selon les sites. Paris se caractérise par le fait que plus des deux tiers des patients ont été pris en charge par les seuls médecins ayant une forte activité « substitution » (20 patients ou plus au cours du semestre). Le site de Toulouse est dans une situation analogue, mais légèrement moins marqué (57 % des patients). Bordeaux et Metz se caractérisent par le fait que les médecins voyant entre 3 et 19 patients pour substitution au cours du semestre rencontrent entre 40 et 50 % des patients. Enfin, Lille développe encore plus cet aspect, puisque 59 % des patients sont vus par des praticiens ayant une activité de traitement par substitution « modérée » (3 à 19 patients).

Tableau 36 - Répartition en pourcentage des patients pris en charge selon l'activité semestrielle du prescripteur dans 5 sites de 1999 à 2000

	Bordeaux		Lille		Metz		Paris		Toulouse	
	99-1	00-2	99-1	00-2	99-1	00-2	99-1	00-2	99-1	00-2
1 à 2	19	16	15	12	11	10	6	6	16	15
3 à 9	24	25	37	34	24	25	11	13	18	18
10 à 19	14	14	25	25	20	26	13	12	13	10
20 ou plus	43	45	23	29	45	39	70	69	53	57

Source : CNAMTS. Exploitation : OFDT

À partir des dates des premières et dernières prescriptions remboursées au cours d'un semestre, il a été estimé une durée minimale de traitement. Pour les personnes ayant au moins 120 jours de durée de prescription, il a été estimé qu'il s'agissait d'une prise en charge inscrite dans la durée au cours du semestre considéré. L'observation de l'évolution du pourcentage de ces personnes montre une augmentation entre le premier semestre 1999 et le second semestre 2000 pour tous les sites et produits, à l'exception de la méthadone à Metz (tableau ?).

De manière générale, on constate qu'au second semestre 2000, plus de la moitié des patients semble poursuivre un traitement de substitution de manière continue.

Tableau 37 - Pourcentage de personnes ayant au moins 120 jours de prescription au cours d'un semestre dans 5 sites de 1999 à 2000

	Bordeaux		Lille		Metz		Paris		Toulouse	
	99-1	00-2	99-1	00-2	99-1	00-2	99-1	00-2	99-1	00-2
Méthadone	54	70	52	60	73	62	63	64	48	60
Buprénorphine	62	70	58	61	55	62	50	59	53	64

Source : CNAMTS. Exploitation : OFDT

Il a été recherché l'association du traitement de substitution à une benzodiazépine ou au Stilnox® ou à l'Imovane® ou à l'Artane®. La part de population associant au moins l'un des médicaments étudiés avec la méthadone ou la BHD est très importante. Elle va de 27,1 % à Toulouse pour la méthadone à 53,7 % pour la BHD à Paris.

Tableau 38 - Part (%) de patients ayant eu un remboursement de méthadone ou de BHD au moins une fois sur trois mois et présentant une association médicamenteuse, 5 sites, second semestre 2000

	Bordeaux	Lille	Metz	Paris	Toulouse
BHD	43,4	42,4	30,6	53,7	43,4
Méthadone	42,2	37,0	39,3	49,6	27,1

Source : CNAMTS. Exploitation : OFDT

CONCLUSION

L'utilisation des produits de substitution disponibles en France (méthadone et buprénorphine haut dosage) concerne un nombre croissant et important (84 000 en mars 2001) de personnes en France. Les résultats issus des données CNAMTS de 1999 et 2000 à partir de cinq sites (Bordeaux, Lille, Metz, Paris et Toulouse) ont permis de réaliser un certain nombre de constats :

- le nombre de patients sous traitement croît sur les cinq sites. La part de la méthadone est croissante ;
- la proportion de patients utilisant ces traitements va de 2,3 (Toulouse) à 4,3 (Lille) personnes pour mille bénéficiaires du régime général ;
- en terme de répartition d'âge et de sexe, il existe une proximité statistique des sites de Toulouse et de Bordeaux ainsi que des sites de Lille et de Metz ;
- la probabilité d'être pris en charge par un traitement de substitution par méthadone plutôt que par buprénorphine haut dosage est plus forte pour les femmes que pour les hommes et pour les personnes de 30 ans et plus que pour les 15-29 ans.
- la plupart des patients ont un ou deux prescripteurs de produits de substitution au cours d'un semestre ;
- le nombre de prescripteurs de méthadone et de BHD augmente au cours de la période étudiée. Une minorité de prescripteurs prend en charge une majorité de patients. Il existe des prescripteurs ayant une activité de « spécialistes » de la substitution ;
- la prescription de certains médicaments à visée psychotrope est beaucoup plus fréquente qu'en population générale. Elle est plus élevée parmi les personnes prenant de la BHD (31 à 54 %) que parmi celles prenant de la méthadone (27 à 50 %).

Ce premier travail à partir des données CNAMTS devrait être répété annuellement, sur un plus grand nombre de sites TREND, permettant un suivi de l'évolution des résultats qui ont été présentés.

ÉLÉMENTS DE CADRAGE ISSUS D'ESCAPAD 2001

Stéphane Legleye
OFDT

1. NATURE DES DONNÉES, MÉTHODOLOGIE

Depuis l'année 2000, une fois par an, l'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) interroge, une semaine donnée, à l'aide d'un questionnaire auto-administré, tous les jeunes qui passent leur Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD), ce dispositif ayant été, en mars 2001, étendu aux départements d'outre-mer (DOM). Dix mois seulement après le premier exercice (mai 2000), il n'est pas encore possible d'observer des tendances, mais de vérifier la robustesse des résultats obtenus en 2000 et d'ajouter des éclairages complémentaires, en se focalisant sur les filles et les garçons nés en 1983, qui sont dans leur dix-huitième année au moment de l'enquête. Les données présentées ici ne concernent que la métropole (n = 12 512). Les données DOM (Réunion, Martinique et Guadeloupe, les effectifs de la Guyane étant trop réduits) sont présentées dans des rapports *ad hoc*.

2. DONNÉES DE CADRAGE

Tabac, alcool, cannabis

Moins de la moitié des jeunes fume quotidiennement du tabac (42,8 % des garçons, 41,1 % des filles : la consommation de tabac est très peu sexuellement différenciée). Une minorité de jeunes boit de l'alcool de façon régulière (plus de 10 fois au cours des 30 derniers jours) : 16,6 % des garçons et 4,4 % des filles. Si l'ivresse au cours des 12 derniers mois est courante (57,6 % des garçons et 39,8 % des filles), l'ivresse répétée (plus de 10 fois au cours des 12 derniers mois) est plus rare : 11,0 % des garçons et 2,7 % des filles. Plus de la moitié des jeunes a expé-

rimenté le cannabis : 55,7 % des garçons et 45,2 % des filles. L'usage régulier de cannabis est plus fréquent que celui d'alcool : il concerne 19,7 % des garçons et 6,9 % des filles.

Autres substances

Les médicaments psychoactifs (« pour les nerfs, pour dormir ») sont les seules substances plus fréquemment consommées par les filles : 31,1 % des filles contre 12,4 % des garçons en ont déjà pris au cours de leur vie, 14,9 % contre 3,9 % au cours des 30 derniers jours. Précisons qu'il n'était pas demandé aux enquêtés si ces prises correspondent ou non à une prescription ou si l'usage est détourné ou médical. Toutefois, dans les enquêtes qui font cette distinction, les filles s'avèrent plus consommatrices que les garçons, pour les usages prescrits comme pour les usages non prescrits¹.

Pour les autres substances illicites, les niveaux d'expérimentation déclarés par les filles sont assez rares (toujours inférieures à 4 %). Les prévalences observées pour les garçons sont toujours plus élevées, mais restent également à des niveaux relativement bas (entre 1 et 7 %, ce maximum étant atteint pour les champignons hallucinogènes). La différence relative observée entre les sexes pour le cannabis est ainsi inférieure à celle observée pour les autres substances illicites. Mécaniquement, les usages récents (au cours des 12 derniers mois et au cours des 30 derniers jours) sont faibles, l'écart étant particulièrement important dans le cas des produits à inhaler (colles, solvants), car leur usage correspond souvent à une expérimentation précoce et non renouvelée.

Après les médicaments, ce sont les champignons hallucinogènes qui sont les plus fréquemment consommés par les garçons ; chez les filles, ils ne se trouvent qu'en quatrième position. Il est possible de regrouper les autres produits par niveaux de prévalence : les produits à inhaler, le poppers et l'ecstasy (5 à 6 % chez les garçons et environ 3 % chez les filles), les amphétamines et le LSD (2 à 3 % chez les garçons et à peine plus de 1 % chez les filles) et enfin l'héroïne et le crack qui ne dépassent pas 1 %. Ces niveaux sont tout à fait similaires à ceux observés en 2000.

Alors que le poppers peut être considéré comme un produit à inhaler, il apparaît qu'un même individu a rarement expérimenté l'un et l'autre des deux produits (seuls 15,6 % des expérimentateurs de l'un ou l'autre sont dans ce cas, sans distinction selon le sexe). Ces produits renvoient donc vraisemblablement à des contextes d'usage différents.

1. Choquet et al., 2002.

Tableau 39 - Usages d'autres produits psychoactifs à 18 ans²

	Au cours de la vie :		Au cours de l'année :		Au cours du mois :	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Alcool	93,3 %	91,9 %	//	//	80,3 %	73,6 %
Tabac	78,7 %	80,7 %	//	//	52,7 %	52,1 %
Cannabis	55,7 %	45,2 %	50,0 %	37,5 %	39,2 %	23,6 %
Médicaments psychotropes	12,4 %	31,1 %	8,6 %	25,2 %	3,9 %	14,9 %
Champignons hallucinogènes	6,9 %	2,5 %	5,2 %	1,5 %	1,4 %	0,3 %
Poppers	5,7 %	3,4 %	4,2 %	2,1 %	1,6 %	0,7 %
Produits à inhaler	5,8 %	3,7 %	2,1 %	1,3 %	0,7 %	0,4 %
Ecstasy	5,0 %	2,7 %	3,9 %	2,1 %	2,2 %	1,1 %
Amphétamines	2,5 %	1,2 %	1,8 %	0,8 %	1,0 %	0,3 %
LSD	2,3 %	1,3 %	1,6 %	0,8 %	0,8 %	0,3 %
Cocaïne	2,5 %	1,3 %	2,0 %	0,9 %	1,0 %	0,4 %
Héroïne	1,0 %	0,8 %	0,6 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %
Crack	1,0 %	0,6 %	0,5 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %

Exemple de lecture : à 18 ans, 12,4 % des garçons et 31,1 % des filles ont déjà expérimenté les médicaments psychotropes.

Source : ESCAPAD 2001, OFDT

Si 2,7 % des garçons et 1,0 % des filles ont indiqué avoir déjà pris une « autre drogue », leur réponse correspond la plupart du temps à une appellation différente d'un produit figurant sur la liste³. Il s'agit souvent de cannabis (ex. : aya, bang, barrette, boer, buzz, boulette, double zéro, joint, pollen, skunk, space cake, tamien, zebda...), parfois exprimé en verlan (keusti...) ou dans une orthographe improba-

2. Pour les questions relatives à l'usage de substances illicites, le taux de non-réponse maximum atteint ici 6,3 %, pour les garçons de 18 ans et le LSD.

3. Dans ce cas, les réponses ont été recodées avec la substance, le tableau des prévalences en tenant compte.

ble (chite, hagia...). Dans quelques cas, ces appellations renvoient à des produits à inhaler (protoxyde d'azote ou proto, air sec, ballons, bande dépoussiérante pour ordinateur, O2, capsule Chantilly, eau écarlate, Ventoline®...). L'alcool et le tabac sont aussi parfois cités.

Cette question est aussi l'occasion de repérer des produits peu courants tels que la kétamine (10 individus, soit moins de 0,1 % de l'échantillon), les opiacés (20 individus, soit moins de 0,2 % de l'échantillon) tels que l'opium, la morphine, le rachacha ou la méthadone, le 2CB (3 individus), le Subutex® (3 individus) ou le GHB (2 individus), l'expérimentation de tous ces produits confondus ne dépassant pas 0,5 %.

Produits pour améliorer les performances

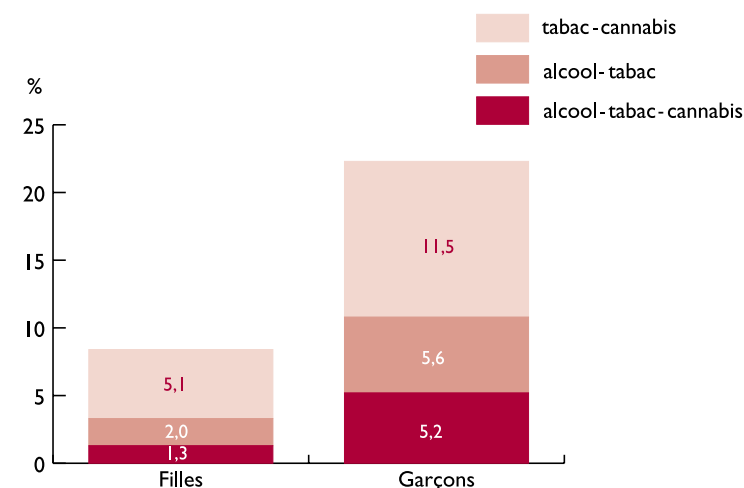
À 18 ans, au cours de leur vie, les filles ont plus souvent que les garçons déjà pris un produit pour améliorer leurs performances scolaires ou intellectuelles (7,7 %, contre 5,4 % pour les garçons). Il s'agit cependant presque toujours de vitamines, compléments alimentaires (barres céréales, etc.). Le Guronsan® est parfois cité. Un huitième des garçons qui ont déclaré une telle prise de substance déclare un produit illicite (en général le cannabis).

Au cours de leur vie, 5,7 % des garçons et 2,5 % des filles ont déjà pris des produits pour améliorer leurs performances physiques ou sportives. Le questionnaire mentionnait trois types de produits : les stimulants (amphétamines, cocaïne, caféine à haut dosage), déjà pris par 2,4 % des garçons et 1,2 % des filles ; les corticoïdes, cités par 0,4 % des garçons et 0,2 % des filles ; enfin les anabolisants, mentionnés par 0,7 % des garçons et 0,2 % des filles. Par ailleurs, 3,2 % des garçons et 1,3 % des filles ont indiqué en clair d'autres produits, principalement des vitamines, des sels minéraux ou des oligo-éléments, et plus rarement des compléments alimentaires.

3. POLYCONSOUMMATIONS

À 18 ans, 8,3 % des filles et 22,9 % des garçons déclarent consommer au moins deux produits parmi le tabac (au moins une cigarette par jour au cours des 30 derniers jours), l'alcool et le cannabis (10 fois et plus au cours des 30 derniers jours). La substance la plus impliquée dans ces polyconsommations est le tabac, tandis que la moins impliquée est l'alcool. Le profil le plus commun est la consommation de tabac et de cannabis (chez les filles comme chez les garçons) et le profil le plus rare (0,1 % des filles et 0,6 % des garçons) est la consommation d'alcool et de cannabis.

Figure 5 : polyconsommations d'alcool, de tabac et de cannabis par sexe à 18 ans



Le profil le plus rare, alcool-cannabis, rassemblant moins de 0,1 % des filles et 0,6 % des garçons, n'est pas représenté.

Source : ESCAPAD 2001, OFDT

La polyconsommation est étroitement associée à l'expérimentation d'autres substances illicites ou détournées. Le profil des polyconsommateurs d'alcool et de tabac présente les plus faibles prévalences, tandis que les polyconsommateurs des trois produits ont systématiquement les prévalences les plus élevées. Ce sont donc ces derniers qui ont expérimenté le plus grand nombre de substances illicites (en plus du cannabis : 1,7 substance en moyenne).

À 18 ans, moins de la moitié des jeunes déclare avoir déjà pris plusieurs produits en une même occasion : 45,0 % des garçons et 35,6 % des filles⁴. Pour les trois quarts d'entre eux, cette expérience se limite à l'expérimentation d'un seul type

4. À l'aide d'une question précodée proposant les associations de produits les plus courantes parmi celles qui ont été citées spontanément en 2000 : cannabis et champignons hallucinogènes, ecstasy et LSD, cannabis et alcool, alcool et médicaments. Les associations cannabis et tabac, alcool et tabac n'étaient pas proposées. Un item permettait également aux jeunes d'indiquer d'autres combinaisons.

d'association de produits. À l'exception de l'association « alcool-médicaments », qui est plus citée par les filles, par ailleurs plus souvent consommatrices de médicaments, les garçons sont plus nombreux à déclarer avoir déjà consommé plusieurs substances en une même occasion au cours de leur vie. Sans surprise, ce sont les mélanges composés des substances psychoactives les plus fréquemment consommés qui sont le plus souvent cités : cannabis-alcool et alcool-médicaments.

Tableau 40 - Fréquence des expérimentations d'usages concomitants (% en ligne)

	Cannabis et alcool	Alcool et médicaments	Cannabis et champignons	Ecstasy et LSD
Filles	27,7***	14,7***	1,1***	0,5**
Garçons	39,6	8,6	4,1	0,9

*,**,***, ns : test du χ^2 ou significatif aux seuils 0.05, 0.01, 0.001 et non significatif, pour la comparaison des sexes.

Source : ESCAPAD 2001, OFDT

Ces expérimentations sont inégalement réparties : largement répandues parmi les polyconsommateurs en général, elles le sont tout particulièrement parmi les polyconsommateurs des trois produits. En effet, si seuls 40,3 % des jeunes déclarent avoir consommé plusieurs produits de manière concomitante, la majorité des polyconsommateurs l'a fait : 72,0 % chez les polyconsommateurs d'alcool et de tabac, 93,1 % chez les polyconsommateurs de tabac et de cannabis et 97,1 % chez les polyconsommateurs des trois substances (les non-polyconsommateurs ne sont que 31,3 %). La différence entre les profils de polyconsommation n'est importante que pour les associations les plus fréquentes : cannabis-alcool et alcool-médicaments, cannabis-champignons hallucinogènes.

Une minorité de jeunes a également déclaré des associations ne figurant pas dans la liste : 5,3 % des garçons et 3,1 % des filles. Parmi les 460 autres mélanges mentionnés, le plus fréquent est « alcool-tabac ». Dans deux tiers des cas, l'association citée se compose de deux produits, dans un cas sur quatre de trois produits, et dans moins d'un cas sur vingt de quatre ou cinq produits. Les jeunes ont évoqué une très grande variété de produits, mais seuls ceux qui sont largement consommés par ailleurs sont souvent cités : au total, le cannabis figure dans 63,5 % de ces

Tableau 41 - Expérimentations associées aux profils de polyconsommations (% en ligne)

	Médicaments	Champignons	Poppers	Produits à inhaler	Ecstasy	Amphétamines	LSD	Cocaïne	Héroïne	Moyenne (d)
AT (a)	24,4 ns	5,2***	8,5***	8,2***	7,8***	4,5***	3,7***	3,1***	1,5**	0,6***
TC (b)	25,4***	20,3***	17,7***	16,2***	16,8***	7,3***	8,8***	7,8***	3,5***	1,2***
ATC (c)	26,0**	40,0***	26,3***	22,8***	27,6***	12,0***	11,1***	13,9***	3,6***	1,7***
Non-polyconsommateurs	21,3	1,8	2,2	2,8	1,5	0,8	0,7	0,8	0,5	0,3
Ensemble	21,9	4,7	4,5	4,8	3,8	1,4	1,8	1,9	0,9	0,45

*,**,***, ns : test du χ^2 ou d'égalité des moyennes significatif aux seuils 0.05, 0.01, 0.001 et non significatif, pour la comparaison de chaque profil avec le profil des non-polyconsommateurs. L'échantillon a été standardisé sur le sexe.

(a) : alcool-tabac ; (b) : tabac-cannabis ; (c) : alcool-tabac-cannabis. (d) : nombre moyen de produits expérimentés parmi ceux listés dans les colonnes 2 à 10.

Source : ESCAPAD 2001, OFDT

« autres mélanges », devant l'alcool (59,1 %), le tabac (20,9 %), l'ecstasy (19,3 %), les médicaments (17,8 %), la cocaïne (9,6 %), le poppers (6,3 %), et le LSD (5,2 %). Le tableau ci-après présente les principaux mélanges cités.

Tableau 42 - Principaux usages concomitants cités en dehors des modalités proposées

	Nombre de citations	% du nombre de réponses
Alcool-tabac	52	11,3
Cannabis-médicaments	38	8,2
Cannabis-médicaments-alcool	30	6,5
Cannabis-alcool	29	6,3
Cannabis-ecstasy	27	5,9
Cannabis-ecstasy-alcool	24	5,2
Ecstasy-alcool	19	4,1
Cannabis-poppers	13	2,8
Cannabis-cocaïne	12	2,6

Source : ESCAPAD 2001, OFDT

4. SORTIES, SOCIABILITÉS ET USAGES DE PRODUITS PSYCHOACTIFS

De façon générale, la consommation d'une substance donnée, comme la poly-consommation d'alcool, de tabac et de cannabis, apparaît fortement liée à la fréquence des sorties au cours de l'année, qu'elles soient musicales (discothèques, concerts ou *sound system*) ou non (assister à une rencontre sportive en tant que spectateur) ainsi qu'à la sociabilité des jeunes (téléphone, sorties entre amis, bars, etc.).

Les associations entre sorties et consommations, pour les 12 derniers mois varient cependant selon le produit et le type de sorties considérés. C'est le profil de sorties caractérisé par une fréquentation intensive des fêtes techno et des discothèques (c'est-à-dire au moins une fois par mois au cours des 12 derniers mois) qui s'avère le plus consommateur, surtout pour les substances synthétiques comme l'ecstasy, les amphétamines et le LSD. Seuls les ivresses répétées (au moins 10 au cours de l'année) et l'usage régulier de cannabis (au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours) sont plutôt associés à la fréquentation des concerts reggae, ragga ou

dub. Le milieu rock, pour sa part, n'apparaît associé qu'aux ivresses répétées, tandis que le milieu rap, hip-hop ne se distingue pas clairement par des consommations associées particulières. De façon générale, les relations observées entre sorties musicales et usages de substances psychoactives sont plus marquées pour les filles que pour les garçons, sauf pour les discothèques. Ceci peut suggérer que les consommations des garçons dépendent moins de leurs sorties que celles des filles.

Rappelons toutefois que ces associations entre usages et sorties ne signifient en rien que les premiers ont lieu lors des secondes. En outre, les niveaux de consommation observés concernent généralement une minorité de jeunes : ainsi, parmi les adolescents du profil « techno, discothèque », qui, pour la plupart, vont en fête techno et en discothèque au moins une fois par mois, seul un quart des garçons et un cinquième des filles ont consommé de l'ecstasy au cours de l'année.

NOUVELLES TENDANCES ISSUES D'OPPIDUM EN 2001

*Xavier Thirion, Carine Saillard,
et le réseau des centres d'évaluation et d'information
sur la pharmacodépendance (CEIP)*

RAPPEL MÉTHODOLOGIQUE

OPPIDUM est une enquête d'observation et de surveillance multicentrique, réalisée par les Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) en relation avec l'Unité des stupéfiants et psychotropes de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Le recueil des données est effectué annuellement au mois d'octobre, sur une durée de quatre semaines.

Depuis 1995, le programme OPPIDUM fonctionne en réseau en collaboration avec l'ensemble des CEIP :

- CEIP de Toulouse, Montpellier, Bordeaux ;
- CEIP de Caen, Nantes ;
- CEIP de Grenoble, Lyon ;
- CEIP de Marseille ;
- CEIP de Nancy ;
- CEIP de Paris.

Lesquels travaillent eux-mêmes en réseau avec les centres d'enquête de leur région respective.

L'objectif de l'enquête est de surveiller l'évolution de la consommation des substances psychoactives consommées par les sujets présentant une pharmacodépendance et d'évaluer le potentiel d'abus et de dépendance des médicaments. L'observation porte sur les produits illicites, les médicaments détournés de leur usage, mais aussi sur les produits de substitution.

Lors d'un entretien avec le sujet, les enquêteurs recueillent les informations à l'aide d'un questionnaire composé de deux parties, une fiche « patient » et autant de fiches « produits » que de substances consommées lors de la semaine précédant l'entretien.

La fiche « patient » comprend des informations sociodémographiques, des renseignements concernant les conduites addictives associées et la participation éventuelle de la personne à un programme de substitution.

Les fiches « produit » comprennent des informations concernant le produit, ses modes d'obtention et de consommation, l'effet recherché et les signes de dépendance.

DONNÉES ANALYSÉES

Pour répondre aux objectifs du programme TREND, cette analyse porte sur les résultats préliminaires de la dernière enquête OPPIDUM (octobre 2001). Habituellement, les premiers résultats annuels du programme sont validés par le comité des CEIP du mois de mai. Il ne s'agit donc que d'une présentation des principales tendances observées au cours de cette enquête, qui ont été comparées aux résultats obtenus lors des deux enquêtes précédentes (octobre 1999 et octobre 2000).

Pour être retenus comme « tendance », les résultats des trois dernières enquêtes devaient avoir une évolution cohérente sur les trois années (diminution, augmentation ou stabilité). Les chiffres présentés font état, le plus souvent, du pourcentage observé en 1999 et en 2001.

L'enquête 13 s'est déroulée du 1^{er} au 27 octobre 2002. 80 centres d'enquête ont participé cette année et ont inclus 2 858 sujets, soit une augmentation de 27 % par rapport à l'enquête précédente. Au total, 5 934 substances psychoactives ont été décrites.

Principales tendances observées

Les caractéristiques des sujets inclus dans l'enquête

Les résultats de l'enquête 13 montrent une stabilité du sexe ratio (1/3), de l'âge (31,2 ans +/- 7,2), et globalement des données socio-économiques, à l'exception du taux d'activité professionnelle qui augmente passant de 38 à 43 % en 2 ans.

Les comportements globaux de consommation

Cette enquête montre une légère augmentation de la polyconsommation (de 56 % des sujets en 1999 à 60 % en 2001). Ceci apparaît en particulier sur la proportion de sujets consommant plus de trois produits (sans compter l'alcool et le tabac), qui passe de 18 à 21 %.

La dépendance à l'alcool est signalée en hausse ; elle passe progressivement de 15 à 17 %.

Le nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse diminue de 16 à 12 %.

Les traitements de substitution (usage de buprénorphine ou de méthadone dans le cadre d'un traitement prescrit de substitution)

La proportion de sujets sous protocole de substitution semble se stabiliser autour de 75 % des personnes interrogées. Parmi ces traitements de substitution, la buprénorphine est légèrement en baisse (de 57 à 54 %) au profit de la méthadone.

Le sulfate de morphine (Skenan[®] et Moscontin[®]) est très rarement signalé comme traitement de substitution (1 % des cas).

Les médicaments psychotropes

Les benzodiazépines

La proportion d'usagers de benzodiazépines est constante depuis 1999 (25 %).

Nombre de signalements

Cette enquête montre une baisse du flunitrazépam (Rohypnol[®]) qui, avec 115 signalements en 2001, représente 3 % des médicaments psychotropes enregistrés contre 6 % en 1999 et 2000.

Les déclarations des médicaments suivants sont stables :

- clorzépatate dipotassique (Tranxène[®] ou Noctran[®]) : 161 signalements ;
- bromazépam (Lexomil[®]) : 147 signalements ;
- alprazolam (Xanax[®]) : 94 signalements ;
- et diazépam (Valium[®] ou Novazam[®]) : 75 signalements.

À noter, une légère augmentation des signalements du clonazépam (Rivotril[®]) : 27 en 1999, 32 en 2000 et 59 en 2001.

Indicateurs en rapport avec un détournement d'usage

La benzodiazépine la plus détournée reste le flunitrazépam (Rohypnol®). En revanche, la proportion de sujets consommant une dose journalière de flunitrazépam supérieure à la dose maximum autorisée selon l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) est en baisse (de 90 à 74 %). Enfin, son obtention par « deal » est lui aussi en baisse passant de 34 à 26 %.

À l'inverse, la consommation journalière de clorazépate dipotassique (Tranxène®) est en légère augmentation. On enregistre, en 2001, 22 % de personnes consommant le clorazépate dipotassique à des doses supérieures à celles définies par l'AMM contre 19 % en 1999.

Le clonazépam (Rivotril®) est signalé de plus en plus souvent comme étant l'objet d'un « deal » (de 4 à 20 %).

Par ailleurs, d'autres benzodiazépines sont obtenues par « deal », mais de manière beaucoup moins fréquente :

- l'alprazolam (Xanax®),
- le bromazépam (Lexomil®),
- le diazépam (Valium® ou Novazam®),
- le lorazépam (Témesta®),
- l'oxazépam (Séresta®).

Les antidépresseurs

La consommation d'antidépresseurs est en légère augmentation (de 6 à 9 % des sujets interrogés), mais avec peu de signes de détournement d'usage. Ils sont prescrits et consommés le plus souvent à des doses conformes à l'AMM et ne sont jamais l'objet d'un « deal ».

Les antipsychotiques

Ils sont également en augmentation faible (de 6 à 8 % des sujets interrogés) et ne sont presque jamais l'objet d'abus.

Les opiacés

La consommation de buprénorphine haut dosage (Subutex®) est en légère baisse : 1 277 signalements dont 1 168 dans le cadre de traitements de substitution. Son usage par voie intraveineuse diminue (de 17 à 13 %). Son obtention par d'autres moyens que la prescription médicale reste importante (235 cas).

La méthadone n'est presque jamais détournée de son usage comme traitement de substitution.

La consommation de sulfate de morphine (Skenan® surtout ou Moscontin®) est stable : 38 + 6 signalements. Le Skenan® est injecté dans la moitié des cas.

Enfin, la consommation de codéine devient de plus en plus faible : 48 signalements.

Les autres psychotropes

Une vingtaine d'autres psychotropes ont été enregistrés dans OPPIDUM au cours de cette enquête d'octobre 2001. Pour la plupart, il s'agit de médicaments cités très peu de fois ou paraissant s'inscrire dans le cadre d'une prescription habituelle.

À noter l'apparition de la kétamine (2 cas en 2000, 7 cas en 2001) et la faible évolution du trihexyphénidyle (surtout Artane® ou Parkinane®) : 9 cas en 1999, 5 cas en 2000, 13 cas en 2001.

Les substances illicites

L'héroïne

Le programme OPPIDUM avait montré la diminution progressive de l'héroïne depuis 1995 (de 74 % des sujets inclus en 1995 à 12 % en 2000). Cette enquête montre, en 2001, pour la première fois, une remontée de l'héroïne (14 % des sujets inclus pour 414 observations). Ces dernières années, cette substance est le plus souvent absorbée par voie nasale (62 % des cas) ou inhalée (17 % des cas en 2001). La voie IV est signalée dans 31 % des observations en 2001 (le total peut dépasser 100 % car plusieurs voies d'administration peuvent être utilisées).

La cocaïne

Le programme avait montré une augmentation importante de l'usage de cocaïne entre 1996 et 1998 pour atteindre 13 % en 1998 et 12 % en 1999. Cette proportion est de 8 % lors des enquêtes 2000 et 2001 (234 observations). L'enquête montre également une diminution de l'usage par voie intraveineuse de la cocaïne (de 50 % et 49 % à 40 % en 2001) au profit de la voie nasale (56 %) ou de l'inhalation (15 %).

Les amphétamines illicites

Ces substances sont en régulière augmentation mais faiblement signalées : de 31 observations en 1999 à 78 en 2001.

Le cannabis

Le programme OPPIDUM publie peu de résultats concernant l'usage de cannabis en raison de la non-déclaration notoire, volontaire et affirmée de certains centres participant aux enquêtes.

Les autres substances psychoactives

Ce groupe de substances est très hétérogène (solvants, champignons, plantes...) et ne regroupe que très peu d'observations (10 au total en 2001).

Par contre, les solvants et colles sont régulièrement cités comme « premier produit consommé » (88 observations en 2001).

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier :

Les 80 centres d'enquête ayant participé à l'enquête de 2001. À noter que certains d'entre eux contribuent au programme chaque année depuis 1990 !

Les Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, coordinateurs de l'enquête :

- CEIP de Toulouse, Montpellier, Bordeaux
- CEIP de Caen, Nantes
- CEIP de Grenoble, Lyon
- CEIP de Marseille
- CEIP de Nancy
- CEIP de Paris

TENDANCES EN MATIÈRE DE RÉDUCTION DES RISQUES CHEZ LES USAGERS DE DROGUES PAR VOIE IV AU 30/12/2001

Julien Emmanuelli, InVS

MÉTHODE

La présentation des tendances en matière de réduction des risques chez les Usagers de drogues intraveineux (UDIV) s'appuie sur le croisement des données issues :

- d'un système d'information SIAMOIS¹ basé à l'Institut de veille sanitaire (InVS), renseignant sur les ventes en pharmacies de seringues et de produits de substitution ;
- du fichier FNAILS² de l'Office centrale de répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS) ;
- et d'études nationales disponibles chez les UDIV.

Pour la période de 1996 à 1999, les données et les commentaires sur ces tendances sont disponibles dans le rapport SIAMOIS de l'InVS.

RÉSULTATS

Accès aux seringues

La vente de seringues stériles est autorisée depuis 1987 en pharmacie, et leur distribution par les programmes d'échange de seringues depuis 1993. De 1995 à 1999, l'accessibilité globale (ventes en pharmacie et distribution par les associa-

1. Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution.

2. Fichier national des auteurs d'infraction à la législation sur les stupéfiants.

tions) des usagers de drogues aux seringues ne cesse de croître (+ 15 %) passant de 15 à 18 millions. À partir de l'année 2000, on constate une baisse de plus d'un tiers des ventes officinales de seringues stériles aux UDIV (- 37 % entre 1999 et 2001) sans que cette diminution ne soit compensée par la distribution de seringues dans les programmes d'échanges de seringues (tableau 43).

Tableau 43 - Accès aux seringues stériles et aux médicaments de substitution entre 1995 et 2001

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
STERIBOX (en seringue)	3 888 656	3 832 654	4 614 806	5 440 032	5 759 374	5 262 384	5 304 214
BD 1 ml en lots de 30 (volume total)	7 139 800	6 479 966	6 433 436	6 076 369	7 379 847	5 154 324	2 807 952
BD 2 ml en lots de 20 (volume total)	1 061 532	965 306	921 072	869 466	933 984	151 284	0
BD 1ml à l'unité	0	167 790	122 823	206 009	312 996	160 444	0
Autres marques	2 050 333	1 903 266	1 869 333	1 787 961	2 156 707	1 366 513	701 988
BD 0,5ml*	-	-	-	-	-	1 000 000	1 000 000
Total seringues pharmacie	14 140 321	13 348 982	13 961 470	14 379 837	16 542 908	13 094 949	9 814 154
Seringues PES**	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000
Total seringues UDIV	15 640 321	14 848 982	15 461 470	15 879 837	18 042 908	14 594 949	11 314 154
"Nb théorique d'UDIV/mois à 8mg/j de Subutex VILLE"	0	20 156	40 357	59 238	66 244	69 837	75 620
"Nb théorique d'UDIV/mois à 60 mg/j de Méthadone VILLE"	1 000	1 332	2 013	2 532	3 502	4 366	5 846
"Nb théorique d'UDIV/mois à 60 mg/j de Méthadone CSST"	1 700	2 580	3 426	4 160	4 905	5 351	6 804
Total UDIV sous substitution	2 700	24 068	45 796	65 930	74 651	79 553	88 270

Données InVS-SIAMOIS

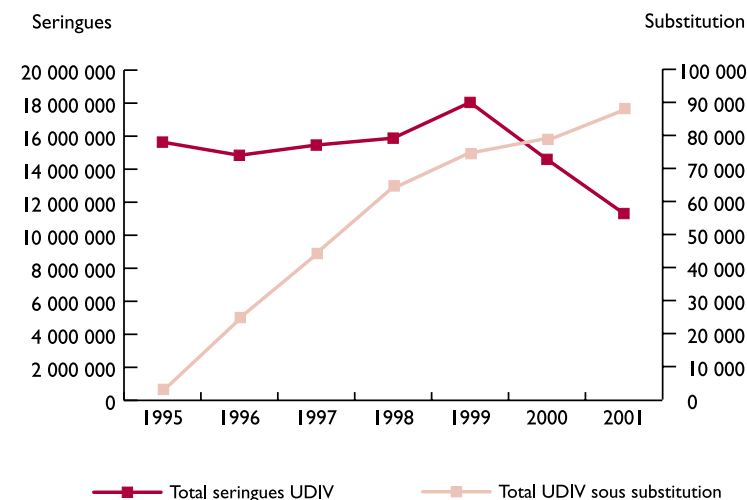
* : Depuis l'année 2000, la firme Becton-Dickinson (BD) observe un accroissement notable de la consommation des seringues 0,5 ml. Sur les 2 millions de seringues de ce type annuellement vendues depuis 2000, la moitié le serait à des usagers de drogues.

** : Dans un souci d'exhaustivité, nous avons complété l'information issue de SIAMOIS par les volumes de seringues distribuées parallèlement par le circuit associatif (estimation de 1996 réalisée pour la constitution d'une base de sondage dans le cadre de l'enquête PES « Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les PES en France », rapport InVS-INSERM, J. Emmanuelli, F. Lert). Faute de données actualisées précises, on considère globalement que le niveau de l'offre associative est resté constant depuis 1996. D'après la DGS, ce chiffre pourrait cependant avoir doublé entre 2000 et 2001. En tout état de cause, la baisse observée sur ces deux dernières années en matière d'accès aux seringues demeure très importante et mérite d'être documentée.

Accès aux traitements de substitution

Les ventes de Subutex® ont connu une très forte croissance nationale depuis son autorisation de mise sur le marché en 1996. En 2001, les volumes vendus équivalent à la consommation de 76 000 personnes sous 8 mg/j un mois donné. Ce nombre semble stable depuis plusieurs mois. La croissance nationale de la consommation de la méthadone n'a pas été aussi fulgurante que celle du Subutex®, sa prescription en ville dépendant surtout du nombre et de l'activité locale des Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). Au total, plus de 88 000 personnes consommeraient des produits de substitution en 2001, dont la majeure partie dans un cadre médicalisé (tableau 1).

Figure 6 - Évolution de l'accès aux seringues et du nombre d'UD sous substitution entre 1995 et 2001



Données InVS-SIAMOIS

Évolution des principaux indicateurs de risque liés à l'usage

Depuis la libération de la vente des seringues en pharmacie (1987), on note une diminution constante des pratiques de partage (de 15 à 20 %) et de réutilisation de la seringue, une baisse suivie d'une stabilisation de la prévalence VIH entre 15 et 20 % et le maintien d'une prévalence VHC élevée (autour de 60 %).

Initiée depuis 1995, la baisse des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) pour usage et usage-revente d'héroïne s'accroît nettement à partir de 1996 (tableau 2). Dans son dernier rapport, l'OCRTIS estime que « cette tendance traduit une désaffection persistante pour l'héroïne » et l'explique surtout par la forte extension des traitements de substitution.

La croissance de l'usage de cocaïne, reflétée ici par les ILS cocaïne pour usage et usage-revente (tableau 2) s'est parallèlement intensifiée à partir de l'instauration des suivis méthadone en ville (1995), pour littéralement exploser avec la diffusion massive du Subutex® (1996).

Enfin, les décès par surdose ont spectaculairement chuté depuis 1995 pour atteindre en 1999 leur plus bas niveau national depuis 1979. En 2000, cette tendance semble se stabiliser. D'après l'OCRTIS, la consommation d'héroïne est toujours majoritairement en cause, même si on constate de plus en plus de décès impliquant d'autres substances, le plus souvent associées (alcool, médicaments).

Tableau 44 - Évolution des ILS et des décès par surdose de 1994 à 2001

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ILS héroïne	17145	17328	14596	11877	7 453	6 141	?	?
ILS cocaïne	1 156	1 184	1 388	1 785	2 850	3 397	?	?
DC par OD	564	465	385	227	143	118	120	?

Données OCRTIS

DISCUSSION

Jusqu'en 1999, l'accessibilité aux seringues stériles n'a cessé de croître. Cette action de réduction des risques semble relativement efficace sur l'adoption de comportements d'injection à moindre risque et la transmission du VIH par voie intraveineuse. Cependant, l'impact sur la transmission du VIH en sera limité s'il persiste un partage résiduel de la seringue et si la prévention des risques sexuels chez les UDIV n'est pas renforcée. Par ailleurs, le niveau de réduction actuel du partage de seringues semble avoir peu d'effet sur la prévalence du VHC et le rôle du partage du reste du matériel reste ainsi posé.

À partir de 2000, on observe une nette diminution du recours aux seringues stériles habituellement vendues aux UDIV. Diverses hypothèses, non exclusives les unes des autres, peuvent expliquer cette baisse :

- « moins d'entrées » dans l'usage intraveineux, notamment du fait de l'utilisation de mode de consommation alternatif (sniff, fumée) chez les nouveaux usagers de drogues ;
- « plus de sorties » de l'usage intraveineux, notamment du fait de la substitution largement répandue chez les UDIV ;
- reprise de comportements de partage et de réutilisation de la seringue chez certains usagers de drogues.

De 1996 à 2001, la consommation de produits de substitution augmente sans discontinuer tandis que les ILS à l'héroïne et les surdoses mortelles ont fortement chuté (respectivement - 60 % et - 78 % en 6 ans). Dans le même temps, la consommation de la cocaïne s'est considérablement accrue (+ 193 % en 5 ans).

Jusqu'en 1999, cette diffusion massive des traitements de substitution n'a ni réfréné ni stabilisé l'accroissement national des ventes officinales de seringues. Ainsi, on observe qu'un certain nombre d'usagers de drogues à problèmes alternent, voire associent simultanément, la prise de Subutex® avec l'injection de produits illicites ou licites. Les choses semblent cependant changer en 2000, où le moindre recours aux seringues stériles pourrait être en partie imputable à cette diffusion très importante de la substitution.

CONCLUSION

L'offre de seringues et de traitements de substitution n'a cessé de croître depuis 1996, renforçant incontestablement la tendance à l'amélioration de la santé des UDIV, amorcée plusieurs années auparavant. Cette amélioration concerne surtout la mortalité liée à l'usage de drogues. L'essor de la politique de réduction des risques semble, en revanche, sans effet sur la prévalence du VHC qui se maintient à un niveau très élevé. De même, en diminuant l'usage d'héroïne, le développement de l'offre de traitements de substitution s'est également accompagné de modifications de comportements et d'usages, engendrant à leur tour de nouveaux problèmes : utilisation détournée du Subutex[®] par voie intraveineuse, consommation dans des contextes de polytoxicomanies dangereuses, déstabilisation des comportements de prévention avec la cocaïne. Enfin, si la baisse de l'accès aux seringues peut être interprétée comme un indicateur d'efficacité des traitements de substitution, elle peut aussi traduire une reprise de comportements à risques qu'il est urgent de documenter.

ANNEXES

GLOSSAIRE	285
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	289

GLOSSAIRE

Substances psychoactives

2C-T-7 (2,5-Dimethoxy-4- (n)-propylthiophenethylamine) : substance, appartenant à la famille des phénéthylamine, dont les effets sont proches de la mescaline et de la MDMA. Ne figure pas sur la liste des stupéfiants en France.

2C-B (4-bromo-2,5-diméthoxyphénéthylamine) : substance, appartenant à la famille des phénéthylamines, dont les effets seraient proches à la fois de ceux de la MDMA et du LSD, procurant à la fois énergie physique et hallucinations.

DOB (2,5-dimethoxy-amphétamine) : substance appartenant à la famille des amphétamines, dont les propriétés hallucinogènes sont similaires à celles du LSD. Les effets peuvent durer de 6 à 30 heures.

Ice (Dexméthamphétamine) : forme fumable de la méthamphétamine. Elle se présente en général sous forme de cristaux transparents d'où elle tire son nom. Ces effets seraient plus puissants que ceux habituellement reconnus aux amphétamines et engendreraient un comportement agressif et paranoïaque ainsi que des hallucinations auditives. Les effets durent de 8 à 24 heures.

MDMA (3,4-méthylènedioxymétamphétamine) : substance appartenant à la famille des méthamphétamines. Sa durée d'action est de 4 à 6 heures. La MDMA procure de nombreux effets excitants : augmentation de la fréquence cardiaque, accélération de la respiration, débordement d'énergie et hyper-activité. Ce produit est inscrit au tableau des stupéfiants depuis l'arrêté du 9 juillet 1986.

La **MDA** et la **MDEA** sont également obtenues par modification de la molécule d'amphétamines, elles ont des durées d'action différentes. L'importance des effets hallucinatoires et le degré de l'euphorie varient selon les produits.

PMA (para-méthoxyamphétamine) : possède des propriétés hallucinogènes cinq fois plus importantes que la mescaline, ainsi que des propriétés stimulantes. La PMA, souvent vendue pour de l'ecstasy, est trois fois plus puissante que la MDA et apparaît plus toxique (hyperthermie, agitation, hypertension, etc.).

Protoxyde d'azote : gaz découvert en 1772, utilisé comme anesthésique en médecine et propulseur dans les bombes aérosols. Cette substance est connue depuis le XIX^e siècle, pour ses effets euphorisants. Après 8 à 10 secondes d'inhalation, ce gaz produit des étourdissements et une excitation. Sa durée d'action est très courte : 2 à 3 minutes.

Poppers : préparation contenant des nitrites aliphatiques (nitrites d'amyle, de butyle, de propyle). Les poppers induisent une légère euphorie et une vasodilatation intense, avec accélération du rythme cardiaque. Ils favoriseraient l'activité sexuelle (augmentation de la durée de l'érection, amplification des sensations orgasmiques, retard à l'éjaculation). Les effets débutent au bout de 7 à 10 secondes et durent environ 30 à 60 secondes.

4-MTA (4-méthylthioamphétamine) : substance – encore peu connue – qui aurait un effet stimulant relativement léger sans engendrer ni hallucinations ni distorsions visuelles. Le 4-MTA procurerait un sentiment de calme sans euphorie. Ses effets sont assez longs et durent environ 12 heures. Le 4-MTA est classé au tableau des stupéfiants depuis l'arrêt du 16 novembre 1999.

Rachacha : résidu d'opium de fabrication artisanale, fumé.

Salvia divinorum : principe actif Salvatorin A. Essentiellement fumées, les feuilles de *Salvia divinorum* peuvent aussi être ingérées ou inhalées après vaporisation. Herbe qualifiée de « magique » ou « divinatoire », aux effets psychoactifs plus méditatifs et mystiques que récréatifs, utilisée traditionnellement en shamanisme et médecine sacrée (Mexique). Selon les quantités fumées sont décrites des sensations ébrieuses, hallucinations visuelles, jusqu'à dépersonnalisation et amnésie. Consommation licite partout sauf en Australie. Pas de données pharmacologiques ou toxicologiques disponibles.

STP (Serenity Tranquility Peace) ou **DOM** (4-méthyl-2,5-diméthoxy-amphétamine) : substance dont la durée d'action peut aller jusqu'à 12 heures. Ses effets se caractérisent par une excitation intense et de nombreuses réactions hallucinogènes légères. Dans les années 1960, ce produit était fréquemment associé au LSD.

YABA : dérivé amphétaminique (méthamphétamines essentiellement). Connu depuis plus de 30 ans en Thaïlande, le YABA a été interdit en 1970. Très facile à fabriquer, encore rare en Europe, mais certains observateurs pronostiquent qu'il pourrait supplanter l'ecstasy dans le milieu festif. Se présente sous forme de comprimés ; produit des effets hallucinogènes intenses et maintient éveillé pendant des heures. Risques importants d'hallucinations avec paranoïa ; secondairement risque de dépression grave.

Médicaments

Artane® : médicament anticholinergique de synthèse prescrit essentiellement aux malades atteints de la maladie de Parkinson, détourné et utilisé pour ses effets hallucinogènes.

Analgsiques morphiniques majeurs (de niveau III) :

- sulfates de morphine à usage prolongé ; antalgiques majeurs par voie orale utilisés essentiellement en cancérologie (dont Skenan® et Moscontin®). Prescrits parfois dans le cadre d'une substitution. Peuvent être utilisés de façon détournée,
- agonistes-antagonistes morphiniques : buprénorphine (Temgesic®). Présentation sous forme de comprimés sublinguaux. Peuvent être détournés de leur usage.

Analgsiques périphériques : paracétamol (dont Doliprane®, Efferalgan®), Aspirine® et salicylés (dont Aspegic®, Catalgine®), Noramydopyrine (dont Avafortan®)

Analgsiques morphiniques mineurs (de niveau II) : codéine (dont Dafalgan codéiné®), dextropropoxyphène (dont Di-Antalvic®).

Anti-inflammatoires non stéroïdiens : (par opposition aux anti-inflammatoires stéroïdiens ou corticoïdes). Très nombreuses spécialités médicamenteuses normalement prescrites pour leurs propriétés analgsiques comme l'ibuprofène (Advil®) ou leurs propriétés anti-inflammatoires comme le kétoprofène (Profenid®) et le Diclofénac (Voltarène®) particulièrement indiqué en rhumatologie.

Benzodiazépine (dont le Rohypnol® et le Valium®) : molécules utilisées fréquemment par les usagers de drogues en automédication du fait de leurs effets hypnotiques et anxiolytiques.

Buprénorphine haut dosage (BHD) : Subutex®. Traitement de substitution chez les héroïnomanes (comprimés sub-linguaux en une prise quotidienne). Il supprime le syndrome de manque sans effet euphorisant ni sensation de « flash ». Délivré sur ordonnance sécurisée avec prescription limitée à 28 jours, dans le cadre d'une pratique en réseau (Centres de soins spécialisés aux toxicomanes - CSST, médecins généralistes et pharmaciens d'officine). Le Subutex® peut être détourné de son usage et utilisé par voie injectable.

Chloroquine : Nivaquine®. Traitement préventif/curatif du paludisme. Effets secondaires fréquents rapportés : vision floue, étourdissements.

Dextrométhorphan (DXM) : antitussif opiacé dont l'usage détourné est connu et décrit depuis 25 ans aux États-Unis (utilisation détournée pour ses effets euphorisants hallucinogènes et dissociatifs).

Méthadone : traitement de substitution chez les héroïnomanes, disponible sous forme de sirop et délivré sur ordonnance sécurisée avec prescription limitée à 7 jours. Soumis à une prescription initiale par un médecin exerçant dans un CSST. La toxicité aiguë de la méthadone est supérieure à celle de la buprénorphine.

Sulfates de morphine (dont le Skénan® et le Moscontin®) : morphiniques à libération prolongée.

Survector® : antidépresseur dont l'Autorisation de mise sur le marché remonte à 1976. Le Survector® est utilisé pour le traitement des épisodes dépressifs majeurs. La spécificité de ce médicament par rapport aux autres antidépresseurs est liée à son action particulière euphorisante et psychostimulante. Depuis la fin de l'année 1999, ce produit n'est plus disponible.

Tilétamine (2-éthylamino-2-thien-2-cyclohexanone) : anesthésique vétérinaire de structure chimique semblable au PCP et à la kétamine. Dans le commerce, il est associé à une benzodiazépine pour contrôler les troubles neurologiques induits chez l'animal (hypertonie et convulsions).

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figures

FIGURE 1 - COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE DU DISPOSITIF TREND	21
FIGURE 2 - ÉVOLUTION PAR TRIMESTRE DE LA MOYENNE, DU PREMIER ET DU TROISIÈME QUANTILE DE LA QUANTITÉ DE MDMA PAR COMPRIMÉ DANS LA BASE SINTES	150
FIGURE 3 - RÉPARTITION DES COMPRIMÉS DE MDMA SELON LA QUANTITÉ DE MDMA ET PAR ANNÉE DANS LA BASE SINTES	151
FIGURE 4 - ÉVOLUTION PAR RÉGION DU DOSAGE MOYEN EN MDMA DES COMPRIMÉS EN 2000 ET 2001 (697 COMPRIMÉS EN 2000 ET 882 COMPRIMÉS EN 2001)	152
FIGURE 5 : POLYCONSOUMMATIONS D'ALCOOL, DE TABAC ET DE CANNABIS PAR SEXE À 18 ANS	265
FIGURE 6 - ÉVOLUTION DE L'ACCÈS AUX SERINGUES ET DU NOMBRE D'UD SOUS SUBSTITUTION ENTRE 1995 ET 2001	279

Tableaux

FRÉQUENCE EN POURCENTAGE DE L'EXPÉRIMENTATION DE DROGUES ILLICITES CHEZ LES 18 ANS, 18-75 ANS, LES 18-25 ANS ET LES 26-44 ANS EN 2000, PAR ÂGE	25
FORME ET CONTENU DES ÉCHANTILLONS DE LA BASE SINTES COLLECTÉS ET SAISIS EN FRANCE EN L'AN 2001	27
TABLEAU 2 - RÉPARTITION PAR GROUPE D'ÂGE ET PAR SEXE DES PARTICIPANTS À L'ENQUÊTE BAS SEUIL 2001 ET PAR GROUPE D'ÂGE À L'ENQUÊTE ASUD 2001	44
TABLEAU 1 - NOMBRE DE PERSONNES SELON LE SEXE ET LE SITE TREND AYANT PARTICIPÉ À L'ENQUÊTE « BAS SEUIL 2001 »	44
TABLEAU 4 - CONSOMMATION QUOTIDIENNE DE TABAC PARMIS LES USAGERS EN AYANT CONSOMMÉ AU COURS DU DERNIER MOIS	46
TABLEAU 3 - CONSOMMATION QUOTIDIENNE D'ALCOOL PARMIS LES USAGERS EN AYANT CONSOMMÉ AU COURS DU DERNIER MOIS	46

TABLEAU 5 - FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS PARMIS LES USAGERS EN AYANT CONSOMMÉ AU COURS DU DERNIER MOIS	47	TABLEAU 19- FRÉQUENCE D'UTILISATION DE DIFFÉRENTES VOIES D'ADMINISTRATION POUR UTILISER DE LA BHD, EN 2001, CHEZ DES USAGERS DE STRUCTURES DE BAS SEUIL, SELON L'ANCIENNETÉ D'UTILISATION D'HÉROÏNE	76
TABLEAU 6 - FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION DE PRODUITS OPIACÉS AU COURS DU DERNIER MOIS PARMIS DES USAGERS DE STRUCTURES BAS SEUIL ET DES PERSONNES CONTACTÉES PAR ASUD ET RYTHME DE CETTE CONSOMMATION	48	TABLEAU 20- PRIX EN FRANCS D'UN COMPRIMÉ DE 8 MG DE BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE DANS L'ESPACE URBAIN EN 2000 ET 2001 SELON LES SITES TREND	79
TABLEAU 8- FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES AU COURS DU DERNIER MOIS PARMIS DES USAGERS DE STRUCTURES BAS SEUIL ET DES PERSONNES CONTACTÉES PAR ASUD ET EN 2001	49	TABLEAU 21 - FRÉQUENCE D'UTILISATION DE DIFFÉRENTES VOIES D'ADMINISTRATION DE LA COCAÏNE, EN 2001, CHEZ DES USAGERS DE STRUCTURES DE BAS SEUIL, SELON L'ANCIENNETÉ D'UTILISATION DE LA COCAÏNE	94
TABLEAU 7 - FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION DE PRODUITS STIMULANTS AU COURS DU DERNIER MOIS PARMIS DES USAGERS DE STRUCTURES BAS SEUIL ET DES PERSONNES CONTACTÉES PAR ASUD ET RYTHME DE CETTE CONSOMMATION EN 2001	49	TABLEAU 22 - PRIX MOYEN, EN FRANCS, DU GRAMME DE COCAÏNE DANS L'ESPACE URBAIN SUR LES SITES TREND POUR 2000 ET 2001	99
TABLEAU 9 - FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION DE PRODUITS HALLUCINOGENES AU COURS DU DERNIER MOIS PARMIS DES USAGERS DE STRUCTURES BAS SEUIL ET DES PERSONNES CONTACTÉES PAR ASUD EN 2001	50	TABLEAU 23 - RÉPARTITION DES ÉCHANTILLONS DE COCAÏNE SAISIS ENTRE 1999 ET 2001 PAR LES SERVICES DE DOUANES ET DE POLICE SELON LE TAUX DE PURETÉ	100
TABLEAU 10 - FRÉQUENCE DE L'USAGE DE L'INJECTION AU COURS DES TRENTE DERNIERS JOURS SELON LE GROUPE D'ÂGE, PARMIS LES USAGERS DES STRUCTURES DE BAS SEUIL EN 2001	52	TABLEAU 24 - FRÉQUENCE D'USAGE D'ECSTASY SELON LA FRÉQUENCE DE PARTICIPATION À DES ÉVÉNEMENTS FESTIFS TECHNO CHEZ DES PERSONNES DE 18 ANS EN 2001	103
TABLEAU 12 - RÉSULTATS DÉCLARÉS DE SÉROLOGIES VIRALES, SELON LE GROUPE D'ÂGE, PARMIS DES USAGERS DE STRUCTURES DE BAS SEUIL EN 2001, EN FRANCE	57	TABLEAU 25 - PRIX D'UN COMPRIMÉ ET D'UN GRAMME DE POUDRE D'ECSTASY SELON LES OBSERVATEURS DU RÉSEAU DES SITES POUR L'ESPACE URBAIN ET L'ESPACE FESTIF EN 2001	106
TABLEAU 11 - RÉSULTATS DÉCLARÉS DE SÉROLOGIES VIRALES, SELON LE SEXE, PARMIS DES USAGERS DE STRUCTURES DE BAS SEUIL EN 2001, EN FRANCE	57	TABLEAU 26 - FRÉQUENCE DE DIFFÉRENTES MODALITÉS D'APPROVISIONNEMENT EN FLUNITRAZÉPAM (ROHYPNOL®) EN 2001, EN FRANCE, AU SEIN DE DEUX POPULATIONS D'USAGERS DE DROGUES	136
TABLEAU 13- RÉSULTATS DÉCLARÉS DE SÉROLOGIES VIRALES, SELON LE SITE TREND, PARMIS DES USAGERS DE STRUCTURES DE BAS SEUIL EN 2001, EN FRANCE	58	TABLEAU 27 - ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ET DE LA PRATIQUE DE L'INJECTION SELON L'ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE FLUNITRAZÉPAM EN 2001	137
TABLEAU 14 - UTILISATION DES DIFFÉRENTES VOIES D'ADMINISTRATION POUR UTILISER DE L'HÉROÏNE, EN 2001, CHEZ DES USAGERS DE STRUCTURES DE BAS SEUIL, SELON L'ANCIENNETÉ D'UTILISATION D'HÉROÏNE	67	TABLEAU 28 - FORME ET CONTENU DES ÉCHANTILLONS DE LA BASE SINTES COLLECTÉS ET SAISIS EN FRANCE EN L'AN 2001	149
TABLEAU 15 - DÉCLARATION DE RÉSULTATS DE SÉROLOGIES VIRALES, EN 2001, CHEZ DES USAGERS DE STRUCTURES DE BAS SEUIL, SELON L'ANCIENNETÉ D'UTILISATION D'HÉROÏNE	68	TABLEAU 29 - CONTENUS DES COMPRIMÉS DE LA BASE SINTES CONSIDÉRÉS COMME « ECSTASY » PAR L'USAGER OU L'USAGER POTENTIEL DE 1999 AU PREMIER TRIMESTRE 2002	156
TABLEAU 16 - PRIX MOYEN, EN FRANC, DU GRAMME DES DEUX FORMES D'HÉROÏNE SUR LES SITES TREND (ESPACE URBAIN) EN 2000 ET 2001	70	TABLEAU 30 - INDICE D'HÉTÉROGÉNÉITÉ GÉOGRAPHIQUE DE LA POPULATION SOUS TRAITEMENT DE SUBSTITUTION DANS QUATRE SITES SELON LA MÉTHODE DE SUBSTITUTION ET LE SEMESTRE	254
TABLEAU 17 - PRIX MOYEN, EN FRANC, DU GRAMME DES DEUX FORMES D'HÉROÏNE SUR LES SITES TREND (ESPACE FESTIF) EN 2000 ET 2001	71	TABLEAU 31 - DISTANCES NORMÉES ENTRE SITES SELON LE SEXE, LE GROUPE D'ÂGE ET LA MÉTHODE DE SUBSTITUTION EMPLOYÉE, AU PREMIER SEMESTRE 1999 ET AU SECOND SEMESTRE DE 2000	255
TABLEAU 18 - RÉPARTITION DES ÉCHANTILLONS D'HÉROÏNE SAISIS EN 1999, 2000 ET 2001 PAR LES SERVICES DE DOUANES ET DE POLICE SELON LE TAUX DE PURETÉ	72		

TABLEAU 32 - ESTIMATION DES ODDS RATIO D'UTILISATION DE LA MÉTHADONE PAR RAPPORT À LA BHD ET DE LEUR INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %, SELON LES SITES AU COURS DU SECOND SEMESTRE DE 2000	256
TABLEAU 34 - RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES PATIENTS TRAITÉS PAR MÉTHADONE OU BHD SELON LE NOMBRE DE PRESCRIPTEURS DANS 5 SITES AU SECOND SEMESTRE 2000	257
TABLEAUX 33 - NOMBRE DE PRESCRIPTEURS AYANT AU MOINS UN PATIENT DANS 5 SITES DE 1999 À 2000	257
TABLEAU 36 - RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES PATIENTS PRIS EN CHARGE SELON L'ACTIVITÉ SEMESTRIELLE DU PRESCRIPTEUR DANS 5 SITES DE 1999 À 2000	258
TABLEAU 35 - RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES PRESCRIPTEURS SELON LE NOMBRE DE PATIENTS PRIS EN CHARGE AU COURS D'UN SEMESTRE DANS 5 SITES DE 1999 À 2000	258
TABLEAU 38 - PART (%) DE PATIENTS AYANT EU UN REMBOURSEMENT DE MÉTHADONE OU DE BHD AU MOINS UNE FOIS SUR TROIS MOIS ET PRÉSENTANT UNE ASSOCIATION MÉDICAMENTEUSE, 5 SITES, SECOND SEMESTRE 2000	259
TABLEAU 37 - POURCENTAGE DE PERSONNES AYANT AU MOINS 120 JOURS DE PRESCRIPTION AU COURS D'UN SEMESTRE DANS 5 SITES DE 1999 À 2000	259
TABLEAU 39 - USAGES D'AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS À 18 ANS ²	263
TABLEAU 40 - FRÉQUENCE DES EXPÉRIMENTATIONS D'USAGES CONCOMITANTS	266
TABLEAU 41 - EXPÉRIMENTATIONS ASSOCIÉES AUX PROFILS DE POLYCONSOMMATIONS	267
TABLEAU 42 - PRINCIPAUX USAGES CONCOMITANTS CITÉS EN DEHORS DES MODALITÉS PROPOSÉES	268
TABLEAU 43 - ACCÈS AUX SERINGUES STÉRILES ET AUX MÉDICAMENTS DE SUBSTITUTION ENTRE 1995 ET 2001	278
TABLEAU 44 - ÉVOLUTION DES ILS ET DES DÉCÈS PAR SURDOSE DE 1994 À 2001	280

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue La Fayette
75010 Paris
Tél : 33 (0)1 53 20 16 16
Fax : 33 (0)1 53 20 16 00
courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

Les études publiées par l'OFDT sont consultables sur le site web :
<http://www.drogues.gouv.fr>

Citation recommandée

**BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), GIRAUDON (I.),
Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001 - rapport
TREND - juin 2002, Paris, OFDT, 2002, 296p.**

**Phénomènes
émergents liés
aux drogues en 2001**

**Rapports locaux
des sites TREND
Juin 2002**

Le réseau des sites TREND

INTRODUCTION

Le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT est un élément relativement récent du système français d'information sur les drogues qu'il complète en fournissant, dans un délai court, des éléments de connaissance sur les phénomènes émergents liés aux usages de drogue. L'observation est orientée de manière prioritaire vers les usagers des produits illicites dont la prévalence dans la population française est trop faible pour permettre une observation de qualité par les enquêtes épidémiologiques classiques en population générale. Le dispositif Trend permet la mise en évidence précoce d'évolutions, de phénomènes (positifs ou négatifs) ne concernant souvent qu'un nombre réduit d'individus. La mise en lumière de ces phénomènes doit permettre une réflexion objective, à plusieurs niveaux, sur les nécessités d'adaptation des comportements et des actions de chacun pour diminuer les dommages possibles. La focalisation des observations ne doit pas faire perdre de vue au lecteur les dimensions souvent réduites des populations observées. Le troisième rapport annuel présente en deux volumes les éléments observés en 2001 en France.

Après un premier tome contenant notamment une synthèse générale, des chapitres consacrés à deux outils de collectes (système SINTES et veille média) des investigations spécifiques et les systèmes d'information partenaires, le deuxième tome de ce rapport recueille les données 2001 du réseau des sites Trend

Ce réseau de treize sites constitue, comme le système SINTES (analyses de drogues de synthèse) et la veille média (analyse de contenu de médias jeunes adultes), l'un des outils spécifiques de Trend.

Le réseau des sites est composé de treize coordinations locales (Paris et le département de la Seine-Saint-Denis, Bordeaux, Dijon, Guyane, Lille, Lyon, Marseille, Martinique, Metz, Toulouse, Rennes et Ile de la Réunion). Mises en place au cours de l'année 2001, elles doivent assurer la constitution et le développement d'un réseau local, la collecte et l'analyse des informations locales et la rédaction d'un rapport annuel de site. Des outils communs de collecte des informations ont été définis. Pour l'exercice 2001, le programme de travail comprenait des observations ethnographiques, des enquêtes qualitatives, des groupes focaux et une enquête transversale

quantitative. Les observations ethnographiques portaient tant sur l'espace urbain que sur l'espace festif techno (les deux espaces principaux mais non exclusifs d'observation du dispositif Trend). Les enquêtes qualitatives impliquaient le remplissage d'un questionnaire semi-ouvert auprès d'équipes de structures de bas seuil et d'association de santé communautaire ou de réduction des dommages en milieu festif techno. Les groupes focaux devaient consister en au moins un groupe focal avec des professionnels du champ sanitaire et au moins un avec des professionnels du champ répressif. De plus, certains sites ont réalisé des groupes focaux avec des usagers. Enfin, l'enquête transversale quantitative a été réalisée auprès d'usagers des structures de bas seuil des sites.

Il est remarquable de constater que tout en ayant eu à assumer la mise en place ou la réorganisation d'un réseau local, toutes les coordinations ont rédigé un premier rapport de site dans des délais particulièrement courts. Si un plan commun de rapport de site avait été défini, chaque site a dû et su l'adapter en fonction des informations effectivement disponibles. Afin d'en permettre une utilisation tant à l'échelon local qu'au plan national il apparaissait utile de mettre ces documents à la disposition du lecteur.

INTRODUCTION	3
BORDEAUX	7
DIJON	57
GUYANE	107
ILE-DE-FRANCE	183
LILLE	297
LYON	333
MARSEILLE	385
MARTINIQUE	457
METZ	493
RENNES	519
RÉUNION	557
TOULOUSE	601

BORDEAUX

CONTRIBUTIONS AU PROJET	9
INTRODUCTION	15
DONNÉES GÉNÉRALES	17
LE SITE ÉTUDIÉ : L'AQUITAINE	17
LES ESPACES ÉTUDIÉS	19
LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES	21
ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001	25
LES USAGERS DE PRODUITS	25
LES PRODUITS	35
CONCLUSION	51
ANNEXES	53

CONTRIBUTIONS AU PROJET

Nous tenons à remercier l'ensemble des partenaires qui, par leurs compétences, leur disponibilité et leur investissement, nous ont permis de réaliser ce rapport qui est une œuvre commune. Nous tenons aussi à exprimer toute notre gratitude aux usagers de drogues pour leur aide précieuse dans la réalisation des différentes enquêtes.

L'équipe de l'OFDT/TREND (Paris)

M. Jean-Michel Costes, directeur de l'OFDT
Dr Pierre-Yves Bello, chargé d'étude OFDT
M. Abdalla Toufik, chargé d'étude OFDT
Et toute l'équipe de l'OFDT

Le Laboratoire de toxicologie de l'hôpital Fernand-Widal à Paris

Enquêteurs des données ethnographiques, Bordeaux (espace festif, espace urbain)

M. Nicolas Bourguignon
Mlle Laurence Duprat
Mlle Anne-Cécile Rahis
M. François Dry

Collecteurs projet SINTES

Dr Jean-Michel Delile (CEID)
Mlle Anne-Cécile Rahis (CEID)
M. Christian Laine (Béarn Toxicomanies)
M. Jean-Michel Lasaga (Béarn Toxicomanies)
M. Laurent Mazy (Béarn Toxicomanies)
Mlle Séverine Papon (Béarn Toxicomanies)
M. Michel Castagne (ARIT Biarritz)

Structures de « bas seuil »

M. Saïd Aoula, responsable du centre Planterose et toute l'équipe de la « boutique », plus particulièrement Mlle Laurence Duprat et le Dr Brigitte Reiller

M. Didier Spinhirny, responsable du Programme échange de seringues du CEID et toute l'équipe du PES

Mme Véronique Latour, responsable de la Mission réduction des risques Médecins du Monde et toute l'équipe de «la Case» («Boutique») et du PES

Groupe focal sanitaire

M. Christophe Caillierez (chef de projet Toxicomanie à la DDASS 33)
Dr François Abalan (Service accueil urgence de l'hôpital Charles-Perrens)
M. Saïd Aoula (responsable du centre Planterose CEID)
Dr Marc Auriacombe (centre de soins en addictologie, Charles-Perrens)
Mme Catherine Belot (CCAA)
M. Jean-Pierre Buchmann (AIDES Aquitaine)
Dr Michel de Ducla (président RENAPSUD)
Dr Jean-Michel Delile (coordinateur TREND-SINTES)
M. Christian Egea (statisticien régional DRASS)
Mme Juliette Foucher (réseau Hépatite C)
M. Michael Goetz (AIDES Aquitaine)
Mme Catherine Guivernau, secrétaire du projet TREND-SINTES
Mme Françoise Haramburu (service de pharmacovigilance, Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance)
Dr Denis Lacoste (coordinateur médical CISIH)
Mme Colette Laugier (directrice CRIPS-CRAES)
Dr Frédéric Leal (Médecins du Monde)
Dr André Ochoa (directeur ORSA)
M. Andrés Pedreros (CDPA)
Dr Patrice Poueyto (médecin-chef du centre Montesquieu)
Mlle Anne-Cécile Rahis (chargée de mission TREND/SINTES)
M. Philippe Rossard (Antenne toxicomanie de la maison d'arrêt de Gradignan)
Dr Marie-Pierre Sanchez (pharmacien inspecteur de santé publique DRASS)
M. Julien Signoroni
Mme Christine Strasbault (infirmière au service des urgences de l'hôpital Saint-André)

Groupe focal répressif

M. Rouch (substitut du procureur de la République au Tribunal de grande instance de Bordeaux)

M. Christophe Caillierez (chef de projet Toxicomanie à la DDASS Gironde)

M. Dixneuf (lieutenant-colonel, section Recherche de la gendarmerie)

M. Guy Hengen (CCPD de Bordeaux, Contrat local de sécurité)

M. Moulinier (capitaine de police, chef du groupe des stupéfiants)

M. Christian Petit (Direction nationale du renseignement et des enquêtes douanières de Bordeaux)

M. Gérald Said (commandant de police, chef de l'Unité de préservation sociale de Bordeaux)

Dr Martine Valladier-Jeannel (médecin inspecteur de la DDASS)

Équipe du pôle aquitain des dispositifs TREND-SINTES

Dr Jean-Michel Delile, coordinateur TREND-SINTES

M. Thomas Guerlach, technicien qualifié, projet SINTES

Mme Catherine Guivernau, secrétaire du projet TREND-SINTES

Mlle Anne-Cécile Rahis, chargée de mission TREND-SINTES

INTRODUCTION

« Dans un domaine aussi mouvant que celui de la lutte contre la drogue et la toxicomanie, il est nécessaire de disposer d'outils de connaissances qui permettent d'observer en temps réel l'évolution des modes et des contextes de consommation afin d'adapter régulièrement les politiques publiques. »

C'est bien ce constat dressé par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) dans le cadre du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001), qui a guidé le développement des actions de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Depuis 1997, le CEID a activement collaboré à la mise en œuvre de ces études à Bordeaux, notamment dans le domaine de l'ecstasy. Or, un audit récent de l'OFDT a recommandé à cet organisme d'installer des pôles régionaux afin de structurer le recueil local d'informations, mais aussi de pouvoir en assurer le retour auprès des autorités locales (services extérieurs de l'État, collectivités locales) et des professionnels. C'est ainsi que le CEID a été retenu en août 2001 comme pôle de coordination du dispositif TREND du site de Bordeaux (Aquitaine).

Dans cette perspective, le pôle de Bordeaux a pour missions de :

- constituer et animer un réseau local de personnes et d'institutions disposant d'informations sur les usages et les usagers de substances psychoactives ;
- coordonner localement les différentes enquêtes de l'OFDT ;
- développer des enquêtes locales (et extraire les données locales des enquêtes nationales) ;
- diffuser les publications de l'OFDT ;
- diffuser les informations sur les usages (auprès des partenaires institutionnels, des professionnels et, le cas échéant, des usagers).

L'ensemble de ces actions est actuellement mis en œuvre par le docteur Jean-Michel Delile, coordonnateur TREND/SINTES, et Mme Anne-Cécile Rahis, chargée de mission, avec le soutien actif de M. Caillierez, chef de projet Toxicomanie

(DDASS 33) et en coordination avec l'Observatoire régional de la santé en Aquitaine (ORSA). Pour la constitution du réseau local, nous nous sommes d'ores et déjà assurés du concours du Parquet de Bordeaux, de la police nationale, de la gendarmerie nationale, des douanes, de la municipalité de Bordeaux et des acteurs concernés des champs sanitaire et social.

Ce premier rapport est donc un état des lieux non exhaustif des analyses et des tendances identifiées dans la région aquitaine au cours de l'année 2001. Deux espaces d'observations ont été principalement investis dans le cadre du dispositif TREND. Il s'agit, d'une part, de l'espace urbain, qui recouvre la population en contact avec les structures de soin et d'accueil et, d'autre part, de l'espace festif (techno), lequel cible des usages s'inscrivant dans un contexte de consommation récréatif. Il est à préciser que l'identification de ces espaces se situe dans le prolongement des enquêtes menées par l'OFDT sur le plan national. Cette limitation, à l'instar de ce qui prévalait pour les enquêtes nationales, ne doit pas être interprétée comme un choix guidé par le fait que les deux espaces en question épuiserait à eux seuls la réalité de l'usage de drogues en Aquitaine, ce sont seulement ceux qui ont été retenus comme prioritaires dans un premier temps.

Nous avons structuré ce rapport en quatre grandes parties : état des lieux en Aquitaine, espaces étudiés et la méthodologie utilisée, résultats des observations et les annexes.

L'état des lieux en Aquitaine est composé de l'ensemble des données disponibles relatives à la région, quelques données sociodémographiques regroupant une partie des résultats de l'enquête ESCAPAD¹ 2000-2001, des données issues du dispositif ILIAD², des données de l'enquête OPPIDUM³ ainsi que l'ensemble du dispositif de soins accessible aux Aquitains.

Les chapitres relatifs aux espaces étudiés et à la méthodologie utilisée rendent compte de ce qui a pu être observé au sein de l'espace urbain et de l'espace festif. Les méthodes sont en adéquation avec celles mises en application par l'OFDT dans tous les sites TREND, à savoir : l'observation de type ethnographique, le recueil de données qualitatives à partir des dispositifs dits de « bas seuil », l'enquête quantitative transversale ainsi que les réunions des groupes focaux.

La partie concernant les résultats des observations a été consacrée à l'état des lieux des usages de drogues et des usagers dans la région (surtout aux phénomènes émergents et aux possibles tendances récentes qui ont pu être observées) ainsi qu'à la présentation des données disponibles sur les produits.

1. Enquête sur la santé et les comportements, effectuée lors de l'Appel de préparation à la défense.

2. ILIAD Aquitaine (Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions) OFDT, 2000.

3. Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse des CEIP.

DONNÉES GÉNÉRALES

LE SITE ÉTUDIÉ : L'AQUITAINE

Géographie

L'Aquitaine, du latin *Aquitania* « pays des eaux », est composée des départements de la Dordogne, de la Gironde, des Landes, du Lot-et-Garonne et des Pyrénées-Atlantiques. Avec un territoire de 4 407 km², elle est la troisième région de France pour la superficie et rassemble 2 908 953 habitants⁴ [2000]. Elle a Bordeaux pour capitale (également chef-lieu de la Gironde) et pour chefs-lieux de départements : Agen (Lot-et-Garonne), Mont-de-Marsan (Landes), Pau (Pyrénées-Atlantiques) et Périgueux (Dordogne). Les données ILIAD par départements figurent en annexe I.

L'étude a principalement été menée sur les zones fortement urbanisées du territoire aquitain et plus particulièrement sur Bordeaux et son agglomération. La Gironde compte en effet à elle seule près de la moitié de la population aquitaine et près de 60 % des jeunes.

Quelques repères en population générale

Depuis quelques années, grâce à l'effort persévérant de la MILDT et de l'OFDT, nous commençons à disposer d'études épidémiologiques rigoureuses qui nous fournissent des indicateurs assez précis des niveaux d'usages de substances psychoactives par les jeunes ainsi que de leurs évolutions.

De cette volonté est née ESCAPAD, l'Enquête sur la santé et les comportements effectuée lors de l'appel de préparation à la défense. ESCAPAD 2001 repose sur un questionnaire auto-administré et anonyme rempli par les jeunes convoqués à des sessions de la JAPD soit 15 061 jeunes (7 790 garçons et 7 271 filles). Nous disposons donc cette année de données locales qui nous permettent de pointer plus avant

4. Sources : Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions (ILIAD), 2000, OFDT.

les disparités régionales et surtout la situation effective en Aquitaine. L'étude sur la région a porté sur un échantillon de 1 229 jeunes dont 609 garçons et 620 filles. Il en ressort une forte prévalence régionale des expérimentations de cannabis et d'ivresse alcoolique (cf. cartes en annexes).

L'usage du cannabis est en développement constant et rapide chez les jeunes ; tous les indices de prévalences (expérimentation et usages répétés) ont pratiquement doublé au cours des années 1990 pour se rapprocher de ceux retrouvés pour des produits légaux. Ces données confirment donc les observations faites sur le terrain : l'usage de cannabis se banalise.

Les autres drogues restent à des niveaux beaucoup plus faibles de prévalence de la simple expérimentation (< 5 %). On peut néanmoins observer que ces consommations déclarées, très difficiles à mettre en évidence en population générale car trop rares, sont plus aisément quantifiables chez les jeunes.

Pour les produits les plus courants (alcool, tabac, cannabis), on relève une opposition est-ouest, l'ouest de la France et l'Aquitaine en particulier se distinguant par des prévalences plus élevées. On note de même une opposition nord-sud en ce qui concerne les stimulants : le sud de la France et donc l'Aquitaine (encore !) se manifestant par une prévalence plus élevée.

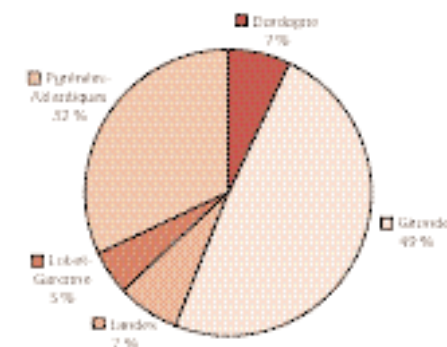
Dispositif spécialisé de prise en charge

La population girondine représente 44 % des Aquitains, le nombre de prises en charge des usagers de drogues est, en conséquence, particulièrement élevé dans ce département. La situation des Pyrénées-Atlantiques (600 197 habitants⁵) est particulière en regard des autres départements, avec une proportion plus importante des recours aux soins (département semi-urbain, phénomène frontalier, éléments culturels festifs...).

En région Aquitaine, la population toxicomane peut s'adresser à de nombreuses structures sanitaires et sociales spécialisées offrant un dispositif diversifié : CSST ambulatoires, CSST résidentiels, services d'appartements thérapeutiques, structures de réduction des risques (PES, Boutiques)... (liste des structures en annexe).

5. Source : ILIAD Aquitaine (Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions), OFDT, 2000.

Usagers de drogues pris en charge en novembre 1999 selon la localisation géographique de l'établissement



Source : DRASS, Enquête sur les toxicomanes, novembre 1999

LES ESPACES ÉTUDIÉS

Espace urbain

La notion d'espace urbain a été préalablement définie par l'OFDT lors de la mise en place du projet TREND. Il désignait alors les sites se situant dans des zones urbanisées ou fortement urbanisées. Nous nous sommes attachés, au sein de l'espace urbain, à étudier diverses populations auprès desquelles nous avons pu mener des enquêtes plus ou moins poussées.

Dans un premier temps, des observations de populations en contact avec les structures de soins et d'accueil de l'agglomération bordelaise ont été réalisées.

Ces sites sont ceux où exercent les équipes de réduction des risques : programmes d'échange de seringues et dispositifs d'accueil dits de « bas seuil » (les « boutiques ») :

- les Hauts de Garonne : Lormont, Cenon, Floirac (PES CEID) ;
- la gare Saint-Jean (Bordeaux) (PES CEID et MDM) ;
- le bassin d'Arcachon (Arcachon, la Teste de Buch, Gujan-Mestras, Le Teich), (Local PASSEREL, CEID) ;
- quartier des Chartrons à Bordeaux (PES MDM) ;
- quais Paludate, quartiers Belcier à Bordeaux (PES CEID et MDM) ;
- quartier Sainte-Croix à Bordeaux (Boutique MDM) ;
- quartier Saint-Michel à Bordeaux (PES MDM et Boutique CEID).

Dans chacun de ces sites, deux types d'observations ont été mises en œuvre : la première reposant sur les observations des professionnels et la seconde faisant intervenir des observateurs de terrain préalablement insérés dans les lieux et les contextes de consommation, non sélectionnés institutionnellement.

La complémentarité de ces deux approches a permis d'élargir l'observation des pratiques et des contextes de consommation de substances psychoactives. De plus, des entretiens ont également été réalisés auprès des équipes de prévention en milieu scolaire, la BPDJ, le CRAES et l'équipe de prévention du CEID, afin de pouvoir mettre en évidence les préoccupations des jeunes scolarisés concernant les substances psychoactives.

Du reste, le CCPD⁶ de Bordeaux, face à la prégnance des questions concernant les usages de substances psychoactives d'une part et pour répondre aux préoccupations des professionnels à ce sujet d'autre part, nous a sollicités afin de définir le cadre d'éventuelles interventions. Ceci a abouti à la participation du pôle local TREND à diverses réunions de quartiers sur ce thème. Dès lors a été envisagée la réalisation d'études spécifiques plus poussées au sein de quartiers bordelais. Le CCPD a officialisé cette collaboration avec le pôle local TREND/OFDT lors de la séance plénière du 17 janvier 2002.

Espace festif

L'espace festif désigne les lieux où est diffusé un certain style de musique, dite techno, ainsi que les établissements de nuit. L'observation porte dans cet espace sur des usagers évoluant dans le cadre festif, indépendamment de toute demande de prise en charge sanitaire et sociale. Le milieu techno n'est évidemment pas le seul abritant des consommateurs de drogues. Mais, en l'état actuel du projet, c'est le seul milieu investigué à la demande de l'OFDT.

Sur la région, le mouvement techno semble avoir pris de l'ampleur depuis quatre ans environ. Nous constatons parallèlement que ce qui est communément appelé « mouvement techno » a pris aujourd'hui un sens nouveau. En effet, loin des premières fêtes initiées par des « tribus » à forte empreinte idéologique, l'ensemble des informateurs s'accorde à dire que depuis deux à trois ans ces manifestations sont devenues des fêtes à la mode qu'investissent de plus en plus de jeunes.

En Gironde, cette année, ce type de manifestations regroupait en général de 300 à 3 000 personnes, mais quelques-unes d'entre elles ont eu une ampleur plus importante (*free-party* du Porge).

6. CCPD : Conseil communal de prévention de la délinquance.

Il est important de signaler que les *free-party*, les *raves* et les *teknivals* ont majoritairement lieu au printemps et en été. Ainsi, la mise en place du dispositif régional de l'OFDT ayant eu lieu au mois d'août, nous n'avons pas pu observer cet espace à sa pleine mesure. Pour autant, nous avons réalisé des enquêtes indirectes auprès des usagers ayant participé à ce type de manifestations disposant ainsi d'une source d'informations non négligeable sur la consommation et les contextes d'usages des substances psychoactives.

Le dispositif SINTES (analyse de substances) a été l'occasion pour certains usagers occasionnels de substances psychoactives d'établir un contact avec l'équipe TREND à Bordeaux, nous donnant ainsi l'occasion d'effectuer des enquêtes de type ethnographique dans des lieux auparavant non explorés : discothèques et boîtes de nuit.

Ces enquêtes, au nombre de cinq, se sont déroulées dans le créneau horaire 22 h-8 h environ, au sein de trois espaces identifiables : boîtes de nuit des quais à Bordeaux ainsi que deux autres lieux fermés au sein desquels sont organisées des manifestations techno. En effet, la scène techno s'est enrichie à Bordeaux de nouveaux lieux : d'anciennes boîtes pour la plupart. Dès lors, les organisateurs de soirées techno ont occupé ces espaces et chaque semaine des DJ se succèdent aux platines.

LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES

Observation ethnographique de l'usage

La mise en place d'un interlocuteur TREND-SINTES au niveau régional et son identification tant par les professionnels que par les usagers ont permis de privilégier les échanges et la centralisation des données sur les usages et les produits.

À l'instar de la première étude sur l'ecstasy réalisée par le CEID en 1997, grâce à un financement de l'OFDT, le recrutement des observateurs s'est fait par méthode « boule de neige ». Ainsi, les premiers contacts ont eu lieu au sein du CEID avec des usagers, puis, très vite, se sont étendus hors cadre institutionnel. On distingue des usagers ayant déjà participé à des enquêtes de type ethnographique, des observateurs de milieux spécifiques (techno, de la nuit, « culturiste ») entrés en contact soit par l'intermédiaire du dispositif SINTES (collecte d'échantillons), soit par l'intermédiaire d'autres usagers ou encore via Internet.

Nous avons amplement privilégié la démarche ethnographique dont le fondement réside dans l'observation participante telle qu'elle a été définie par B. Malinowski. Le

but de cette démarche est, selon lui, de « saisir le point de vue de l'indigène, ses rapports avec la vie, de comprendre sa vision de son monde⁷ ». L'enquête de terrain a ici pour objectif de renseigner, par l'établissement d'une relation directe, partagée et prolongée, sur la manière dont les usagers structurent et vivent leurs expériences. Notre pratique ethnographique a donc consisté à la récolte des données en situation.

Afin d'objectiver la démarche, il nous a semblé nécessaire de nous réunir avec les enquêteurs afin de définir le cadre du lieu d'enquête et d'engager un travail sur les représentations de l'espace d'observation.

Nous suivons ainsi Claude Lévi-Strauss qui définit la démarche anthropologique comme le fait de chercher à faire de la subjectivité la plus intime un moyen de démonstration objective.

Les moyens indispensables à ce type de démarche ont été de tenir un journal de bord (cher à tout ethnographe), et d'enregistrer les entretiens lorsque cela s'avérait possible. Dans les autres configurations, des rapports ont été écrits à distance de l'événement.

L'inscription dans le temps et dans l'espace des usages et des contextes de consommation a nécessité une présence sur le terrain, la nuit la plupart du temps, et une disponibilité importante des enquêteurs, afin d'être au plus prêt des événements : dans des cafés, des bars, des boîtes, des discothèques, des squats, dans la rue...

De nombreuses observations en discothèques techno ont donc été menées, quatre d'entre elles ont mobilisé trois informateurs dans des lieux où se produisaient des DJ « têtes d'affiche ». Toutefois, afin d'assurer cette présence indispensable sur le terrain, deux d'entre eux, bien insérés dans ces lieux, ont participé à la majorité des manifestations au cours des quatre derniers mois de l'année 2001.

D'autre part, une enquête au sein du circuit plus restreint des « *sound systems*⁸ » techno sur Bordeaux est en cours afin de « retracer » l'histoire de ce mouvement et de son évolution.

Même si ces enquêtes ponctuelles constituent la partie visible et quantifiable du travail ethnographique, l'essentiel de nos informations a été recueilli grâce aux relations durablement établies et aux contacts fréquents avec six de nos informateurs.

Groupes focaux

Les groupes focaux sont des groupes de discussions collectives qui rassemblent des personnes sélectionnées sur la base de leurs compétences propres et réunies

afin de traiter certains sujets intéressant le dispositif TREND. La méthode retenue à la réalisation des groupes focaux a été de rencontrer individuellement chaque partenaire ou représentant de service. En effet, il nous a semblé primordial de poser des fondations durables à ces groupes amenés à être pérennisés.

C'est ainsi que la première réunion du groupe focal « répressif » s'est tenue le 12 février 2002 ; étaient présents les services de police concernés, le groupement de recherche de la gendarmerie, la division recherche de la douane, un représentant de la mairie de Bordeaux et le procureur de la République. De même, le groupe sanitaire a tenu sa réunion constitutive le 13 février 2002, l'ensemble des structures sanitaires et sociales concernées étant représentées.

Recueil qualitatif « bas seuil »

À l'instar des deux années précédentes, nous avons collecté une grande partie des informations concernant les substances par le biais des questionnaires TREND.

Ce rapport consiste à relever, pour chaque produit, l'ensemble des informations qui le concernent.

Afin d'obtenir les informations les plus pertinentes possibles nous avons complété les questionnaires avec les structures dites de « bas seuil » en contact direct avec les usagers. Il s'est agit de la mission réduction des risques de Médecins du Monde (l'équipe du Bus et celle de la boutique « la Case ») et de l'équipe des services de réduction des risques du CEID (le Programme d'échange de seringues et la boutique « centre Planterose »). D'autre part, certains questionnaires ont été remplis avec des usagers, notamment lorsqu'il s'agissait d'évoquer les consommations au sein de l'espace festif.

Enquête transversale « bas seuil »

Une enquête transversale dans les structures de bas seuil a été réalisée au cours des mois de juillet et août 2001. Celle-ci concernait l'ensemble des usagers se présentant dans ces structures et acceptant de remplir le questionnaire, c'est-à-dire 85 personnes exactement. Au début de la mise en place du projet, les questionnaires ont été administrés exclusivement aux usagers fréquentant les structures « bas seuil » du CEID.

7. B. Malinowski, Introduction des *Argonautes du Pacifique occidental*, Gallimard, 1989, p. 81-82.

8. Désigne l'ensemble des installations sonores et techniques appartenant au collectif (tribu techno, collectif de personnes).

ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001

LES USAGERS DE PRODUITS

État des lieux du site

En guise de préambule, il nous semble important de souligner que depuis quelques années nous assistons à une refonte du paysage des drogues à Bordeaux. En effet, de nombreux changements sont intervenus tels que l'apparition de nouvelles substances (drogues de synthèse), de contextes différents de consommation ou encore de nouvelles politiques de prise en charge (Boutiques, Bus PES, réseaux de professionnels, centre de traitement de substitution). Nous avons assisté à une augmentation rapide du nombre de personnes suivies depuis la fin des années 1980 ainsi qu'à la diversification des usages qui ne sont plus dominés par le seul couple : cannabis/héroïne.

L'événement qui a dominé la dernière décennie dans le domaine des drogues, à Bordeaux comme ailleurs, reste évidemment l'irruption du Sida qui a entraîné de multiples bouleversements pour les usagers bien sûr, puisqu'ils étaient confrontés à une maladie à l'époque rapidement mortelle, mais aussi pour les pratiques professionnelles (réduction des risques, échange de seringues, substitution...).

Les dernières années ont vu, à côté des usages traditionnels (héroïne, haschich et même cocaïne), se développer des usages nouveaux (ecstasy, GHB...), mais également réapparaître des « revenants » : LSD, « speed »...

Les groupes focaux (sanitaire et répressif) s'accordent à dire que la monotoxicomanie apparaît aujourd'hui obsolète et les pratiques de polyconsommation prédominantes. L'alcool et le cannabis (notamment sous les formes « pollen » et « haya ») restent omniprésents en produits secondaires et font une percée, en produits principaux, dans la clientèle des CSST, ce qui est nouveau.

Les mésusages de buprénorphine haut dosage (Subutex®) demeurent très présents au sein de l'espace urbain avec même l'apparition d'usages primaires. L'héroïne et le Skenan® restent néanmoins perçus plutôt comme des produits de « choix ». Le groupe de consommateurs d'héroïne dans cet espace à Bordeaux correspond aux

usagers préalablement observés ces dernières années, à savoir des personnes âgées en moyenne de 30 ans, dont la situation socioprofessionnelle reste précaire.

L'héroïne semble de plus en plus souvent consommée épisodiquement par certains usagers « substitués » (buprénorphine haut dosage, chlorhydrate de méthadone ou plus rarement sulfate de morphine). Ces personnes semblent privilégier la qualité du produit, fût-il occasionnel, plutôt que des prises quotidiennes de produits de qualité moindre.

Il est à noter, à la lumière de la réunion du groupe focal sanitaire, la réapparition de demandes de cures de sevrage hospitalière concernant des usagers désireux d'interrompre leurs traitements de substitution (Subutex®, méthadone).

Les hallucinogènes et le LSD en particulier apparaissent comme étant moins disponibles au cours du second semestre 2001.

L'approvisionnement en cocaïne, dont on sait que l'Espagne est une importante plaque tournante, est grandement facilité par ce voisinage. La proximité de la frontière espagnole (2 heures de route) rend le trafic extrêmement aisé et peu onéreux, les cours espagnols de l'héroïne comme de la cocaïne s'étant effondrés. Notre région est également très accueillante pour les *raves-party* estivales dans les grandes forêts sauvages des bords de mer. Ces diverses manifestations techno (*raves-party*, *free-party*, *teknivals*) sont aussi la scène de consommations de substances principalement psychostimulantes et hallucinogènes, parfois d'usages de sédatifs (rachacha, héroïne plus rarement...). Les modalités de consommations en ces lieux sont essentiellement les voies orale et nasale, la pratique d'injection restant marginale.

La particularité de ces usages paraît résider dans l'inconstance des produits consommés, les usagers semblant suivre les tendances et préférences du moment : usage de kétamine, LSD, ecstasy, etc.

Les problèmes de santé rencontrés dans la population toxicomane ne sont pas exclusivement induits par la pratique d'injection : en effet, les conditions de vie particulièrement précaires de certains usagers (absence de protection sociale, suivi des pathologies infectieuses VIH ou VHC non assuré, habitats précaires) cumulent les risques.

À cet égard, les divers observateurs du dispositif TREND bas seuil sont les témoins privilégiés de la diversité des pathologies que peut présenter cette population.

Pathologies directement liées à la pratique d'injection : des problèmes dermatologiques et vasculaires de type abcès, œdèmes (« Popeye » du Subutex®), nécroses, érysipèles, veinites, lymphangites, phlébites et quelques problèmes d'atteinte des nerfs périphériques. Plusieurs facteurs ont été mis en cause quant à l'apparition de ces troubles ; d'une part, la mauvaise qualité du produit utilisé (la

forte concentration des adjuvants divers a un effet direct sur la veine), d'autre part, l'injection de substances chauffées (qui provoquent des brûlures veineuses), et enfin la fréquence importante des prises au cours de la journée.

Les pathologies diverses couramment rencontrées en médecine générale : oto-rhino-laryngologie, pneumologie, gastro-entérologie, dermatologie ainsi que des problèmes traumatologiques tels que des contusions et plaies diverses consécutives au mode de vie et aux usages de substances. Les problèmes dentaires sont également largement répandus au sein de cette population.

Pathologies psychiatriques : les difficultés d'ordre psychiatrique sont de plus en plus souvent identifiées chez des usagers fréquentant les boutiques, en effet, leurs conditions de vie précaires posent des problèmes particuliers concernant leur prise en charge ainsi que l'a signalé le groupe focal sanitaire.

Par ailleurs, il a été relevé, tant par les services d'urgences psychiatriques que par l'équipe de liaison ville hôpital, quelques cas de personnes souffrant de bouffées délirantes post-ecstasy, ne présentant aucun antécédent psychiatrique. Ces troubles ont régressé spontanément au bout d'un mois. La question des troubles induits ou révélés par des usages massifs de cannabis est également posée.

La croissance des sollicitations de prise en charge liées à des troubles psychotiques aigus dans des contextes de prise d'hallucinogènes ou d'ecstasy semble donc se confirmer au dire des professionnels et des usagers.

Les infections à VIH/VHC : les données relatives aux sérologies VIH et hépatite C de cette population (enquête de novembre 1999⁹) indiquent que 78 % des usagers ont effectué une sérologie VIH (cf. schéma 1) et que 74 % ont effectué un dépistage de l'hépatite C (cf. schéma 2).

L'enquête quantitative de juillet-août 2001 rejoint cette évaluation (à moindre échantillon), puisque 77 personnes sur les 85 interrogées déclarent avoir réalisé un test de dépistage du VIH (54 l'ayant réalisé entre 2000 et 2001) et de l'hépatite C (pour 24 l'ayant réalisé entre 2000 et 2001). Il se confirme que les nouvelles contaminations au VIH par pratique d'injection sont en nette régression.

Les conditions de vie des personnes atteintes du virus VIH semblent avoir nettement gagné en qualité avec l'apparition des traitements de substitution.

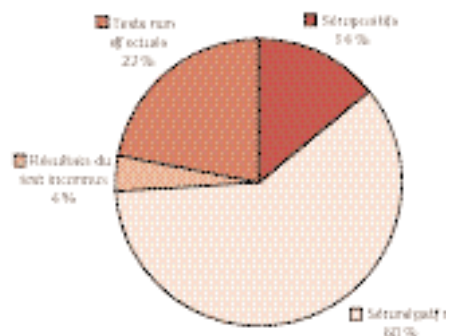
Le développement de l'infection à l'hépatite C ne semble pas être endigué malgré les programmes d'échange de seringues et les traitements paraissent quelques

9. Enquête du mois de novembre 1999, DRASS Aquitaine, n° 73, décembre 2001.

fois difficiles à initier. En effet, le corps médical fait part de ses difficultés dans la mise en place des bithérapies (conditions d'accès vécues comme contraignantes par certains usagers : arrêt de la consommation d'alcool et réalisation de la biopsie hépatique).

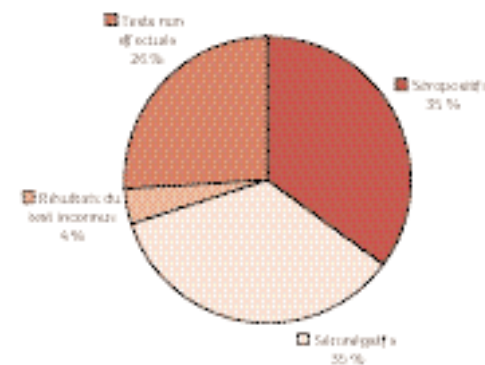
Par ailleurs, on note pour des patients en traitement de l'hépatite C, un recours à une consommation de cannabis dont l'objet serait de les aider à supporter les effets secondaires du traitement. Le groupe focal sanitaire signale également sa préoccupation concernant les co-infections VIH VHC qui rendent les démarches de soins plus complexes.

Schéma 1 - Sérologie et infection VIH



Source : DRASS, Enquête sur les toxicomanes, novembre 1999

Schéma 2 - Sérologie et infection hépatite C



Source : DRASS, Enquête sur les toxicomanes, novembre 1999

Les nouvelles tendances

Les nouvelles tendances identifiées sur le site de Bordeaux sont de différents ordres. En effet, nous distinguerons d'une part l'émergence de nouvelles catégories d'usagers, d'autre part l'apparition de nouveaux usages de substances et enfin l'utilisation de substances connues mais non présentes sur notre site jusqu'alors.

Les nouveaux groupes d'usagers

Il est à noter cette année l'émergence de nouveaux groupes d'usagers qui apparaissent comme plus remarquables au sein de l'espace urbain. Effectivement, les observations menées par les structures d'accueil dites de bas seuil ont mentionné une proportion plus importante de jeunes polyconsommateurs. Leur nombre, en situation de grande précarité (vivant dans la rue ou dans des squats), quelques fois associées à une comorbidité psychiatrique, semble s'accroître.

Par ailleurs, le groupe focal sanitaire mentionne un nombre plus important d'usagers venant consulter dans les CSST, présentant des pathologies psychiatriques. Les hypothèses avancées par le groupe à cette tendance, seraient, d'une part, la mutation du système sanitaire spécialisé qui réduirait la durée de prise en charge hospitalière et, d'autre part, la consommation plus importante ces dernières années des substances dites de synthèse qui favoriserait l'apparition de ce type de troubles.

Les divers centres spécialisés ont noté l'apparition d'une population migrante en situation irrégulière et dont la consommation de substance n'a pas été clairement identifiée à ce jour bien que ces personnes semblent solliciter fréquemment les programmes d'échange de seringues.

De plus, il semblerait que des consommations de substances psychoactives et plus particulièrement les opiacés (Fentanyl®), la kétamine ainsi que le protoxyde d'azote aient été signalées au sein du système médical. À cet égard, une information, non validée à ce jour, semble indiquer que le système hospitalier a pris quelques mesures afin de limiter l'utilisation médicale de ces substances.

Les nouvelles tendances de consommation

Au sein de l'espace urbain, peu de changements sont à noter en regard de l'année précédente. Les substances opiacées restent majoritaires ; cette famille apparaissant de plus en plus composée de buprénorphine haut dosage, très disponible sur le marché parallèle.

Des utilisations du Subutex® en primo-consommation d'opiacés ont été signalées tant chez des usagers consommateurs de stimulants, l'utilisant comme régulateur, que pour de nouveaux usagers, souvent précarisés, auprès desquels il tient lieu de premier produit de « défonce ».

Par ailleurs, il semblerait que le Skenan® soit moins disponible que les années précédentes, ce qui est sûrement dû à la diminution des prescriptions médicales de ce médicament, qui le rend plus rare sur le marché parallèle. Ses consommateurs sont d'anciens héroïnomanes substitués et stabilisés au sulfate de morphine, des usagers d'opiacés pour qui le Skenan® apparaît comme un produit de choix et des consommateurs occasionnels de Subutex® qui lui préfèrent le Skenan® pour ses attributs régulateurs.

À l'instar de l'année précédente, le petit trafic de rue d'héroïne semble accuser une nette régression et l'accessibilité de celle-ci se trouve confinée dans des espaces privés.

Dans les clubs, les discothèques, les raves payantes, les usagers d'héroïne représenteraient une minorité. Leur consommation se déroulerait le matin afin de limiter les affres de la descente des psychostimulants.

Si jusqu'alors la consommation d'héroïne dans le milieu festif a été empreinte de représentations péjoratives (essentiellement liées, d'une part à l'usage de la seringue et d'autre part à sa capacité addictive), il n'en reste pas moins qu'elle semble avoir été utilisée par la voie pulmonaire, en association régulatrice des psychostimulants.

L'apparition dans les centres de consultations de ces jeunes usagers (20-25 ans), plutôt bien insérés socialement, tend à confirmer les phénomènes perçus l'année dernière.

La diversification des populations de consommateurs de cocaïne, déjà observée depuis deux ans, tend à se confirmer cette année. L'usage de cocaïne concernerait des individus plutôt bien insérés socialement (milieu du spectacle, de la nuit, des affaires, étudiants...) ainsi que des personnes *a contrario* plus marginalisées (héroïnomanes substitués ou non, jeunes marginalisés, travestis qui se prostituent). Pour les premiers elle serait essentiellement sniffée, pour les seconds plutôt injectée voire fumée (forme base).

Certains usagers ont évoqué l'utilisation d'un mode de consommation particulier émanant du sud-ouest de l'Espagne : le « *regualto* », préparation qui consiste à consommer la cocaïne en free-base et à y ajouter de l'héroïne avant de la fumer.

À la forme speed-ball correspond la prise d'héroïne concomitante à celle de la cocaïne. L'intérêt de cette association réside dans la régulation (sédation, bien-être, détente) des effets indésirables de la « descente » des stimulants. Elle est alors soit vendue comme telle (mélange déjà réalisé) soit effectuée par l'utilisateur lui-même. La première forme indiquée précédemment revêt un statut de rumeur selon laquelle le speed-ball aurait été conçu de façon à « familiariser » les personnes substituées à l'usage de la cocaïne.

Dans tous les cas, il semblerait qu'une minorité d'utilisateurs soit entrée, par ce biais, dans une consommation plus régulière d'opiacés (buprénorphine haut dosage, héroïne, rachacha).

La tendance observée depuis quelques années, selon laquelle la visibilité de la consommation de cannabis au sein des différents espaces serait plus importante, se confirme largement dans les propos de nos observateurs. De même, les équipes des CSST soulignent un accroissement des demandes de soins faites par des usagers de cannabis, dont la consommation est devenue problématique. Les raisons qui les amènent à consulter sont essentiellement : des troubles cognitifs importants (difficultés à la concentration, troubles mnésiques, troubles anxieux), des épisodes psychotiques aigus (à composante paranoïde) et des problèmes liés au phénomène de dépendance.

Par ailleurs, une nouvelle appellation de résine semble être de plus en plus plébiscitée, l'« haya » sans pour autant que l'on puisse réellement saisir son identité véritable. Il s'agirait pour certains « d'un bon pollen » et pour d'autres d'une « résine jaunâtre, molle, plus grasse, à l'odeur plus douce et plus agréable » dont la teneur en tétrahydrocannabinol serait plus importante.

Cette variété de cannabis s'insérerait aisément dans la tendance actuelle puisqu'elle aurait pour caractéristique d'être plus dynamisante et moins sédatrice mais aussi d'action plus intense : « Ça ne t'endort pas, c'est plus énergisant, tu as les mêmes signes mais t'es plus tonique ! »

Néanmoins, en l'absence de données plus approfondies sur cette substance nous ne pouvons affirmer qu'il s'agit d'une nouvelle « variété » de cannabis. Pour autant, son appellation, son prix (22 F le gramme) et ses effets quelque peu différents viennent appuyer cette hypothèse.

Les nouveaux usages

Différents observateurs (pôle TREND, groupe focal sanitaire, CEIP) semblent avoir constaté un regain d'intérêt chez les jeunes pour les substances dites « naturelles » (qualification qui tendrait à les opposer aux substances dites de synthèse). Il s'agirait principalement de plantes aux vertus hallucinogènes (belladone, hellébore, *salvinia divinora* « plante du diable »). Cette tendance semble trouver écho dans les représentations qu'ont les usagers des champignons hallucinogènes, considérés comme moins dangereux puisque naturels.

Ainsi, cette année, deux cas de décès par intoxication aux atropiniques chez de jeunes lycéens ont été relevés dans la région par le CEIP. Toutefois, nous disposons actuellement de peu d'informations sur l'étendue, les contextes et les modalités de ces usages.

Une autre tendance nouvelle à Bordeaux semble avoir émergé : une pratique appelée « phénomène Astérix » ou encore le « chaudron magique ». Celle-ci consisterait à ingérer une préparation à base d'alcool à laquelle seraient ajoutées toutes sortes de substances psychoactives disponibles, « tous comprimés de couleur » (benzodiazépines, Subutex®, Artane®, etc.). Les effets recherchés s'assimileraient à ceux de la « défonce » dans un délai d'action relativement court. Les quelques consommateurs identifiés appartiendraient aux milieux les plus marginalisés (ceux de la rue, des squats, de l'errance...).

Les données du dispositif SINTES

Les données analysées dans ce chapitre sont issues du dispositif SINTES (Système d'identification nationale des toxiques et des substances). Les échantillons ont été collectés au cours de l'année 2001 tant dans l'espace urbain qu'au sein de l'espace festif.

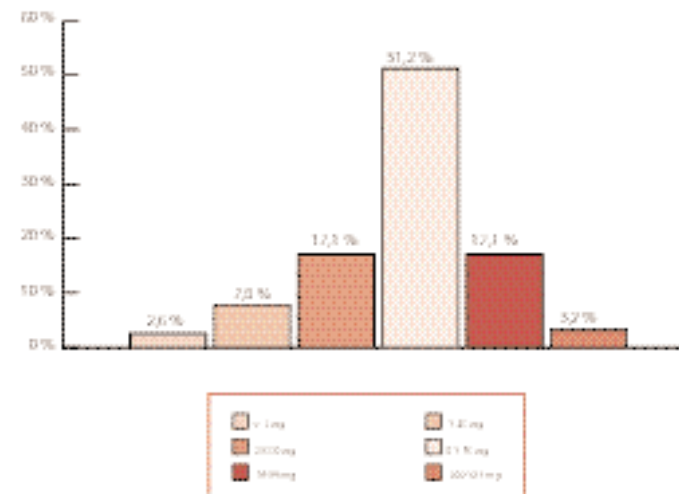
La base SINTES regroupe, pour notre région, les résultats d'analyse de 160 échantillons où la famille des amphétamines et ses dérivés est la plus représentative.

La forme principalement collectée reste les comprimés pour 95 % des échantillons ; les gélules 3 % et la forme poudre 1 %.

Les échantillons vendus sous l'appellation ecstasy contiennent principalement de la MDMA¹⁰ (96 %) et dans 80 % des cas il s'agit de la seule substance psychoactive présente (des acides gras et des intermédiaires de synthèse sont ainsi très souvent retrouvés par les analyses). La quantité moyenne retrouvée par comprimé est de 59 mg ; ce qui est inférieur à la moyenne relevée en 2000 en Aquitaine (74 mg).

Les doses de MDMA s'échelonnent de 1 mg à 121 mg et 5 comprimés dépassent le dosage de 100 mg (voir graphique 1) et ont donc été intégrés au système de veille sanitaire sur Internet ; ceux-ci approchant la plus petite dose létale connue : 150 mg de MDMA selon les CEIP.

Graphique 1 - Distribution, selon la quantité de MDMA, des échantillons collectés en 2001 au sein du dispositif SINTES en Aquitaine



10. 3,4-méthylène-dioxy-méthamphétamine.

Par ailleurs, les autres molécules détectées le plus fréquemment en association sont les substances médicamenteuses (10 %), l'éphédrine (5 %) et la caféine (5 %) comme indiqué dans le tableau 1. Les dérivés amphétaminiques tels que la MDEA¹¹, MDA, amphétamines, méthamphétamines, PMA et le 2-C-B (dérivés des phénylthylamines) retrouvés dans quelques échantillons ajoutent des composantes plus ou moins hallucinogènes et/ou stimulantes en fonction de leurs particularités chimiques.

La PMA (paraméthoxyamphétamine) a fait l'objet d'une attention particulière puisqu'elle a été identifiée dans deux comprimés collectés dans la région en février 2001 (Logo Superman : 6 mg et 8 mg). Il s'agit, en effet, de la première identification de PMA au sein de la base SINTES (cf. annexe II). Cette substance, particulièrement toxique, aurait des propriétés hallucinogènes cinq fois plus puissante que la mescaline.

Tableau 1 – Substances retrouvées dans les analyses en 2001

Substances retrouvées ¹²	Nombre d'échantillons	Pourcentage
MDMA	152	96 %
MDMA seulement	126	80 %
PMA	2	1 %
MDA	4	2 %
MDEA	5	3 %
Amphétamines	2	1 %
Méthamphétamines	2	1 %
Éphédrine	9	5 %
Caféine	8	5 %
2-CB	1	–
Substances médicamenteuses ¹³	10	6 %
Autres substances ¹⁴	4	2 %

11. Le méthylène-dioxy-méthamphétamines est un produit obtenu par modification de la molécule d'amphétamine.

12. Les substances de cette colonne peuvent se retrouver dans un même échantillon.

13. Tégrétol®, Effexor®, Ibuprophène®, Chloroquine®.

14. Cannabinoïl.

LES PRODUITS

Les opiacés

L'héroïne

Les données de l'enquête ESCAPAD 2000-2001 relatives à l'expérimentation de l'héroïne chez les lycéens confirment la marginalité de cet usage chez les jeunes de la région (1 %).

Chez les usagers, le recul de la consommation d'héroïne constaté ces dernières années semble se stabiliser. Il apparaît toutefois qu'au sein de certains terrains d'observation, tels que le milieu festif, l'héroïne connait un regain d'intérêt. La constatation, non chiffrée à ce jour, de primo-consommateurs d'opiacés à l'héroïne s'inscrit dans les discours d'usagers majoritairement plus jeunes issus du milieu festif. Les enquêtes menées dans le cadre du rapport TREND tendent à présenter l'héroïne comme une substance régulatrice de psychostimulants (cocaïne, ecstasy, LSD) plutôt que comme un premier produit.

Espace urbain

Sur le site bordelais, l'héroïne est essentiellement disponible sous sa forme brune, l'héroïne dite blanche étant plus rare et plus chère. À l'instar de l'année précédente, le petit trafic de rue semble accuser une nette régression et l'accès à l'héroïne est plutôt confiné dans des espaces privés. Son prix reste stable : « un gramme de rue » d'héroïne brune coûte entre 300 F (45 euros) et 700 F (100 euros) soit 500 F (70 euros) en moyenne.

L'image de l'héroïne reste controversée, certains la perçoivent comme un opiacé « de choix » alors que d'autres incriminent sa mauvaise qualité (produit de coupe et faible teneur en héroïne) : « Les usagers vont préférer l'héroïne au Subu, Skenan® et Néocodion® » mais « y'en a qui préfèrent du Skenan® à une mauvaise héroïne, au moins t'es sûr de ce que tu prends... »

Espace festif

Le groupe de consommateurs d'héroïne au sein de l'espace festif semble être variable selon les différents types de manifestation. Dans les clubs, les discothèques, les raves payantes, les usagers d'héroïne représenteraient une minorité. Leur consommation se déroulerait le matin afin de limiter les affres de la descente des psychostimulants. Ils seraient plus nombreux dans les *free*.

L'apparition dans les centres de consultation de jeunes usagers (20-25 ans) plutôt bien insérés socialement, ayant consommé de l'héroïne en association régulatrice de psychostimulants, tend à confirmer les phénomènes perçus l'année dernière. Une étude de l'OFDT¹⁵ concernant les nouveaux usages de l'héroïne est en cours et une dizaine d'entretiens approfondis ont été réalisés à Bordeaux.

La fonction de l'héroïne paraît clairement identifiée : apaisante après une consommation de psychostimulants (cocaïne, crack, speed, ecstasy) ou d'hallucinogènes (LSD) ; elle semble peu utilisée pour ses effets intrinsèques.

Les prix de l'héroïne dans l'espace festif sont globalement moins élevés que dans l'espace urbain. Ils varient pour l'héroïne, dite « brune » (poudre homogène de blanc cassé à marron), de 150 à 600 F le gramme et pour l'héroïne blanche, dite « la thaï », de 400 à 1 000 F le gramme (700 F en moyenne).

Les interpellations sont en diminution comme l'indiquent les dernières données des indicateurs locaux pour l'information sur les addictions (ILIAD¹⁶) : le taux de croissance des interpellations en Gironde des usagers d'héroïne, cocaïne et ecstasy confondus est de - 32,2 % par rapport à l'année précédente et contraste avec le taux de croissance national de + 4,7 %.

L'opium et le rachacha

Le rachacha est un opiacé naturel fabriqué artisanalement à petite échelle par de nombreux usagers. Encore appelée « confiture » ou « rach », elle se présente sous forme de boulettes qui, en fonction de la préparation (fraîche ou plus sèche), sont avalées dans du papier à cigarettes, préparées en infusion ou fumées (« chasser le dragon »).

« Quand elle est concentrée, elle est plus dure, plus opaque, plus foncée. Quand elle est plus liquide il faut la mélanger avec de l'eau chaude et du sucre, en faire une tisane : le goût est très amer. »

Notre situation géographique proche d'une « zone d'approvisionnement » fait du rachacha une substance relativement disponible dans la région. Elle est consommée en grande partie par des usagers d'opiacés appartenant à un réseau d'initiés qui participent aux « grandes récoltes » du mois de juin. Outre ces derniers, le rachacha se retrouve dans certaines manifestations techno (essentiellement l'été) et bénéficie d'une bonne perception des usagers :

« Ceux qui connaissent les opiacés en ont une bonne image puisque l'effet du rachacha dure toute la journée. »

Il semblerait que les néophytes le préfèrent à l'héroïne, son origine naturelle et sa fabrication artisanale lui conférant un meilleur statut. Les effets décrits sont ceux des opiacés : bien-être, apaisement, somnolence. Les effets non désirés notables sont de l'ordre de l'accoutumance et de l'état de manque : « Pointe au ventre, insomnie, courbatures, douleurs dorsales, diarrhée... »

Durant l'été, le rachacha est majoritairement échangé contre de la résine de cannabis, il peut aussi être donné lorsqu'il s'agit d'un seul gramme ou vendu pour de plus fortes quantités aux alentours de 100 F les 5 g. Son prix aurait tendance à se formaliser (auparavant le « rach » était un peu en dehors des catégories marchandes) et à augmenter au vu de l'accroissement de la demande.

Il est utilisé par quelques amateurs d'opiacés mais essentiellement comme produit de régulation des psychostimulants : « Souvent consommé en descente d'ecstasy, de LSD, de cocaïne, de speed... »

La consommation d'opium par incision de capsule de pavot reste une pratique marginale, réservée à quelques amateurs « patients et connaisseurs » au vu de la durée de la récolte.

Le Skenan® et le Moscontin®

Le sulfate de morphine, Skenan® principalement, apparaît comme bien présent mais moins disponible que l'année précédente. Il reste un opiacé fortement plébiscité par les usagers d'héroïne et de Subutex® auprès desquels il bénéficie d'une « bonne perception ; c'est un produit "chaud" (effet flash), son effet est durable, et présente de moindres problèmes à l'injection ».

Il existe plusieurs catégories de consommateurs : les anciens héroïnomanes substitués et stabilisés au sulfate de morphine, les usagers habituels d'opiacés et les consommateurs occasionnels de Subutex® qui lui préfèrent le Skenan® pour ses attributs régulateurs et de « défonce » occasionnelle.

Sa disponibilité est variable et dépend principalement de la revente de dépannage ou de la vente « d'excédents » par des usagers ayant une prescription, mais qui « protègent leur source ». Il semblerait cependant que le trafic de rue soit plus présent que l'année précédente et par là même plus accessible aux jeunes qui l'utilisent comme régulateur des effets des stimulants.

Dans ce cas précis, le Skenan® est consommé par voie nasale. Cependant, l'administration privilégiée reste l'injection (provoquant moins d'effets délétères).

Le prix d'une gélule de Skenan® de 100 mg oscille entre 50 F (7,62 euros) et 70 F (10,67 euros).

15. À paraître.

16. ILIAD 2000, OFDT.

La buprénorphine haut dosage

La consommation de la buprénorphine haut dosage (Subutex®) a connu, depuis sa mise sur le marché, une augmentation très rapide. Le taux de croissance des ventes de Subutex® par rapport à 1999 est de 17,9 % en Gironde contre un accroissement de 14,8 % au niveau national (ILIAD 2000). La disponibilité importante de ce traitement laisse place à une utilisation détournée : selon une enquête effectuée en 1999 par le réseau ville hôpital Toxicomanies Gironde auprès des usagers et des professionnels de santé¹⁷ les mauvais usages de Subutex® avoisineraient 22 % relativement à l'utilisation par voie intraveineuse.

Le Subutex® souffre d'une perception majoritairement négative dans ce cadre d'utilisation. Celle-ci semble essentiellement reposer sur deux constats : nombre d'usagers sont conscients des risques induits par l'injection du produit en terme de santé, et son statut ambigu de traitement de substitution et de produit de « défonce » semble remettre en question ses vertus thérapeutiques. Certains parlent même de « complot antitox »...

Le profil des usagers de Subutex® tend à se diversifier et quatre catégories peuvent être distinguées :

- la première correspondrait aux usagers substitués et bénéficiant d'un suivi pour lesquels le Subutex® reste le produit principal ;
- la deuxième aux polyconsommateurs de médicaments où le Subutex® se mêle aux autres psychotropes (benzodiazépines notamment) ;
- la troisième aux consommateurs de stimulants et hallucinogènes, pour apaiser la descente en l'absence d'autres opiacés (héroïne, rachacha, Skenan®) ;
- enfin, la quatrième se distinguerait par l'émergence d'une primo-consommation d'opiacés par le Subutex®, il s'agit de jeunes consommateurs pour lesquels l'usage de Subutex® constitue donc de fait une porte d'entrée dans la toxicomanie.

À l'opposé de l'espace urbain, la diffusion du Subutex® ne semble pas très répandue dans l'espace festif.

Le petit trafic de proximité de Subutex® est relativement visible et a pour particularité de ne pas être structuré en réseau. Il s'agit majoritairement d'usagers-revendeurs ou plus exceptionnellement de revendeurs non consommateurs.

« Les gens de la rue vendent beaucoup plus de Subutex® ; certains font même plusieurs médecins : ils font de l'argent pour acheter d'autres produits. »

Le prix d'une boîte de Subutex® sur le marché parallèle se négocie entre 50 et 100 F (pouvant aller jusqu'à 150 F) et le comprimé de 8 mg se vend en moyenne entre 10 et 50 F.

Les modes de consommation sont divers : en sublingual, en sniff, fumé (« mélangé au tabac après avoir été pilé, le Subutex® est fumé comme un joint : les effets sont limités ») ou surtout injecté, forme de détournement la plus répandue. Par cette voie, ses effets sont dépeints comme stimulants, permettant ainsi « d'avoir la pêche », « de pouvoir démarrer la journée ».

De nombreuses complications dermatologiques, veineuses et infectieuses sont de plus en plus signalées et observées : abcès, phlébites, lymphangites, œdèmes des membres et des extrémités importants (syndrome de « Popeye »), veines sclérosées, « poussières » (manifestations de type allergique assimilables à des décharges septiques dans le sang).

Les associations du Subutex® avec d'autres substances sont liées aux différents types d'utilisateurs, certains l'associent à l'alcool et aux benzodiazépines afin d'augmenter « la défonce », d'autres l'utilisent dans la gestion de la « descente » des stimulants (cocaïne, ecstasy, *speed*).

Majoritairement, les personnes qui utilisent le Subutex® par voie injectable ont recours aux matériels d'injection stérile (Stéribox®, KAP). Il a ainsi été signalé certaines difficultés relatives au retrait de la vente des seringues de 2 ml, induisant des problèmes de dilution du Subutex®. Il semblerait qu'une dilution plus importante du comprimé limite les risques des complications sus-citées, l'aiguille des seringues de 3 ml (proposées en alternative) étant beaucoup plus grande et de diamètre supérieur.

La méthadone

L'usage de méthadone en dehors d'un contexte de prise en charge semble rare à Bordeaux. Il ne paraît pas exister à proprement dit de trafic de méthadone, il s'agirait davantage de dépannage dans un cercle restreint d'initiés. Dans ce cadre, elle est donnée ou vendue 50 à 70 F le flacon de 60 mg. La méthadone bénéficie plutôt d'une bonne image : « Traitement efficace pour les usagers de long parcours qui ne se shootent plus », et aussi plus euphorisante.

La tendance actuelle est à une augmentation du nombre de personnes bénéficiant de traitements méthadone sur notre site. En effet, beaucoup de nouvelles demandes de traitement concernent des usagers plus jeunes (20-25 ans), dont le principal problème est le mésusage de Subutex® (voie intraveineuse et mélanges).

17. Concernant 77 professionnels dont 39 pharmaciens et 38 médecins.

Il demeure néanmoins que malgré l'augmentation des places disponibles en centre, les demandes restent supérieures à la capacité d'accueil, ceci pouvant s'expliquer notamment par le grand nombre de demandes de « changement » de traitement de substitution (« switch » Subutex®-méthadone). Les représentations de la méthadone semblent s'être modifiées ; la méthadone n'est plus réservée aux « cas graves », mais souvent prescrite aux injecteurs « accro à la seringue ».

Par ailleurs, il est à noter une augmentation de la prescription de méthadone en maison d'arrêt, ses propriétés sédatives étant plébiscitées par les usagers et l'administration pénitentiaire. Les prises sont également plus faciles à contrôler, d'où moins de *deal* carcéral.

Les stimulants

La cocaïne

Bien que la cocaïne bénéficie d'une image positive du fait de son association au dynamisme, aux performances physiques, intellectuelles et sexuelles, il apparaît que pour des consommateurs plus expérimentés cette perception soit plus nuancée. Ceci est à mettre en relation avec les effets indésirables de la cocaïne relevés par ces mêmes utilisateurs : lésions des parois nasales, manifestations de violence, épisodes psychotiques de type « persécutif », asthénie et syndrome dépressif lors des descentes et risque de passage d'une consommation récréative à une consommation abusive voire à la dépendance.

Les modes de consommation les plus fréquemment relevés sont la voie nasale (les milieux traditionnels d'usagers bien insérés dans le cadre privé) et la voie intraveineuse pour des habitués des pratiques d'injection (ex-héroïnomanes notamment).

La cocaïne étant thermolabile, elle est difficilement fumable sans un taux de perte élevé. Pour cela, elle doit être transformée en cocaïne base ou free-base (adjonction de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque 220) afin d'en amplifier les effets. Cette pratique semble minoritaire et n'être le fait que de quelques consommateurs.

Pour fumer la cocaïne base, il s'avère nécessaire de fabriquer une pipe à eau ou un équivalent artisanal (canette percée de quelques trous, doseur à alcool, bouteille d'eau minérale munie d'une grille). Quel que soit l'ustensile utilisé, le produit est chauffé de l'extérieur à l'aide d'un briquet et inhalé en même temps.

Les associations avec la cocaïne sont diverses et ont, pour chaque produit, un sens particulier. Néanmoins, le cannabis, les opiacés et les benzodiazépines sont le plus souvent utilisés afin d'accompagner la descente de la cocaïne.

L'ecstasy, lui, est associé afin d'équilibrer les effets en ajoutant une composante stimulante ou d'atténuer, en début de consommation, une forte montée, et à la fin d'en prolonger les effets.

L'association alcool/cocaïne permet d'un côté de réduire la sensation de surexcitation induite par la cocaïne et de l'autre de diminuer l'ivresse suscitée par l'alcool. En conséquence, leur prise concomitante aboutit à une plus grande tolérance à l'alcool et à la cocaïne, permettant éventuellement l'augmentation de la consommation de ces deux substances.

Associée au LSD, la cocaïne permet d'adoucir la descente du LSD voire de faire obstacle, dans une moindre mesure, au « *bad trip* ». Enfin, la cocaïne permet de neutraliser les effets de la kétamine en cas de malaise ou de surdose.

La disponibilité de la cocaïne, dans les deux espaces investis (urbain ou festif), semble en augmentation du fait d'une demande plus importante et d'une offre abondante.

Le mode d'acquisition de cette substance est décrit comme peu visible dans l'espace urbain, la consommation se déroulant plus particulièrement dans des lieux privés : les deux raisons invoquées sont « de limiter les intermédiaires pour moins de coupe et pour ne pas partager », « c'est le produit pour lequel les gens se cachent le plus ».

Deux types de cocaïne circulent, la « végétale » (plus humide) et la « synthétique ». La première est identifiée comme de meilleure qualité (permettant aussi de fabriquer de la cocaïne base) et aussi légèrement plus chère (de 350 à 800 F le gramme), la seconde apparemment moins chère est aussi plus disponible (de 250 à 500 F).

Il a été mentionné également une forme plus rare, la pasta (« œuf jaune ») à l'aspect d'« écaille de poisson », orange brillant, ayant l'odeur du « pétrole » : elle serait soit consommée en base soit convertie en poudre pour être injectée.

L'ecstasy

Au sein de l'espace urbain, il semblerait que la disponibilité de l'ecstasy reste stable et concernerait, en dehors de son public habituel, les populations citées les années précédentes telles que les jeunes désinsérés, les *travellers* et les étudiants.

Au sein de l'espace festif (non spécifiquement techno), plusieurs informateurs ont noté un accroissement de la consommation en discothèques, dans les clubs et dans les milieux estudiantins. La diffusion de l'ecstasy semblant s'élargir aux différents lieux de fêtes, des personnes plus âgées (40-50 ans), public des discothèques, apparaissent comme de nouveaux consommateurs sur notre site.

C'est ainsi qu'au sein de l'espace festif techno, on distingue deux ambiances, deux cadres, deux lieux différents :

- les clubs, hommes et femmes ayant un minimum légal de 16 ans mais la tranche d'âge se situe surtout entre 18 et 30 ans. Généralement, ces consommateurs ont une vie assez stable, et leur catégorie socioprofessionnelle est plutôt élevée. Ils sont économiquement à l'aise et aiment dépenser. Leur consommation semble peu excessive,
- les *free*, les *raves* ou les *teknivals* : le public semble plus jeune que dans les clubs. En général, ils ont entre 16 et 30 ans, sont issus d'un milieu plus modeste mais il n'est pas rare de voir les « *clubbers* » *supra* cités. La consommation y est plus importante mais aussi moins onéreuse.

Pour la plupart de ces consommateurs, les effets spécifiques recherchés sont :

- l'effet « *love* », euphorie, bien-être, hypersensibilité cutanée, meilleure communicabilité avec les autres, sexe, « les interdictions tombent »,
- l'effet « *speed* », relatif à une sensation d'énergie, d'excitation, de stimulation.

Pour autant, certains précisent que la prise d'ecstasy n'est pas une fin en soi mais constitue le « déclencheur de la fête ». Cette substance bénéficie d'une bonne image que lui confère son aspect de comprimé pharmaceutique, la prétendue absence de dépendance, sa facilité de prise et le contrôle de ses effets. « Produit qui fait propre », « côté pharmaceutique qui ne fait pas peur. » « Substance consommée sans trop de modération et peu ou pas de dépendance. » « Plus de personnes goûtent car c'est plus accessible, peu d'*a priori* et bonne expérience. »

Les associations avec d'autres substances sont fréquentes, avec tous les autres produits disponibles, exception faite de la kétamine et du GHB. La cocaïne semble trouver une place privilégiée dans les associations avec l'ecstasy, permettant de relancer ou prolonger les effets stimulants.

Le cannabis et l'alcool semblent présents en toile de fond des consommations d'ecstasy essentiellement pendant la descente.

Le principal mode de consommation reste la voie orale bien que quelques rares cas d'injection aient été relevés.

L'effet indésirable majoritairement signalé est le syndrome dépressif trois à quatre jours après la prise ; il semblerait en effet que les principales récriminations imputables à l'ecstasy soient cette phase dépressive à la descente. Pour cela, certaines automédications ont vu le jour chez quelques utilisateurs confirmés : le

5-HTP (5-Hydroxytryptophane¹⁸), précurseur de la sérotonine, ou la spécialité médicamenteuse Lévonine® (oxitriptan), est utilisé en neurologie, il permettrait aux yeux de ces usagers de pallier le déficit de sérotonine et par là de se préserver des effets indésirables de la descente.

Le piracétam (Nootropyl®) qui permettrait une potentialisation des effets de l'ecstasy ainsi qu'un évitement du syndrome cité précédemment. Par ailleurs, cette substance aurait pour effet d'avancer le seuil d'ivresse à l'alcool.

Benzodiazépines de type Lexomil® ou antidépresseurs, le plus cité étant le Prozac®, lui aussi sérotoninergique.

Les prix de l'ecstasy restent stables, variant sensiblement en fonction des lieux (urbains ou festifs techno), du logo et de la réputation qui l'accompagne. À l'unité, le comprimé se négocie autour de 100 F dans l'espace urbain, et entre 50 et 100 F au sein des manifestations techno.

Les amphétamines

Depuis la disparition des formes d'amphétamines médicamenteuses (Dintel® et Orténa®) en 1999, les amphétamines semblent cette année moins disponibles au sein de l'espace urbain même sous leur forme poudre. Dans l'espace festif techno, le speed est un terme générique qui désigne toutes sortes d'amphétamines : le speed blanc, le speed jaune, le speed rose, le speed base. Il n'a pas été rapporté de forme d'amphétamine dite « ice », bien qu'elle soit reconnue par les usagers comme la forme la plus pure (dosée à 95 %).

Les consommateurs sont des amateurs de drogues de synthèse plus âgés que ceux précédemment évoqués. Ils en prennent dans le but de « tenir le coup physiquement » dans des manifestations qui durent parfois plusieurs jours. « C'est un puissant stimulant physique, qui supprime la fatigue, et dure plusieurs heures. »

La perception des amphétamines par ces usagers est globalement positive. Elle a pour effet de rester éveillé et de couper la faim, ce qui permet de faire des économies d'alimentation pour les plus précaires.

Les amphétamines en poudre semblent majoritairement utilisées par voie nasale, sous forme pâte elles peuvent être avalées en « bombes » : boulettes enroulées dans une feuille de papier à cigarettes (un gramme dure deux jours), ou injectées, les effets étant plus forts.

18. Indiqué dans le traitement du syndrome de LANCE et ADAMS.

Les dommages transitoires repérables par les usagers sont des tics nerveux, des crispations de la mâchoire (qui souvent permettent d'en déceler la présence dans certains ecstasy) et des troubles de la vue. La descente est décrite comme longue et difficile : insomnie, épuisement, énervement, anorexie.

Les prix diffèrent selon les formes d'amphétamines :

- speed en poudre, blanc ou jaune : de 80 à 200 F ;
- speed en pâte rose : de 70 à 200 F le gramme ;
- speed en base, pâte molle : 100 F à 300 F ;
- speed en comprimé : de 50 à 150 F.

Le speed semble utilisé en association avec d'autres produits, soit en qualité de produit de coupe d'autres substances : « Les amphétamines sont souvent utilisées pour couper les ecstasy, la coke et même le LSD : elles ne sont pas considérées comme des produits de "défonce" mais accompagnant la fête », soit en tant que substance de régulation avec :

- l'alcool, permettant ainsi de boire d'avantage (effacement de la sensation d'ivresse) ;
- le cannabis, pour limiter les effets indésirables de la descente ;
- le LSD et l'ecstasy afin d'en potentialiser les effets ;
- les benzodiazépines et les opiacés chez des usagers déjà consommateurs afin d'en « contrôler la descente ».

A contrario, l'association avec la cocaïne semble peu prisée dans la mesure où le speed majorerait les effets négatifs tels que les états dépressifs et « paranos ».

Les hallucinogènes

Le LSD

Le LSD (diéthylamide de l'acide lysergique) est une substance connue pour sa diffusion dans la région dès les années 1970, dans le droit fil du mouvement hippie. Il a connu un regain d'intérêt avec le développement des manifestations techno où il est présenté comme une des drogues mythiques.

Bien qu'en 2000 sa disponibilité ait été importante, il semblerait que le LSD soit moins disponible cette année au sein de l'espace urbain. Il bénéficierait d'une image controversée mais plutôt bonne auprès des usagers qui le connaissent de lon-

gue date et qui ont appris à le « gérer » (« à contrôler les hallus »). Ils n'en oublient pas néanmoins que ce produit reste à utiliser avec prudence : « Les trips nécessitent un certain état d'esprit et ne conviennent pas à toutes les personnalités. »

En revanche, les néophytes semblent de plus en plus méfiants quant à son contenu et aux effets secondaires, *bad trip*, dont ils ont été les témoins ou les victimes. Perçu comme moins contrôlable que d'autres substances, le LSD semble avoir perdu de sa popularité.

Le groupe de consommateurs est constitué essentiellement des jeunes fréquentant les manifestations techno (*rave-party*, *free-party*, *teknivals*) ainsi que les ex-« soixante-huitards » culturellement survivants.

Le LSD disponible à Bordeaux se présente le plus souvent sous forme de buvard ou, plus rarement, sous forme liquide (la goutte). Sa diffusion sous sa forme micro-pointe reste exceptionnelle au sein de la région.

À l'appellation de « trip » correspondent des buvards ou cartons imprimés de dessins qui sont avalés par demi ou par quart en fonction des dosages. Ils sont souvent intégrés à une mie de pain afin d'éviter les douleurs gastriques et dentaires, la goutte étant déposée sur un sucre.

Le prix du LSD a très peu varié depuis l'année dernière : de 35 à 50 F le buvard ou la goutte.

Un large éventail de produits est utilisé en association avec le LSD :

- la cocaïne, afin d'adoucir la descente, « remettre les idées en place » ;
- le rachacha, lors de la descente pour prodiguer calme, relaxation et même sommeil ;
- la MDMA afin d'augmenter les effets et d'y adjoindre une composante « love » destinée à favoriser l'ouverture vers les autres.

Le GHB (acide gamma-hydroxybutyrate)

Le GHB, également appelé « ecstasy liquide », apparaît comme une substance connue sur le site de Bordeaux mais peu consommée. L'image forte de « drogue du viol » véhiculée par les médias est très présente dans de nombreux discours. Cette question est régulièrement abordée par des professionnels, mais il ne semble pas, en l'état actuel de nos informations directes ou indirectes, qu'il y ait eu des cas recensés dans la région. Sa perception demeure essentiellement négative au sein des deux espaces étudiés par le dispositif TREND.

À Bordeaux, il semblerait que le GHB connaisse une apparition récente au sein des soirées techno et serait plutôt consommé par des usagers plus âgés. Ceux-ci l'utiliseraient pour ses effets se rapprochant de ceux de la MDMA et de l'alcool, à

savoir le bien-être, l'apaisement et l'ivresse ; certaines informations le signalent comme une substance « idéale pour la descente ».

Sa disponibilité reste très limitée, sa présence ayant été signalée lors de teknivals et en milieu urbain (circuit de la « pub »). Internet reste le mode d'acquisition principal (précurseurs en général) et la fabrication est artisanale avec du « petit matériel de chimiste et des produits de droguerie », rendant le détour par le marché parallèle inutile. Son prix oscille entre 100 et 150 F le gramme liquide.

Inodore et sans saveur, le GHB est dilué dans de l'eau ou en *snif* lorsqu'il est en poudre, à mélanger dans une boisson (alcool exclus) sous sa forme liquide. Les dommages essentiellement repérés par ses utilisateurs sont les pertes mnésiques importantes ainsi qu'un coma « plus ou moins long » lorsqu'il est associé à l'alcool.

La kétamine

L'apparition de la kétamine dans la région Aquitaine semble s'être lentement diffusée comme au plan national depuis 1997. Elle reste une substance marginale présente essentiellement dans certaines manifestations techno (teknivals, *free-party*). Le profil des usagers de kétamine semble clairement identifié, il s'agirait principalement de « teufeurs » (et non les *clubbers*), la consommation restant très cantonnée à une population jeune plutôt précarisée (squats, rue) et quelques personnes « tournées vers l'Angleterre ». En revanche, elle ne semble pas trouver d'amateurs dans la rue. La question des usages en milieu professionnel (anesthésistes-réanimateurs et infirmières en réanimation) n'a pas été étudiée mais le problème est connu.

Globalement, la perception de la kétamine semble se détériorer ; les discours des usagers se rejoignant autour des mauvaises expériences (vécues ou observées) telles que la constatation d'une régression du comportement importante ainsi que quelques manifestations de violence sans fondement apparent.

Trois formes de kétamine ont été mentionnées comme présentes sur le site :

- la kétamine liquide ou kétamine indienne qui se transforme facilement en poudre et se consomme en injection ;
- la kétamine en poudre ou kétamine européenne (« escargots ») qui s'utilise par voie nasale ;
- la kétamine « en comprimés » (inexistants *a priori* dans l'industrie pharmaceutique) et qui serait vendue comme une forme « un peu particulière » d'ecstasy, qui s'apparenterait à ce qui est communément appelé « Spécial K » (voir ci-après).

Les prix de la kétamine varient en fonction de sa présentation initiale : en poudre (grise ou blanche), elle est vendue de 100 F à 300 F le gramme, sous sa forme liquide, inodore, 1 verre ou 10 cl sont négociés autour de 100 F, un gramme de kétamine liquide transformée se négocie autour de 150 F.

La kétamine est consommée comme produit principal pour ses effets hallucinogènes propres ainsi que les sensations d'ébriété qu'elle procure à faible dose. D'autres effets plus ou moins recherchés sont décrits : une dissociation du corps et de l'esprit « même marcher ça se calcule » et une augmentation des sensations « plus que des fréquences, on ressent les déplacements d'air ». Pas de descriptions de « *near death experiences* ».

Les associations avec ce produit semblent plutôt rares, quelques-uns l'associent au LSD afin de renforcer ses effets hallucinogènes, d'autres en consomment des formes plus spécifiques : « Calvin Klein », mélange de cocaïne et de kétamine, « Spécial K », mélange d'ecstasy et de kétamine.

Le protoxyde d'azote

Le protoxyde d'azote est une substance légale, plus connue sous le nom de « gaz hilarant ». Elle est utilisée à la fois en médecine, dans l'industrie alimentaire et dans les préparations culinaires domestiques.

On le retrouve donc sous deux conditionnements : les « bombonnes », utilisées dans le milieu médical où le gaz est décrit comme « plus fort », et sous forme de capsules (utilisées pour la crème Chantilly) en vente libre.

Le protoxyde d'azote a été rapporté comme étant particulièrement disponible dans les teknivals et dans les *free-party*. Sa diffusion semble néanmoins s'être amoindrie du fait de l'action des établissements médicaux dont la volonté est de garantir une meilleure sécurité des lieux de stockage et de l'action des organisateurs de manifestations techno qui voient d'un mauvais œil le développement de la consommation de ce produit.

D'une part, en effet, l'impact médiatique de la multiplication des vols de bouteilles risque de ternir l'image du mouvement et d'autre part la consommation de cette substance engendre souvent une quantité considérable de déchets visibles et encombrants (ballons, capsules et bombonnes).

Dans la région, le groupe de consommateurs semble être constitué des plus jeunes qui inhalent le gaz préalablement mis dans un « ballon de baudruche », vendu 10 F l'unité. Son inhalation induit rapidement une hilarité, une modification de la voix et des sons perçus comme étant « plus métalliques ». « Les plus jeunes adorent, les plus vieux trouvent ça ridicule. »

La perception du protoxyde d'azote tend à se dégrader d'une part à cause des soupçons relatifs aux effets nocifs immédiats (malaise, perte de conscience, perte d'équilibre et chutes survenues chez des consommateurs abusifs) et des effets néfastes à long terme sur le cerveau (une rumeur circule selon laquelle «ça liquéfie la moelle»). Tout cela ternit l'image d'une substance jusqu'alors perçue comme anodine et inoffensive. D'autre part, ce déficit d'image semble également lié à son mode d'administration, par inhalation, qui tend à l'assimiler aux solvants, lui conférant un statut de produit bas de gamme.

Les quelques associations mentionnées se font avec le cannabis et avec l'alcool. Cependant, il est essentiellement fait mention d'une prise concomitante avec l'ecstasy et le LSD afin de «faire remonter les produits».

Les champignons hallucinogènes

Même si dans les conclusions du rapport ESCAPAD de 2000 l'expérimentation des champignons hallucinogènes reste modéré dans la région aquitaine (5 %¹⁹ pour les garçons de 17 ans et 2 % pour les filles de 17 ans), comparativement à l'ensemble des autres sites TREND de l'OFDT, il s'avère que la consommation à Bordeaux cette année semble s'être accrue au sein des manifestations festives techno chez les amateurs de substances hallucinogènes. Ils bénéficient d'une bonne perception liée à leur double qualité d'hallucinogènes et de produits naturels. Les noms usuels sont : «*Psilo*», «*champi*», «*magic mushroom*».

Les champignons hallucinogènes français, les psilocybes, sont les plus consommés et d'une disponibilité saisonnière (autommale) entraînant parfois des excursions dans les vallées pyrénéennes. Au sein de l'espace festif, les champignons hallucinogènes semblent essentiellement consommés lors des teknivals et des *free-party* par «les amoureux de la nature et les nostalgiques de mai 68», ils n'apparaissent que rarement ailleurs. Le prix des champignons hallucinogènes semble fixe, cueillis par les amateurs eux-mêmes, 15 euros (100 F) les 100 pièces.

Les modes de consommation sont exclusivement par voie orale, seules les «recettes» de préparation diffèrent : en infusion, marinés dans du miel (décuplerait les effets de la psilocybine), en omelette, macérés dans l'alcool... quelquefois fumés.

Les effets sont proches de ceux du LSD : hallucinations et euphorie. Quelques «*bad trips*» (perte de contrôle de soi souvent traumatisant pour les personnes concernées) ont été évoqués et, de manière beaucoup plus répandue, de simples maux de ventre, des vomissements, etc.

Les médicaments psychotropes détournés

Nous aborderons dans ce chapitre la famille des benzodiazépines, puisqu'elle constitue l'essentiel du corpus de données ethnographiques concernant les usages détournés de médicaments. L'enquête quantitative réalisée aux mois de juillet et d'août 2001, relative aux consommations des usagers des structures de bas seuil durant le dernier mois, laisse apparaître une proportion de 47 % de consommateurs de benzodiazépines. Ainsi, le flunitrazépam (Rohypnol®) apparaît comme particulièrement détourné de son usage premier (25,88 % des enquêtés déclarent avoir consommé cette molécule dans le dernier mois).

Tout comme l'indiquent les résultats de l'enquête OPPIDUM²⁰, il n'existe pas cette année de grands changements quant à la consommation de benzodiazépines. Le Rohypnol®, malgré son changement de dosage et de présentation, reste la benzodiazépine la plus citée dans le cadre de consommations détournées. Pour autant, elle apparaît d'après les observateurs de l'espace urbain comme moins disponible dans la rue et moins présente dans les discours. Les récentes modifications des conditions de prescription commencent à produire leurs effets.

Son image auprès des usagers semble négative du fait surtout de la violence que sa consommation peut favoriser par le biais de la levée des inhibitions, mais aussi de l'amnésie antérograde qu'induisent des prises régulières.

La consommation de Rohypnol® concernerait soit les toxicomanes «classiques» soit les plus désinésérés, vivant dans la rue ou dans des squats et/ou présentant des pathologies psychiatriques.

Les effets recherchés seraient de deux ordres ; d'une part la réduction de l'anxiété et l'induction du sommeil et, d'autre part, la potentialisation des effets d'autres substances (opiacés et alcool) dans des contextes de polyconsommation : «En descente de cocaïne, de speed, d'ecstasy... ou en attendant l'héroïne.» La désinhibition est parfois aussi recherchée pour elle-même.

Le mode d'administration principal du Rohypnol® reste la consommation orale (avalé), quoique quelques personnes aient évoqué la voie d'administration pulmonaire «chasser le dragon». Les comprimés sont alors écrasés, placés sur du papier aluminium et inhalés après combustion. Cette technique aurait comme finalité l'apparition plus rapide des effets : speed, perte de contrôle, agressivité.

Le petit de trafic de proximité de Rohypnol® ne semble pas particulièrement structuré, il s'insérerait au milieu de la vente d'autres substances. Les comprimés

20. Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse, Enquête n° 12, octobre 2000.

se négocient de 10 à 20 F lorsqu'ils ne sont pas donnés, « se vend dans la rue à côté du Subutex® ».

La consommation détournée de benzodiazépines semble particulièrement fréquente dans les milieux les plus défavorisés. Il apparaît que le flunitrazépam y tient une place importante dans ce type d'usage bien qu'il ne soit pas le seul. En effet, l'inflexion relative de sa consommation semble laisser place à d'autres médicaments tels que le Tranxène 50®, le Valium®, ou encore le Tercian® utilisé tant comme hypnotique que comme produit de « défonce ».

Il serait injuste de clore ce chapitre sans mentionner le retour d'un revenant : l'Artane® qui, après des années où il avait commencé à se faire oublier par les milieux de la « défonce », effectue une percée dans les publics habituels du Rohypnol® avec une recherche d'effets plus hallucinatoires et confusogènes.

Enfin, chez les jeunes, il faut mentionner l'intérêt croissant pour les vieilles « herbes de sorciers », belladone, hellébore et autre datura... qui commencent à poser de sérieux problèmes sanitaires (intoxications aiguës gravissimes, troubles psychiatriques).

CONCLUSION

Pour ce premier rapport, nous nous sommes attachés à mettre à disposition des acteurs impliqués localement des informations validées présentant un état actuel des usages de drogues dans notre région en nous attachant tout particulièrement à signaler les phénomènes émergents voire les tendances récentes. Les points exposés ne prétendent pas faire un état des lieux exhaustif de la situation qui prévaut en Aquitaine. Ces données sont fournies par un système d'observation récemment mis en place et dont les champs d'investigation sont limités. C'est la raison pour laquelle il nous paraît primordial dans l'année à venir de développer l'extension des zones d'observation à des milieux ou à des territoires non encore « explorés » cette année en Aquitaine.

D'un point de vue très général, il apparaît que notre région est mal placée en ce qui concerne l'expérimentation des drogues par les jeunes, les prévalences locales sont supérieures aux moyennes nationales pour presque tous les produits.

Chez les usagers confirmés, la tendance à l'extension des consommations de cannabis se poursuit avec l'apparition de complications surtout neuropsychiatriques chez des usagers massifs. De même, on observe une évolution des modalités d'usages : utilisation croissante des pipes à eau, des pollens, de l'haya...

L'héroïne, reste fortement plébiscitée par les usagers et tient toujours au sein de la famille des opiacés, la place d'un produit de choix. Cela laisse supposer qu'il faut rester prudent quant aux annonces concernant son recul durable. Au sein de l'espace festif techno, la consommation d'opiacés semble même être en augmentation mais ne concerne qu'une minorité d'usagers. Les prises d'héroïne et de rachacha (opiacés les plus utilisés dans ces milieux) s'insèrent dans un contexte de consommation de stimulants et/ou d'hallucinogènes, permettant ainsi la régulation des effets non désirés de ces derniers. Ces deux substances sont alors soit ingérées (rachacha) soit fumées (héroïne : « Chasser le dragon »).

En ville, l'opiacé le plus répandu devient le Subutex®, dont les mésusages sont devenus extrêmement problématiques avec notamment l'apparition de primo-consommations d'opiacés au Subutex®, sans parler des problèmes liés aux injections.

La consommation de stimulants poursuit son développement observé depuis quelques années par les dispositifs TREND/SINTES. Cocaïne et ecstasy sont plus disponibles, plus accessibles et leurs publics se diversifient et rajeunissent. Il est à noter dans ce domaine l'apparition de nouvelles substances identifiées par la collecte locale d'échantillons d'ecstasy, telles que la PMA, substance particulièrement nocive et le 2 C-B. Ces découvertes ont permis aux autorités sanitaires de lancer une procédure d'alerte rapide. La présence du LSD est clairement relevée au sein de certaines manifestations techno à côté des champignons hallucinogènes qui semblent tenir, dans ces mêmes lieux, une place importante. De même, les substances « naturelles » (datura, belladone, hellébore...) gardent un public chez les jeunes de la région.

Nous attendons et espérons vos remarques et conseils pour améliorer ce document dans l'avenir et renouvelons nos chaleureux remerciements à tous ceux qui ont aidé à la réalisation de ce prototype.

Jean-Michel Delile, coordinateur TREND/OFDT
Anne-Cécile Rahis, chargée de mission TREND/OFDT

ANNEXES

En région Aquitaine, la population toxicomane peut s'adresser à de nombreuses structures sanitaires et sociales spécialisées offrant un dispositif diversifié : CSST ambulatoires, CSST résidentiels, services d'appartements thérapeutiques, structures de réduction des risques (PES, Boutiques)...

Dordogne

CSST REPSUD Dordogne : 45, rue Gambetta, 24000 PÉRIGUEUX
Tél. : 05 53 46 63 83
Contact : M. Claude Pierrard

CDPA 24 : 10, allée d'Aquitaine, 24000 PÉRIGUEUX
Tél. : 05 53 07 66 82
Contact : M. Vincent Patisso

Gironde

Centres spécialisés de soins aux toxicomanes et CDPA (ambulatoires)

CSST Centre du Parlement-Saint-Pierre (CEID, Comité d'étude et d'information sur la drogue) : 24, rue du Parlement-Saint-Pierre, 33000 BORDEAUX
Tél. : 05 56 44 84 86
Contact : Dr Jean-Michel Delile
(Section Appartements thérapeutiques : Mme Christiane Barrague)

CSST Centre Montesquieu : 22, rue Vergniaud, 33000 BORDEAUX
Tél. : 05 56 00 19 90
Contact : Dr Patrice Poueyto

CSST USA (Unité de soins en addictologie)
Centre Carreire : 121, rue de la Béchade, 33076 BORDEAUX Cedex
Tél. : 05 56 79 60 08
Contact : Dr Marc Auriacombe

CSST Antenne toxicomanie :
Maison d'arrêt de Gradignan, BP 109, 33170 GRADIGNAN Cedex
Tél. : 05 56 89 61 34
Contact : M. Philippe Rossard

CDPA 33 : 43 bis, rue de Strasbourg, 33000 BORDEAUX
Tél. : 05 57 57 00 77
Contact : Dr Benoît Fleury

Centres résidentiels

Centre résidentiel de soins en addictologie CEID :
33-35, impasse du 4 septembre, 33130 BÈGLES
Tél. : 05 56 49 59 58
Contact : M. Lysbert Rouillon

Centre résidentiel du SEARS :
« Ferme Merlet », 33910 SAINT-MARTIN-DE-BLAYE
Tél. : 05 57 49 43 51
Contact : M. Jean-Pierre Marcillaud

Structures de réductions des risques

Boutique du CEID : centre Planterose
16, rue Planterose, 33000 BORDEAUX
Tél. : 05 56 91 07 23
Contact : M. Saïd Aoula

Boutique de MDM : La « Case » :
2, rue des Étables, 33800 BORDEAUX
Tél. : 05 56 92 51 89
Contact : Mme Véronique Latour

« Boutique solidarité » Passerel et antenne addictologie du CEID :
Esplanade Georges-Pompidou, 33120 ARCACHON
Tél. : 05 56 83 00 33
Contact : M. Mathe/M. Spinhirny

Bus échange de seringues du CEID :
24, rue du Parlement-Saint-Pierre, 33000 BORDEAUX
Tél. : 05 56 44 84 86
Contact : M. Didier Spinhirny

Bus échange de seringues de MDM :
2, rue des Étables, 33800 BORDEAUX
Tél. : 05 56 92 51 89
Contact : Mme Véronique Latour

Réseaux de professionnels

Réseau AGIR 33
17, rue de la Béchade, 33076 Bordeaux Cedex
Tél. : 05 56 51 56 51
Contact : Dr Laurent Guez

RENAPSUD
117, rue de Ségur, 33000 BORDEAUX
Tél. : 05 56 91 70 70
Contact : Dr Michel de Ducla

Landes

CSST « La Source » :
1, place Pitrac, 40000 MONT-DE-MARSAN
Tél. : 05 58 75 92 04
Contact : M. Armand Lepezel

CSST avec hébergement Suerte
40390 SAINT-ANDRÉ-DE-SEIGNANX
Tél. : 05 59 56 73 73

CDPA 40 :
2, rue Aspirant-Brechon, 40000 MONT-DE-MARSAN
Tél. : 05 58 75 46 04
Contact : M. Christian Beautier

Lot-et-Garonne

CSST SAST La Verrière :
8, rue du 4 Septembre, 47000 AGEN
Tél. : 05 53 48 15 80
Contact : M. Christian Vives

CDPA 47 :
148, place de Lamennais, 47000 AGEN
Tél. : 05 53 66 47 66
Contact : Mme Françoise Roozade

Pyrénées-Atlantiques

Centres spécialisés de soins aux toxicomanes et CDPA

CSST ARIT :
21 bis, rue des Frères, 64200 BIARRITZ
Tél. : 05 59 24 82 60
Contact : M. Michel Castagne

CSST Béarn Toxicomanie :
23, rue du Maréchal-Joffre, 64000 PAU
Tél. : 05 59 27 42 43
Contact : Christian Laine

CSST MDM
Centre hospitalier de la Côte basque
BP 8, 64109 BAYONNE Cedex
Tél. : 05 59 63 29 13
Contact : Dr Jean-Pierre Daulouede

CSST CIAT :
16, rue Montpensier, 64000 PAU
Tél. : 05 59 82 90 13
Contact : Mme Geneviève Cazalet-Martet

Structures de réduction des risques

Boutique de l'ARIT :
8, rue Jacques-Laffitte, 64100 BAYONNE
Tél. : 05 59 24 82 60
Contact : M. Michel Castagne

Boutique de MDM de Saint-Jean-de-Luz :
Centre hospitalier de la Côte basque, BP 8, 64109 BAYONNE Cedex
Tél. : 05 59 63 29 13
Contact : Jean-Pierre Daulouede

DIJON

REMERCIEMENTS	60
INTRODUCTION	61
REPÈRES	63
LE SITE TREND À DIJON	63
LES ESPACES ÉTUDIÉS	67
LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES	67
ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001	71
LES USAGERS DE PRODUITS	71
PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS	75
LES PRODUITS	78
EN GUISE DE CONCLUSION...	105

REMERCIEMENTS

M. Aubry, chef de projet toxicomanie de Côte-d'Or.
L'ensemble des participants aux groupes focaux : sanitaire et répressif.
Les nombreux partenaires formels et informels ayant donné de leur temps.
Les usagers ayant accepté de témoigner et de participer à l'étude.
Un remerciement particulier à Mme Zoll, présidente de la SEDAP, pour sa relecture attentive.

INTRODUCTION

Ce rapport présente les résultats du premier exercice TREND du site de Dijon. Il a été élaboré en continuité avec le premier projet SINTES 2000 et prend en compte l'ensemble du travail collectif effectué durant l'année 2001 par une équipe permanente. Ce travail n'aurait pu être accompli sans le soutien institutionnel du chef de projet toxicomanie, la participation active de médecins, psychologues, services de prévention, intervenants en toxicomanie et également sans la confiance d'usagers ayant témoigné sur leurs pratiques de consommation.

L'objectif principal du dispositif TREND est de permettre l'identification et la compréhension de phénomènes émergents liés aux usages de drogues. Bien que de taille moyenne, le site de Dijon constitue depuis longtemps un lieu privilégié d'observation des usages de drogues. Compte tenu de sa position géographique, la ville est un point important dans la circulation des produits illicites. La visibilité des pratiques de consommation dans l'espace urbain n'apparaît pas toujours nettement aux yeux des observateurs extérieurs. TREND nécessite donc un réseau important d'observateurs volontaires et une présence continue sur le terrain. En dehors de l'espace urbain, le milieu festif techno a été choisi comme un autre angle d'observation des usages de produits psychoactifs. Le site de Dijon, présent sur la scène techno dès les débuts du mouvement, continue d'être actif dans ce milieu et les soirées organisées dépassent les frontières de l'agglomération. Le territoire sur lequel s'appuient ces espaces possède une spécificité. Une forte concentration de l'activité du département (industrielle, commerciale, universitaire...) se trouve sur une zone urbaine névralgique. En dehors de cette zone, d'importantes superficies agricoles façonnent le paysage et les modes de communication. Il en résulte une culture à dominante rurale qui influe sur la diffusion des pratiques et la stabilité des habitudes. Ainsi, ce premier exercice permet de faire le point sur les pratiques existantes en matière de drogues, et d'en dégager quelques spécificités locales. Il tente de donner les éléments nécessaires à une meilleure analyse de la situation locale. Les éléments retenus sont ceux que nous vérifions et validons au mieux par le croisement des données.

L'objectif secondaire poursuivi est de permettre aux décideurs, aux professionnels et aux usagers de suivre les évolutions concernant les usages de drogues en temps réel, et de leur donner des éléments susceptibles de modifier leurs décisions ou leurs pratiques. Des efforts ont été déployés pour permettre d'élaborer une réponse rapide et une bonne circulation de l'information dans l'intérêt de l'utilisateur. La réalisation de groupes focaux sanitaires et répressifs a concrétisé cette dynamique de réseau. Un dispositif associé d'analyse des produits collectés (SINTES) apporte un éclairage supplémentaire aux recueils de données qualitatives. Ainsi, l'année passée, des collectes ont permis de contribuer à la surveillance du PMA. Cette année, des substances dangereuses ont été décelées et des doses importantes de MDMA relevées. Ces informations sont relayées par des alertes sanitaires et diffusées sur le site. Ce rapport annuel rend compte de l'ensemble des informations obtenues par le croisement de ces échanges vivants, des observations ethnographiques, des rencontres et des entretiens avec des usagers.

L'état des lieux du site dijonnais présenté ici est une sorte « d'arrêt sur image ». Au-delà de ces constats, ce rapport peut et doit être discuté, éclairé, amélioré d'année en année pour devenir l'outil opérationnel que tous les acteurs de santé attendent.

REPÈRES

LE SITE TREND À DIJON

Données géographiques

Situé à proximité de l'axe Rhin-Rhône, **Dijon est une agglomération où le trafic dispose d'un potentiel de diffusion important.** Par les quatre entrées et les quatre sorties d'autoroutes, Dijon est relié à l'Allemagne, la Suisse, les Pays-Bas, le Nord et le Sud de la France. Dijon est par exemple à 2 h 30 de Reims, à 2 h de Lausanne ou de Zurich, à 1 h 30 de Lyon et de Paris (en TGV).

La proximité de villes comme Zurich, Stuttgart ou Amsterdam permet aux usagers d'avoir un accès facile, en voiture ou en train, à des produits variés (cannabis, héroïne, ecstasy...). Une grande partie du trafic de cannabis provient également d'Espagne ou du Maroc, par la route du sud.

Situation générale de Dijon en Bourgogne

Dijon occupe une place importante dans le réseau de circulation des biens et des personnes en Bourgogne. D'une part, la gare de triage de Dijon draine une grande partie du transport ferroviaire de marchandise de la région. Et, d'autre part, Dijon est souvent un arrêt forcé pour les usagers sans billet du TGV. Les contrôleurs débarquent à Dijon des passagers sans billet venant de Paris, Lausanne, Zurich ou d'ailleurs, car la ville est équipée pour recevoir ces personnes (foyer d'accueil d'urgence, SAMU social...).

Situé environ à mi-chemin entre Lyon et Paris, Dijon est proche de villes moyennes des départements limitrophes : Auxerre et Avallon dans l'Yonne ; Mâcon, Chalon-sur-Saône, Le Creusot et Louhans en Saône-et-Loire ; Besançon, Pontarlier et Dole dans le Doubs, Lons-le-Saunier dans le Jura ; Nevers, Clamecy et Cosne-sur-Loire dans la Nièvre ; Langres et Chaumont en Haute-Marne ; Troyes et Nogent dans l'Aube.

Les usagers de l'espace festif circulent dans ces villes en fonction des manifestations qui s'y déroulent, emportant avec eux les usages qui leur sont propres. Pour être au plus proche de la réalité locale, les observations de terrain s'appliquent aussi à ces espaces.

L'identité dijonnaise est également façonnée par une activité universitaire importante. Les 25 000 étudiants proviennent de toute la région. Ils sont largement utilisateurs et acteurs sur l'espace festif du site, principalement en semaine. Malgré une forte baisse du corps militaire depuis quelques années, deux bases militaires constituent aussi un apport important de population utilisant l'espace festif des week-ends.

Situation de Dijon en Côte-d'Or

La Côte-d'Or représente une population globale de 506 755 personnes. Dijon est relié aux zones rurales et aux villes les plus proches par quelques axes principaux :

au sud de Dijon, le TGV Paris-Dijon donne à Beaune un atout en tant qu'axe de diffusion dans le secteur. Beaune est également à 1/2 heure par route de Chalon-sur-Saône et de Dijon,

au nord et à l'ouest de Dijon, les villes de Semur-en-Auxois, Montbard et Châtillon-sur-Seine forment une zone rurale agricole et forestière relativement homogène. Elles sont liées à la capitale administrative et les échanges avec Dijon sont courants. Le secteur d'Is-sur-Tille/Selongey constitue une zone ouvrière proche de Dijon (30 km). La plaine de Saône est traditionnellement une zone rurale mais des villes comme Genlis, Auxonne ou Saint-Jean-de-Losne ont des populations ouvrières importantes.

Données sociodémographiques

Dijon et agglomération

L'unité urbaine de Dijon comprend 16 communes et compte 238 559 personnes, sur un ensemble de plus de 500 000 personnes en Côte-d'Or. Sur une zone d'emploi significative, les moins de 20 ans représentent 24,3 % et la tranche d'âge des 20 à 40 ans tient une part significative de 31,3 %.

L'équipe TREND a retenu plus particulièrement certaines villes de l'agglomération, qui ont pour caractéristique commune d'être marquées par le fort pourcentage de jeunes. Les moins de 20 ans comptent souvent pour plus de 20 % et parfois

jusqu'à 30 % de la population comme à : Chevigny-Saint-Sauveur, Chenôve, Quetigny, Longvic, Talant. Un observateur peut-être amené à étendre son investigation en fonction d'autres réalités de terrain, parfois imprévisibles.

Les quartiers dits « sensibles », à la périphérie de la ville, les centres-villes, les zones commerçantes ainsi que les quartiers proches des gares ont été retenus sans systématisation.

La Côte-d'Or et les addictions

■ Données ILIAD (Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions)

L'enquête dite de novembre chiffre le nombre de personnes ayant eu recours au système médico-social pour des raisons d'addictions. En 2000, on comptait ainsi sur le site 231 usagers en demande de soins. Pour mieux cerner les pratiques d'injection, certaines données comme la vente de « Stéribox® » et les statistiques du PES (Programme d'échange de seringues) sont utiles. Le nombre de boîtes de Stéribox® vendues en pharmacie au cours de l'année 2000 (18 268 boîtes) a chuté de 20 % par rapport à 1999. Cette baisse peut être due à l'accroissement des participations au PES. Au démarrage du Programme d'échange de seringues en 1998, 17 500 seringues avaient été échangées. Ce nombre n'a fait que croître grâce aux acteurs de prévention et à la participation active des pharmaciens. En 2000, 55 800 seringues étaient échangées dans les pharmacies de Dijon et de Beaune du PES. En 2001, 57 280 seringues étaient échangées sur 42 lieux d'échanges (Dijon, Beaune et Seurre).

Grâce, en partie, à la diffusion plus large de ces actions de réductions des risques et par la mise en place des programmes de substitution, on constate l'arrêt des surdoses depuis 2000. En 1995, une unité méthadone était mise en place par la SEDAP. D'autre part, depuis 1998, les secteurs répressifs et sanitaires locaux se sont associés pour améliorer l'accès aux soins et la prévention. Les procédures de classement sous conditions résultent de cette décision. En 2001, 234 jeunes ont été déclarés par la police et la gendarmerie dans le cadre de ces procédures et 198 ont été rencontrés par le secteur sanitaire et social. Il s'agit le plus souvent de jeunes usagers-revendeurs n'ayant fait l'objet d'aucune condamnation antérieure.

Dispositif spécialisé de prise en charge

Dans le département, les premières associations « d'aide aux drogués » sont apparues autour de 1977-1978.

Aujourd'hui, les structures de soins spécialisés aux toxicomanes en milieu ouvert sont gérées par l'association SEDAP (Société d'entraide et d'action psychologique). Elle regroupe différents lieux :

- un CSST (Centre spécialisé de soins aux toxicomanes), « Tivoli » depuis juillet 1978 ;
- un CTR (Centre thérapeutique résidentiel), « La Santoline » depuis 1980 ;
- un Centre d'orientation à la vie active (éducateurs, assistants sociaux...), depuis 1986 ;
- une équipe mobile d'intervention et de prévention, « itinéraires » depuis 1998 ;
- une unité de substitution (méthadone), créée en 1995 ;
- un centre ressources, documentation, formation, prévention, recherche, depuis 1996 ;
- un Programme d'échanges de seringues, depuis 1998.

Quelques chiffres pour l'année 2001

En 2001, 982 usagers de produits ont été accueillis dans les centres spécialisés de la SEDAP, dont 557 personnes au centre d'accueil Tivoli. Parmi eux, 102 personnes sont sous traitement Subutex®. L'unité méthadone compte 58 inscrits dont 24 nouvelles personnes. 193 personnes ont été suivies dans le cadre du classement sous condition et 7 injonctions thérapeutiques ont été assurées par le centre Tivoli. Le centre thérapeutique résidentiel La Santoline a accueilli 36 personnes dont 5 couples cette année.

D'autres structures spécialisées dans la prise en charge de la dépendance à « l'alcool » renvoient les personnes concernées par des addictions à d'autres produits psychoactifs à la SEDAP. Le Centre hospitalier spécialisé (CHS) assure également les soins psychiatriques ou le sevrage et gère aussi le Centre spécialisé de soins aux toxicomanes à la maison d'arrêt de Dijon.

Quelques chiffres du CHS, « La Chartreuse »

En 2001, 13 % de l'ensemble des patients accueillis ont des troubles liés à la consommation de produits psychoactifs, soit 848 patients.

Sur cette base, 793 – donc une grande majorité – ont un problème lié à l'alcool, 12 aux opiacés, 11 au cannabis, 16 aux sédatifs ou hypnotiques, 3 à la cocaïne, 5 aux stimulants (ecstasy, amphétamines et assimilés), un patient est venu pour un problème avec les hallucinogènes, un autre pour solvants volatils, et 6 ont eu un problème lié à une polyconsommation.

LES ESPACES ÉTUDIÉS

Espace urbain

L'observation est concentrée sur l'espace urbain de la communauté urbaine de Dijon, le centre-ville et les quartiers périphériques.

Dans cet espace, les pratiques de rue sont perceptibles dans différents lieux : places publiques, parcs et jardins, squats improvisés, cages d'escaliers, parkings, centres d'accueil d'urgence, foyers d'hébergement pour jeunes, université et campus...

Espace festif

Il peut être fixe et bien connu à travers les clubs, mais il est également fluctuant en fonction des déplacements de population dans des lieux inattendus (*free*) ou lors de soirées privées. Différents lieux ont été privilégiés : clubs et discothèques, salles de concerts et spectacles, bars, pubs, soirées privées, *raves*, soirées techno *free* ou payantes, festivals, cafés branchés alternatifs, soirées à thèmes, musicales ou autres...

Les DJ, réunis ou non en association, sont des organisateurs potentiels de soirées privées. Il est difficile d'évaluer le nombre de soirées et le potentiel de sorties¹. Certains espaces utilisés pour ces soirées peuvent accueillir jusqu'à 2 000 personnes. Tous les week-ends comptent au moins une soirée publique. Lorsqu'une ville ne dispose pas d'une manifestation répondant aux besoins de la population, celle-ci se déplace à la recherche d'une soirée adaptée à sa demande dans les villes voisines. Certains groupes de jeunes, en « tribus techno » ou non, organisent eux-mêmes leurs *free* dans des bois, les clairières, les prairies, les granges...

LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES

Observation ethnographique de l'usage

Participation à des manifestations festives diverses

Une équipe d'enquêteurs investit l'espace festif afin de rendre compte régulièrement des usages en soirées. Les enquêteurs établissent des relations personnelles

1. Certaines évaluations parlent de plus de 200-250 soirées organisées en 2000.

avec les acteurs de ces soirées, usagers ou non de produits. Chaque enquêteur dispose d'un journal de terrain, d'un guide d'observation et d'interaction.

Observation en continu des « pratiques de rue »

Chaque déplacement en ville, dans un quartier ou ailleurs, peut être l'occasion d'une rencontre, d'un échange, d'une observation directe ou indirecte de l'usage de produits divers.

Entretiens individuels ou collectifs avec des usagers

Que ce soit en centres de soins, en soirée, dans un bar, l'enquêteur tente d'établir une relation de confiance afin de permettre un échange sur le mode de consommation, la perception du produit. Nous essayons de disposer d'éléments de contexte concernant le parcours de la personne. Certains entretiens sont enregistrés lorsqu'ils répondent à un besoin d'investigation particulier, comme ce fut le cas autour de l'héroïne cette année.

Des relations informelles régulières

Elles permettent d'avoir accès à des milieux fermés : centres d'accueil d'urgence, squats, groupes de professionnels du domaine social et sanitaire, secouristes... Des partenariats informels avec des organisateurs de soirées permettent de suivre les usages dans le milieu festif techno. Certains interlocuteurs deviennent des sources privilégiées pour l'enquêteur, facilitant ainsi une compréhension détaillée du milieu intégré.

Groupes focaux

Cette année 2001 a été marquée par la mise en place d'une nouvelle méthode de collecte d'informations, à savoir la programmation régulière de groupes d'observateurs professionnels, acteurs de santé ou du domaine d'application de la loi, pour mieux cerner les pratiques en matière d'usages de produits, de trafics, de dommages sanitaires ou sociaux.

Un groupe focal est un groupe de discussion qui rassemble des personnes sélectionnées sur la base de leurs compétences propres et réunies pour traiter certains sujets intéressant le dispositif TREND. Le groupe focal s'appuie sur une discussion collective. Chaque fois qu'une information est donnée, un statut lui est attribué : rumeur, constat, information validée...

Les groupes focaux permettent l'identification précoce d'opinions convergentes d'experts sur l'existence d'un ou de plusieurs phénomènes émergents. Ils peuvent fournir des éléments de contextualisation et d'aide à la compréhension de phénomènes préalablement identifiés.

Groupe focal sanitaire

Les personnes rencontrées, partenaires de ce réseau sur le site de Dijon sont : médecins généralistes, psychiatres, médecins et infirmiers de centres méthadone, infectiologues, hépatologues, réanimateurs, urgentistes, intervenants en toxicomanie, pharmaciens, éducateurs, psychologues, animateurs de prévention.

Les participants ont généralement pris connaissance de l'étude et de ses objectifs auparavant. Le manque de disponibilité de certains acteurs pour des raisons conjoncturelles (grèves...) a freiné la réalisation d'un groupe focal entièrement représentatif du secteur. Néanmoins, les entretiens réalisés individuellement ont permis de pallier en partie cette lacune. Les questions posées à chacun des membres du groupe focal sanitaire se concentraient autour des manifestations pathologiques liées à l'usage de drogues observées au cours des trois dernières années. L'objectif était de déceler l'éventuelle apparition de phénomènes nouveaux. Certains points communs ont été dégagés : croissance de l'usage de Subutex® de rue, baisse de l'injection d'héroïne, arrivée de l'héroïne sniffée en milieu festif, banalisation très forte du haschich...

Le groupe focal sanitaire de Dijon, réuni pour la première fois le 6 décembre 2001, a permis aux membres présents d'échanger sur les difficultés rencontrées au cours de leurs activités.

Groupe focal répressif

Les partenaires ont été contactés par le biais du chef de projet toxicomanie (sous-préfet, directeur de cabinet du préfet de région et de Côte-d'Or), qui a invité les représentants des services chargés de l'application de la loi : police nationale, brigade des stupéfiants, gendarmerie, douanes, représentants du parquet auprès du tribunal. D'autres acteurs du secteur répressif ont été contactés hors de ce cadre : juge, personnels de l'administration pénitentiaire. Le groupe focal s'est concentré sur les acteurs les plus proches d'une réalité de terrain.

Les questions traitées dans cette rencontre concernaient l'évolution de la vente de drogues au cours des trois dernières années sur notre site. Chacun évoquant, par produit, sa compréhension de l'état actuel de l'organisation du petit trafic de proximité.

De cette première rencontre du 22 janvier 2002, nous avons dégagé quelques points communs : diversification des trafics depuis un an ou deux, liens entre le trafic de voitures et de produits, accroissement du trafic de cannabis, importance de l'usage détourné de Subutex®...

Par ailleurs, les données officielles des services de l'OCTRIS² complètent les informations obtenues par le groupe focal. Elles nous enseignent, par exemple, qu'en Côte-d'Or, les interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy en 2000 sont au nombre de 36 et ont connu une croissance de 6 % environ par rapport à l'année précédente.

Recueil qualitatif en milieu urbain et festif

Deux enquêtes qualitatives ont été réalisées sur le site de Dijon. Elles sont construites par produit selon les indicateurs clefs de TREND (usagers, mode d'administration...). L'une concerne l'espace urbain, l'autre l'espace festif. La première est destinée à recueillir les observations des professionnels ou acteurs de prévention au contact quotidien des usagers. Des usagers « experts » complètent les informations par des explications concrètes et détaillées. L'enquête en milieu techno est réalisée grâce à des enquêteurs de terrain spécialisés dans ce domaine, et également grâce à des usagers « experts ». Les résultats obtenus par ce biais ont permis de faire le point sur les connaissances du site en matière d'usages de produits. La séparation espace « festif » et « urbain » est avant tout conceptuelle, car les usagers peuvent circuler d'un cadre à l'autre et échanger des pratiques, répandre des usages.

Enquête transversale quantitative dans l'espace urbain

Une centaine de questionnaires individuels ont été effectués avec des usagers par l'intermédiaire des structures et par prospection directe des enquêteurs. Ce questionnaire est réalisé chaque année sur des critères différents, certains sont de types stables et d'autres évolutifs. D'année en année, on dispose ainsi d'un outil de comparaison des pratiques. Ce travail permet une sorte d'état des lieux annuel du site en matière d'usage de produits psychoactifs.

Ces réponses ne sont qu'une part de la réalité du site, une sorte d'arrêt sur image d'une réalité plus mouvante à contextualiser et à relativiser.

2. Office central pour la répression du trafic illicite de produits stupéfiants.

ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001

LES USAGERS DE PRODUITS

On peut distinguer des catégories d'usagers en fonction de pratiques distinctes et de leurs produits de prédilection. Le choix d'un produit répond à des attentes spécifiques et dépend d'un rapport entre son accessibilité et le milieu fréquenté par l'utilisateur.

Certains produits dépassent les frontières catégorielles théoriques. Ainsi le cannabis circule dans tous les milieux. Les benzodiazépines sont également répandues et généralisées. Elles sont obtenues sur ordonnance ou dans la rue, prises en association avec d'autres produits ou seules, utilisées pour réguler les effets d'autres produits ou pour leur nature propre.

Les usagers créent des associations de produits, des séries en fonction d'objectifs différents. Cette pratique permet d'obtenir des effets particuliers. La prise de cocaïne est liée par certains à l'usage de Subutex® de rue. Pour réguler les effets de la cocaïne au moment de la descente, certains usagers peuvent chercher avec les benzodiazépines un effet apaisant. Aussi, produits stimulants et apaisants sont-ils alternés ou associés différemment selon les usagers.

Les pratiques changent également à l'intérieur d'une même catégorie d'usagers. Les anciens consommateurs d'héroïne sont actuellement, semble-t-il, plus couramment usagers de cocaïne. Les traitements de substitution donnent à ces héroïnomanes la possibilité de gérer le manque aux opiacés. D'autres trouvent dans les substituts de rue une source d'automédication ou un moyen d'obtenir une « défonce » par l'association avec les benzodiazépines.

Usagers en quête de performance

Qu'ils soient étudiants, salariés, membres des professions libérales, issus de familles aisées, notables ou nouveaux riches, sportifs, ils pratiquent le « culte de la performance ». Ils recherchent globalement des produits stimulants pour faciliter une intense activité, lutter contre la fatigue physique et intellectuelle. En contre-

partie, ils peuvent rechercher des produits aux effets apaisants pour mieux supporter un rythme de vie soutenu, des objectifs personnels ou professionnels élevés. La cocaïne et les produits dopants à base d'amphétamines répondent principalement à ces attentes de réussite, de dépassement de soi... La cocaïne semble bénéficier auprès des usagers de l'image d'un produit de luxe, au coût encore relativement élevé, mais à faible risque de dépendance.

Usagers en détresse sociale

L'homogénéité de ce groupe réside dans un vécu commun de «pauvreté» ou «d'exclusion» : jeunes marginalisés, exclus de tous âges subissant différentes formes de désocialisation à la suite de ruptures personnelles et professionnelles. Les questionnaires individuels révèlent qu'une part importante des usagers de l'espace urbain est en situation de précarité (44 % des personnes interrogées), certains n'ayant aucune ressource (20 %), d'autres déclarant vivre de «deal» et trafics divers (5 %). Ce public aussi dit «de rue» cherche dans l'usage de produits psychoactifs un moyen «d'oublier», de supporter les difficultés et d'apaiser des souffrances physiques ou psychiques... L'alcool, «produit roi de la rue», est présent dans la majorité des associations. On lui associe souvent des benzodiazépines, du Subutex®, du Néocodion® ou du cannabis. Le détournement de médicaments, pratique peu coûteuse, semble courant et répondre à un besoin d'automédication, voire à un refus de soumission à l'autorité médicale. L'exclusion carcérale recèle des pratiques proches de celles de la rue. Les anciens sniffeurs d'héroïne incarcérés trouvent ainsi dans le Subutex® sniffé ou injecté un substitut ponctuel ou une monnaie d'échange.

Usagers festifs

Les usages festifs varient selon les contextes musicaux. L'actualité du site est marquée par la participation massive des jeunes de 16 à 35 ans environ au mouvement techno. Les «ravers» sont en quête de fusion intime avec «le son». Une rythmique puissante peut être associée à la force des stimulants et des hallucinogènes. Les produits utilisés répondent à des attentes précises liées aux valeurs de ce mouvement culturel : faciliter la convivialité, l'ouverture aux autres, la tolérance, apporter une aisance de communication, donc de rencontre. L'ecstasy (MDMA) répond à ces attentes et apporte également une sensation de puissance, repoussant les limites de la fatigue. D'autres produits peuvent satisfaire une recherche de sensations complétant l'effet «transe» ou «délires» par leur aspect hallucinogène : LSD, champignons.

Expérimentateurs de nouvelles sensations, de nouveaux produits

Ces consommations sont parfois revendiquées comme une rébellion contre l'ordre social. Le courant «tribal», spécificité du mouvement techno et nouvelle forme de nomadisme urbain, refuse l'ordre établi. Les *travellers*, participant à ces tribus, partagent une certaine communauté d'esprit et de vie. Certains usagers adhérent à ce courant sont pionniers dans l'expérimentation de nouveaux produits comme le rachacha ou la kétamine. L'expérimentateur de nouvelles sensations n'est pas forcément en situation d'exclusion, même s'il côtoie parfois le public «de rue». Il donne un sens particulier à l'acte de consommer un produit illicite. L'usage peut répondre à une volonté de gagner en liberté individuelle, de passer d'une pratique «libertaire» à un acte politique. D'autres courants musicaux (hippie, rock, punk, reggae) ont eu des revendications communes avec d'actuels *ravers*, surtout cette liberté de consommation. Expérimentateurs, *travellers* ou autres sont censés être créatifs dans des domaines artistiques et culturels. L'usage de certains produits est parfois ressenti comme un outil facilitant une créativité personnelle ou collective.

Usagers-revendeurs

Certains usagers réguliers ou dépendants peuvent avoir des difficultés financières à payer leur consommation. La revente est un moyen de se fournir en produits et d'obtenir un bénéfice financier. En tant qu'intermédiaire, le revendeur ou «chèvre» dépend de son fournisseur. De simple usager de cannabis, la revente facilite la rencontre et l'utilisation d'autres produits. Certains deviennent dépendants au produit vendu, accèdent à un autre trafic, découvrent un autre produit, l'achètent, le trafiquent...

La pratique veut que l'on avance parfois le produit à l'utilisateur dépendant. S'il ne peut rendre l'argent dans le délai convenu, il peut servir de «lièvre» pour assurer le passage de drogues, ou commettre contre son gré un délit (cambriolage, vols à la tire...) pour rembourser ses dettes. Certains usagers toxicomanes sont ensuite bannis du groupe car leur dépendance est l'objet d'humiliation.

Usagers occasionnels

Ils n'appartiennent pas plus à une catégorie d'usagers qu'à une autre, ne sont pas à la recherche d'effets particuliers, ne sont pas des expérimentateurs «spécialistes», mais un public tout-venant qui utilise de manière très ponctuelle un produit en fonction des occasions, des rencontres. Ils peuvent ensuite appartenir à l'une

des catégories précédentes, si leur usage se systématisait en fonction d'un effet recherché ou d'un contexte de consommation régulièrement recherché.

Problèmes de comorbidité

Certaines caractéristiques sanitaires des usagers du site sont identifiées à partir de l'enquête quantitative dans l'espace urbain. Ainsi, les plus de 25 ans effectueraient à hauteur de 89 % le dépistage VIH, ils seraient 67 % à déclarer faire le dépistage VHC et ils auraient plus largement un suivi médical récent. Les moins de 25 ans semblent globalement moins attentifs que leurs aînés au dépistage et au suivi médical : 40 % déclarent avoir effectué un dépistage du VIH et 38 % un dépistage du VHC. Quel que soit l'âge, les injecteurs sont environ 20 % à dire qu'ils partagent parfois leur seringue. Localement, des pratiques de dépistage systématique se mettent en place auprès des publics les plus précarisés et les plus à risques (injecteurs ou sniffeurs).

VIH-VHC

L'INVS³ note un fort ralentissement des infections au VIH depuis 1995 en Bourgogne. De 56 cas diagnostiqués en 1995, 18 cas supplémentaires ont été dépistés en 2000 et 5 cas⁴ seulement en 2001. Le nombre de décès dus à cette pathologie a fortement baissé. En données cumulées en Bourgogne depuis le début de l'épidémie jusqu'en 2000, 560 cas de VIH ont été diagnostiqués. La prévalence du VIH chez les usagers injecteurs semble se stabiliser autour de 15 à 20 %. Il n'existe pas actuellement de chiffres officiels pour la Côte-d'Or concernant le VIH, mais le site dispose par contre de données départementales pour le VHC. En Côte-d'Or, entre 1994 et 1999, 847 cas de VHC ont été diagnostiqués⁵. 49 personnes étaient co-infectés par le VIH. Ils étaient 37 % à être toxicomanes.

Il semblerait qu'il y ait sur le site une stabilisation des diagnostics de VHC à 60 % chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI). L'INVS et les services publics locaux de santé constatent que la progression du VHC n'est pas stoppée par les programmes de réduction des risques (échanges de seringues principalement). Pourtant, les pharmaciens notent une diminution des pratiques de partage et de réutilisation des seringues (15 à 20 %). Des entretiens effectués sur la prise

d'héroïne ou de cocaïne par sniff montrent une conscience réelle de la prise de risque quant à l'échange de paille. Cependant, les usagers disent souvent avoir un jour où l'autre pris ce risque. D'autres acteurs de santé ressentent une meilleure diffusion et connaissance des messages de prévention et des méthodes thérapeutiques. Si l'évolution des pratiques est réelle, elle n'est pas encore perceptible dans les résultats statistiques.

Réduction des risques et injection

Selon les acteurs de prévention, les injecteurs seraient plus vigilants qu'auparavant, les programmes d'échange de seringues plus accessibles, mieux connus et moins stigmatisés. Les usagers partageraient moins leur matériel (petite cuillère, seringue, coton) et seraient même demandeurs de pratiques de réduction des risques supplémentaires (matériel de désinfection). Pourtant, malgré la stabilisation des diagnostics du Sida et de l'hépatite C, les acteurs de santé ne sont pas tous optimistes. Certains échangeurs de seringues continueraient à s'injecter plusieurs fois par jour du Subutex[®] avec le même matériel, pensant qu'une pratique journalière et personnelle évite un renouvellement du matériel.

Par ailleurs, il a été rapporté dans le groupe focal sanitaire d'autres problèmes sanitaires. Parmi ces difficultés, déjà connues des acteurs de santé, il a été retenu l'importance des problèmes cardio-vasculaires chez des usagers de stimulants (ecstasy, LSD, cocaïne).

PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS

Des nouvelles populations d'usagers ?

Les personnes à pathologies psychiatriques sont-elles une nouvelle catégorie d'usagers ou simplement plus visibles du système de soins ?

Certains acteurs constatent que des usagers entrent dans la consommation après un passage en hôpital psychiatrique et les centres spécialisés de soins rencontrent de plus en plus de personnes déjà « psychiatisées » parmi les nouveaux accueillis. Tous semblent s'accorder sur le fait qu'il n'y a cependant pas plus de « folies » qu'avant. Mais le système de prise en charge aurait modifié sa perception du problème. Pour certains, le système spécialisé de soins serait plus ouvert qu'auparavant à ces personnalités. Plutôt qu'une augmentation de cas psychiatriques, on

3. Institut national de veille sanitaire.

4. Évaluation de l'INVS en attente des chiffres définitifs.

5. Communiqués par le professeur Hillon, hépatologue, chef de service au CHU.

constaterait donc, selon les psychologues, une augmentation de fréquentation des centres de soins liée en partie aux traitements stabilisants les usagers (programmes de substitution et particulièrement Subutex®).

Le Centre spécialisé de soins en milieu carcéral signale aussi l'augmentation des pathologies psychiatriques. Parmi les nouveaux arrivants en maison d'arrêt en 2000, 63 % d'entre eux avaient déjà eu une consultation psychiatrique, 30 % une hospitalisation en psychiatrie dont 70 % une hospitalisation obligatoire. Chez ce public, l'usage détourné de produits pharmaceutiques semble se répandre. Par ailleurs, il cumule parfois à ce premier handicap, une précarité sociale. Depuis quelque temps, certains acteurs de soins en espace urbain constatent aussi que les injecteurs ont plus souvent des pathologies psychiatriques. Ils deviennent parfois injecteurs avec un Subutex® de rue et le prennent associé à de multiples autres produits.

Une nouvelle population d'usagers de Subutex®

Des acteurs de santé s'alarment sur le passage rapide du sniff à l'injection chez certains usagers de Subutex®. Anciens consommateurs d'héroïne en sniff, ils sont passés directement au Subutex® en injection. Selon ces usagers, l'injection accroît les effets en rapidité et en intensité, pour se rapprocher des effets des opiacés. D'autres commenceraient même leur trajectoire de toxicomanes par le Subutex® de rue.

Problèmes émergents de comorbidité sanitaire ou sociale

Augmentation de l'usage de Subutex® par injection et problèmes de santé associés

Si certains rapportent l'existence de l'injection de Subutex®, peu ont réellement observé « l'effet Popeye » (gonflement des mains, avant-bras, abcès...). Il a été mentionné, dans le groupe focal sanitaire, des difficultés urinaires chez certains usagers de Subutex® ayant des doses relativement importantes (plus de 16 mg/jour) et il semblerait que, selon les médecins, ce soient surtout des injecteurs.

D'autres constatent que le public d'usagers de Subutex® en prise détournée est le public le plus touché par des problèmes de santé et des douleurs diverses : crampes, douleurs musculaires, migraines, maux de ventre... Ces troubles ne sont pas forcément assortis de diagnostics car ces personnes consultent peu.

Cannabis et problèmes de santé associés

Tous les acteurs de santé s'accordent sur une augmentation significative de la consommation de cannabis depuis quelques années. Le problème de santé le plus évoqué est l'accroissement des « bouffées délirantes », graves décompensations. Les psychiatres expliquent que ces usagers ont souvent 3 à 5 ans ou plus de consommation journalière de cannabis et fument jusqu'à 20 joints par jour.

Accroissement de l'usage d'ecstasy et problèmes de santé associés

Certains médecins constatent une augmentation de la consommation d'ecstasy, même si les usagers rencontrés ne les consultent pas à ce sujet. Lors du groupe focal, des problèmes de santé ont été rapportés. Un participant remarque que des problèmes ophtalmologiques apparaissent chez des usagers réguliers d'ecstasy. Ces troubles (voiles devant les yeux, petites étoiles) persistent parfois plusieurs jours après une prise.

Des acteurs de santé et de prévention constatent également une aggravation de problèmes psychiatriques chez ces usagers. Malgré la faiblesse de l'échantillon du questionnaire en espace urbain, les résultats obtenus rendent compte de l'importance des hospitalisations aux urgences et en psychiatrie chez les usagers rencontrés. Les 100 personnes interrogées représentent 72 interventions en milieu hospitalier. Elles concernent principalement les hommes et sont surtout des interventions aux urgences et en psychiatrie.

Parmi les interventions hospitalières, une partie serait liée à l'usage de produits de synthèse, générant des « blocages » ou des décompensations. Certains acteurs notent en ce sens un accroissement des phénomènes anxieux liés à la prise de produits de synthèse. Les observateurs rencontrent en soirée un nombre important d'usagers s'inquiétant du phénomène des « dents serrées » et des crampes les jours suivant la prise de stimulants. Quant à la cause du symptôme des « dents serrées », certains insistent sur l'angoisse préexistante du sujet et d'autres sur la composition du produit (taux de MDMA, ou speed, amphétamines...).

Problèmes sociaux associés à des usages « abusifs »

La violence et l'agressivité de certains usagers sont des problèmes souvent abordés par les professionnels de santé rencontrés. Certains psychologues constatent ainsi une irritabilité majeure chez les usagers de Subutex®. Selon eux, elle semble plus importante que chez les anciens héroïnomanes. L'agressivité est aussi notée comme plus importante chez les usagers précarisés.

Les violences semblent courantes dans les cas de polyconsommations associant l'alcool à d'autres produits. L'enquête en milieu urbain révèle en effet l'importance de l'utilisation massive d'alcool surtout chez des usagers de longue date. La cocaïne est aussi citée comme facteur de violence par certains soignants qui notent une augmentation des passages à l'acte avec armes blanches chez ces personnes.

Les questions de la violence, de l'abus d'alcool et les associations aux psychotropes ne sont pas nouvelles. Mais les acteurs expliquent qu'ils ont de plus en plus de mal à gérer les excès de violence de certains usagers.

L'usage abusif entraîne également l'endettement de l'usager. Celui-ci peut se trouver dans des situations financières délicates et avoir recours à divers moyens comme le recel et le trafic pour répondre à sa dépendance. Chez un consommateur aisé, cela ne génère pas forcément de problème social, mais chez un usager précarisé, cela peut avoir des conséquences importantes. Or, les professionnels locaux constatent l'augmentation des frais encourus par des usagers de cannabis. Certains médecins parlent de 100 à 300 F de dépenses journalières pour un jeune usager de cannabis (16-17 ans), de 500 à 600 F par semaine ou de 3 000 à 4 000 F par mois selon les cas.

Ces professionnels remarquent que ces consommations sont souvent associées à d'autres problèmes : échecs scolaires, difficultés d'insertion sociale ou professionnelle, rupture familiale, passage à l'acte délictueux. Les professionnels du domaine éducatif et social insistent sur l'usage abusif de produit du fait de son aspect illicite et sur les risques d'exclusion sociale associés.

LES PRODUITS

Pour chaque produit cité, un état des lieux des connaissances sur le site est établi après en avoir dégagé les phénomènes nouveaux. L'enquête ESCAPAD⁶ donne une idée des consommations repérées en population générale. Les autres sources d'informations sont l'enquête de terrain, les questionnaires en espace urbain et festif et les entretiens avec des usagers ou des acteurs de santé. Ces données nous renseignent sur la nature des usages. Le dispositif SINTES permet de connaître précisément la composition des produits de synthèse collectés.

6. ESCAPAD : Enquête sur les consommations d'alcool, de tabac et autres drogues. Extraits de la base nationale 2000-2001. Les chiffres donnés correspondent à la région Bourgogne, à savoir aux départements 21, 58, 71 et 89. Ils sont réalisés sur des effectifs de jeunes de 17 et 18 ans, soit 665 jeunes dont 358 garçons et 307 filles. Les chiffres sont en pourcentage en dehors de l'effectif global des jeunes interrogés lors de la JAPD (Journée d'appel à la défense).

Les phénomènes émergents

Les opiacés

L'héroïne

1. L'héroïne serait de plus en plus secondaire parmi l'ensemble des produits disponibles dans l'espace urbain. Beaucoup d'usagers ont aujourd'hui remplacé cette prise d'héroïne par une participation plus ou moins « active » aux programmes de substitution sous méthadone ou Subutex[®] principalement. Héroïne et Subutex[®] de rue semblent toucher les mêmes consommateurs dans l'espace urbain. Anciens héroïnomanes, usagers précarisés, ils sont confrontés, selon eux, à un produit de plus en plus frelaté. L'héroïne serait coupée avec du mannitol, du Néocodion[®] ou du Subutex[®]. Des revendeurs rapportent qu'une hiérarchie s'appliquerait aux trafiquants d'héroïne ou d'autres produits : le vendeur de rue serait perçu comme un vendeur de produits de mauvaise qualité, surtout pour l'héroïne.

2. Baisse de l'accessibilité de l'héroïne en milieu urbain. Les acteurs du groupe « répressif » constatent également sa quasi-disparition en terme de visibilité dans cet espace. Il semblerait que les *dealers* investissent actuellement plus dans la cocaïne ou les produits de synthèse. Dans la rue, l'héroïne n'a pas vraiment reçu de nouvelles appellations contrairement au milieu festif, même si, par l'achat, les appellations circulent d'un espace à l'autre : Brown, aéro, scotch, roro, poudreuse, marron, rabla, sister ou wit (au sens de white, blanche). Globalement, les observateurs constatent une dégradation de la représentation de l'héroïne dans l'espace urbain. Ce phénomène semble lié au contexte général du marché des produits de rue. En effet, le prix du gramme d'héroïne, autour de 350 F, permet d'obtenir d'autres produits plus accessibles. Par exemple, l'association Subutex[®]-médicaments injectés et alcool offre des effets proches et bien moins chers. La consommation d'héroïne injectée, donc la vente dans l'espace urbain, se ferait de moins en moins au profit du Subutex[®]. Certains usagers rapportent que les vendeurs de « blanche » à Dijon proposent dans bien des cas du Subutex[®] écrasé revendu comme héroïne à bas prix.

3. Apparition significative et visible de l'héroïne en milieu festif techno. Elle serait prise en régulation de stimulants en fin de soirée à la suite de prise importante d'ecstasy, de cocaïne, de speed ou de LSD. Ce phénomène émergent est dorénavant visible. L'héroïne est plus facilement accessible en *raves* payantes, *free*, *teknivals* ou soirées privées.

Les témoignages d'acteurs de santé et d'usagers s'accordent sur l'initialisation d'usage d'héroïne fumée en fin de soirée. Les entretiens avec de jeunes usagers ayant débuté leur consommation depuis moins de cinq ans témoignent également d'un usage lié à une prise importante de produits stimulants lors de soirées. La majorité de ces nouveaux usagers d'héroïne fumée a globalement entre 20 et 30 ans, mais il semblerait que des consommateurs de plus en plus jeunes les rejoignent. L'héroïne se démocratise dans le milieu festif techno pour ses vertus apaisantes au même titre que le rachacha⁷, et le mode de consommation similaire au cannabis ne semble pas étranger à cette diffusion. L'héroïne en poudre peut être ajoutée au tabac comme dans la confection d'un joint. D'autres usagers préfèrent « chasser le dragon⁸ », mais ce mode est moins usité du fait de son manque de discrétion.

L'héroïne est donc présentée dans le milieu techno comme un produit faisant éventuellement partie de la fête, banalisée par le mode de consommation en sniff. Des observateurs rapportent des pertes de connaissance chez des usagers de « brown » lors de soirées techno. Ces incidents génèrent des paniques dans l'entourage, bien qu'un seul cas de surdose soit actuellement répertorié sur notre site. Si l'image de l'héroïne en soirée semble se démocratiser, les consommateurs et les dealers n'emploient presque jamais le terme d'héroïne, qui renvoie trop à la peur qu'elle inspire. On parle de dreu, shnouff, citizen... Les dealers la nomment également en fonction du pays d'origine supposé ; l'afghane, la pakistanaise, l'ukrainienne, la bulgare, la birmane, l'indienne... Ce procédé de nomination est similaire à celui du cannabis, ce qui banalise le produit nommé, insistant sur son identité culturelle d'origine plutôt que sur l'effet supposé (dangereux, impressionnant).

Tous les usagers d'héroïne rencontrés, devenus par ailleurs dépendants par le biais des soirées, avaient conscience du risque lié à l'usage d'héroïne. Pourtant, ils sont devenus usagers en pensant que ce risque n'était pas lié à la nature même du produit mais à plusieurs autres raisons : l'injection, un mode d'usage abusif et répété, certains profils psychologiques. Ces nouveaux usagers ne pensaient pas correspondre à l'image qu'ils se faisaient du « tox ».

4. Les modes d'administration de l'héroïne se diversifient. L'usage d'héroïne en milieu urbain se fait généralement par injection. Selon les questionnaires individuels, ils seraient encore une majorité d'injecteurs, mais les acteurs de prévention constatent une diminution récente de l'injection d'héroïne contre un usage de plus en plus répandu du sniff. L'injection, globalement mal perçue et mal vécue dans la rue

dissuade certains consommateurs. Elle effraie parfois plus que le produit lui-même. Elle serait souvent coupée au Subutex[®] selon les usagers, et ce phénomène génère des craintes compte tenu des dangers que le Subutex[®] comporte en injection.

Le mode fumé se répand également en contexte festif pour cette substance comme pour d'autres. La pratique du sniff semble privilégiée par des usagers dépendants ayant une plus longue expérience du produit que les nouveaux usagers utilisant plutôt le mode fumé. Les entretiens révèlent l'importance attribuée au mode d'administration, au point que les usagers estiment que les méthodes qu'ils utilisent changent la nature même du produit. L'héroïne fumée en milieu festif est décrite comme un produit différent de l'héroïne injectée « de leurs aînés ». L'héroïne s'intègre dans le mode d'administration dominant du contexte principal de consommation, à savoir, actuellement, le mode fumé en milieu festif techno. Ce mode privilégié s'applique déjà au cannabis, et, depuis peu, au rachacha. Le mode sniffé semble aussi en augmentation.

Subutex[®]

1. L'usage de Subutex[®] injecté et sniffé s'accroît dans l'espace urbain. L'accessibilité du Subutex[®] permet, semble-t-il, de compenser le manque d'héroïne sur le marché. Les acteurs de santé relatent une augmentation du Subutex[®] injecté chez d'anciens héroïnomanes. Mais un phénomène plus récent est à noter : la découverte du « shoot » de Subutex[®] par des usagers n'ayant jamais consommé d'héroïne auparavant. Pour certains usagers de rue, le Subutex[®] peut devenir le premier produit d'injection ou le produit principal, comme le révèlent les entretiens effectués. Ce phénomène apparaît depuis peu selon les médecins généralistes qui constatent aussi l'initialisation de l'usage de Subutex[®] injecté en milieu carcéral. Malgré la perception négative de l'injection, l'utilisation détournée de ce médicament semble très courante dans l'espace urbain.

Des acteurs de santé commencent à en observer les dommages sanitaires (œdèmes, kystes, abcès...). Ce phénomène émerge dans les cabinets médicaux en milieu défavorisé. Ces dommages sont encore peu visibles car certains injecteurs, cachant leur pratique, échappent au système de soins. Les acteurs de santé s'inquiètent particulièrement des risques accrus de dépression respiratoire chez les usagers rencontrés qui associent Subutex[®] et benzodiazépines. Le sniff de « subu » est aussi répandu et semble toucher de plus jeunes usagers. Globalement, ils constatent un abaissement de l'âge de première consommation du Subutex[®], pouvant aller jusqu'à 15-16 ans, principalement pour le mode sniffé.

2. Image de plus en plus négative du Subutex[®] dans la rue. Il est souvent très mal perçu des usagers et le fait qu'il soit un produit détourné lui fait perdre de sa

7. Décoction des restes de pavot donnant une préparation (pâte) à base d'opium, utilisé pour ses propriétés anxiolytiques, antalgiques, euphorisantes.

8. Chauffer l'héroïne sur du papier d'aluminium et en inhaler les vapeurs.

« crédibilité ». Il est victime de l'ambivalence d'un médicament devenu produit de rue. Son appellation de rue « subutex » donne une idée de la perception que les usagers en ont. Ils le relient directement à la dépendance, à la toxicomanie. Quand il est injecté, il est perçu comme l'héroïne du pauvre, le dernier des produits tant par son accessibilité que par sa soi-disant mauvaise qualité. Ses usagers-injecteurs prennent parfois la place des anciens héroïnomanes de rue stigmatisés. Il est en quelque sorte le dernier des produits et le vendeur est lui-même perçu comme le moins « glorieux » des revendeurs.

3. Visibilité croissante du trafic de Subutex®. Le trafic ne semble pas visible au point de poser des problèmes aux riverains car les échanges ont surtout lieu en appartement. On n'en propose pas directement dans la rue, mais plutôt par réseaux de connaissances. Cependant, le trafic de Subutex® de rue commence à apparaître de manière plus nette sur le marché de ville pour certains acteurs de prévention et pour les membres du groupe répressif. La représentation du vendeur de « subu » est plutôt négative comme en témoigne le discours de cet usager :

« Les dealers ont plus peur de se faire prendre pour deal de subu que pour autre chose... La répression risque d'être plus forte, c'est un "produit d'État". Il y a le détournement d'usage qui risque de s'ajouter à la sanction de deal. On peut se faire aussi plus facilement retrouver, par la source de prescription médicale. C'est pour cela qu'on préfère l'échanger. Ceux qui en vendent ici, souvent n'ont pas le traitement, mais ils montent à Paris aux Halles où la boîte est vendue à 100 F. Ils ne payent pas le train, se font choper et ont une amende... Ce sont des usagers qui n'ont pas le courage d'aller en Hollande se chercher de l'héro. »

4. Présence émergente de Subutex® en milieu festif techno. Certains rapportent que des usagers auraient initié leur consommation lors de soirées techno. Le Subutex® servirait à réguler les effets des stimulants absorbés en début de soirée et prendrait la place de l'héroïne. Il est néanmoins encore difficilement visible en milieu festif techno.

Le rachacha : un produit nouveau sur le site

Si, en 2000, le mot rachacha en étonnait encore beaucoup, en 2001, rares sont ceux en milieu festif qui ne connaissent pas ce terme. Bien que celui-ci soit encore anecdotique, utilisé à titre occasionnel et comme un produit en expérimentation, les observateurs rapportent une nette augmentation du nombre de consommateurs. Actuellement, le rachacha est principalement connu des *travellers* et essentiellement utilisé en fin de soirée pour ses vertus apaisantes. Il n'apparaît pas encore dans l'espace urbain.

La consommation de rachacha se répand chez les consommateurs de LSD pour pallier le mal-être de « la descente de trip ». Le rachacha est mangé ou dilué dans de l'eau chaude ou du café, consommé en fin de soirée ou en after. Certains le fument, ajouté au tabac, comme le cannabis, d'autres l'ingèrent. Des observateurs rapportent une évolution du trafic en quantité de rachacha qu'ils attribuent principalement à sa nouveauté. Mais il reste un produit annexe dans le trafic. Souvent proposé sur le site sous forme de « cigarettes », il se présente en rouleau de pâte d'environ 2,5 g vendu de 100 à 200 F.

La « rach », appellation commune du rachacha, est l'objet de représentations émergentes. Il est très présent dans les discours d'expérimentateurs en quête de nouveaux produits. Les revendeurs et les usagers lui attribuent l'image d'un produit naturel, aussi banal que le shit. Les utilisateurs semblent bénéficier d'une image de « baroudeurs » ou « d'avant-gardistes » en matière de produits psychoactifs. Mais rien ne permet d'anticiper sur sa diffusion.

Les stimulants

Cocaïne

Croissance et diffusion élargie de l'usage de cocaïne

L'INVS constate la croissance de l'usage de cocaïne. Selon l'institut, l'instauration des suivis méthadone en ville (1995) et surtout la diffusion massive du Subutex® (1996) n'y sont pas étrangers. Ils établissent un parallèle entre la chute de la consommation d'héroïne et l'accroissement de la consommation de cocaïne (+ 144 % en 4 ans, entre 1996 et 2000 au niveau national). Mais si les acteurs locaux s'accordent sur une augmentation importante du nombre d'usagers de cocaïne, cela reste difficile à évaluer. Ce produit semble sortir de son usage « traditionnel » réservé aux milieux aisés et se diffuse chez d'autres catégories d'usagers. Les services pénitentiaires constatent la croissance de l'usage de cocaïne chez les nouveaux arrivants, principalement en association avec l'héroïne.

Un statut émergent de produit principal

Même si elle reste pour certains usagers un plaisir ponctuel, la cocaïne semble de plus en plus bénéficier du statut de produit principal, alors qu'elle était plutôt un produit de régulation auparavant. Les acteurs de santé commencent à observer un accroissement des dépendances liées à cet usage principal, dépendance face à laquelle usagers comme acteurs de santé se disent impuissants.

Augmentation du trafic de cocaïne dans l'espace urbain et festif

Ce phénomène est reflété par les ILS⁹ pour usage-revente de cocaïne. Or, ces infractions augmentent selon les services répressifs locaux et d'après les consommateurs la disponibilité de cocaïne s'élargirait. Pour un usager averti, elle est visible en soirée techno et privée, dans les boîtes branchées et les soirées mondaines. Certains acteurs de prévention estiment qu'elle est accessible presque partout. Un usager raconte : « Je me promène un samedi après-midi, en quatre heures de balade on m'en propose trois fois... »

Les traditionnels vendeurs de hasch deviennent également parfois vendeurs de cocaïne. L'hypothèse que la cocaïne utiliserait localement les structures de *deal* du hasch ressort du groupe focal répressif. Plusieurs raisons sont avancées : rentabilité du produit, bonne perception, aisance à la vente. En soirée privée, des vendeurs proposent parfois « des pétards améliorés » avec de la cocaïne, du speed ou des amphétamines associés au shit. Ils ne précisent pas toujours la nature du produit. Selon les usagers, rares sont les vendeurs qui ne consomment pas ce produit. Certains n'hésitent pas à se déplacer, en Hollande principalement, pour un choix élargi.

Augmentation de l'usage et de la vente en milieu festif

Si la cocaïne est présente localement depuis quelque temps en discothèque où la clientèle est généralement plus fortunée, les usagers de cocaïne augmentent dans les *raves*, selon les observateurs. En milieu techno, ils sont généralement plus jeunes qu'en dehors (15-35 ans). La cocaïne sort ainsi largement du cadre privé intime (appartement...) et touche de plus en plus d'adeptes de musiques différentes : rap, rock, techno... Elle émerge particulièrement à grande vitesse dans les lieux festifs techno. Les usagers de cocaïne sont généralement déjà usagers de produits de synthèse et sont à la recherche de sensations dites « speed ». La cocaïne est utilisée pour relancer les effets des produits de synthèse. Depuis peu, elle serait vendue comme un produit proche de la MDMA. Contrairement à l'ecstasy, dont l'usage tend à se banaliser, la cocaïne garde une image de drogue dure. Évitant cette connotation, certains dealers vendraient de la cocaïne sous le nom de MDMA. Les effets « speedant » et de « bien-être » de la cocaïne peuvent tromper l'utilisateur inexpérimenté sur le produit qu'il a ingéré. Ce trafic peut être rentable pour le dealer puisque la MDMA « pure » actuellement recherchée est vendue à un prix plus élevé que la cocaïne de mauvaise qualité. Deux échantillons de la base SINTES collectés en mars 2001 sur des soirées techno du site contenaient de la cocaïne. Ils étaient vendus 150 F le sachet de poudre (moins de 1 g) sous l'appellation « speed coke ».

9. Infractions à la législation sur les stupéfiants.

En juillet 2001, les collectes SINTES rapportaient 8 échantillons en poudre et gélules contenant de la cocaïne et vendus principalement pour de la MDMA.

La cocaïne est aujourd'hui vendue à un prix plus attractif sur le site. Pour avoir des prix intéressants, les usagers achètent plusieurs grammes. On peut avoir un prix de gros de 3 000 F pour 10 g. Prix, accessibilité et quantité disponible semblent liés. Les réseaux se développeraient et assureraient une meilleure diffusion. En soirée mondaine, la cocaïne peut être proposée à 5 000 F les 20 g. Dans le milieu techno le prix est également en baisse. Elle est couramment vendue à 600 F, au plus bas à 400 F et au plus haut à 1 000 F le gramme.

Accroissement du mode sniffé

Les nouveaux usagers de cocaïne privilégient le sniff et le mode fumé. L'injection de speed-ball pour d'anciens héroïnomanes existe toujours, mais beaucoup de jeunes usagers ne privilégient pas ce mode qu'ils estiment trop fort selon les témoignages. Le sniff de la cocaïne associé à une prise d'alcool reste un mode de consommation principal, surtout en milieu festif. Les consommations se font plutôt avant l'événement, ou les sniffs se font par groupe de 2 ou 3 à l'abri des regards indiscrets (dans les toilettes...). Un gramme de cocaïne assure globalement 4 à 5 rails personnels pour une nuit festive.

Le mode sniffé est, selon les usagers, plus rapide et plus discret dans un contexte festif ou il est malgré tout nécessaire de se cacher en raison des risques répressifs (bars, pubs, boîtes...). Certains qualifie cet usage de « à la speed ». Mais les mêmes usagers expliquent qu'ils préfèrent fumer s'ils le peuvent, dès que les risques sont amoindris.

Crack : un produit nouveau sur le site

Un usage en expérimentation

La consommation de crack émerge depuis peu sur le site. Sa confection reste artisanale et l'usage est encore rare. Les usagers sont plutôt d'anciens héroïnomanes ou cocaïnomanes à la recherche de substituts de rue. Le crack, cocaïne base sous forme fumable, est fait à partir du chlorhydrate de cocaïne dit de « mauvaise qualité » dissous dans l'eau et mélangé avec du bicarbonate de soude (Giffer®) ou de l'ammoniaque. Il semblerait que l'ammoniaque soit privilégiée sur le site. Ce mélange est passé au micro-ondes jusqu'à obtenir les bruits de craquement. Pour les expérimentateurs rencontrés, le dosage doit être précis : $\frac{3}{4}$ de cocaïne pour $\frac{1}{4}$ d'ammoniaque. En raison du prix malgré tout élevé de la cocaïne, les quantités utilisées sont souvent très minimes.

Les consommateurs de crack seraient des usagers ponctuels. Ils expliqueraient la fugacité de leur pratique par une non rentabilité de l'usage : 1 g de cocaïne permet la fabrication d'environ 5 cailloux et est fumé en 1 à 2 h. Les effets seraient très fugaces et la descente très difficile. Les « outils » pour l'apaiser diffèrent : hasch, psychotropes, benzodiazépines ou Subutex®.

Un produit sans nom

On ne parle pas de crack, mais uniquement de cocaïne fumée. Il n'y a ni vente de crack organisée, ni prix établi, donc aucun trafic n'a pu être relevé sur le site. Il semble que certains usagers rencontrés ne savaient pas qu'ils consommaient du crack ou évitaient ce terme fortement connoté par le contexte américain. D'autres usagers pensaient que le procédé utilisant l'ammoniaque était destiné à « purifier » la cocaïne. Cependant, les discours attestent de sa présence : « J'aime l'odeur de l'ammoniaque avec la coke, c'est bon. J'aime pas quand on la crame... mais une fois qu'on a sa galette... avec les cendres de cigarette... j'aime bien, bon goût... je sais qu'à Dijon, c'est beaucoup fumé. »

Ecstasy

Élargissement de l'usage

Si l'enquête ESCAPAD révèle que 3 % des garçons de 17-18 et 2 % des filles l'ont expérimenté en 2000-2001, l'usage de ce produit semble cependant se généraliser dans la tranche des 16-25 ans selon les observateurs. Certains estiment même que la tranche d'âge s'est élargie de 15 à 45 ans, et ce hors cadre festif techno. Ils notent également un développement des catégories d'usagers dans le milieu festif techno, qui touche de plus en plus de jeunes au vu des nombreuses soirées organisées, de leur fréquentation et des personnes sous l'effet de ce produit.

Diversification des modes d'administration

La consommation d'ecstasy en poudre est apparue récemment et se développe dans le milieu festif. Elle est présentée en « képa », pliage papier sur le modèle des « képas » d'héroïne. Cet aspect associe symboliquement l'ecstasy à l'image des « drogues » en s'éloignant de sa forme « médicament ». Les usagers y voient intérêts et inconvénients : le produit est souvent coupé, mais il est moins fort et les mauvaises expériences semblent plus rares. Ce phénomène émergent est constaté dans tout le sud-est de la région. La présentation en poudre génère d'autres modes d'administration. Au lieu d'être ingéré ou « gobé », le produit peut être sniffé à l'aide d'une paille ou dilué dans une boisson. Il est alors généralement perçu comme

un produit artisanal et bénéficie en ce sens d'une représentation différente des comprimés supposés provenir de grands laboratoires. Certains usagers seraient adeptes des produits « faits maison », d'autres ne feraient confiance qu'aux comprimés aux contours et aux logos nettement dessinés. Les formes et les modes d'administration du produit en changeant les représentations.

Évolution des représentations : la place spécifique de la « MDMA »

L'image « pilule d'amour » a tendance à s'estomper au profit d'une drogue réputée très agréable, peu risquée et peu puissante. Elle semble prendre le chemin des drogues dites douces et tend à se banaliser. Pourtant, l'ecstasy semble aujourd'hui réservé à un milieu de « connaisseurs » qui acceptent de payer plus cher, tant la diversité des formes et la quantité de « mauvaises copies » le rendent plus dur à trouver. Il n'y a pas, semble-t-il, de réel changement sur la forme du trafic mais une augmentation du panel et du volume des produits présentés sous le nom d'ecstasy.

Les observateurs rapportent le développement de la vente de MDMA distincte des « ecstas grand public ». La MDMA disposerait pour certains d'une image plus sérieuse, moins large que l'appellation ecstasy. Si, à l'origine, la confusion régnait entre le terme générique ecstasy et sa molécule, la MDMA, aujourd'hui, ces deux produits sont nettement distincts sur le marché. La MDMA, vendue pour un produit « nouveau et pur », serait parfois de la cocaïne selon certains observateurs (cf. page 73). Cette vente pourrait permettre d'écouler des réserves en cocaïne et préparer un futur marché de MDMA.

Pour les usagers non expérimentés, MDMA et ecstasy sont bien différents, mais ils préfèrent user d'ecstasy, à leur goût moins fort que la MDMA qui leur fait peur. Chez ces usagers, les appellations chimiques des produits, dont ils n'ont pas une connaissance précise, semblent générer plus de crainte que le terme ecstasy (ou taz) entré dans le langage courant des soirées. Les usagers sont parfois inquiets lors des descentes difficiles, accrues par la présence supposée de substances qu'ils méconnaissent (PMA, MDA, DOB...). Le nombre d'incidents avec l'ecstasy reste peu connu et les usagers se sentent dans l'ensemble rassurés par rapport à la consommation d'héroïne ou de cocaïne dont les dommages sont attestés. Ils ont le sentiment que l'opinion publique panique pour un jeu, objet faisant juste partie de la fête.

Une place moins importante des médicaments en tant que produits de coupe

Les analyses SINTES de l'année 2001 révèlent l'importance que la MDMA a prise. De plus en plus d'échantillons en contiennent, sans association à d'autres substances médicamenteuses. Les produits collectés en 2001 sont globalement de la MDMA à plus ou moins haut dosage (de 10 à 98 % pour le plus haut dosage).

Les dosages à plus de 80 % sont de plus en plus nombreux dans les collectes, bien que la majorité se situe entre 20 et 40 %. S'ajoutent généralement à la MDMA, les substances de coupe, caféine et substances médicamenteuses. Certaines serviraient à obtenir un effet particulier, d'autres simplement à faciliter la fabrication du comprimé. Dans la base de données du site, 27 %¹⁰ des échantillons vendus pour de la MDMA contenaient uniquement de cette molécule. Sur ces 55 échantillons, 21 renfermaient une ou plusieurs substances de coupes : paracétamol (16 échantillons), caféine (4), propoxyphène (5) et chloroquine, éphédrine, célestamine, bétamétazone, acide niflumique, acépromazine. Comparativement à l'année passée, la diversité des médicaments retrouvés est donc largement moins étendue¹¹.

Accroissement de l'accessibilité

L'ecstasy apparaît largement disponible et plus facilement accessible, en soirée techno comme ailleurs. Les observateurs constatent l'augmentation du nombre de personnes sous l'emprise du produit, la diversification des substances vendues sous le nom d'ecstasy et une multiplication des soirées légales ou clandestines. Les revendeurs estiment pouvoir en trouver facilement. Certains disent vendre du hasch, de la cocaïne la semaine et se spécialiser principalement dans l'ecstasy le week-end. Son prix, bien que difficile à évaluer compte tenu des diverses molécules vendues sous cette appellation, semble s'abaisser. Actuellement, le prix courant en soirée est de 60 F et peut aller jusqu'à 100 F si le vendeur prétend à une qualité supérieure ou à une nouveauté. En prix « de gros », le comprimé peut être vendu à 40 F. Le passage à l'euro a légèrement modifié les choses et arrondi à 10 euros pour un produit classique jusqu'à 15 ou 20 euros pour un nouveau produit.

Amphétamines, Speed

Une forme émergente d'amphétamines, l'ice, serait à l'état de rumeur sur notre site. Un usager raconte que sa durée d'effets serait de 24 heures et qu'il serait utilisé par des personnes souhaitant obtenir une résistance à la fatigue de longue durée. Il serait vendu comme l'ecstasy à environ 100 F le comprimé, et serait arrivé sur le site depuis moins d'un an. Les usagers en parlent, mais les enquêteurs SINTES ne l'ont pas collecté. Il en est de même pour le yaba autour duquel les discours d'usagers

vont bon train, certains craignant et d'autres désirant l'expérimenter. Il s'agit d'une métamphétamine pure synthétisée à partir d'une éphédrine locale. Les collecteurs n'en font pas état sur le site.

Les hallucinogènes

LSD

Changements de représentations ou évolution du contexte de consommation ?

Des observateurs rapportent que ce produit subirait une dégradation de son image auprès de certains groupes de consommateurs. On l'observerait moins en club. Plusieurs hypothèses sont faites. D'une part, la durée éventuelle de ses effets pouvant aller jusqu'à 8 heures ne permet pas un usage « safe » et agréable en contexte festif d'une nuit. D'autre part, les descentes parfois mal vécues (tremblements, fortes angoisses...) effrayent des observateurs non expérimentés. Une autre cause est invoquée. Il s'agirait de l'accroissement de produits de mauvaise qualité ou autres substances vendues pour du LSD. Ainsi, des usagers rapportent que certains buvards vendus pour des acides contiendraient du THC (tétrahydrocannabinol). D'autres pensent que les buvards artisanaux sont peu fiables ; un timbre pouvant être très fortement imbibé ou pas du tout. Les effets sont parfois ressentis comme trop imprévisibles. Certains observateurs pensent que la cocaïne free-base et l'héroïne prendraient parfois sa place. En résumé, il persisterait toujours, mais plutôt, lors de *free* s'étendant sur plusieurs jours permettant de gérer au mieux les effets. Il est aussi utilisé en appartement entre amis mais rarement seul, toujours en vue de sécuriser l'expérience qui peut être dangereuse.

Ce produit semble l'objet d'une expérimentation personnelle avant tout et est davantage utilisé de manière ponctuelle. Son image, largement inspirée du mouvement hippie, s'élargit et touche de nouveaux usagers « sympathisants » qui renouvellent la catégorie d'usagers. Par ses effets, les consommateurs actuels l'utilisent en écoutant un certain style de musique qui s'associe aux hallucinations et à l'accélération (techno transe, goa, hardcore...). Le LSD semble globalement garder une image de drogue puissante et dangereuse réservée à des initiés.

Champignons hallucinogènes

Les champignons hallucinogènes (psilocybes) sont consommés dans la région depuis longtemps. L'enquête ESCAPAD révèle que sur un échantillon restreint de jeunes de 17 et 18 ans, ils sont un nombre non négligeable d'expérimentateurs : 7 garçons sur 100 (2 % de filles).

10. Chiffres uniquement indicatifs réalisés sur une base de 55 échantillons.

11. Médicaments retrouvés surtout dans la base 2000 : cétiprolol (Célectol®), bromocriptine (Parlodol®), floctafénine (ldarac®), zolmitriptan (Zomig®), lorazépam (Témesta®), prazépam (Lysanxia®), ibuprofène, chloroquine (Nivaquine®), lidocaïne (Xylocaïne®).

Les observateurs de terrain estiment que le nombre de consommateurs augmente. En dehors du psilocybe, l'amanite tue-mouches serait aussi utilisée pour ses propriétés psychotropes (ivresse, excitation et parfois hallucinations visuelles et auditives). Dans le milieu festif, on trouve rarement directement la présence de champignons (difficiles à transporter et à consommer sur place), mais de plus en plus de personnes affirment en avoir ingéré et être sous l'effet hallucinogène de « l'omelette » consommée hors de l'espace festif principal. Cette tradition locale rurale¹² s'applique aussi aux soirées techno.

Le protoxyde d'azote

Un produit en voie de disparition sur le site ?

Il n'y aurait plus que quelques usagers isolés de « ballons » et il n'a pas été décelé sur le site en 2001. L'utilisation du gaz hilarant serait aujourd'hui prohibée par les organisateurs de soirées, DJ's ou travellers. En été 2000, une action contre l'utilisation du « proto » a fait jurisprudence en milieu techno. Lors d'un teknival, un groupe de *travellers* armés de battes a saccagé les bonbonnes, percé les ballons et dispersés les utilisateurs. Les vols aux hôpitaux ont été dénigrés et ce produit ayant perdu de son image de marque est depuis interdit par la rumeur dans de nombreux endroits. D'autre part, les effets fugaces de quelques minutes attirent moins d'usagers et son utilisation plutôt ludique n'apporte pas toujours satisfaction.

La kétamine ou spécial K

Un produit émergent marginal

La consommation de kétamine sur le site est rare, mais elle semble émergente en milieu clandestin (*free techno*...). Les observateurs rapportent quelques soirées avec une présence importante de kétamine dite « d'Inde » et une augmentation du nombre de consommateurs. La kétamine est obtenue sous forme liquide à partir des spécialités anesthésiques vétérinaires ou animales destinées à l'injection : Kétalar® ou Kétamine Panpharma®. Lorsqu'elle est revendue sous cette forme, même diluée, elle peut être injectée. La kétamine liquide peut être chauffée jusqu'à évaporation, la poudre obtenue de manière artisanale peut être coupée et sniffée. Les deux formes permettent l'ingestion par voie orale.

Des consommateurs rapportent que la kétamine d'origine vétérinaire induirait des pertes de contrôle et de connaissance. Elle serait facilement accessible par des

réseaux informels (élevages de chien, chasseurs, vétérinaires...). La spécialité humaine serait « plus » artisanale. Cette dernière semble, selon les utilisateurs, moins nocive et mieux tolérée par l'organisme mais aucun échantillon est à ce jour disponible pour analyse. Cette kétamine artisanale, dite d'Inde, semble jouir d'une meilleure image. Ce produit rare a été observé localement en grosse quantité auprès de *travellers*, apparemment venus d'Angleterre. Les appellations sont principalement anglaises : K20 (Kay twenty), K50 (Kay fifty), Silver Gold, silver top, golden top. Elle se vend généralement de 150 à 500 F le gramme de poudre et de 20 à 100 F la dose liquide.

Le GHB

Nouveau produit « caché » ou rumeur ?

On constate très rarement la présence de GHB sur notre site. Il serait peut-être présent en discothèque selon les rumeurs. Il s'agirait d'une sorte de drogue « fantôme », dont on parle sans la voir. L'état des consommateurs serait proche de celui causé par la prise de kétamine (pas de discernement, discours saccadé dénué de sens, regard vague, amnésies partielles...). Généralement, le GHB, que les usagers nomment parfois Gamox, se dilue dans un cocktail sucré. La perception de cette drogue est floue et souvent issue du message médiatique de « drogue du violeur ». Rares sont les consommateurs qui peuvent témoigner d'une expérience personnelle. Il n'y a pas de trafic local. Les rares fois où le GHB a été vu par les observateurs, il n'a pas été proposé à la vente.

Le cannabis (en usage abusif)

Élargissement de l'usage à tous les milieux

Selon tous les acteurs, qu'ils soient du domaine sanitaire ou répressif, les consommateurs sont de plus en plus jeunes. Dès 15 ans environ, l'expérimentation est courante. Les intervenants en milieu scolaire constatent aussi une consommation plus importante qu'avant en classe de 6^e-5^e. La consommation festive est accrue, et les acteurs de prévention remarquent une extension de la consommation en milieu rural. L'enquête ESCAPAD 2000 nous informe qu'un garçon sur deux a expérimenté le cannabis avant 17 ou 18 ans. On relève légèrement moins d'expérimentatrices (40 %). Dans l'usage régulier, on compte 16 % de garçons de ces âges qui consomment du cannabis au moins 10 fois par mois et 6 % de filles pour la même catégorie.

12. Et dépassant les uniques consommations de psilocybes !

Le hasch est présent à quasiment tous les stades des associations : il augmenterait les effets des médicaments ; pris avec de l'alcool, il accroît le sentiment « d'être raide » ; utilisé avec la cocaïne, il réduit le speed et donne une sensation de clarté ; avec le LSD, il serait un régulateur de descente.

Une recherche d'effets prononcés

Si le mode d'administration principal reste le mode fumé, l'utilisation de bang ou shillum s'accroît, que ce soit seul ou en groupe et principalement chez les plus jeunes utilisateurs (collège, lycée, étudiants...). L'effet obtenu serait plus rapide et plus fort.

Il semblerait aussi que l'ensemble des usagers recherche des produits plus denses en tétrahydrocannabinol, et que les exigences et les attentes quant à la qualité soient de plus en plus fortes.

Ces exigences seraient le reflet du marché du produit. Ainsi, le shit dit « commercial ou com » serait vendu à bas prix¹³ alors qu'une résine plus fortement dosée en THC, l'aya, réputée de meilleure qualité, serait vendue à 15 000 F le kilo selon les services de police. Une autre spécialité intermédiaire existerait. Les nouvelles appellations varient ainsi en fonction de sa teneur supposée en THC, comme H3, sous-entendu un Hasch au cube ; ou varient en fonction de l'effet fortement attendu : bombe ou bombe A, balle, plomb. Une autre appellation est à noter, l'IA qui supposerait également un produit plus fortement dosé en THC (ne serait-ce pas l'aya, écrit à l'anglaise ?).

Développement de l'usage de cannabis en automédication

Les acteurs de santé constatent une augmentation des symptômes d'anxiété, de dépression et quelquefois des dépendances psychologiques fortes. Ces symptômes peuvent être antérieurs à l'usage, et l'accroissement de la consommation ne ferait parfois que cacher une pathologie sous-jacente ou la révéler. Les médecins insistent sur l'utilisation répandue du cannabis comme outil thérapeutique pour gérer ces difficultés psychiques. La consommation matinale serait plus importante et régulière dans ces cas (3 fois par jour et plus). Il semblerait que beaucoup d'usagers lui attribuent donc le statut de médicament. Il est utilisé en automédication dans certains cas comme un antidépresseur ou « déstressant », pour gérer le manque d'alcool, ou comme un substitut à d'autres produits.

13. Avec le passage à l'euro, le prix courant d'une barrette de 2,5 g se serait fixé à 15 euros, soit une stabilité du prix. Un sachet d'herbe de 5 g environ se vendrait 20 euros.

Développement du trafic

Le hasch est disponible partout selon tous les acteurs. L'utilisateur serait couramment un dealer potentiel au détail, selon les forces de l'ordre. Les utilisateurs achètent à partir de 20 ou 50 g et distribuent à titre amical tout en constituant quelques réserves personnelles. Les acteurs de prévention confirment l'augmentation d'achats groupés et en plus grosses quantités individuelles (semelle, plaque). Le groupe répressif note la diffusion du trafic et la multiplication des revendeurs pour des quantités peu importantes (moins de 10 kg). L'utilisateur devenant plus facilement revendeur, le trafic serait perceptible sur tout le site, dans les espaces ruraux, l'agglomération et dans toutes les couches sociales. La visibilité du trafic semble s'accroître dans les lieux publics, la ville, le lycée et les lieux festifs. Notons qu'en 2000, les services de police judiciaire comptaient 580 interpellations d'usagers de cannabis pour le département de la Côte-d'Or, soit une croissance de 13 % environ par rapport à l'année passée. Au regard des informations fournies par le groupe focal répressif, le trafic aurait connu une augmentation également significative cette année.

Confirmation d'une banalisation de l'usage

Selon certains acteurs, son utilisation est parfois si banalisée que le hasch ne bénéficie plus de son statut d'objet interdit et perd de son attirance pour l'adolescent en recherche de prise de risques. S'il n'est ni dépénalisé ni légalisé, certains usagers l'utilisent comme un produit licite, ne se cachant pas et craignant peu le risque de répression. L'ensemble des signaux échangés entre usagers est largement connu et visible de tous : imprimés de feuille de cannabis, cartons de papier à cigarettes déchirés, feuilles grands formats... Nombreux sont les usagers qui lui donnent un statut central opposé au tabac qu'ils rejettent sans appel. En effet, certains acteurs de santé notent l'augmentation d'utilisateurs le fumant « pur » sans l'associer au tabac (par bang ou shillum).

Les solvants : produits en voie de disparition ou absence de discours ?

Bien que peu d'acteurs et d'usagers parlent de l'utilisation de solvants, cet usage semble être relativement important sur le site. À 17 et 18 ans, 6 % des garçons et 4 % des filles interrogés dans l'enquête ESCAPAD déclarent avoir expérimenté les produits à inhaler.

Les usagers semblent être, selon les acteurs de santé et de prévention, des jeunes provenant principalement de milieux défavorisés. Certains signalent un avancement de l'âge (dès 12-13 ans) des consommateurs. Des intervenants en

milieu scolaire rappellent l'utilisation déjà connue de solvants chez des jeunes de 6^e-4^e en inhalation. Les solvants sont également utilisés habituellement quand il n'y a plus rien d'autre. Ce phénomène se rencontre surtout dans des petites villes proches de Dijon où d'autres produits sont moins accessibles. « L'eau écarlate » achetée en supermarché jouerait ce rôle. Les observateurs rapportent une baisse de l'usage de trichloréthylène. Sur le site, l'inhalation se pratiquerait sans sac plastique, en sniff direct par l'intermédiaire de mouchoirs imbibés. Certains usagers associeraient toujours la colle inhalée et les poppers, d'autres les solvants, à l'alcool et au cannabis. La perception des solvants est aujourd'hui plutôt négative. Ils sont peu onéreux, donc perçus comme une drogue du pauvre et les effets irréversibles semblent relativement connus. Il est étonnant de constater que des usagers négligent systématiquement ce produit lors des entretiens concernant leurs parcours de « toxicomanes ». Mais peut-on en conclure pour autant que l'usage a disparu ?

Rohypnol® : un produit en voie de disparition

Suite à la décision de restrictions des ordonnances¹⁴, le Rohypnol® a quasiment disparu de l'usage sur notre site, selon les observateurs de terrain et les acteurs de santé. Les rares prescriptions proviennent du milieu hospitalier et le produit circule de moins en moins dans le *deal* de rue.

Cependant, il est encore occasionnellement utilisé en shoot avec le Subutex® ou en descente d'autres produits. Il est aussi gobé, parfois en association avec d'autres médicaments. Pris avec de l'alcool il donne aux usagers une sensation de montée. Associé à la cocaïne et à l'alcool, il accroît les effets de « speed ». Habituellement, le Rohypnol® augmente la violence et rend l'utilisateur insensible à la douleur et aux coups. L'image de cette substance tend, de ce fait, à se dégrader (violence associée, trou de mémoire...), même si quelques ex-usagers en parlent parfois avec « nostalgie ». Selon les pharmaciens, une autre benzodiazépine, le Myolastan®, aux propriétés relaxantes mais également amnésiantes semble avoir pris la place du Rohypnol®.

État des lieux des produits sur le site

Les opiacés

Héroïne

L'enquête ESCAPAD ne décèle pas l'usage d'héroïne en population générale. Par contre, les centres spécialisés de soins estiment à environ 200 à 400 le nombre d'usagers réguliers sur le site. En milieu carcéral local, les usagers entrant sont pour 60 % utilisateurs d'héroïne. Ils l'associent pour 53 % d'entre eux à la cocaïne et choisissent le mode injectable pour 38 %. L'alcool est également associé pour 65 % d'entre eux¹⁵.

Sur notre site, l'héroïne blanche semble aujourd'hui plus disponible que la brune. Il faut cependant préciser que l'héroïne n'est pas le premier produit proposé lors d'un *deal*. La cocaïne la devance, après le cannabis ou les produits de synthèse. En clubs et discothèques, l'héroïne est présente depuis longtemps et son accessibilité semble stable.

En milieu urbain les prix semblent avoir globalement baissés. D'autres produits prennent une place plus importante sur le marché, notamment la cocaïne. Dans la rue, des usagers rapportent qu'une première proposition peut être faite à 800/900 F s'il s'agit vraiment de « blanche », ce qui est rare. Si elle est coupée au Subutex®, elle est vendue 350 F. Globalement, le prix de la brune est estimé à 500/600 F. Dans le milieu festif techno, elle se vend au plus bas à environ 600 F, au plus haut à 1 200 F le gramme et plus couramment autour de 800 F. Les dealers vendent essentiellement des « képas » avec une paille coupée en biseau (kit de sniff). Un képa est vendu 200 F. D'un côté, on constate donc un prix globalement plus élevé en milieu techno, et, de l'autre, une accessibilité favorisée par la vente sous forme courante de « képas », déjà utilisée pour le speed, produit répandu.

Il ne semble pas exister de réel trafic organisé d'héroïne sur le site. Les usagers dépendants rencontrés cherchent une héroïne de bonne qualité (en pureté) en Hollande. Ils peuvent également se fournir en produits de coupe et faire eux-mêmes les mélanges destinés à la revente. Selon d'anciens usagers, de plus en plus de jeunes usagers de « 18-20 ans » se font avancer l'héroïne et s'improvisent dealers, ce qui évite au grossiste d'être pris avec le produit. L'avance existe pour beaucoup de produits. Si cet usager-revendeur ne peut rendre l'avance, les « encaisseurs » récupèrent la dette par divers moyens violents. Ils sont eux-mêmes généralement

14. Décret mettant en application les ordonnances sécurisées en décembre 2000, donc rupture en janvier 2001.

15. Chiffres 2000, qui sont relativement stables selon l'acteur du centre de soins interrogé.

usagers dépendants et obtiennent ainsi 1 ou 2 g offerts par le grossiste. Les dealers qui sont localement plutôt des « dealers d'appartement » ne sont pas visibles sur l'espace urbain.

Subutex®

L'usage de Subutex®, nommé sub, tex, ou bobo, semble toucher différents milieux : zonards, ruraux, habitants du centre-ville... Cependant, il est, en tant que produit de rue, principalement utilisé par des usagers précarisés.

Lorsqu'il est détourné de son mode d'administration thérapeutique par voie buccale, le comprimé est pilé pour obtenir une texture proche de l'héroïne et est ensuite injecté ou sniffé suivant l'effet recherché. Dans l'enquête réalisée dans l'espace urbain, 31 usagers de Subutex® se déclaraient injecteurs, 20 le prenaient selon les indications du médecin et 3 disaient être sniffeurs. Les usagers de Subutex® arrivant en maison d'arrêt disent le consommer en sniff pour 16 % d'entre eux, en injection pour 26 % et sous forme fumable pour 5 %. Le sniff a, selon les usagers ne connaissant pas d'autre mode, un effet immédiat, une sensation de « balle dans la tête », alors que l'injection apporte pour certains une sensation qui rappelle des « flashes » passés. Pour les non-héroïnomanes, certains parlent d'une sensation de défonce. Des usagers expliquent que le Subutex® (en injection) donne un peu les effets de l'héroïne, dans la variation des montées et des descentes.

En milieu carcéral local, en 1999-2000, 40 % des usagers d'héroïne arrivant en prison déclarent alterner leur prise avec du Subutex® de rue, plus accessible. Parmi eux, 39 % disent n'avoir eu aucune ordonnance ni suivi.

Certains usagers associent le Subutex® à la cocaïne pour obtenir un effet proche du « flash » en potentialisant l'ensemble par une prise d'alcool. D'autres l'associent à des benzodiazépines (Lexomil®, Tranxène®...) ou à de la codéine pour obtenir un effet relaxant. Les benzodiazépines sont parfois prises de manière concomitante ou en fin de journée. Premier produit utilisé avec ces médicaments détournés, l'effet de cette association ajoutée à l'alcool est du type « défonce ». Ainsi ces mélanges sont largement utilisés par les injecteurs, anciens héroïnomanes ou non.

Le Subutex® est aussi pris en automédication par certains usagers dépendants à l'héroïne. On peut y voir différentes raisons : problème d'accès à un centre méthadone, refus de se soumettre à un programme médicalisé de substitution ou refus du suivi psychologique lié. Certaines personnes consomment du Subutex® depuis plusieurs années en sniff et refusent les propositions de suivi médical. Une dépendance accrue est reconnue par les acteurs de santé. Il est utilisé comme une régulation de la consommation non seulement d'héroïne mais aussi de cocaïne semble-t-il. Et même s'il n'est médicalement pas adapté, les usagers préfèrent parfois gérer leur

propre consommation de cette manière. Certains patients sous méthadone qui rencontrent des difficultés avec le traitement, alternent Subutex® de rue et benzodiazépines. Ces pratiques d'automédication connues des médecins comportent des dangers sanitaires pour les usagers.

Ce produit est largement connu de tous. Les usagers de l'espace urbain en parlent, même s'ils ne l'utilisent pas. Il semble très disponible au marché noir. Certains usagers se constituent des réserves à partir de traitements obtenus par ordonnance, qu'ils revendent ou échangent contre un autre produit. Il est parfois offert à un ami pour le « dépanner ». Globalement, il s'avère être une monnaie d'échange courante, comme le cannabis.

Si certains « subus » viennent directement de la rue, ils proviennent le plus souvent à l'origine de prescriptions médicales. Par l'obtention d'une ordonnance, le produit est « gratuit » si l'utilisateur dispose d'une couverture sociale, d'une mutuelle, de la CMU ou d'une carte santé. La revente au marché noir dans l'espace urbain semble courante. À Dijon, le prix du Subutex® de rue oscille entre 10 à 100 F pour un comprimé et entre 150 à 250 F pour une boîte et selon le dosage. Il est facilement accessible auprès d'un généraliste pour un usager averti qui dispose de moyens de pression pour l'obtenir.

Méthadone

Sur le site de Dijon, l'âge des consommateurs s'abaisse dans les suivis en unité méthadone. Ils ont moins de temps d'usage antérieur d'héroïne et sont plus insérés socialement. On remarque de plus en plus de passage du Subutex® à la méthadone par programme ou non. Les usagers se plaignent de quelques problèmes sanitaires liés à certaines interactions médicamenteuses (BZD, trithérapies...).

Le trafic est quasi inexistant. Selon des usagers en soin, la méthadone serait un peu plus accessible dans la rue. Un petit trafic à Dijon et dans les environs existe de manière ponctuelle. Les usagers disent trouver de temps en temps du sirop de méthadone à 20 ou 40 mg. Les échanges sont plutôt occasionnels en fonction des disponibilités et ne sont pas organisés. Il n'y a pas un marché réel, et on ne fixe pas de prix. En général, c'est l'acheteur qui détermine son prix. La règle qui semble prévaloir reste l'échange contre un autre produit. Les revendeurs sont généralement des usagers eux-mêmes, suivis par un médecin. Ils font des réserves, prennent le minimum pour gérer leur manque et cherchent d'autres produits pour satisfaire leurs besoins de sensations (alcool, BZD, ou cocaïne).

Les stimulants

Cocaïne

Si l'enquête ESCAPAD estime à 1 % seulement le nombre d'usagers de 17-18 ans, ce chiffre peut être évalué à la hausse sur une population plus large. En effet, selon les observateurs, les usagers semblent généralement un peu plus âgés. Même si certains constatent une avancée de l'âge de la première prise, les consommateurs auraient majoritairement entre 20 et 40 ans, hommes ou femmes. Ils sont plutôt étudiants, salariés, proviennent du monde des affaires, des milieux aisés...

La cocaïne se présente ici sous forme de cailloux blancs, difformes, qui s'effritent sous une légère pression. Pour faire augmenter le volume, l'usager l'aère en pilant d'abord ces cailloux, puis, à l'aide d'un rasoir ou d'une carte, affine le grain, enfin, il dessine avec la poudre des petites lignes horizontales ou verticales. La cocaïne la plus répandue est la blanche. Selon certains dealers, elle n'est coupée qu'une fois au mannitol. Mais le produit est, selon les usagers, plus ou moins frelaté, coupé à chaque passage de main jusqu'au consommateur final. Certains observateurs pensent que de la MDMA serait parfois vendue pour de la cocaïne à un prix plus élevé (1 000/1 500 F le gramme). Nous n'avons pas réellement identifié dans nos collectes ce phénomène.

Les associations varient en fonction des effets recherchés. L'alcool est le produit principalement associé à la cocaïne. Les effets de l'alcool se font moins ressentir, l'usager boit davantage, cherche à obtenir une résistance accrue à la fatigue et une activité sexuelle supérieure. Les effets de l'alcool sont donc ressentis différemment avec la cocaïne et l'alcool permet une remontée sur le sommet à chaque défaillance (descente). Cette polyconsommation suppose, selon les usagers, une dépense d'énergie suffisante pour être appréciée. D'autres consommateurs l'associent aux médicaments, avec un décalage d'une heure. L'association au Viagra® se rencontre parfois, mais comporte des risques d'accidents cardiaques que certains usagers connaissent. Pour gérer les effets de la descente après une prise de cocaïne, le cannabis est souvent utilisé.

La cocaïne comporte quelques désagréments. Les usagers sniffeurs se plaignent parfois d'hémorragies nasales, de céphalées et l'entourage subit parfois violences et passages à l'acte. Sur les lieux de vente et de consommation, des altercations répétées ont été constatées par des observateurs, avec une visibilité plus ou moins nette. Dans le cadre festif, l'usage abusif entraîne aussi des tensions : menaces, racket, dégradations... Les acteurs de santé associent parfois l'agressivité à l'utilisation de cocaïne. Ils constatent une difficulté au contrôle de soi et des changements de personnalité chez des usagers réguliers.

Que revendeurs ou usagers la nomment cécé, meumeu, dreux, poussière d'ange, blanche, ken, ou TDI, la cocaïne a sa place dans les milieux aisés du site (professions libérales, milieux viticoles, nouveaux riches...). Ses effets étant connus des usagers, cela fait d'elle un produit sans surprise comparé à la complexité des produits de synthèse. Elle évite les incertitudes quant aux variantes de temps et de nature d'effets, de difficultés en descente, de polyconsommations non désirées. Elle semble potentialiser les demandes des consommateurs et être considérée comme un bon produit au rapport qualité-prix intéressant. Les usagers occasionnels estiment qu'elle ne débouche pas sur une dépendance physique, mais oublie la forte dépendance psychique moins connue qu'elle induit. La perception de la cocaïne a donc tendance à s'améliorer pour ces différentes raisons. La pratique du sniff qui lui correspond principalement semble être perçue comme plus saine que l'injection. Les usagers la perçoivent comme un produit de luxe non dangereux devenu enfin accessible. Ils associent symboliquement volontiers leur consommation à celle d'artistes renommés.

Ecstasy

La base de données issue du dispositif SINTES permet une analyse précise des différents comprimés, de leurs logos et de leurs composants. Quant à l'origine des produits, ils peuvent provenir de laboratoires étrangers mais également être réalisés artisanalement et localement. Certains usagers-revendeurs fabriquent leurs produits à partir de bases de données dites « *designers drugs* » en ligne sur Internet. Ils réalisent des combinaisons selon les effets voulus et l'accessibilité des produits. L'appellation ecstasy est de moins en moins utilisée et les observateurs relèvent de multiples appellations : X, XTA, XTC, Dreams, Tuz, taz, SoftP, extatik... Derrière ce produit peu homogène se cachent différentes molécules de synthèses et d'autres substances ayant une toxicité certaine ou une action physiologique recherchée. Des produits de coupe inactifs sont également ajoutés. Les analyses du dispositif SINTES révèlent différentes molécules : MDMA¹⁶, PMA¹⁷, MDA¹⁸, amphétamines, pseudoéphédrine¹⁹, méthyléphédrine.

Les logos et les appellations varient selon les modes : Mitsubishi, superman, superfresh, étoile, tournesol, dauphin, colombe..., et, actuellement, un nombre important d'euros sous des formes variées. La présentation en comprimé laisse libre

16. 3,4 Méthylènedioxyamphétamine. Molécule synthétisée en 1892 et brevetée en 1912, utilisée pour ses effets anorexigènes, amplifiant la capacité d'empathie.

17. Paraméthoxyamphétamine, cinq fois plus hallucinogène que la mescaline, on l'a parfois nommée « *death drug* ».

18. Méthylènedioxyamphétamine : ténamphétamine, dite « *love drug* ».

19. Comme l'éphédrine, ses propriétés psychostimulantes, analogues à celles des amphétamines et de la cocaïne, ne sont pas sans dangers physiques ou neurologiques.

court à l'imagination du dealer pour la dénomination de son produit. Ils peuvent donner selon certains usagers une sorte « d'appellation d'origine non contrôlée ». D'autres usagers cherchent le signe d'une origine dans la forme bombée en « snow balls »... Les fabricants utilisent l'aspect ludique des logos et en changent pour un même produit (même résultat aux analyses), afin de « brouiller les pistes ».

L'ecstasy est généralement avalé, dit gobé, lorsqu'il est acheté en gélule ou en comprimé. En poudre, il peut être mélangé à de l'alcool ou à une autre boisson, et quelquefois sniffé. L'ecstasy est associé de manière courante à l'alcool, au hasch et au tabac. On ne constate pas vraiment de nouvelles associations, mis à part peut-être l'augmentation des cas de prise de cocaïne en fin de soirée (4 ou 5 heures) pour retrouver l'énergie nécessaire à l'after d'une soirée techno.

D'un point de vue des dommages constatés, l'abus d'ecstasy peut provoquer des vomissements, une déshydratation et mène parfois aux passages à l'acte par son effet désinhibant : bagarres, abus sexuels. Il ouvre parfois la voie à des crises d'angoisse, des crises épileptiques ou des crises d'asthme... Ces effets constatés par les acteurs de santé et les observateurs dépassent les simples effets des « dents serrées », liés à la prise de produits amphétaminiques ou contenant de la MDA ou d'autres molécules proches. Les angoisses et les crampes, pourtant difficiles à vivre, n'empêchent pas forcément de réitérer la prise, pour être dans le son, dans l'empathie...

La disponibilité de ce produit est croissante quel que soit l'espace. L'acheteur est mobile et ne se fidélise pas vraiment à un seul vendeur. La concurrence, souvent existante sur le site, n'est pas toujours réelle selon certains vendeurs. Un même grossiste peut gérer plusieurs revendeurs de différentes appellations qu'ils diffusent dans la soirée de manière plus ou moins organisée. En début de soirée, tel produit sera proposé aux usagers par un des revendeurs, et il sera identifié ensuite comme le fournisseur de ce produit. Au cours de la soirée, d'autres produits sont proposés, chaque revendeur ayant son appellation. Des usagers habitués absorbent jusqu'à 3 ou 4 comprimés environ en une nuit. Les usagers ayant des prises parfois très rapprochées, ils ne peuvent pas évaluer précisément la nature des comprimés en fonction des effets ressentis.

Amphétamines, speed

L'usage de « speed » (terme générique) n'est pas répandu dans tous les milieux, et les usagers en consommant sciemment ont généralement plus de 18 ans. Par contre, la présence d'amphétamines est parfois inconnue à l'utilisateur qui « gobe » un comprimé d'ecstasy. Le terme speed semble très couramment utilisé et de manière pas toujours claire. L'association de ces produits est habituelle et les appellations se confondent parfois.

En milieu festif techno, les observateurs ne notent pas de grands changements, mais une augmentation du nombre d'utilisateurs. Amphétamines, speed, ecstasy et MDMA sont souvent vendus par les mêmes personnes et les consommateurs achètent ces produits de manière relativement indifférenciée.

Le speed se sniffe généralement avec une paille pour son effet direct. Certains usagers préfèrent l'injection, d'autres l'ingestion pour un effet lent et plus discret. Les effets de ce produit sont quelquefois comparés à un mélange cocaïne-alcool ou ecstasy-alcool. D'un point de vue sanitaire, l'abus de stimulants pose des problèmes de santé. Les médecins et les usagers eux-mêmes signalent des difficultés respiratoires, des palpitations cardiaques ou des arythmies. Quelques usagers parlent de dépendance psychologique voire physique.

Concernant son accessibilité dans l'espace urbain, il est parfois difficile de s'en procurer. L'achat du speed à Dijon n'a jamais été chose facile et les revendeurs estiment avoir quelques difficultés à le vendre. Le prix semble stable, autour de 100 à 200 F le comprimé, la gélule ou le gramme de poudre. Les amphétamines sont également achetées 100 F le gramme de poudre pour servir de produit de coupe à la cocaïne. Beaucoup de consommateurs ne connaissent pas le prix moyen et l'achètent à un prix plus élevé qu'ils ne le pourraient. La vente reste assez rare en général hors du milieu festif et touche plus les sportifs ou les étudiants à la recherche de puissance.

Comme pour l'ecstasy, ses appellations correspondent de moins en moins au produit indiqué, sauf pour la pâte fluorescente spécifique au speed mais rare. Les dealers travaillent parfois ensemble dans les soirées et si l'un vend de la MDMA, un second décide de vendre du speed pour attirer les consommateurs alors que le produit peut être similaire.

Le speed garde l'image d'un bon produit chez les usagers expérimentés, mais il est plus simple de trouver de l'ecstasy ou de la cocaïne à un prix moindre et les usagers abandonnent parfois leur quête. Pour le même prix, l'utilisateur peut s'acheter 1 g de cocaïne ou de l'ecstasy pour trois personnes. D'autres usagers parlent de leur crainte associée au manque d'information et de connaissance précise des risques. Comme l'explique un usager ayant choisi de ne plus consommer de produits de synthèse et privilégiant aujourd'hui l'herbe : « On ne sait pas trop ce qu'il y a dedans, on en a marre de tous ces trucs pas naturels... »

Les hallucinogènes

LSD

Le LSD n'est pas un produit courant sur notre site. Dans la rue, il peut servir de produit de dépannage et est utilisé plutôt par des usagers de cocaïne ou d'héroïne. L'âge des consommateurs varie entre 20 et 40 ans. Les usagers « traditionnels » issus des mouvements hippies des années 1960-1970 continuent ponctuellement d'en utiliser. Il s'agit rarement d'un produit à usage principal et isolé. Les observateurs constatent qu'il y a régulièrement quelques usagers de LSD lors des soirées, mais ils ne sont pas majoritaires comparativement aux consommateurs d'ecstasy. L'usage est plus net lors de *free* et sur des festivals, car la durée et le contexte semblent mieux s'accorder avec les effets du produit.

Quant à son mode d'administration, le LSD est avalé ou sucé quand il est sous forme de buvard. Les micro-pointes sont sucées ou dissoutes. Sous forme de poudre, il est sniffé ou dilué dans un mélange d'alcool. Les usagers qui l'associent à l'alcool recherchent des effets énergisants. Ceux qui le consomment avec de la cocaïne souhaitent réduire leur descente ou ressentir un « coup de fouet ». Ceux qui l'utilisent avec du cannabis cherchent à réduire l'intensité et le malaise de la descente. L'héroïne ou d'autres opiacés semblent également utilisés de manière croissante pour masquer les effets de la descente de trip. Sur le plan sanitaire, les usagers et les acteurs de santé constatent des difficultés pouvant se déclarer un laps de temps assez important après absorption : problèmes respiratoires, cardio-vasculaires, crises de tétanie, angoisses, bouffées délirantes...

Les observateurs de terrain remarquent une constante dans la disponibilité et la consommation de trips (buvards), même s'ils n'ont pas vu de nouveaux logos apparaître en 2001. Le LSD est aujourd'hui souvent fourni par des vendeurs d'ecstasy. Le prix et la disponibilité de ce produit sont stables autour de 50 F le buvard (timbre), et 100 F pour une micro-pointe. Une marge de 50 F en dessus ou en dessous peut intervenir en fonction de l'expérience de l'acheteur ou du nombre acheté. Il ne se vend ni plus ni moins, il n'y pas, semble-t-il d'inflation de la demande.

Le « trip » paraît survoler les phénomènes de modes ou de conjoncture. Son image ne change globalement pas plus que sa présentation et sa consommation. L'augmentation du nombre de personnes fréquentant l'espace festif techno dans lequel le LSD est présent accroît les contacts possibles avec cette substance. Pour l'instant, cette rencontre massive du produit ne semble pas avoir changé son contexte de consommation. En soirée, il paraît que les effets sur les utilisateurs impressionnent les non-usagers.

Champignons hallucinogènes

Le champignon, produit naturel, est ingéré en infusion ou en omelette lors d'un repas entre amis, avant de se rendre sur les lieux de fêtes. Le psilocybe est souvent consommé à part, en amont de la soirée. Il peut-être associé à tous les produits utilisés dans la soirée, car les effets liés à l'ingestion ne se manifestent pas rapidement et d'autres produits peuvent être pris entre-temps.

Les observateurs ne décèlent pas sa présence en milieu sécurisé (fêtes légales). En revanche, en *free-party* et teknivals échelonnés sur plusieurs jours, on trouve des groupes de consommateurs de psilos. Ces groupes sont souvent en même temps récolteurs.

Il existe peu de commerce de champignons. C'est un produit offert. On trouve cependant des unités françaises, dont l'amanite tue-mouches de 30 à 100 F les 10 environ. Les habitants de la région peuvent aisément connaître les lieux de récolte des psilos et s'en procurer personnellement (Morvan, plateau de Langres, Jura...).

L'image d'un produit naturel, « donc sain », dont dispose le psilocybe semble localement stable. Ces champignons sont consommés depuis longtemps par des groupes marginaux et leur usage s'est répandu auprès d'autres groupes avec la diffusion des produits psychoactifs vers la fin des années 1980.

Les médicaments détournés de leur usage

L'enquête ESCAPAD révèle que la consommation de médicaments psychotropes en Bourgogne comme ailleurs est importante : 15 % des garçons interrogés disent en avoir fait usage, et 34 % des filles.

Une étude de l'URCAM Bourgogne, réalisée en décembre 2000 sur l'ensemble des prescriptions régionales, montrait que les benzodiazépines les plus usitées étaient par ordre d'importance : Lexomil®, Rohypnol®, Stilnox®, Xanax®, Tranxène®, Imovane®, Valium®, Séresta®, Témesta®, Lysanxia®. La prescription de Rohypnol® est aujourd'hui restreinte par des ordonnances sécurisées et ce médicament a disparu du marché des produits sur le site. Cette étude explique que le bromazépam Lexomil® et le flunitrazépam Rohypnol® (1 mg) sont préférés des usagers car ce sont des médicaments à demi-vie courte et à forte bio-disponibilité qui peuvent provoquer un effet euphorisant voire « un équivalent défonce ». Cependant, le flunitrazépam en association à la buprénorphine et avec alcoolisation entraîne des risques majeurs de dépression respiratoires qui sont rappelés dans l'étude et connus des acteurs de santé. En 2000, cette enquête compte 190 consommateurs sur prescription de Subutex® associée à l'une de ces deux spécialités. La consommation moyenne de Subutex® pour ces assurés était de 11,7 mg par jour. Il est intéressant de noter que ces patients ont une moyenne de 3,4 médecins chacun. L'étude en conclut que « le

recours à une prescription de tranquillisants en sus du Subutex® induit un nomadisme médical». On peut aussi supposer que ces patients multipliaient les médecins en vue d'obtenir des ordonnances correspondant à leurs besoins et aux effets recherchés. Comme l'explique un usager : «C'est moi qui faisais l'ordonnance, il n'avait qu'à noter ce que je voulais... !» Les médicaments détournés sont obtenus avec certains moyens de pressions, du temps et une habitude et une bonne connaissance des cabinets médicaux.

Dans les questionnaires individuels de l'enquête transversale en milieu urbain sur le site, les benzodiazépines principalement citées sont : Témesta®, Lexomil®, Tranxène®, Lysanxia® et Séresta®. Les femmes interrogées disent consommer principalement des benzodiazépines. Cet usage est cité avant les autres produits, à savoir l'héroïne, le LSD, le Néocodion® et, en dernier lieu, la cocaïne. Les hommes déclarent également user principalement de benzodiazépines. Arrivent ensuite par ordre d'importance l'héroïne, le LSD ou la cocaïne, les solvants et, en dernier lieu, le Néocodion® et l'ecstasy.

Ces «médicaments-produits» restent consommés en association à d'autres. Ils apparaissent de manière stable dans les polyconsommations des personnes suivies en milieu urbain, en centres de soins ou en insertion. Cette forme d'utilisation est courante chez les personnes précarisées et comprend souvent une alcoolisation associée. Certains acteurs de santé attribuent des accès de violence à ces associations de médicaments dont les effets sont potentialisés par une prise abusive d'alcool. Des usagers utilisent les benzodiazépines avec de la cocaïne ou de l'ecstasy pour retarder ou atténuer la descente, d'autres en vue de prolonger les effets de la «montée» du produit. Des tranquillisants continuent d'être utilisés en soirée au moment des «descentes» ou pour faciliter l'endormissement après des abus de stimulants, les lendemains de fêtes. Certains usagers déclarent prendre trois ou quatre comprimés en une seule prise. Ces «médicaments-produits» apparaissent quelquefois dans les analyses SINTES. Ils peuvent être présents dans des comprimés associés ou non à d'autres substances et vendus sous l'appellation «ecstasy».

EN GUISE DE CONCLUSION...

Les observations contenues dans ce rapport nous éclairent sur les pratiques en matière de consommation de produits psychoactifs. Un produit et/ou un mode d'administration ne sont pas choisis par hasard. Il existe une certaine manière de gérer les produits en système plus ou moins construit. Les polyconsommations couramment observées ne sont pas des actes désordonnés et les usagers ont des attentes précises et de plus en plus fines quant aux effets. Les pratiques, en ce sens, se complexifient et se personnalisent. Ces observations concordent avec les conclusions nationales. Cependant, d'autres analyses peuvent être faites à partir de ce rapport qui se veut outil, base de réflexion, support et non être une fin en soi.

Par ailleurs, parmi les principaux points marquants de ces dernières années, il convient d'en retenir quelques-uns.

Si l'héroïne a perdu sa place principale dans l'espace urbain, elle intègre nettement l'espace festif techno en réponse à un besoin de régulation de stimulants. Comment gérer les conséquences futures de ces nouveaux contextes de consommations ? Quelle prévention mettre en place dans ces espaces festifs ?

D'un autre côté, on constate que le Subutex® est utilisé comme un opiacé de rue et génère un trafic important. Il conviendrait sur ce plan d'encourager la tendance actuelle à la stabilisation des pratiques d'injection. La nécessité de veiller à l'évolution de ce phénomène et de travailler en partenariat sur ses conséquences sanitaires semble faire l'objet d'un consensus. Il en est de même concernant la diffusion large de la consommation de cocaïne, qui demanderait une réflexion commune. Les pratiques décrites et les contextes de consommations sont encore imprécis. Il importe d'accroître notre vigilance et la rigueur dans nos observations ethnographiques sur l'apparition de crack sur le site. Bien que cette consommation ne soit pas nommée, de plus en plus d'usagers déclarent être utilisateurs de cocaïne sous forme fumée. Une information plus précise sur ce phénomène émergent faciliterait la mise en place d'une prévention adaptée au site.

D'autres phénomènes difficilement identifiables sont néanmoins l'objet de témoignages d'usagers ou d'acteurs de santé et de prévention. L'expérimentation

de la kétamine nécessiterait par exemple une attention particulière. Nous devons pour cela accroître notre présence aux abords des espaces festifs. Il est également nécessaire d'élargir et d'approfondir notre regard sur l'espace urbain en particulier dans le contexte actuel d'une ville en nette évolution.

Certaines pratiques échappent à nos observations isolées. Il serait enrichissant d'approfondir ou de solidifier des partenariats engagés avec d'autres structures et associations.

GUYANE

PRÉFACE	111
CONTRIBUTIONS AU PROJET	113
REMERCIEMENTS	115
INTRODUCTION	117
REPÈRES	121
LE SITE ÉTUDIÉ	121
ÉTAT DES LIEUX	127
LES ESPACES ÉTUDIÉS	137
LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES	137
ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001	141
LES USAGERS DE PRODUITS	141
LES PRODUITS	159
PERCEPTIONS	173
CHEZ LES USAGERS	173
CHEZ LES PROFESSIONNELS	173

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	175
COORDONNÉES DES STRUCTURES DE GUYANE	177
LISTE DES SIGLES	179
BIBLIOGRAPHIE	181

PRÉFACE

La science, la passion et le souffle !

Il faut de tout cela pour mener le travail avec autant de méthode, de précision, de passion que l'a fait Monique Vallart.

La Science, pour avancer avec autant de méthode dans cette nébuleuse brûlante et assassine qu'est le monde de la drogue en Guyane et y repérer méticuleusement tout ce qui se fait jour tant au niveau de la « géographie » et des flux que des publics, des comportements, des produits et de leurs effets.

La Passion, pour nourrir sa démarche scientifique et l'enrichir d'intuition, permettre qu'elle ait des ailes et des passes murailles, des pirogues et des polyglottes sans lesquels les mains scientifiques seraient en effet belles mais improductives !

Le Souffle aussi, pour tenir et tenir encore, observer et plus encore interroger, écouter et aussi appeler les paroles qui parfois meurent de ne pas être écoutées ; le souffle enfin pour faire battre, juste le temps nécessaire, le pouls de toute une équipe qui, au-delà de la passion scientifique, se nourrit de la passion de l'homme.

Qu'y a-t-il de commun entre ce jeune bushinenge happé par la « bête » et qui, du fait de sa culture et de ses croyances, ne devra son hypothétique survie qu'au groupe face auquel seule la mort ne peut, paradoxalement, donner individualité, et ce jeune métro au rêve d'aventure brisé, errant et hagard parce que perdu dans les bas-fonds de « la Crique » ? La « bête » lui aura déjà dévoré le cerveau !

Qu'y a-t-il de commun entre ce jeune amérindien qui, un soir festif à l'orée du village en danse, traversera mille ans de culture par assimilation folle et choisira la « pierre » ou le « blaka jango », et ce jeune instit alsacien, pétri de générosité, mais que la solitude et la rudesse de Maripasoula auront vite conduit de la dépression aux mâchoires de « la bête » ?

De commun ? Les travaux de Monique Vallart et de son équipe montrent qu'il y a toujours l'absence d'idéal, la spirale de l'exclusion et toujours au rendez-vous, non pas un criminel (ils sont toujours bien trop organisés), mais un produit criminel et des cohortes de jeunes et de moins jeunes empoisonneurs que cette même exclusion mène souvent au *deal*...

Ainsi en est-il de ces dizaines de jeunes dealers bushinenge de 13-15 ans qui, dès le soleil tombé, sont dans les rues sombres les nouvelles fourmis de l'internationale de la drogue.

L'équipe TREND Guyane met en évidence, avec soin, tous les aspects émergents de la toxicomanie en Guyane qui devraient interpeller et guider l'action publique, notamment :

- la montée et les ravages du crack ;
- le développement rapide de l'errance chez les jeunes consommateurs de cannabis gagnés de plus en plus par le crack ;
- le processus de marginalisation et la violence de ces jeunes étrangers consommateurs de crack, vivant en squats collectifs et multipliant les délits ;
- l'essor de la prostitution de très jeunes Brésiliennes et ses liens avec la drogue ;
- le lien entre l'importance de la prostitution sur les sites d'orpillage et le convoyage de la drogue facteur de criminalité ;
- et puis les phénomènes nouveaux du cannabis à la porte des collèges (crack à Saint-Laurent), de l'association alcool/cocaïne et alcool/crack dans les milieux insérés socialement, ou encore l'arrivée de produits inquiétants «ICE» (méthamphétamine) et GHB, liés sans doute à des vols et à des vols récents.

Si les autorités sont en éveil, les partenaires publics et associatifs sensibilisés et mobilisés, sans doute le rapport TREND fera-t-il prendre conscience :

- de l'urgence qu'il y a à répondre à des phénomènes qui menacent parce qu'en plein développement ;
- de la nécessité de programmes cohérents, prolongés et de la nécessité de coordination dans l'action de tous les partenaires ;
- de l'insuffisance aussi des moyens en crédits, en équipements, en effectifs, en formations, pour mener la mission de lutte contre la drogue et la dépendance en Guyane.

Christian Ursulet
DA de la DSDS de GUYANE
Chef de projet Toxicomanie
15 mars 2002

CONTRIBUTIONS AU PROJET

Réseau T +

Monique Vallart : coordination TREND-GUYANE
Richard Edme : co-coordination TREND-GUYANE
Pascale Nogues : animation Réseau T +
Alain Chardon : président Réseau T +

Préfecture de Cayenne

Henri Masse : préfet de Guyane
Henri Espagnol : chef de cabinet
Jean-Louis Milhou : chargé de mission
Bernard Musso : chargé de mission
Bachir Bakthi : stagiaire ENA

DSDS-GUYANE

Christian Ursulet : direction intérim DSDS
Chantal Villeneuve : chef de projet toxicomanie
Sylvie Alter-Petit : inspecteur projet toxicomanie
Marie-Line Nguea : infirmière projet toxicomanie

Services publics

Direction régionale des douanes
Brigade des recherches départementale gendarmerie nationale
Direction départementale de la sécurité publique

Centre hospitalier de Cayenne

Robert Gutermann : direction CHC
Michel Desvilles : chef de service de Psychiatrie, Secteurs Est et Ouest
Milko Sobesky : praticien hospitalier CISIH Cayenne
Dominique Louvel : praticien hospitalier service de gastro-entérologie

Structures de soins en toxicomanie

Martine Martin et l'équipe du CSST de Cayenne
Monique Vallart, l'équipe et les patients du CSST de Kourou
Daniel Lousi et l'équipe de « Relais Drogue Solidarité » de Cayenne
Sandrine Louiset et l'équipe de l'association IN'PACT de Saint-Laurent-du-Maroni

Collecteurs de données ethnographiques

Richard Edme : conseiller pédagogique Direction départementale de la jeunesse et des sports
Albert Chang-A-Tong : association « Régie de Quartiers » de Cayenne
Sandrine Louiset : association IN'PACT de Saint-Laurent-du-Maroni
Alfredo Flores Fuentes : association ARSKA de Saint-Laurent-du-Maroni

Les enquêteurs et informateurs anonymes

Groupe focal application de la loi

Thierry Montfort : substitut du procureur, tribunal de grande instance de Cayenne
Alain Djian : directeur départemental adjoint de la sécurité publique Guyane
Yvan Tikour : Brigade des recherches départementales, gendarmerie de la Madeleine de Cayenne
Joseph Saint-Louis : brigadier-chef principal, police municipale de Cayenne
Laurent Charret : Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse
Marcel Reme : Direction du service pénitentiaire d'insertion et de probation
Philippe Dormegnie : conseiller d'insertion et de probation en milieu pénitentiaire

Groupe focal sanitaire

Martine Martin : médecin CSST de Cayenne
Alain Chardon : médecin coordonnateur Réseau Ville hôpital toxicomanie/médecin généraliste libéral
Yves-André Cheney : médecin psychiatre secteur Cayenne-Ouest. Centre hospitalier de Cayenne
Patrick Ollivier : médecin psychiatre en Unité de soin psychiatrique intracarcéral CP de Rémire
Christian Magnien : médecin coordonnateur CISIH Guyane/médecin généraliste libéral. Matoury
Michel Ohayon : médecin unité CISIH Guyane, Centre hospitalier de Cayenne
Dominique Louvel : médecin hépatologue, service de gastro-entérologie, Centre hospitalier de Cayenne

Marie-Hélène Biard : médecin urgentiste, service des urgences, Centre hospitalier de Cayenne

Richard Hurpy : Médecine scolaire et prévention des conduites à risques

Paule Langin : pharmacienne à Cayenne

Avec la participation de

Abdalla Toufik : chargé d'étude TREND à l'OFDT, pour les groupes focaux sanitaire et répressif

REMERCIEMENTS

Jean-Michel Costes, directeur de l'OFDT

Pierre-Yves Bello, responsable du projet

et à toute l'équipe TREND-OFDT

INTRODUCTION

Face au développement des conduites de consommation de substances illicites dans les départements d'outre-mer, la MILDT et la DGS décident d'étendre les dispositifs d'enquêtes dans ces départements, suite à la visite de Mme Maestracci (MILDT), en 1999.

Une mission du Service national d'écoute « Drogue Info service » se déroule début 2000 ; lui succède, en juillet de la même année, la mission de l'OFDT, pour l'étude des possibilités d'extension du dispositif national d'observation, dans les DOM.

La visite de M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la Santé, en 2001, est venue renforcer les objectifs de développement du système de prise en charge des usagers de drogues.

L'OFDT est un organisme autonome, créé en 1995, travaillant en lien avec la MILDT, pour l'élaboration de rapports de synthèse des faits existants et la création de nouveaux produits d'observation ; en matière de toxicomanie ; il est régi par un Collège scientifique.

Le dispositif d'observation comporte des **enquêtes en population générale**, de quatre types :

- le « **Baromètre Santé** » du CFES : questionnaire par téléphone sur les comportements et les attitudes des Français en matière de consommation des substances psychoactives ;
- l'**enquête en milieu scolaire ESPAD**, projet européen de l'OEDT confié, en France, par l'OFDT à l'INSERM (Unité santé de l'adolescent), en 1999, destinée aux jeunes de 14 à 19 ans, sur une périodicité de quatre ans (prochaine en 2003) ; projet faisant suite aux enquêtes auprès des jeunes menées en France par le CNRS (enquête CADIS) et l'INRP ;
- l'**enquête ESCAPAD**, en collaboration avec les services de la DREES, la Direction du service national, la DGS, le CFES, le service des armées, destinée à tous les jeunes de 17 à 19 ans ;

■ **l'enquête EROPP**, visant à dégager les jugements de valeur construits par les individus, autour de l'usage des drogues (licites et illicites) et de la toxicomanie.

Ces deux dernières enquêtes ont reçu l'avis d'opportunité du CNIS et le « label d'intérêt général » par le Comité du Label.

Ce dispositif est complété par les projets **SINTES** et **TREND** :

■ **SINTES** : regroupe la collecte des produits de synthèse provenant des échantillons des saisies du système répressif (douanes, police, gendarmerie) et du dispositif sociosanitaire (recueil en milieu festif), sur sept sites métropolitains. L'analyse des produits est réalisée dans deux laboratoires de toxicologie (Fernand-Widal à Paris et Salvator à Marseille),

■ **TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues**. Projet mis en place en métropole dans la deuxième moitié de l'année 1999, avec la création de sites sentinelles (10 en métropole : banlieue parisienne, Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse).

L'objectif principal est de mettre à disposition les nouvelles connaissances des phénomènes émergents liés aux usages de drogues, auprès de groupes cibles (décideurs, professionnels, usagers), afin de permettre des réponses rapides et une meilleure protection des usagers et de la population générale.

Les modes opérationnels sont d'identifier l'existence de phénomènes émergents, les décrire et élaborer des éléments de compréhension, diffuser ces éléments de connaissance auprès des groupes cibles.

Six champs d'intérêt ont été déterminés : modalités émergentes d'usage problématique, produits psychoactifs émergents, dommages (sanitaires ou sociaux) émergents, modalités émergentes d'acquisition des produits, populations ayant un usage problématique de produits psychoactifs, modification de la perception d'un produit par les usagers ou en population générale.

Des indicateurs sont déterminés pour chacun des champs d'intérêt identifiés, tels que les modes de préparation et/ou d'administration du produit, l'association à d'autres produits, le contexte de consommation, la disponibilité et l'accessibilité du produit.

Les modalités de recueil définies sont :

■ **des enquêtes transversales** auprès des structures de premières lignes, par des questionnaires qualitatifs (à l'intention des professionnels de ces structures) et quantitatifs (à l'intention des usagers des mêmes structures) ;

■ **des groupes focaux**, regroupant des acteurs d'un même champ d'observation, tels que les secteurs **sanitaire** (équipes de liaison, urgences, psychiatrie, hépatologie,

infectiologie, réseau de généralistes, SMPR, UCSA...) et **répressif** (brigade des stupéfiants, gendarmerie, douanes, justice, milieu pénitentiaire...), les **groupes d'usagers** (associations d'usagers : ASUD, Techno-Plus...);

■ **un recueil de données ethnographiques** sur des espaces déterminés : les champs d'observation retenus ont été les espaces **urbains et festifs techno**, mais peuvent être étendus à d'autres espaces.

Le recoupement des différents champs d'observation définis doit amener à une analyse qualitative des phénomènes émergents liés à l'usage de drogues, en fonction de chaque site étudié.

Suite à la mission de l'OFDT (fin juin/début juillet 2000) dans les DOM, trois sites ont été retenus pour l'extension du dispositif d'observation : la Guyane, la Martinique et la Réunion.

Pour les enquêtes en population générale : ESCAPAD sera mis en place dès 2001, le projet ESPAD devrait être étendu à ces départements, dès 2003 ; pour ces deux projets, des adaptations culturelles et linguistiques seront parfois nécessaires. Les dispositifs « Baromètre Santé » et EROPP ne seront pas mis en place dans un premier temps, en raison de modalités d'applications trop complexes. **Le dispositif TREND est retenu sur les trois départements, portant ainsi le projet à treize sites, au plan national.**

Les sites TREND sont confiés, aux ORS, pour la Martinique et la Réunion, au Réseau Toxicomanie (Réseau T+), pour la Guyane. Une convention est signée, en novembre 2000, entre l'OFDT et chacune des trois institutions représentatives ; le travail d'enquête débute en janvier 2001.

La coordination de chaque site assure les contacts avec les professionnels des structures de premières lignes, du système sanitaire et du système répressif, ainsi que le lien avec le chef de projet toxicomanie et les institutions. Pour chaque site, un coordonnateur, désigné par l'OFDT, est chargé, avec son équipe, de la mise en place et de l'animation d'un réseau visant à la production d'informations pertinentes sur les phénomènes émergents liés à la consommation de produits psychoactifs sur le site. Les informations recueillies feront l'objet, chaque année, d'un rapport de site devant contribuer à l'élaboration d'une synthèse nationale annuelle.

REPÈRES

LE SITE ÉTUDIÉ

Données générales

Contexte géographique

La Guyane est située au nord-est de l'Amérique du Sud, dans la zone latino-caraïbienne, département français d'outre-mer, regroupé avec la Martinique et la Guadeloupe en Départements français d'Amérique (DFA).

Géographiquement, elle appartient au « plateau des Guyanes », avec le Surinam (ancienne Guyane hollandaise) et le Guyana (ancienne Guyane anglaise), entre les 2° et 6° parallèles nord. De climat équatorial, la Guyane est essentiellement composée de forêt et de fleuves ; seules la bande côtière et les berges des grands fleuves sont habitées, en dehors de quelques îlots d'habitat en zone forestière. Bordée au nord-est par l'océan Atlantique, ses frontières sont délimitées, au nord-ouest, avec le Surinam, par le fleuve Maroni, au sud, avec le Brésil, par le fleuve Oyapock.

Sa superficie est de 90 000 km² : c'est le plus grand département français.

Contexte socio-économique

Au plan économique : après plusieurs échecs de tentatives de développement industriels, la Guyane est choisie, en raison de sa proximité de l'Équateur et de ses conditions climatiques, exemptes de cyclones, comme site d'implantation du Centre spatial guyanais (CSG), en 1962, avec le lancement des « grands chantiers », qui amènera un afflux massif de main-d'œuvre étrangère d'Europe et surtout des pays voisins. En 1979, le lancement du programme « Ariane Espace » place l'Europe à la pointe de la recherche spatiale.

Si la Guyane est propulsée « vitrine de l'espace », les retombées économiques et les infrastructures sont insuffisantes pour lui permettre une économie d'auto-

suffisance : échec partiel du « plan vert » agricole, en 1975 ; secteurs de la pêche et du bois en difficultés ; « tourisme vert », attirant une clientèle ciblée, mais se heurtant au coût élevé des transports aériens ; secteur aurifère en expansion, mais aux prises avec une exploitation clandestine difficilement contrôlable, source de pollution (mercure), de trafics, voire d'un climat de violence sur certains sites ou dans les communes avoisinantes.

Au plan des moyens de communications : le département souffre du manque d'infrastructures, avec un faible réseau routier, limité à la bande côtière ; la route d'accès vers le Brésil est en cours d'achèvement. L'intérieur n'est accessible que par voie fluviale, en « pirogue », seule embarcation possible pour les passages difficiles des « sauts ». Le réseau aérien reste le seul moyen de communication rapide vers l'extérieur (métropole, Antilles françaises, Brésil, Surinam) ; cette année, la rupture de continuité des lignes aériennes intérieures a renforcé l'enclavement des communes éloignées.

Au plan géopolitique : la Guyane connaît des modifications migratoires importantes et incontrôlées depuis une quinzaine d'années, avec :

- une transformation du paysage socioculturel de l'Ouest guyanais (circonscription de Saint-Laurent-du-Maroni), depuis la guerre civile du Surinam (1986-1990) et l'afflux, à l'époque, de populations en fuite, dans les « camps de réfugiés », créés pour la circonstance et dont la région reste fortement marquée en matière d'immigration,
- un afflux difficilement contrôlable de population clandestine venue des pays voisins (Brésil, Haïti, Surinam, Guyana), attirée par le mythe de « pays riche », à forte composante d'aides sociales.

Au plan social : la société guyanaise polarise deux niveaux de vie très discordants :

- des classes aisées, à haut niveau de consommation (fonction publique, centre spatial, secteur tertiaire), bénéficiant de primes de « vie chère » (40 %),
- des classes défavorisées (chômeurs, « jobbeurs », RMIstes), vivant des minima sociaux.

Les disparités sociales, le malaise identitaire grandissant et les revendications sociales développent un climat d'insatisfaction récurrent, majoré de problèmes d'immigration clandestine et du développement de formes de délinquance, jusque ces dernières années, encore inexistantes (agressions, vols, insécurité, violence).

Depuis 1996, des phénomènes de débordements, orchestrés par de jeunes « casseurs » capotés et armés, ont eu lieu à diverses reprises, suite à des mouvements sociaux divers.

Contexte démographique

La Guyane est le département le moins peuplé de France (157 213 habitants en 1999) et représente la part la moins importante de la population des DOM (9 %) ; à l'inverse, elle présente le plus fort taux de croissance (3,6 %, soit quatre fois supérieur à celui de la métropole), dont les facteurs déterminants sont la forte natalité et les flux migratoires :

- *Naissances/décès* : plus de 90 % de l'augmentation est dû au surplus des naissances sur les décès ; plus de 50 % de la population a moins de 25 ans. Le taux de natalité est de 28/1 000 habitants avec un taux de fécondité particulièrement élevé (3,7 enfants par femme en 1999). Ces chiffres élevés peuvent s'expliquer par une immigration de populations plus fécondes en provenance des pays voisins et une population jeune en expansion, avec une part importante de grossesses précoces. À l'inverse, la mortalité est en forte baisse, grâce aux progrès sanitaires, ces dernières décennies.

Tableaux comparatifs des données démographiques DOM/métropole¹

Figure 1 - Population aux recensements de 1990 et 1999

	Population		Taux de croissance annuel 1990-1999
	1990	1999	
Guadeloupe	386 987	422 496	1,0
Martinique	359 572	381 427	0,7
Guyane	114 678	157 213	3,6
Réunion	597 823	706 300	1,9
Total DOM	1 459 060	1 667 436	1,5
Total métropole	56 615 155	58 518 748	0,4

Source : INSEE, recensements de la population

1. OFDT, « Extension du dispositif d'observation nationale sur les drogues dans les DOM », janvier 2001.

Figure 2 - Principaux indicateurs démographiques en 1999 dans les DOM

	Superficie (1000 km ²)	Population mi-1999 (millions)	Taux de natalité (%)	Taux de mortalité (%)	Indice synthétique de fécondité (nb enf/fem)	Population < 15 ans en %	Population > 64 ans en %	Espérance de vie à la naissance hommes (ans)	Espérance de vie à la naissance femmes (ans)
Guadeloupe	1,7	0,44	17	6	2,0	26	9	73	80
Martinique	1,1	0,40	15	6	1,7	24	11	75	82
Guyane	90,0	0,19	28	4	3,7	36	4	71	77
Réunion	2,5	0,71	20	5	2,3	30	6	70	79
Total métropole	552,0	59,10	12	9	1,7	19	16	74	82

Source : World population data sheet (disponibles sur le site internet de l'INED)

■ *Flux migratoires* : malgré l'arrêt des « grands chantiers » et la fin du conflit surinamais, l'immigration en provenance des pays voisins reste très importante et difficile à chiffrer en raison du caractère majeur des entrées clandestines.

■ *Chômage* : il reste très élevé avec un taux de 26,5 % en 1998 (contre 11,9 % en métropole, la même année) ; mais est toutefois légèrement inférieur aux autres DOM (29,3 en Martinique, 30,7 en Guadeloupe, 37,7 à la Réunion).

Contexte socioculturel

Le peuple guyanais s'est forgé au fil des strates des immigrations programmées de son histoire, pour parvenir à une image composite et diversifiée, telle une « mosaïque de populations coexistant sur un même territoire² », présentant un caractère de multi-ethnicité qui fait toute l'originalité de cette région.

En Guyane, modernité et phénomènes de mondialisation côtoient des modes de vie des plus traditionnels, ceci sans transition et non sans risque de perte de repères identitaires, source de déculturation et de mal-être social.

Les communautés culturelles de Guyane

En Guyane, les groupes communautaires restent majoritairement bien identifiés, avec leurs traditions (coutumes, croyances religieuses, droit coutumier pour certains) ; leurs particularités linguistiques (même si le français est la langue administrative et le créole la langue communément utilisée) ; leurs structures familiales (famille élargie, matrifocalité) ; parfois même, leur lieux d'habitation et leur secteur d'activité professionnelle³.

2. Serge Mam Lam Fouk, *Histoire de la Guyane contemporaine 1940-1982*, éd. Caraïbéennes, 1987.

3. « Familles en Guyane », Journée d'étude, éd. Caraïbéennes, 1992.

Les communautés autochtones

Les Amérindiens, représentés par six ethnies distinctes réparties en deux sous-groupes : forestier (Wayampi, Émérillon, Wayana) et côtier (Arawak, Palikour, Galibi) ; actuellement, un peu plus de 5 000, avec un mode de vie encore très traditionnel ; de structures familiales différentes selon les groupes ethniques (familles étendues ou structures claniques patri ou matrilineaire). Le groupe côtier vit plus en proximité des autres communautés.

Les communautés issues de l'époque de la colonisation et de l'esclavage (XVII^e siècle/Abolition en 1848)

Les Bushinenge, ou « Noirs marons », descendants des tribus esclaves échappées des plantations hollandaises (1650-1860) ; quatre groupes ethniques sont présents en Guyane : les Saramaca, les Djouka, les Boni ou Aluku, les Paramaca. Ils vivent essentiellement sur les berges du Maroni, à la frontière du Surinam et ont conservé des traditions culturelles fortes. Leurs langues sont respectivement le « Saramaca » et le « Taki-Taki » ; leur structure familiale est clanique matrilineaire et matrifocale.

Les Créoles guyanais, issus de la période esclavagiste, majoritaires en nombre à ce jour, très impliqués dans la représentation sociale et politique de la région ; forte représentation dans le secteur tertiaire (fonction publique), échanges migratoires fréquents avec la métropole (mutations, études supérieures, formations). À l'inverse, une part non négligeable relève du secteur primaire ou vit de minima sociaux ; le chômage est en augmentation chez les jeunes.

Les communautés issues de la « ruée vers l'or » et des grandes migrations coloniales (1855-1940)

Antillais (Martinique), Saint-Luciens, de culture créole, sédentarisés en Guyane.

Syrio-Libanais : fortement créolisés du fait de leur sédentarisation ; détiennent la majeure partie du commerce du textile.

Chinois, d'immigration exclusivement masculine au XIX^e siècle, ayant donné lieu à des métissages : « Bata Chinois », fortement créolisés.

Indo-Javanais : originaires du Surinam, vie intracommunautaire de tradition indienne.

Communauté d'immigration implantée (« plan vert » agricole en 1975)

Les H'mongs, originaires du Laos, ayant fui l'invasion communiste. L'État décide d'organiser leur immigration dans un vaste plan de relance agricole. Localisés dans les communes de Cacao (sud de Cayenne) et Javouhey (près de Saint-Laurent), ils sont spécialisés dans le secteur maraîcher. À forte natalité (500 en

1975, près de 2 000 actuellement) ; communauté de structure clanique patrilinéaire, ils ont conservé un mode de vie ultratraditionnel.

Les communautés de passage

Les « Métro », appellation donnée aux métropolitains ; ils viennent essentiellement dans le cadre de la fonction publique ou du secteur spatial, peu s'implantent réellement.

Une autre catégorie est constituée de « routards », aventuriers venus tenter leur chance en Guyane.

Les Européens travaillant sur le site spatial, avec une forte représentativité de « missionnaires », ne venant que pour des missions de travail séquentielles.

Les communautés à forte immigration

Les Haïtiens, fuyant la misère de leur pays ; ils seraient actuellement près de 30 000, dont environ 60 % de clandestins. Forte solidarité intracommunautaire, ils vivent beaucoup de petits « jobs » (ménage, jardinage) ; certains jeunes de seconde génération réussissent leur intégration, mais une grande majorité est en détresse sociale.

Les Brésiliens, de plus en plus nombreux, arrivés à l'époque des « grands chantiers de Kourou », peu sont repartis et un afflux massif perdure en raison de la misère du Nord Brésil et du mythe de la Guyane ; beaucoup sont attirés par le secteur aurifère. Ils seraient plus de 20 000 actuellement sur le sol guyanais, dont environ 40 % de clandestins.

Les Surinamais, arrivés massivement lors de la guerre civile, un grand nombre appartient au groupe des bushinenge et vit de part et d'autre du fleuve Maroni. En augmentation croissante, posant parfois des problèmes d'intégration ; forte natalité, flux migratoires incessants entre les deux rives du fleuve Maroni.

Les Guyaniens arrivent par le Surinam, le plus souvent clandestinement, en nombre croissant avec une tendance à une sédentarisation clandestine, parfois problématique.

Les Dominicains, d'immigration plus modérée, population majoritairement féminine ; importance des flux migratoires entre la République dominicaine, la Guyane et les Antilles françaises.

Les Chinois, avec une immigration basée sur les mariages intracommunautaires et les rapprochements familiaux, beaucoup sont originaires de Hong Kong. Communauté très repliée sur elle-même, détenant la majeure partie du commerce alimentaire.

Les communautés à faible immigration

Latino-Américains (Pérou, Chili), Maghrébins, Africains.

L'ensemble de ces communautés coexiste sans grandes tensions inter-ethniques et dans une certaine unicité pour ce qui est des communautés implantées, chacune conservant son mode de vie propre. L'impact de l'arrivée massive de populations immigrées est difficile à évaluer dans sa globalité, des mesures de régulation et d'intégration sont nécessaires afin d'éviter des réactions de rejet et une stigmatisation de ces populations, déjà en grande détresse sociale.

ÉTAT DES LIEUX

L'émergence du phénomène de l'usage de drogues en Guyane, depuis 1985-1990, tient à plusieurs facteurs :

- l'arrivée du crack (forme fumée de la cocaïne), dans toute la zone caraïbéenne, dans les années 1984-1985 ;
- sa situation géographique proche des grands pays producteurs (Colombie, Bolivie, Pérou) ;
- ses frontières perméables avec le Brésil et le Surinam, voies d'accès des substances illicites en provenance des pays voisins (cocaïne, cannabis, mais aussi héroïne de Colombie, depuis une dizaine d'années) et d'échange avec l'Europe, via les Pays-Bas ;
- les bouleversements géopolitiques liés à la guerre du Surinam et l'afflux de populations immigrées des pays voisins, dont certaines jouent un rôle déterminant dans la diffusion des produits (« trafic de fourmis » des petits passeurs, économie souterraine importante) ;
- un contexte socio-économique en difficulté pouvant favoriser l'émergence de conduites addictives, auprès de populations fragilisées (chômeurs, jeunes en difficultés, personnes en difficultés sociales ou affectives).

Depuis cette dernière décennie, la toxicomanie est devenue un problème sanitaire et social crucial, dans un département non préparé, en matière de structures et de prise en charge de ces modes de consommation : augmentation de la délinquance, afflux de toxicomanes en milieu psychiatrique, le plus souvent en urgence et sous contrainte ; retard de mise en place de lieux et de réponses de soins adaptées devant un phénomène en montée constante.

Données existantes

Enquêtes en population générale

Enquête en milieu scolaire⁴

Une enquête en 1997, sur la consommation des jeunes, a été réalisée par l'ORSG⁵ auprès de 3 194 élèves du public et du privé : lycées d'enseignement général (18 %), LEP (13 %), collèges (69 %). L'âge moyen est de 15 ans, pour des individus allant de 9 à 25 ans.

Figure 3 - Expérimentation de drogues illicites (prévalence au cours de la vie)

	Martinique 1997	Guyane 1997	Réunion 1997	Métropole 1997
12-13 ans	-	-	2 %	-
14-15 ans	9,0 %	21,7 %	10 %	15 %
16-17 ans	10,8 %	23,0 %	24 %	30 %
18 et +	17,2 %	19,1 %	25 %	33 %
Garçons	17,0 %	22,0 %	19 %	39 %
Filles	8,0 %	20,0 %	12 %	24 %
Total	12,0 %	21,0 %	15,4 %	31 %

Les données Guyane présentent des particularités, avec une prévalence plus élevée de consommation chez les plus jeunes (14-15 ans), comparativement aux données des autres DOM et de la métropole, avec une consommation de produits à inhaler de 13 % (sniff de colle et de solvants) et de cannabis de seulement 5 %, alors que dans les autres départements, le cannabis est majoritaire⁶.

Figure 4 - Consommation de tabac

	Martinique 1994	Martinique 1997	Guyane 1997	Réunion 1997	Métropole 1993	Métropole 1997
12-13 ans	-	-	-	Exp. 7,4 % Rég. 0 %	Occ. 4 % Rég. 1,5 %	-
14-15 ans	-	Occ. 10 % Rég. 3,2 %	Occ. 8,4 % Rég. 3,6 %	Exp. 18,6 % Rég. 5 %	Occ. 9 % Rég. 11 %	Rég. 21 %
16-17 ans	-	Occ. 5 % Rég. 5 %	Occ. 6,7 % Rég. 7,3 %	Exp. 17,3 % Rég. 20,5 %	Occ. 11 % Rég. 21,5 %	Rég. 29,5 %
18 et +	Occ. 16,3 % Rég. 7,7 %	Occ. 11 % Rég. 10,1 %	Occ. 9,4 % Rég. 8,5 %	Exp. 23 % Rég. 20 %	Occ. 10 % Rég. 32,5 %	Rég. 37 %
Garçons		Rég. 7,7 %		Exp. 12 % Rég. 18 %		Rég. 31 %
Filles		Rég. 5 %		Exp. 11 % Rég. 17 %		Rég. 33 %
Total		Occ. 9 % Rég. 6,5 %	Occ. 8 % Rég. 6 %	Exp. 11,5 % Rég. 17,5 %	Occ. 7,8 % Rég. 14,5 %	Occ. 17 % Rég. 32 %

Occ. : Occasionnel ; Exp. : Expérimental + occasionnel ; Rég. : Régulier

4. OFDT, « Extension du dispositif d'observation nationale sur les drogues dans les DOM », janvier 2001.

5. ORSG, Bulletin de santé « Les adolescents et la santé », 1997.

6. La question de l'enquête Métropole menée en 1997 porte sur les 12 derniers mois, ce qui minimise les taux d'expérimentateurs (puisque l'on perd les expérimentateurs antérieurs à l'année écoulée qui n'ont pas consommé au cours des 12 derniers mois). Si l'on se réfère au Baromètre Santé jeunes du CFES, mené fin 1997 et qui pose les deux questions, environ 1/5 des expérimentateurs au cours de la vie n'ont pas consommé au cours de l'année (28,3 % vs 22,8 %). (Source OFDT janvier 2001).

La consommation de tabac chez les jeunes Guyanais est nettement plus faible que chez les jeunes métropolitains, les écarts avec la Martinique ne sont pas significatifs.

Figure 5 - Consommations occasionnelle et régulière d'alcool⁷

	Martinique 1994	Martinique 1997	Guyane 1997	Réunion 1997	Métropole 1993	Métropole 1997
12-13 ans	-	-	-	Occ. 45 % Quot. 1 %	Occ. 26 % Rég. 3,5 %	-
14-15 ans	-	Rég. 8 %	Rég. 4,3 %	Occ. 55 % Quot. 0 %	Occ. 42 % Rég. 9 %	Occ. 60 % Rég. 5 %
16-17 ans	-	Rég. 12,5 %	Rég. 5,4 %	Occ. 66 % Quot. 1 %	Occ. 68,5 % Rég. 17,5 %	Occ. 63,5 % Rég. 9 %
18 et +	Occ. 80 % Rég. 8,6 %	Occ. 79 % Rég. 10,1 %	Rég. 8,1 %	Occ. 70 % Quot. 2 %	Occ. 73 % Rég. 26 %	Occ. 62 % Rég. 13 %
Garçons		Rég. 16 %	Occ. 53 % Rég. 9 %	Occ. 63 % Quot. 1 %		Occ. 62 % Rég. 17 %
Filles		Rég. 5 %	Occ. 55 % Rég. 6 %	Occ. 57 % Quot. 1 %		Occ. 63 % Rég. 5 %
Total	Occ. 80 % Rég. 6 %	Occ. 79 % Rég. 10,5 %	Occ. 54 % Rég. 7,5 %	Occ. 60 % Quot. 1 %	Occ. 39,8 % Rég. 12,4 %	Occ. 62,5 % Rég. 11 %

Occ. : Occasionnel ; Rég. : Régulier ; Quot. : Quotidien

Figure 6 - Ivresse au cours de la vie

	Martinique 1994	Martinique 1997	Guyane 1997	Réunion 1997	Métropole 1993	Métropole 1997
12-13 ans	-	-	-	7,4 %	-	-
14-15 ans	-	21,8 %	19,1 %	15,5 %	-	33 %
16-17 ans	-	32,7 %	30,7 %	31,5 %	-	45,5 %
18 et +	39 %	38,5 %	41,4 %	38,2 %	-	58 %
Garçons				35,2 %		59 %
Filles				26,1 %		40 %
Total	39 %	32 %		30,6 %	30 %	49 %

7. On a ici retiré, parmi les buveurs réguliers, ceux qui avaient eu au moins trois ivresses dans l'année pour améliorer la comparabilité avec les enquêtes Martinique et Guyane 1997 (source OFDT janvier 2001).

L'expérimentation d'alcool est fréquente chez les jeunes Guyanais (54 %), mais de façon moindre comparativement aux autres départements. En ce qui concerne les consommations régulières, la prévalence est moindre en Guyane qu'en Martinique chez les plus jeunes, cet écart disparaît chez les plus de 25 ans.

La consommation chez les filles est nettement moins importante dans les DOM qu'en métropole.

Pour l'ensemble des substances psychoactives, on constate des consommations moins élevées qu'en métropole, en Guyane comme dans les autres DOM.

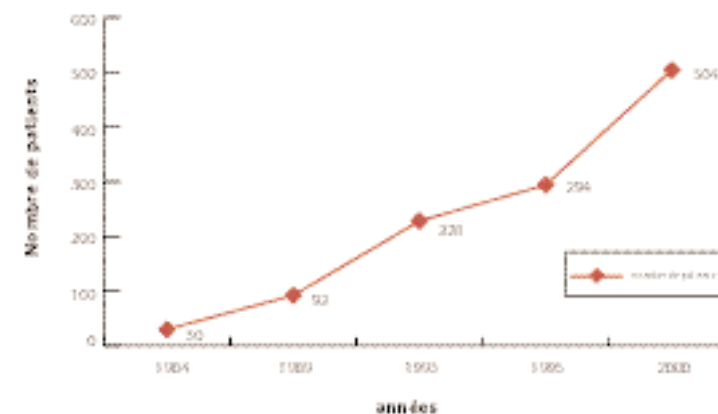
ESCAPAD

Le trop faible échantillonnage obtenu en mars-avril 2000, lors de la Journée d'appel, ne permet pas une analyse des résultats pour la Guyane. Une adaptation des modalités de passation est prévue pour 2002.

Données du système sanitaire

Le nombre des patients pris en charge pour toxicomanie est en progression constante ; ceci peut s'expliquer, tant par l'augmentation de la consommation des substances psychoactives dans le département que par la mise en place de dispositifs de soins plus adaptés.

Figure 7 - Évolution des données de 1984 à 2000⁸



8. Sources cumulées CHC (1984)-CHC/ASATOFA (1993)-CHC/ASATOFA/AMAA (1995)-DSDS (données 2000 des CSST Cayenne/Kourou/Saint-Laurent).

Figure 8 - Personnes prises en charge en 2000

	Cayenne	Kourou	Saint-Laurent	Total
Hommes	247	79	84	410
Femmes	51	29	14	94
Total	298	108	98	504

Source : DSDS 2000

La proportion des femmes est supérieure sur Kourou (27 %) en comparaison de Cayenne (17 %) et de Saint-Laurent (14 %).

La répartition par tranche d'âge est de 19 % de moins de 25 ans, 55 % se situent entre 25 et 40 ans, 26 % ont plus de 40 ans.

Figure 9 - Produits consommés (année 2000)

Produits	Nombre de cas
Héroïne	12
Cocaïne dont crack	134
Cannabis et dérivés	46
Dérivés codéine	2
Alcool	140
Polytoxicomanies	172

Source : DSDS 2000

Les produits pour lesquels un soin est le plus souvent sollicité sont, majoritairement l'alcool (140 cas) et la cocaïne sous forme de crack (134 cas) ; le nombre de cas de polytoxicomanies est encore plus élevé (172 cas), les associations les plus fréquentes sont : crack/alcool, crack/cannabis ou crack/alcool/cannabis.

Les pathologies associées

Sida : la prévalence est faible (1 à 2 %), ces chiffres ne tiennent compte que des cas de contamination par transmission sanguine en sachant que la voie intraveineuse est peu utilisée comme mode d'administration sur ce site. La prévalence de la toxicomanie chez les sujets contaminés par voie sexuelle n'est pas évaluée actuellement⁹.

9. Source : M. Sobesky-CISIH-CHC.

Hépatite C : sur une file active de 70 patients suivis à l'hôpital de Cayenne, 17 ont un antécédent de toxicomanie, soit une prévalence de 24,3 %¹⁰.

Hépatite B : les données pour cette pathologie n'ont pas été recensées.

Comorbidité psychiatrique : importante en raison des troubles occasionnés par les effets du crack. Le nombre des hospitalisations et suivis ambulatoires en psychiatrie pour toxicomanie est de 133 patients en 2000¹¹.

Données du système répressif

Figure 11 - Saisies des produits stupéfiants 1999-2000-2001

	1999	2000	2001	
Herbe de cannabis	10 000 g	10 250 g	18 265 g	Gendarmerie Douanes
	90 190 g	82 322 g	120 989 g	
Résine de cannabis	426 g	22 g	117 g	Douanes
Cocaïne	6 233 g	2 018 g	7 612 g	Gendarmerie Douanes
	118 498 g	38 046 g	43 769 g	
Crack	375 g	466 g	427 g	Douanes
Héroïne	16 g	0	96 g	Douanes
Ecstasy	0	0	2 480 g	Douanes

Source : Douanes Guyane - Brigade départementale des renseignements judiciaires Guyane 2001

Figure 12 - Répartition par produits en 2001

Herbe	Résine	Cocaïne	Crack	Héroïne	Morphine	Ecstasy
72,1 %	0,1 %	26,1 %	0,3 %	0,1 %	0,0 %	1,5 %

Source : Douanes Guyane 2001

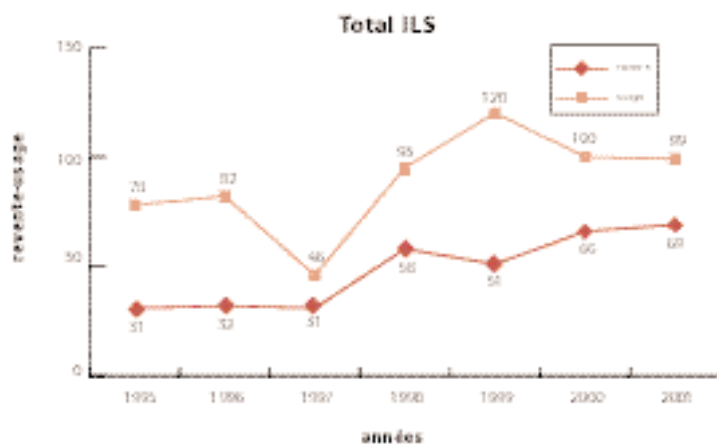
L'herbe de cannabis est le produit le plus souvent retrouvé, des petites quantités de ce produit sous forme de résine sont à relever alors que la consommation locale est connue jusqu'alors sous forme d'herbe, exclusivement... Les saisies de crack restent faibles en comparaison de celles de cocaïne, le produit étant soit destiné

10. « Communication personnelle », D. Louvel, service hépatologie CHC.

11. Source : CHC secteurs psychiatriques Cayenne Est/Cayenne Ouest.

à l'Europe, soit transformé sur place en crack. Les saisies d'héroïne restent faibles ; à noter une prise d'ecstasy en 2001.

Figure 13 - Total des affaires constatées en infraction à la législation des stupéfiants



Source : Direction départementale de la sécurité publique Guyane 2007

On n'observe pas d'évolution notable en terme chiffré, le pourcentage d'ILS par rapport aux chiffres de la délinquance est stable ; l'évolution tend vers une augmentation des chiffres d'interpellations pour trafic par rapport aux interpellations pour usage.

On note une importance croissante de la proportion d'étrangers dans les cas de mise en cause pour revente.

Dispositif spécialisé de prise en charge

Dispositif antérieur à 1999

- Jusqu'en 1993, le secteur psychiatrique a seul en charge le suivi des personnes toxicomanes, sur Cayenne et sur Saint-Laurent.
- En 1993, création de l'ASATOFA (Association d'aide aux toxicomanes et à leurs familles), avec un CSST (Centre spécialisé de soins aux toxicomanes) et

une « boutique » (Centre d'accueil bas seuil créé en 1995), à Cayenne ; un projet de posture sur Montsinéry est élaboré mais n'aboutira pas. L'association est dissoute en 1998.

- En 1995, l'AMAA (Association du Maroni pour l'aide à la réinsertion) est créée à Saint-Laurent, à visée de suivi psycho-éducatif et de réinsertion des toxicomanes.

Dispositif mis en place depuis 1999

Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST)

Sur l'initiative du chef de projet toxicomanie (DDASS), une réorganisation du système de prise en charge est opérée, avec la création de **trois CSST ambulatoires** sur le département :

- à **Cayenne** (structure rattachée au Centre hospitalier de Cayenne) ;
- à **Kourou**, structure associative **AKATI'J** (Association kouroutienne d'aide aux Ti'Jeunes) ;
- à **Saint-Laurent** : association **AMAA** jusqu'en 2000, puis réorganisation en cours, suite à la dissolution de cette association ; le projet de CSST est confié au CHOG (Centre hospitalier de l'ouest guyanais).

Structures « bas seuil »

- **RDS** (Relais drogues solidarité) à Cayenne, accueillant des personnes en grande désinsertion sociale ;
- **IN'PACT** à Saint-Laurent, association ayant pris le relais des actions de prévention et d'accueil de l'AMAA ;
- « **KETI-KOTI**¹² » (CSST de Kourou) incluant dans son projet thérapeutique un « lieu de vie et d'accueil ».

Structures de prévention primaire

« **Coup d'pouce** » (AKATI'J) à Kourou ; **IN'PACT** et **ARSCA** à Saint-Laurent ; planification en 2001, par le chef de projet toxicomanie, de la création de « Points écoute jeunes » sur Cayenne et Matoury, en complément des structures existantes sur le reste du département, avec le concours de la DDJS.

12. KETI-KOTI, « Briser les chaînes » en Taki-Taki.

Réseau ville hôpital

Coordination créée en 1997 (½ temps de praticien hospitalier au CHC) ; création de l'association « Réseau T + » en 2000 : actions de prévention, d'informations, mise en place de programmes de formation (structures spécialisées, Point écoute jeunes, projet de formation des médecins de ville, infirmiers libéraux et pharmaciens) ; mise en place du projet TREND sur la Guyane.

Alcoologie

- **CGPA** (Comité guyanais de prévention de l'alcoolisme) : association œuvrant pour des actions de prévention et de formation en alcoologie sur le département,
- **CCAA** (Centre de consultation ambulatoire d'alcoologie), destiné à l'ensemble du département ; géré par le CGPA.

Cures de sevrage

Effectuées en majorité en secteur de psychiatrie à Cayenne, extension du dispositif sur quelques lits en service de médecine, en secteur public (CHC, CHOG) et privé (Centre médico-chirurgical de Kourou, cliniques).

Une **unité d'addictologie** (14 lits) doit ouvrir d'ici mi-2002, sur le secteur psychiatrique Cayenne-ouest.

Postcures

Jusqu'à présent organisées hors département, sur les Antilles et la métropole, au sein d'un réseau de partenariat actif, les projets de CSST avec hébergement n'ont, à ce jour, pas été retenus.

Hébergement social

C'est, actuellement, le manque le plus crucial pour l'accompagnement des usagers de substances psychoactives sur le département ; un CHRS s'est ouvert à Cayenne, en 1999, mais il n'a pas fonction d'accueil des publics difficiles (toxico-manes, sortants de prison).

Un **projet d'Hôtel social** sur Cayenne est en attente (projet de l'association RDS).

Autre

Un programme pilote de « **remobilisation des toxicomanes en milieu carcéral** » a été initié par l'équipe d'insertion et de probation du centre pénitentiaire (SPIP), en 2001, à visée de réduction des récidives.

LES ESPACES ÉTUDIÉS

Trois espaces d'observation ont été déterminés sur ce site :

L'espace urbain

Étudié sur certains quartiers des trois principales communes du département :

- **Cayenne** : le « Village chinois » (encore dénommé « la Crique »), en centre-ville ; les quartiers de « Bonhomme » et « Eau Lisette », en périphérie ;
- **Kourou** : la Place de l'Europe et les squats ;
- **Saint-Laurent** : la « Charbonnière ».

Ceci sans caractère limitatif, d'autres lieux pouvant faire l'objet d'observations, au décours de l'enquête.

L'espace festif

La proposition nationale d'une étude sur les espaces festifs « techno » n'était pas adaptée au contexte en raison du faible impact actuel de cette mode dans le département ; le choix s'est orienté vers d'autres espaces, plus spécifiques :

- **la période carnavalesque** : le Carnaval de rue et les « dancings » ;
- **les fêtes de communes et les grands rassemblements musicaux** ;
- **les bars et les boîtes de nuit.**

L'espace frontalier

La détermination de cet espace est venue au décours de l'enquête, en fonction des observations rapportées.

LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES

Le dispositif TREND, dans son ensemble, a pu être mis en place sur le site pour l'année 2001 ; il regroupe les quatre indicateurs de suivi :

Observation ethnographique de l'usage

En raison de l'étendue géographique du site et de sa complexité socioculturelle, il nous a paru préférable de choisir un procédé d'enquête multifocale, avec plusieurs

observateurs, choisis en fonction de leur lieu de vie (Cayenne, Kourou ou Saint-Laurent), de leurs connaissances des problématiques addictives et de leur aptitude à pénétrer les milieux de consommation.

Le choix de l'anonymat pour certains ainsi que celui de leurs informateurs a été un postulat à la démarche de travail.

Groupes focaux

Deux groupes focaux ont été mis en place cette année sur Cayenne :

■ **Un groupe focal d'application de la loi** : regroupant des représentants du système répressif : justice, gendarmerie, police nationale, police municipale, Service pénitencier d'insertion et de probation (SPIP), Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Ce groupe a eu pour mission de déceler les différents paramètres relatifs au trafic local, à la délinquance et aux dommages sociaux consécutifs.

■ **Un groupe focal sanitaire** : composé d'acteurs de santé amenés à prendre en charge les usagers de drogues ou exerçant dans le domaine de la prévention : urgentiste, infectiologue, hépatologue, psychiatre de secteur et du milieu carcéral, médecin de centre spécialisé toxicomanie, coordonnateur de réseaux (toxicomanie, Sida), médecin scolaire, pharmacien.

Ce groupe était chargé de comparer les expériences professionnelles et de déterminer les dommages sanitaires connus et/ou émergents, en lien avec les pratiques addictives.

L'extension à des groupes similaires sur Kourou et Saint-Laurent est actuellement à l'étude, afin d'élargir les champs d'observation.

Recueil qualitatif « bas seuil »

Un questionnaire, commun à tous les sites, est destiné aux équipes des structures spécialisées accueillant des usagers de drogues.

Quatre structures avaient déjà participé au questionnaire 2000 et ont été reconduites cette année :

- le CSST de Cayenne ;
- l'association « Relais drogues solidarité » (RDS) de Cayenne ;
- le CSST de Kourou (association AKATI'J) ;
- l'association IN'PACT de Saint-Laurent.

Enquête transversale « bas seuil »

Cette méthode d'investigation a été inaugurée cette année ; elle vise à étudier les usagers des structures « bas seuil » en grande désinsertion sociale, par le biais d'un questionnaire anonyme et gratuit. Les quatre structures précitées ont participé à ce recueil, qui s'est déroulé sur deux mois, de septembre à novembre 2001.

90 questionnaires ont été recueillis (44/RDS-8/Cayenne-24/Kourou-14/Saint-Laurent), 70 ont pu être exploités.

ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001

LES USAGERS DE PRODUITS

Les grandes populations d'usagers

État des lieux du site

Plusieurs groupes de consommateurs bien identifiés depuis plusieurs années ont été répertoriés ; on ne note pas de groupes émergents particuliers, mais plutôt des phénomènes émergents, au sein de chaque groupe :

Les usagers marginalisés

Population en grande désinsertion sociale, dont on retrouve pour 50 % les caractéristiques suivantes¹³ : sans domicile fixe, vivant dans des squats, seuls, sans enfants ; pour 25 % : sans revenus minimums, sans couverture sociale. 8/10 sont des hommes, âgés en majorité de 25 à 45 ans (80 %).

D'origines diverses : Guyanais, métropolitains, étrangers (Surinamais, Guyaniens, Brésiliens...).

Le lien entre les difficultés sociales (absence de logement d'urgence, chômage, situations irrégulières...) et les conduites addictives est ici très fort, dans les deux sens, la toxicomanie conduisant aux difficultés sociales, mais inversement la précarité renforçant les conduites de consommation.

La grande majorité consomme du crack (80 %), souvent associé à l'alcool et/ou au cannabis, 10 % de l'héroïne (métropolitains pour la plupart), 10 % du cannabis. D'autres produits sont consommés en association : cocaïne, buprénorphine, méthadone, LSD, solvants. L'enquête ne révèle pas de consommation d'ecstasy ou d'amphétamine-speed dans ce groupe.

13. Analyse des résultats de l'enquête transversale « bas seuil », TREND 2001.

Phénomènes émergents

En rapport avec cette marginalité, certains caractères semblent être en augmentation :

■ **L'augmentation de l'errance** dans les rues, en particulier à Cayenne, où un nombre croissant de personnages hagards, gesticulant, parlant seul, en proie à des consommations de crack importantes, déambulant, provoquant un sentiment de malaise si ce n'est de crainte, renforçant le sentiment général d'insécurité. Un certain nombre est bien connu des services de psychiatrie et/ou des accueils « bas seuil » :

« Il s'agit d'un public hétéroclite, on ne sait pas exactement pourquoi ils sont arrivés à cette consommation. Il existe trois lieux de consommation : l'un se trouve sur le village chinois, le deuxième, un hangar vers le marché central, le troisième, dans un immeuble squatté de la rue Ernest Prevot Delgrès. Le premier, celui du "couloir", est composé d'une quinzaine de personnes qui se regroupent pour fumer collectivement ou individuellement. Ce public fait partie des personnes les plus touchées dans ce domaine : ils dorment sur les trottoirs et, à part quelques-uns comme P. qui "travaille" pour s'acheter sa dose (jobs occasionnels), les autres ont recours aux petits larcins pour trouver l'argent nécessaire à leur approvisionnement. » (Note ethnographique Cayenne).

■ **L'augmentation du nombre d'étrangers** en situation irrégulière parmi ce groupe, avec une forte marginalité et une tendance à la sédentarisation dans ce mode de survie, fait souvent de trafic et de délinquance plus ou moins sévère (données DDSP Guyane).

Les milieux de prostitution

Un lien très fort existe, depuis des années, entre la consommation de substances psychoactives et la prostitution sur ce site, notamment à Cayenne et à Kourou, concernant majoritairement, une population féminine d'origine étrangère (Brésil, République dominicaine, Surinam, Guyane), pour laquelle la toxicomanie résulte de la prostitution dans la plupart des cas, et non l'inverse.

Les produits consommés sont essentiellement le crack et l'alcool, plus rarement l'héroïne associée au crack (quelques Brésiliennes).

La consommation est aisée, alimentée par l'apport financier de la prostitution ; les réseaux de proxénètes sont bien organisés et entretiennent les circuits de consommation. Il est courant que la prostitution serve de « relais » à la livraison de produits, pour des clients cherchant à rester discrets sur leur consommation (pratique très répandue à Kourou).

Ce groupe, en raison, souvent, de situations irrégulières et d'absence de problèmes économiques majeurs, fréquente peu les structures de soins, expliquant ainsi sa faible représentation : 1 femme sur 7 ou 8 hommes sur les structures de Cayenne ; différent à Kourou avec une représentation de 1/4.

Phénomènes émergents

Jeunes filles mineures : une augmentation inquiétante de conduites de prostitution chez des jeunes mineures (environ 15 ans) est signalée. Ce sont des jeunes filles, souvent en errance, étrangères (Brésil), arrivées seules en Guyane, sans attaches familiales.

Prostitution masculine : celle-ci n'était pas totalement absente du territoire, mais se résumait à quelques travestis, localisés à Kourou essentiellement et plutôt discrets. Cette année, le phénomène tend à prendre un peu d'ampleur et surtout devient de plus en plus visible à l'entrée du bourg de Kourou. Groupe presque exclusivement issu du milieu brésilien, avec des pratiques de consommation multiples, où le crack prédomine.

Note ethnographique Kourou :

« On observe depuis quelques mois un nombre de plus en plus important de prostituées et de travestis arrivés en provenance du Brésil, tous sont consommateurs de crack afin d'oublier leurs conditions de vie. Il y a trois ans, il n'y avait que deux travestis à Kourou, aujourd'hui ils sont passés à une vingtaine et ce en l'espace de trois ans. Les prostituées brésiliennes (de plus en plus jeunes) sont elles aussi de plus en plus nombreuses et la consommation de crack va de pair avec celles-ci, leurs lieux de prédilection sont les discothèques. »

Sites d'orpaillage

Phénomènes émergents

Les habitudes de vie et la forte consommation de drogues et d'alcool sur ces lieux ont été relevées par tous les participants, quel que soit leur angle d'observation. En fait, il semble même que ne soit découvert et cité un phénomène qui existait déjà depuis bien des années.

Plusieurs facteurs favorisent la consommation sur ces lieux : isolement, pénibilité du travail, ennui, insécurité, situations irrégulières fréquentes (plus de 3 500 Brésiliens y travailleraient actuellement), à cela viennent s'ajouter des conditions d'approvisionnement de mieux en mieux organisées : la drogue arrive régulièrement, au prix du marché de Cayenne, alors que tout le reste est vendu plus

cher (alcool, vivres, cigarettes...); un véritable réseau d'acheminement des produits s'est organisé en lien avec la prostitution sur les sites.

Les habitudes de consommation sont généralement d'usage festif de fin de semaine ou de fin de journée, cannabis et/ou crack associés à de fortes consommations d'alcool. Le milieu aurifère est marqué de violence, les rixes et les règlements de compte y sont fréquents; ici tout le monde est armé. Saint-Élie, «crique Boulanger», Maripasoula, l'Aprouague, la Mana, sont fortement touchés par le phénomène.

Les itinérants

Phénomènes émergents

En grande majorité, des métropolitains, «routards», marginaux, venus tenter l'aventure en Guyane; pour la plupart usagers de drogues de longue date et prenant les habitudes de consommation locale (crack, alcool), souvent en continuant une consommation d'héroïne (intraveineuse ou, plus souvent, fumée). Ils choisissent rarement la ville où ils se font rejeter des consommateurs locaux et se regroupent dans des petites communes plus ou moins éloignées ou des sites forestiers; certains tentent leur chance sur les sites d'orpaillage. Régina, Roura, Cacao, les rives de la Mana ou de l'Aprouague deviennent ainsi des lieux de consommation, en lien avec cette forme de marginalité.

Les milieux socialement insérés

La consommation de produits stupéfiants, si elle est plus discrète, n'épargne pas pour autant les milieux socialement aisés et touche des secteurs très divers: artisans, enseignants, milieu médical, armée, secteur spatial et recherche, presse, mode...

Le mode de consommation peut être régulier et amène souvent à consulter, mais il est la plupart du temps de type festif, plutôt de fin de semaine ou encore, mode très répandu, épisodique et limité à un court passage en Guyane pour motif professionnel ou festif:

«L'usage soit de la cocaïne, soit du crack dépend fortement du niveau social. La cocaïne étant principalement utilisée chez les personnes ayant un niveau de vie supérieur à la moyenne. Mais il n'est pas rare de voir, surtout chez les métropolitains et les Européens, une très forte consommation de crack... Il faut dire qu'à une certaine époque sur Kourou, il y avait énormément de cocaïne qui circulait, jusqu'au jour où il y a eu une pénurie, à ce moment-là les nombreux consommateurs se sont repliés sur le crack. J'ai rencontré beaucoup de métropolitains de niveaux sociaux différents (enseignants, chefs d'entreprises, chômeurs, mission-

naires...), pour qui la consommation de crack se fait en comité restreint, à l'intérieur d'un cercle d'amis, soit pour faire la fête, soit pour oublier les soucis quotidiens et dans tous les cas, l'usage du crack leur sert à décompresser de leur semaine.» (Note ethnographique Kourou).

Phénomènes émergents

Polyconsommation d'usage festif, où la consommation de crack prédomine en raison de sa grande accessibilité, mais peuvent aussi être consommés des produits divers: cannabis, cocaïne, héroïne, ecstasy, LSD, amphétamines.

Les espaces festifs

Le carnaval: véritable institution en Guyane avec les bals en soirée et les défilés du dimanche. La consommation d'alcool y a toujours été très importante, mais se développent de plus en plus des consommations de psychostimulants (cocaïne, crack), plus repérées chez les hommes; les femmes (déguisées et masquées en «touloulou», parures typiques du carnaval guyanais) plus vigilantes à garder la maîtrise de ces moments de festivité intense. Lors des défilés des groupes de carnaval, il a été noté, en plus de l'alcool consommé massivement, des usages épisodiques de crack et de cannabis:

«La période carnavalesque en Guyane est propice à l'usage de divers produits stupéfiants tel que le cannabis, la cocaïne et surtout le crack sans parler de l'alcool. L'ensemble des communautés est touché, peu importe le niveau social. Les métropolitains et les Européens quant à eux, durant cette période festive et surtout le week-end, en profitent pour consommer de la cocaïne ou du crack, suivant la disponibilité des produits. Cette période de l'année plus que tout autre montre une nette augmentation de la consommation de cocaïne chez des personnes qui restent des consommateurs occasionnels. Les débuts de soirées commencent souvent par un apéritif avant la sortie dans les universités (Matado à Kourou) où, pour tenir le rythme, ils ont recours à la cocaïne...» (Note ethnographique Kourou).

Les bars de la Crique et certains lieux nocturnes de Kourou: hauts lieux de prostitution et de consommation de drogues: tout s'y trouve et tout s'y consomme à leurs abords:

«La «Crique» ou «quartier chinois» est le quartier chaud de Cayenne. Dans ce quartier à la limite de l'insalubrité vivent différentes communautés étrangères (créoles exclus): Brésiliens, Georgetowniens, Surinamiens, Dominicains. C'est dans ce quartier et aux alentours que se concentrent: les bars-dancing (dominicains pour la majorité), la prostitution, les étrangers en situation irrégulière, les trafics de drogues.»

Les jeunes

Plusieurs groupes sont à identifier dans cet espace, avec des caractéristiques émergentes :

Les jeunes d'âge scolaire (lycées, collèges), en moyenne consommant moins de cannabis et de tabac que leurs congénères métropolitains, mais nous manquons de bases récentes chiffrées ; il semble tout de même que le cannabis se banalise plus fréquemment chez les garçons ; où les consommations d'alcool sont en hausse, les consommations de crack restent assez rares et le produit fait peur. La circulation de produits dans certains établissements est signalée, et la vente de drogues à la sortie des écoles n'est plus une nouveauté, ce qui serait en faveur d'une augmentation de la consommation ; des consommations de rue commencent à être observées dans certains quartiers :

« J'ai eu l'occasion d'observer trois jeunes qui, en quittant le Lycée d'enseignement professionnel de Kourou, se sont retrouvés à la sortie, assis tranquillement sur le muret de clôture d'un hôtel situé en face du LEP, en train de rouler un "pétard" sans être pour le moins dérangés. Ces faits se déroulent pratiquement tous les jours, le midi, à 14 h 00 et en fin d'après-midi. » (Note ethnographique Kourou).

Un usage du sniff de colle et de solvants est signalé dans l'enquête de 1997.

Les étudiants sur Cayenne (université) et Kourou (IUT), en dehors des consommations d'alcool et de cannabis dans un cadre festif et banalisé, la circulation d'ecstasy semble se préciser dans ce milieu, notamment sur Kourou :

« J'ai eu connaissance d'un petit trafic d'ecstasy provenant de métropole. Un jeune étudiant de l'IUT de Kourou s'approvisionnait lors de ses déplacements en métropole de ces produits, qu'il revendait à ses camarades et autres connaissances kourouciennes. Peu de temps après, comme tout se sait à Kourou, des jeunes du village Saramaka ont eu vent de ce trafic et ont commencé la revente d'ecstasy provenant du Surinam via la Hollande. Les principaux utilisateurs sont des jeunes métropolitains, lycéens pour la majorité. Malgré tout, la prise de ce type de produits reste très marginale. » (Note ethnographique Kourou).

Les jeunes militaires

Des consommations de substances psychotropes sont signalées chez les jeunes légionnaires de Kourou, dont beaucoup sont originaires des pays de l'Est. L'initiation au crack est courante chez les jeunes militaires de Saint-Jean-du-Maroni :

« Les jeunes venus effectuer leur service militaire ou en formation à Saint-Jean sont confrontés à une consommation de crack à caractère récréatif, fumé en groupe.

Ces faits sont confirmés par la prise en charge en Martinique (à l'hôpital Clarac) de toxicomanes ayant effectué leur service militaire à Saint-Laurent-du-Maroni. » (Note ethnographique Saint-Laurent).

L'espace festif

Les rassemblements musicaux : une consommation d'alcool (bière) est constatée, ainsi que quelques joints, mais à un degré bien moindre qu'en métropole ; il semble que bien que la perception du cannabis soit très banalisée, celui-ci n'est pas encore trop consommé en public. En revanche, dans les soirées privées, les produits circulent plus ouvertement, surtout chez les jeunes métropolitains.

Groupes émergents

Les jeunes en errance : de plus en plus nombreux, le plus souvent d'origine étrangère (Guyana, Surinam, Brésil), sans attaches familiales, vivant en bandes, dans des squats, n'ayant que les trafics ou la délinquance pour survivre. Forte appartenance à une mouvance « rasta », chez les anglophones ; largement consommateurs de cannabis et de plus en plus de crack, marginalisation extrême, délinquance, violence (22 mineurs ont été incarcérés sur le département, cette année), problème de prise en charge et de prévention majeur.

Les jeunes des communautés culturelles éloignées : des consommations commencent à se préciser dans les communautés. Si la consommation de cannabis, mais aussi de crack, chez les jeunes bushinenge remonte à plusieurs années, en lien avec les problèmes de déracinement et les traumatismes de la guerre du Surinam, celle des jeunes Amérindiens, déjà existante dans les quartiers amérindiens des cités (Kourou, Saint-Laurent), semble s'étendre à des communes éloignées ; la proximité des sites d'orpaillage pourrait être une explication ; à cela s'ajoute une tendance culturelle à de fortes consommations d'alcool.

Une tendance à la consommation d'alcool à type de « défonce » paraît se dessiner chez les jeunes H'mongs (Cacao, Javouhey) avec des mélanges dangereux (alcool-essence) ainsi que l'apparition de quelques consommations de crack :

« Les jeunes Amérindiens deviennent des consommateurs d'alcool de plus en plus tôt. Ils consomment leur premier verre ou leur première bouteille de bière à partir de 11-12 ans en moyenne. L'entrée dans l'adolescence pour les sociétés occidentales coïncide, chez les Amérindiens, au passage du stade d'enfant au stade d'adulte. » (Note ethnographique Saint-Laurent).

La population carcérale

La mise en place d'un programme pilote de «remobilisation des toxicomanes en milieu carcéral» permet une perception plus affinée de ces populations, deux sous-groupes semblent émerger :

- *une population de nationalité française*, pour la plupart, s'identifiant comme «toxicomanes», demandeurs d'aide et de programmes de réinsertion, en majorité consommateurs de crack, multirécidivistes, délinquants souvent secondairement à la toxicomanie,
- *une population d'origine étrangère*, originaire du Surinam et majoritairement du Guyana, se revendiquant plus comme délinquants que toxicomanes, consommateurs souvent exclusifs de cannabis, apparentés au phénomène « rasta », des pays anglophones de la Caraïbe. Pour ce groupe, la consommation est rarement à l'origine de la délinquance qui est plutôt vécue comme un mode de vie.

Communautés culturelles et usages de psychotropes

L'évolution des modes d'usage de drogues ne peut être étudiée sans la connaissance des habitudes culturelles de consommation au sein d'un groupe. En Guyane, la diversité des communautés amène à une pluralité des usages traditionnels ; certains modes émergents peuvent être compris comme des évolutions au sein d'une culture donnée, d'autres comme des phénomènes de rupture surgissant dans une communauté spécifique : « Cette démarche consiste à repérer et à comprendre à travers la culture, les différentes modalités d'usage et les conséquences qu'elles entraînent sur le tissu social et familial. »

- Alcool chez les Amérindiens, avec phénomènes de déstructuration familiale/émergence de la consommation de stupéfiants chez les jeunes.
- Usage à visée médicinale ou mystico-religieuse de l'alcool ou de produits stupéfiants dans les communautés créoles (Créoles guyanais, Haïtiens...)/perception magico-religieuse des psychotropes.
- Alcool vécu comme stimulant pour le travail et la fête (Créoles, « Métro », Brésiliens)/phénomène de gravité majeur d'insécurité routière/incitation à consommer des stupéfiants.
- Pratiques de consommation dans les pays voisins, pouvant avoir un impact à plus ou moins long terme sur les évolutions de consommation.

La population amérindienne

Les Galibis sont majoritaires et se répartissent sur les communes d'Awala Yalimapo, Mana et dans divers villages à proximité de Saint-Laurent-du-Maroni. Ils sont suivis par les Arawaks, essentiellement centralisés sur le village de Balaté.

De manière culturelle, la boisson alcoolisée consommée par les Amérindiens est le Kachiri. Ce breuvage, extrait du tubercule de manioc traité et fermenté, est présent dans toutes les fêtes traditionnelles, familiales ou les cérémonies mortuaires. Sa teneur en alcool est faible, comparée à celle de la bière ou du rhum (également appelé tafia).

Ces boissons alcoolisées vendues dans le commerce ont, depuis quelques années, détrôné la consommation traditionnelle. La fabrication du Kachiri requiert de nombreux gestes, des efforts et, par conséquent, du temps.

L'alcool (principalement le rhum et la bière) a pris une place importante dans les modes de consommation et de vie des populations amérindiennes. Pour ces populations, le terme « être saoul » définit uniquement la personne qui n'est plus en mesure de se lever.

Il y a de fortes répercussions au niveau social et familial. La consommation abusive d'alcool chez les hommes entraîne des comportements déviants tels que la violence conjugale et/ou l'inceste.

Au fur et à mesure, le chef de famille perd sa dignité vis-à-vis de ses enfants et de son environnement proche. Les incidences, en terme éducatif, sont directes sur sa descendance et favorisent une conduite déviante chez l'enfant.

La consommation d'alcool a également des répercussions au niveau professionnel. Elle entraîne une incapacité à assumer, à garder, voire à chercher un emploi. Ce qui conduit les personnes à la marginalisation ou à l'inadaptation.

Selon divers témoignages, il arrive que la totalité des revenus du ménage soit utilisée pour acheter de l'alcool. Au cours des deux ou trois jours qui suivent la perception du revenu minimum d'insertion ou des allocations familiales, certaines femmes déclarent ne pas voir leur mari. Ces derniers réapparaîtraient une fois le pécule épuisé.

Parmi les produits en lien avec les coutumes, nous trouvons un cigare confectionné à partir de l'écorce d'un arbre appelé oulémal. Il est fumé lors des fêtes traditionnelles et culturelles, principalement par les chamans, les chefs coutumiers et les chanteurs.

Le oulémal permet aux chamans de rentrer en contact avec les esprits. Il a des visées médicinales ou de méditation mais n'a pas d'effets hallucinatoires.

La population créole

La population créole se compose de plusieurs origines. La plus grande partie de cette communauté est issue de la forte immigration de la fin du XIX^e siècle (ruée vers l'or).

Traditionnellement, la drogue était reliée à des rites mystiques, à des pratiques médicinales ou pour supporter des conditions de travail difficiles.

Dans le quotidien, l'alcool est utilisé dans un contexte où le traditionnel est toujours présent. Ainsi, nous observons couramment des personnes verser une larme d'alcool pour les morts avant de le consommer.

L'alcool est aussi une consommation courante, des proverbes appuient d'ailleurs le droit à la consommation abusive pour des événements marqués (Noël, Pâques, communions)...

Dans ces communautés, de plus en plus de femmes consomment des boissons alcoolisées (problèmes familiaux et/ou sociaux). Mais le phénomène le plus voyant reste la consommation de fin de semaine dans les boîtes de nuit ou les zouks (soirées dansantes). Les accidents de la circulation sont d'ailleurs plus élevés les fins de semaine. En Guyane, trois accidents de la route sur cinq seraient dus à l'alcool.

La population h'mong

Dans la zone géographique concernée, la population h'mong se trouve principalement à Javouhey, sur la commune de Mana.

Leur mode de consommation, dit traditionnel, varie avec le temps. Ainsi, depuis environ sept ans, ils ont inclus le rhum dans les cérémonies (naissances, mariages, décès, guérison, pour fixer la date du nouvel an ou lors des invocations aux divinités). Le tafia est, dans ce contexte, un appât pour attirer le dragon, dieu suprême du chaman.

La consommation d'opium est traditionnelle et culturelle. En dehors du chaman qui l'utilise avant chaque cérémonie, l'opium est consommé par les hommes qui ont atteint le seuil de respectabilité dans la hiérarchie des âges. La communauté h'mong le situe à 25 ans environ. C'est le passage à une vie sociale différente.

À partir de cet âge, les jeunes H'mongs peuvent prétendre au statut de chef du village ou organiser les fêtes traditionnelles. La consommation de l'opium est ritualisée. La fumée est inhalée très tôt le matin ou en début de soirée. Il importe que le soleil ne soit pas présent lors de l'acte (animisme). D'autres types de consommation sont apparus ces dernières années sur le village de Javouhey.

La population métropolitaine

Les métropolitains dans l'ouest de la Guyane se situent principalement dans l'agglomération de Saint-Laurent-du-Maroni et sur les rives de la Mana (fleuve).

Nous ne pouvons pas parler de mode de consommation culturelle pour les personnes issues de la communauté métropolitaine. Néanmoins, la consommation d'alcool a toujours été rattachée à l'exécution des travaux pénibles (période du bagne). Aujourd'hui, ce mode de consommation est souvent associé à la perte de repères (famille, amis, environnement proche).

Depuis quelques années, nous pouvons constater un «tourisme» lié à la consommation de stupéfiants. Cette population vient en Guyane uniquement pour répondre à une nécessité de consommer des produits illicites. Dans la plupart des cas, ces personnes sont bénéficiaires des aides sociales.

Le prix des différentes drogues étant abordable, la consommation va le plus souvent en augmentant. Il s'ensuit une désocialisation d'autant plus importante, que la famille est le plus souvent éloignée.

La population «noir maron»

Alukus (Bonis), Djukas et Paramakas vivent principalement le long du fleuve Maroni (frontière physique avec le Surinam). L'ethnie Saramaka est présente dans les différentes villes du département de la Guyane.

Pour la zone géographique qui nous intéresse, ils se répartissent sur les communes de Saint-Laurent, Mana et, de façon plus informelle, le long de la route nationale n°1 entre Saint-Laurent et Sinnamary.

L'alcool (bière, rhum ou tafia) fait partie des modes de consommation culturels lorsqu'il est consommé de façon raisonnable. Il peut être utilisé pour le passage des sauts sur les fleuves ou dans les cérémonies mortuaires pour entrer en contact avec les esprits, pour créer une autre atmosphère durant l'événement ou bien oublier l'enveloppe charnelle et permettre ainsi à l'esprit du défunt de se libérer.

La consommation du tabac n'est pas dominante. Toujours dans les rituels, celui-ci est mélangé avec différentes cendres telles que celles du Maripa, pour ensuite être prisé. Le tabac est également fumé par les chamans pour être en communion avec les esprits.

Comme nous l'avons fait ressortir dans notre étude de contexte, chaque culture, par son ascendance et son histoire, a des pratiques de consommation différentes.

Nous relevons cependant un point commun à l'ensemble de ces communautés ; c'est l'importance du magico-religieux. (S. Louiset - Enquête TREND Guyane) (Données ethnographiques Saint-Laurent).

Flux migratoires et variations des usages de drogues, de part et d'autre des frontières

«Lors d'un récent séjour à Macapa à l'occasion d'une grande fête ("Macapa folie")», en discutant avec des Brésiliens sur la consommation de drogues à Macapa,

j'ai appris que cette dernière était très importante surtout en ce qui concerne la cocaïne, le crack, l'herbe, le haschich et la colle. Le soir (vers 23 h), je me suis rendu au Sambodrome de Macapa, j'ai pu constater une très importante consommation d'alcool (bière) même chez les plus jeunes (jeunes filles de 12-13 ans buvant sans cesse afin de danser la samba jusqu'au bout de la soirée) et quelques personnes en groupe fumant du "Maconha" (cannabis), ceci restant un acte très marginal lors de cette fête populaire. L'alcool reste le produit de prédilection à l'occasion de ce type de manifestation pour les Brésiliens.

Vers midi, je rencontre le Véreador en charge des problèmes liés à la consommation d'alcools et de drogues. Ce dernier est le responsable du "Centro de Recuperacao de toxihumano, Monte Tabor", il me confirme une très importante consommation de cocaïne, surtout prise par la haute société, de crack et de "mesclado" (un mélange de cocaïne et de cannabis), de la maconha (herbe), de haschich et d'un peu d'ecstasy surtout chez les jeunes branchés et en discothèque et tous les types de solvants pour les plus déshérités.»

Phénomènes émergents

« Un fait nouveau est observé cette année dans la communauté brésilienne : culturellement, cette dernière est très axée sur la fête, avec une consommation immo-dérée d'alcool (bières et cachaça), mais pour le carnaval de Kourou 2001, il y avait non seulement de l'alcool mais aussi des "boosters" (crack + cannabis) et du crack. L'observation privilégiée d'une école de samba venue spécialement du Brésil pour la grande parade du carnaval 2001 en Guyane m'a permis d'observer un certain nombre de faits, outre l'alcool couramment consommé, j'ai été surpris qu'un certain nombre de personnes de ce groupe ait consommé occasionnellement du crack, surtout sous la forme de "booster". Cette augmentation s'expliquant aussi par le nombre de plus en plus important de clandestins, qui n'en oublient pas pour autant le carnaval et la fête. L'image édulcorée de la Guyane française qui se présente comme un paradis où l'on gagne énormément d'argent fait son chemin à travers les populations déshéritées des États du Para et de l'Amapa au Brésil. À l'arrivée, ces clandestins se trouvent alors très rapidement pris dans le cercle prostitution et drogue afin de survivre dans cette ville (Kourou) qu'ils imaginaient comme un eldorado.» (Données ethnographiques Brésil).

Les dommages sanitaires

État des lieux

Les troubles psychiatriques

Essentiellement en lien avec la consommation de crack, agitation, agressivité verbale ou motrice, syndrome de persécution, pouvant être à l'origine de passage à l'acte.

Des troubles à type de bouffées délirantes sont aussi présents avec le cannabis, mais moins fréquemment. Dans les deux cas, une forte comorbidité psychiatrique préexiste.

Phénomènes émergents

Apparition de manifestations atypiques d'intoxication au crack

Certains tableaux d'agitation identifiés comme des intoxications aiguës au crack, chez des hommes jeunes, notamment sur Kourou, seraient peut-être des manifestations d'intoxication par «ice», une méthamphétamine qui circulerait sur cette commune. Les effets seraient plus intenses et plus longs ; il est difficile de savoir exactement, en l'état actuel, ce qui est réellement consommé en l'absence d'analyse des produits.

Apparition de bouffées délirantes atypiques

Pathologies «bâtardes», vues aux urgences, évocatrices d'intoxication par des produits hallucinogènes nécessitant l'intervention du psychiatre, de résolution spontanée dans la plupart des cas. L'hypothèse avancée serait des intoxications par automédication intrafamiliale, dans certains milieux culturels (Haïtiens).

Apparition d'états confuso-oniriques atypiques

Des états d'absence et de sentiment de bizarrerie avec troubles de la mémoire sont parfois observés ou relatés par les patients eux-mêmes. L'évocation d'une possible ingestion de GHB mélangé à une boisson alcoolisée est posée.

Diminution des effets psychiatriques aigus des produits psychotropes

Les états d'agitation aigus occasionnés par la consommation massive de crack seraient un peu moins souvent observés dans les milieux spécialisés, avec une diminution des hospitalisations dans le cadre de l'urgence psychiatrique.

L'explication avancée serait la possibilité d'une meilleure autorégulation par des associations de produits (cannabis et/ou alcool), facilitant la descente du produit.

Les infections virales et bactériennes

Pour ce qui est du lien « drogue/Sida », le phénomène reste marginal en Guyane du fait de la rareté du mode de consommation injecté (prévalence : 1 à 2 %).

La contamination par le VIH relève essentiellement du mode de transmission sexuelle, dans ce département, et les moyens d'investigation actuels ne permettent pas d'identifier avec précision le lien entre les conduites à risques liées à la consommation de drogues et la contamination VIH.

La prévalence de l'hépatite C (24,3 %) est supérieure à celle du Sida, mais tient compte des antécédents de toxicomanie ; les données concernant l'hépatite B ne sont pas connues.

De rares cas de tuberculose sont signalés, en lien avec la consommation et les mauvaises conditions d'hygiène de vie associées.

Parmi les rares contextes de consommation par injection intraveineuse, on note des abcès, veinites et infections diverses ; sur le site, aucun programme de réduction des risques n'a été mis en place, compte tenu de la faible prévalence des pratiques d'injection et d'une forte résistance due à la crainte de voir se développer ce mode de consommation. Les rares injecteurs n'ont donc comme seul recours que l'achat de seringues en pharmacie ou une démarche dans les services d'urgence, peu formés à ce type de demandes. Un injecteur sur deux dit avoir recours à du matériel non stérile...

Les pathologies cardio-respiratoires

Des accès d'hypertension et de tachycardie, rapidement résolutives, sont observés chez des sujets exempts de pathologies cardiaques, pouvant être provoqués par des psychostimulants, le manque d'investigations précises ne permet pas de le confirmer.

Des pathologies respiratoires, à type d'infections bronchiques, d'œdème aigu du poumon, sont observées chez des fumeurs de crack.

Phénomène émergent

Augmentation en nombre de ces pathologies, notamment en terme d'infections respiratoires.

Les pathologies cutanées

De nombreux cas d'atteintes dermatologiques sont décrits : lésions de grattage, dermatoses, lésions cutané-muqueuses, ainsi que des ulcères chroniques des membres inférieurs, le plus souvent liés à la consommation de crack et à une hygiène de vie déficiente.

Phénomène émergent

Des atteintes dermatologiques pourraient être occasionnées par des consommations de méthamphétamine (présence du produit à vérifier).

Les atteintes dentaires

Constantes tant chez les consommateurs de crack que d'héroïne.

Les syndromes abdominaux

Phénomène émergent

Des cas de tableaux abdominaux aigus ou sub-aigus sont assez fréquents, avec des résolutions spontanées en quelques heures, sans étiologie retrouvée.

L'hypothèse de douleurs abdominales liées à une consommation de crack n'est pas à exclure ; des investigations complémentaires seraient nécessaires.

Les dommages sociaux

La délinquance et la violence

En augmentation constante, avec un fort sentiment d'insécurité ; le lien à la drogue n'y est pas constant mais fortement présent. La montée de l'errance dans certains groupes de consommateurs ne peut que renforcer cet aspect, contribuant à une stigmatisation et à un amalgame de plus en plus fort et pas toujours justifié des toxicomanes à la délinquance.

Le trafic

Le trafic est organisé en véritable travail de « fourmis », avec multiplication des intervenants ; il suit les mouvements frontaliers par le Brésil, mais surtout par le Surinam en provenance du Guyana, pour une part importante.

Le mouvement du petit trafic se lie aussi aux sites aurifères du fait d'une connexion importante avec d'autres trafics (carburants, alcool...) et les mouvements de populations prostituées à destination de ces sites.

En ville, les quartiers de vente sont bien identifiés sur Cayenne (la « Crique », Bonhomme, Eau Lisette), Kourou (place de l'Europe, place Monnerville) et Saint-Laurent (la « Charbonnière »), avec toutefois des phénomènes d'extension et de diffusion croissante : sur Cayenne, Cabassou, Mango, Balata et Matoury ; sur Kourou, le « nettoyage » de la place de l'Europe (arrestation massive de petits trafiquants) a déplacé le lieu de vente sur le quartier de l'Anse.

Note ethnographique Cayenne

« Les personnes s'approvisionnent sur trois marchés appelés "deal Guyanais, Guyanien, Surinamien". Les dealers sont approvisionnés eux-mêmes par :

- les grossistes chinois, métropolitains, sud-américains, par le biais du Surinam ou par voie fluviale des bateaux de pêche (Venezuela, vieux port),
- le réseau brésilien (par Saint-Georges et Régina).

"La Crique", trafic et consommations :

"La Crique" ou "quartier chinois" est le quartier chaud de Cayenne.

Dans ce quartier à la limite de l'insalubrité vivent différentes communautés étrangères (créoles exclus) : Brésiliens, Georgetowniens, Surinamiens, Dominicains. C'est dans ce quartier et aux alentours que se concentrent : les bars/dancing (dominicains pour la majorité), la prostitution, les étrangers en situation irrégulière, les trafics de drogues.

La drogue se nomme couramment "coco", qu'il s'agisse de cocaïne ou bien de crack. Dans les rues, les trafics et les consommateurs sont visibles surtout le soir après 19 heures. Par exemple, quelques crackomanes se rassemblent à un angle de rue tous les soirs pour fumer devant les passants, qui n'y prêtent guère attention. Le trafic est de notoriété publique quel que soit le produit : on peut trouver ici du kali et là du crack, et encore ailleurs, de la cocaïne.

Les consommateurs viennent à pied, en vélo, en booster ou en voiture. En général, les métros arrivent en voiture, certains viennent même en famille acheter leurs produits en fin de semaine. Les métros sont de bons acheteurs (200, 400, 1 000 F) et les dealers se les disputent. Le kali et la cocaïne sont leurs produits préférés.

Phénomènes émergents

Le trafic à la Crique est en diminution. C'est principalement lié à la destruction récente et sauvage des baraques : une habitation se vide de ses habitants ou connaît un problème technique : on l'écroule. Ainsi, les dealers sont partis habiter ailleurs. Ils essaient leur trafic sur d'autres quartiers (Bonhomme, Cabassou ou Balata) ou arrêtent et font autre chose. L'autre raison de la diminution du trafic est la baisse des prix de vente : le pack (la dose) de crack est passé de 20 à 17 F, voire à 15 F.

Les vendeurs acceptent de négocier les prix car ils veulent garder leur clientèle. En effet, de nouveaux vendeurs arrivent du Guyana et sont prêts à vendre moins cher. Ces "nouveaux" sont très intégrés aux Surinamiens qui les fournissent en gros. Quelques Dominicains achètent aussi aux Surinamiens pour revendre leur marchandise le plus généralement aux prostituées dominicaines. » (Note ethnographique Cayenne).

Des problèmes majeurs sont identifiés :

- **La difficulté des contrôles en zones frontalières**, compte tenu du caractère géographique particulier (« fleuves-frontières » et forêt équatoriale), favorisant les mouvements de population et les trafics.

Note ethnographique Brésil

« Le circuit de la cocaïne pour l'état d'Amapa et du Para part de Colombie via le Pérou et descend par le fleuve Amazone : Manaus, Santarem et Macapa. De cette ville le circuit se sépare pour prendre la direction de Belém et le reste du Brésil, et d'autre part il remonte vers Calçoene et Oyapock, avant de traverser vers Saint-Georges de Oyapock en Guyane française. À Macapa, le gramme de cocaïne se négocie aux environs de 10 reals soit environ 33 F, mais le produit n'est pas pur et est le plus couramment coupé avec du talco (talc), du trigo (farine de blé) ou de la maïzena.

Je viens d'arriver à Oyapock (Brésil), le chauffeur de taxi m'indique que l'on trouve toutes les sortes de drogues dans cette commune frontalière avec la Guyane française, toutes celles déjà citées plus de l'héroïne, du LSD et une autre dont je n'ai pas très bien compris ce qu'il voulait me dire. Un trafic très important s'est tissé avec la commune française de Saint-Georges où de nombreux dealers font le va et vient par pirogue. »

Note ethnographique Saint-Laurent

« Saint-Laurent-du-Maroni est une ville dont la population est en augmentation constante (environ 3 % chaque année). Défini comme une frontière par l'Administration, le plus long fleuve de la Guyane est perçu par bien des populations des deux rives comme un lieu de passage et d'échange. Les biens et les personnes y circulent sans contrôle particulier. Si, en théorie, la notion de frontière définit un cadre strict, à Saint-Laurent les visiteurs se rendent très vite compte de l'impossibilité d'appliquer les lois ou les règles en la matière.

Saint-Laurent-du-Maroni se développe au rythme de sa démographie. Les exodes (ruraux ou conséquents à la guerre civile du Surinam) se combinent au taux de natalité élevé et sa société se construit autour d'une multitude de communautés en perte de repères sociaux et culturels. Un terrain plus que favorable aux comportements d'addiction.

Pendant de nombreuses années, Saint-Laurent était un passage obligé des trafiquants de drogues pour se rendre à Cayenne ; le marché étant déjà très développé dans le chef-lieu. Aujourd'hui, sa démographie galopante, son taux de chômage élevé et sa position géographique lui confèrent une "place privilégiée" sur le marché des stupéfiants. »

■ **L'impossibilité de « reconduites à la frontière »** en cas de délit, notamment pour le Guyana, ceci depuis deux ans, faute d'accord de ce pays avec les pays étrangers ; cela ayant pour conséquence un fort sentiment d'impunité pour les ressortissants étrangers concernés.

■ **Le trafic aérien**

Dans l'organisation du trafic international, il est fait état de la répercussion des changements de destinations des lignes aériennes Cayenne/Paris, pouvant avoir des conséquences sur le trafic local : en effet, l'arrivée des vols sur Orly instaurait un contrôle supplémentaire pour les vols en provenance d'Amsterdam, du fait de deux passages policiers ; la reprise des lignes Cayenne/Roissy-CDG aurait pour conséquence une nouvelle facilitation du trafic.

Phénomène émergent majeur, en matière de petit trafic : augmentation considérable de petits trafiquants, tant en nombre d'interpellation que de manière visible, en scène ouverte de rue, ainsi que sur les sites d'orpaillage.

Plusieurs groupes ressortent des observations des services concernés :

■ **Petits trafiquants migrants !**

Certains sont originaires du Surinam, quelques-uns du Brésil, mais la grande majorité est originaire du Guyana, pour les raisons évoquées d'impossibilité de reconduite à la frontière. Ces populations délinquantes, qui, auparavant, exerçaient une délinquance de passage et relevaient de mesures d'expulsion, présentent depuis peu (deux ans environ) un phénomène de sédentarisation illicite (squats, hébergement intracommunautaire) et développent des habitudes régulières de trafic et de délinquance.

Ce sont pour la plupart des hommes, majeurs ou non, le plus souvent axés sur un trafic de crack.

■ **Petits trafiquants locaux**

Pour la plupart, des hommes, entre 20 et 30 ans, peu de métropolitains. Plus souvent dans un trafic de vente de cannabis.

■ **Population féminine sédentarisée**

Les femmes représentent moins de 10 % des interpellations, mais de forts mécanismes d'économie souterraine existent et font partie intégrante du mode de vie : femmes seules d'origine étrangère (Haïti, Surinam, Guyana) ayant pour la plupart des enfants nés sur le territoire français, vivant souvent de recel (le recel d'objets volés en échange de produits stupéfiants est fréquent), participant à l'hébergement de personnes migrantes, délinquantes ou non.

■ **Population féminine itinérante**

Femmes d'origine étrangère pour la majorité (Brésil, République dominicaine) se déplaçant sur les sites d'orpaillage pour des activités de prostitution, mais, semble-t-il, participant largement à la diffusion de produits illicites sur les sites, soit directement, soit indirectement, par le biais d'un acheminement fluvial commun.

■ **Jeunes**

Comme pour les femmes, la proportion d'interpellation pour les jeunes est légèrement en baisse, 8 mineurs ont été interpellés pour trafic cette année, mais l'augmentation des jeunes en errance s'accompagne de conduites délinquantes.

LES PRODUITS

Les opiacés

Ce chapitre recouvre six substances : l'héroïne, la buprénorphine, la méthadone, les sulfates de morphine, la codéine, l'opium.

L'héroïne

État des lieux

L'héroïne en Guyane, à l'inverse de la métropole, n'a jamais connu de fortes consommations : phénomène marginal, n'excédant pas 10 % de la population toxicomane connue, réservée à des usagers ayant été initiés pour la majeure partie hors du département. Ce sont, majoritairement des métropolitains, itinérants, des routards venus tenter l'aventure en Guyane, quelques-uns sont insérés socialement et gèrent souvent assez bien leur consommation. On compte également quelques Guyanais, bushinenge et de rares cas de femmes prostituées (Brésiliennes), dans un contexte de polytoxicomanie.

L'héroïne est le plus souvent inhalée, la technique s'appelle « chasser le dragon » : une boulette est chauffée sur une feuille d'aluminium, la fumée est aspirée à l'aide d'une paille ou d'une feuille roulée ; la préparation prend environ cinq minutes. L'héroïne peut également être fumée sur une cigarette, plus rarement, elle est injectée, après avoir été diluée dans une solution acide (citron ou vinaigre additionné d'eau) et chauffée ; le mélange s'injecte tiède.

En Guyane, la majorité des héroïnomanes passent rapidement à une consommation associée de crack, souvent au début, par curiosité et intérêt, ensuite par sa plus grande disponibilité.

Deux formes d'héroïne sont présentes sur le marché local : le brown sugar (forme fumable) et une héroïne blanche venant de Colombie. Le brown est plus disponible, son prix est faible et varie entre 100 et 250 F le gramme, voire 80 F le gramme ; la blanche est beaucoup moins disponible et plus chère : prix très variables, allant de 200 à 1 000 F le gramme, en fonction des approvisionnements et des lieux (elle serait plus chère sur Saint-Laurent que sur Cayenne et Kourou). Ses appellations varient : « Blanche », « Brune », « Roro », « Charly ».

Son accessibilité est nettement moins grande que d'autres produits et les clients doivent passer par un circuit, elle n'est pas couramment vendue dans la rue. Les vendeurs sont, pour la plupart des locaux, les « rabatteurs » sont souvent des « métro », eux-mêmes consommateurs.

Traditionnellement, les circuits d'approvisionnement passent par le Surinam, en provenance des Pays-Bas, un circuit par le Brésil s'organise. Les saisies d'héroïne sont faibles.

Phénomènes émergents

Bien que les caractéristiques de l'héroïne restent globalement stables, quelques éléments sont à signaler.

- La tendance à l'organisation d'un circuit d'approvisionnement par la frontière brésilienne : l'héroïne arriverait de Colombie par le Pérou, puis le Brésil par Manaus et Belém, une grande partie serait alors expédiée pour le Brésil, une part plus faible vers la Guyane, par Macapa et Saint-Georges-de-l'Oyapock.
- Une augmentation d'un usage festif ou occasionnel d'héroïne dans les milieux initiés, aisés, avec une gestion du produit, souvent dans un contexte de pluriconsommation. Ce phénomène serait plus fréquemment observé sur Kourou.
- Une tendance à une meilleure image du produit par les consommateurs, due, en partie, au fait qu'il existe un traitement et aussi, en comparaison des dommages dus au crack.

La buprénorphine

État des lieux

La buprénorphine haut dosage (Subutex®) est présente sur le département depuis seulement 1997, en raison de la faible prévalence de l'héroïne et d'une forte réticence à l'implantation des produits de substitution.

Depuis sa mise sur le marché, les centres de soin ont accueilli la grande majorité des héroïnomanes, certaines prescriptions de ville concernent parfois des usagers de crack.

Un marché parallèle s'est rapidement mis en place mais reste globalement marginal, le produit n'étant pas très connu ni recherché par la population toxico-mane majoritaire. Certains usagers de crack l'utiliseraient occasionnellement pour gérer la descente.

Son prix de vente au marché parallèle reste stable : environ 50 F le comprimé de 8 mg.

La perception du produit est plutôt bonne et reste assimilée à un traitement.

Phénomène émergent

Deux cas d'injection de Subutex® ont été signalés : l'un à Kourou, l'autre à Cayenne ; pour ce dernier, ce mode d'administration a été initié au centre pénitentiaire.

La méthadone

État des lieux

Le produit est très peu prescrit sur le département en raison de l'absence de « centres Méthadone » identifiés, les CSST n'ayant pas reçu les moyens de mise en place. La méthadone est pourtant assez souvent réclamée par des usagers d'héroïne se présentant pour un traitement de substitution.

Actuellement, et très certainement en raison de sa faible diffusion, il n'y a pas connaissance d'un marché parallèle.

Les sulfates de morphine

État des lieux

Les sulfates de morphine (Skenan®, Moscontin®) font parfois l'objet de demandes auprès des médecins, par des usagers d'héroïne, mais ne concernent que de très rares patients, encore réticents au traitement de substitution ou venant d'arriver sur le territoire. L'orientation se fait généralement vers un traitement de substitution. Certains cas de toxicomanies iatrogènes sont décrits, souvent dans un contexte de polytoxicomanie (héroïne, alcool).

Ce type de produits n'est pas recherché sur le marché local, on n'en connaît pas de marché parallèle.

La codéine

État des lieux

En vente libre, sous forme de sirop ou de comprimés, destinée à apaiser les syndromes tussifs sévères ; son usage est détourné par les héroïnomanes pour soulager un manque.

Quelques cas d'usage compulsifs (2 à 3 cas sur Cayenne et Kourou) sont décrits, parfois dans le but d'un sevrage d'héroïne ou même d'alcool. Le phénomène reste très marginal.

L'opium

État des lieux

La Guyane connaît une forte population asiatique, chinoise et H'mong. Une consommation de type culturel est décrite chez les H'mongs, qui ont gardé un mode de vie très traditionnel. Quelques saisies ont eu lieu il y a quelques années.

La consommation y reste très régulée, avec des rituels précis.

Phénomène émergent

Quelques variantes rituelles apparaissent, ainsi, depuis quelques années, l'alcool (tafia) est de plus en plus associé, notamment pour les fêtes et les cérémonies ; le tafia est, dans ce contexte, utilisé comme appât pour attirer le dragon. Cet ajout de l'alcool à la consommation rituelle d'opium pourrait être une explication au phénomène émergent de consommation d'alcool des jeunes H'mongs.

Les stimulants

Ce chapitre regroupe quatre produits, deux présents à des degrés très variables (la cocaïne et le crack), deux émergents (amphétamines et ecstasy).

La cocaïne

État des lieux

Présente, à très faible portée, sur le territoire dans les années 1970-1985, réservée à une clientèle aisée et festive, elle se voit presque totalement retirée du marché, par la suite, avec l'arrivée du crack. Elle est quasiment absente des données du système sanitaire. Les saisies sont le reflet de l'exportation vers l'Europe où, pour les saisies locales, le chlorhydrate de cocaïne est destiné à la transformation sur place en crack. Seule une consommation marginale persiste dans certains milieux ciblés de Cayenne et de Kourou, essentiellement.

Phénomène émergent

Depuis cette année, on assisterait à une recrudescence de la disponibilité du chlorhydrate de cocaïne, avec une reprise de sa consommation, toujours dans les milieux aisés, mais aussi et, semble-t-il, de plus en plus, dans les milieux de la prostitution : la Crique et Kourou. Elle est généralement sniffée, parfois fumée, étalée sur une cigarette, presque jamais injectée ; de plus en plus utilisée par des consommateurs de crack pour se défaire de ce produit. Sa perception est assez bonne auprès des usagers, considérée comme moins dangereuse et plus facilement gérable que le crack ou l'héroïne.

Son accessibilité est moins grande que le crack, le client doit passer par des intermédiaires ; elle est en dehors du trafic de rue : sur Saint-Laurent elle n'est pas disponible le jour même ; ceci semble évoluer sur la Crique et Kourou où elle deviendrait plus disponible, voire directement vendue dans la rue. Son prix varie selon les lieux de vente : 100 à 300 F le gramme à Cayenne et à Kourou ; 80 à 160 F à Saint-Laurent. Deux variétés semblent exister, une dite « douce » et une « forte ».

Elle est souvent consommée dans un cadre festif, associée à d'autres produits, alcool, parfois héroïne ou autres psychostimulants.

Le crack

État des lieux

Arrivée dans la zone Caraïbe dans les années 1985, la Guyane est un des départements pilotes de ce mode de consommation, avec des chiffres croissants, depuis plus de 15 ans. Il touche toutes les couches sociales avec une atteinte extrême des personnes présentant une comorbidité psychiatrique et/ou en désinsertion sociale. L'âge moyen de consommation est 25-45 ans, mais tend à diminuer. Ses conséquences sociales sont majeures avec une codélinquance et des troubles du comportement.

Le crack est obtenu à partir du chlorhydrate de cocaïne, mélangé le plus souvent à du bicarbonate de soude et chauffé ; il est ainsi cristallisé, destiné à être fumé ou inhalé, modes d'administration privilégiés des contrées latino-caraïbéennes. Il peut-être fumé sur du tabac ou sur un joint de cannabis : le blaka jango ou black-joint ; pur, il est généralement inhalé après avoir été chauffé. Ses modes de préparation les plus courants sont :

- *la pipe en verre* (mode aussi appelé «*fumer sur le verre*»), remplie d'eau à moitié, recouverte d'un papier aluminium troué, sur lequel est posé le morceau de crack avec de la cendre de cigarette, le tout est chauffé et la vapeur aspirée ;
- *la pipe sèche ou «bombe»* (la plus courante) : confectionnée à partir d'une cannette de soda, aplatie et percée ; le caillou est écrasé, mélangé à de la cendre, le tout est chauffé, la fumée est aspirée par le bec verseur. La préparation prend environ cinq minutes et est très ritualisée ; le consommateur se dit lui-même «*alchimiste*», c'est la première bouffée qui procure le plus d'effets ;
- *la pipe à eau* : bouteille en plastique recouverte d'une feuille aluminium, percée à l'aide d'une cigarette, pour aspirer la fumée, après le même procédé de préparation.

Le matériel de plomberie (cuivre, laiton) est souvent utilisé, car il ralentit l'échauffement. Des pipes artisanales décorées sont fabriquées en milieu amérindien, des deux côtés du fleuve Maroni.

Le mode injecté est rarissime : le caillou est dissout dans un acide et donne de la cocaïne pure ; procédé utilisé par certains héroïnomanes pour des associations de produits.

La disponibilité et l'accessibilité du produit sont maximales et les quartiers sont des scènes ouvertes de vente. Le prix est très faible et se négocie : le principe étant de vendre bon marché et en grandes quantités. Les prix varient entre 10 et 20 F la dose, voire 5 F à Saint-Laurent ; le caillou peut aussi être échangé contre une boisson. Une «*galette*» de 5 g est vendue 300 F, souvent redécoupée et revendue à plus petites doses ».

Les noms donnés sont : «*caillou*», «*cristal*», «*puïli*» (milieu Saramaca) ou encore : «*femme blanche*» ou «*réveil*» (aide à sortir de la fatigue). La perception du produit est plutôt mauvaise, mais cela n'empêche pas sa consommation massive.

La consommation est souvent intense de type compulsif («*craving*»), avec une forte dépendance et des répercussions sociales majeures :

«*Vous nous voyez dans les rues, vous croyez qu'on est bien ! Non pas du tout. Je souffre autant que je subis, je suis un clochard des trottoirs de la Guyane. Je mange très peu. Ah oui ! Je supporte, je supporte tous les jours. De toute façon, il faut bien que je me débrouille dans la vie ! C'est pourquoi je fume tous les jours ma drogue.*» (Note ethnographique Cayenne).

Les amphétamines speed

État des lieux

Jusque récemment, on ne notait pas de consommation de ce type de produits.

Phénomène émergent

Cette année, une prise d'amphétamines a été faite au bac de Saint-Laurent, sans que l'on sache vraiment si le produit était destiné à la région. Les modes de consommation observés ces derniers temps, sur Kourou notamment, inciteraient à penser que c'était bien le cas.

Sur Kourou, toujours, circulerait un nouveau produit, appelé «*ice*» ; il s'agit d'une méthamphétamine provoquant des effets supérieurs au crack et plus prolongés (8 heures). Des accès d'agitation observés auraient pu être provoqués par ce produit. Son prix serait très élevé, 1 200 F le gramme, et le réserve à une clientèle ciblée.

En l'absence de moyens d'analyse directe du produit, il est cependant difficile d'affirmer la réalité du phénomène, qui reste du domaine de la rumeur, le produit n'étant pas forcément vendu pour ce qu'il est.

L'ecstasy

État des lieux

Le phénomène «*techno*» est peu en vogue sur le site et la consommation d'ecstasy, peu répandue. Le produit a fait son apparition depuis quelques années, dans des soirées privées, le mode d'approvisionnement se faisant directement par

des consommateurs revenant de métropole ; ceci dans un caractère festif et d'expérimentation ; des soirées *rave* commencent à s'organiser.

Phénomène émergent

Cette année, on constate une évolution, en particulier sur Kourou, où la vente d'ecstasy commence à se faire par des petits trafiquants, vendeurs de crack. Il semble qu'ils ciblent leurs clients, déjà consommateurs de crack, le plus souvent métropolitains, issus de milieux aisés et susceptibles d'être intéressés ; ils proposent alors le produit en plus ou à la place du crack. Sur Kourou, les milieux socioprofessionnels élevés et les étudiants seraient visés ; on ne dispose pas de renseignements précis sur les autres communes.

Les hallucinogènes

Dans ce chapitre sont regroupés divers produits : la kétamine et le protoxyde d'azote ne seront pas étudiés car absents de toute observation sur le site.

Le LSD

État des lieux

Présent sur le site à très faible échelle, dans les années 1980-1985, ce produit n'apparaît plus ensuite dans les recueils de données.

Phénomène émergent

Du LSD a été intercepté au cours de la récente saisie d'amphétamines à Saint-Laurent. Les données recueillies sur le trafic, en provenance du Brésil par Saint-Georges-de-l'Oyapock, signalent du LSD, par la même filière que l'héroïne. Des consommations de ce produit sont repérées à Macapa, au Brésil.

En dehors de ces informations, aucune consommation n'est répertoriée dans le système sanitaire ; des usagers confirment, toutefois qu'il est possible de s'en procurer sur commande.

Cette information provient de Kourou, où il semble que les consommations les plus diverses soient possibles, bien que restant à faible échelle.

Les champignons et les plantes hallucinogènes

État des lieux

La forêt guyanaise recèle de substances hallucinogènes (psilocybine, datura, latex...) et l'usage de ces plantes est courant dans les communautés amérindiennes et bushinenge, à des fins chamaniques et médicinales.

De tout temps, un usage expérimental a eu cours, à faible échelle, pouvant provoquer des états hallucinatoires ou d'agitation. La méconnaissance des effets spécifiques de ces produits ne permet que de supposer leur usage, en présence de pathologies atypiques.

Le Gamma OH

Phénomène émergent

L'acide gamma-hydro-butyrique, encore dénommé « drogue des violeurs » pour ses capacités de perte mnésique, n'était pas suspecté, jusqu'à présent sur ce site.

Plusieurs éléments permettent de penser qu'il est peut-être administré à des personnes, à leur insu :

- cas de viol, sur Kourou, où les personnes ne se souviennent pas précisément des événements ;
- épisodes de troubles mnésiques chez des personnes ayant perdu argent et papiers ;
- troubles confuso-oniriques, sentiment de bizarrerie décrits chez des sujets ayant consommé de l'alcool ;
- plusieurs témoignages concordants d'états de bizarrerie, accompagnée de malaise, chez des personnes ayant consommé dans un bar de la Crique. Coïncidences ?, Gamma OH ?, autre(s) nouveau(x) produit(s) ?

Les médicaments psychotropes

Le Rohypnol®

État des lieux

Hypnotique puissant, pour lequel la prescription médicale est limitée en raison d'un renforcement de son usage détourné ; aucune donnée ne permet d'établir la présence d'un trafic autour de ce produit. Une vigilance s'impose, toutefois, au regard

des faits rapportés au paragraphe précédent, le Rohypnol® pouvant provoquer des effets similaires.

Les benzodiazépines

État des lieux

Des usages abusifs de ce type de médicaments sont signalés par les pharmaciens, consécutifs à des prescriptions multiples dans le cadre de consultations itinérantes. En revanche, il n'est pas décrit de trafic notoire de tranquillisants sur le marché des drogues, ces produits étant, semble-t-il, peu recherchés par les consommateurs locaux.

L'Artane®

Quelques consommations d'Artane® étaient décrites dans les années 1980 ; ce produit n'a plus cours, à l'heure actuelle, dans la région.

Les solvants

État des lieux

L'enquête en milieu scolaire de 1997 fait état de pratiques de consommation de substances volatiles (sniff de colle et solvants) chez les jeunes. Ce résultat a provoqué un grand étonnement dans les milieux spécialisés et une certaine incrédulité ; toutefois, au regard des observations en milieu scolaire, le phénomène s'est confirmé avec le constat d'usages assez fréquents de ces produits. Ce phénomène n'est pas retrouvé dans les autres départements d'outre-mer. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- une forte coutume locale à sniffer des préparations médicinales dans un but thérapeutique, en faisant un mode d'administration courant ;
- la diffusion d'un produit venant d'Asie, le *Shilling oil* (huile à base de menthe, camphre et eucalyptus, destinée à dégager les sinus), utilisé parfois sur du tabac, pour la recherche d'effets stimulants. Ce produit est interdit à la vente mais se trouve sans aucune difficulté et est très prisé de la population locale ;
- les habitudes de sniffer des substances volatiles importées par des jeunes des pays voisins (essentiellement du Brésil) :
«Beira Rio (ensemble de petits restaurants aménagés au bord de l'Amazone), endroit touristique de Macapa, où j'ai pu observer de nombreux enfants des rues

(une dizaine en l'espace de 2 heures) avec un sac en plastique rempli de colle ou autres solvants, dont l'usage est relativement important. L'âge moyen chez les jeunes garçons est d'environ 10-12 ans, ils sont pour la plupart sans domicile, vendeurs à la sauvette, laveurs de voitures ou cireurs de chaussures ; les jeunes filles, quant à elles, sont âgées de 12-15 ans, se prostituent et sont sans domicile, ni parents.» (Note ethnographique Brésil).

Phénomène émergent

Un cas de sniff de colle signalé au CSST de Cayenne, chez une jeune Brésilienne de 15 ans, usant de ce produit régulièrement ; la colle était sniffée dans un sachet plastique.

Le cannabis

État des lieux

Dans la zone Caraïbe, la consommation de cannabis a connu un plein essor depuis les années 1960-1970, avec l'avènement du mouvement «rastafari», entraînant avec lui un renforcement culturel très fort du mode de consommation fumé. La Guyane semble avoir été, à l'époque, moins touchée par le phénomène pour des raisons politico-économiques locales et l'usage du cannabis s'installe plus lentement, au sein de la population ; le phénomène de mode vient plus précisément des métropolitains et des Guyanais ayant vécu en métropole. Par ailleurs, une forte consommation de tradition culturelle préexistait chez les Bushinenge.

Depuis, l'usage du cannabis semble s'être considérablement développé, avec une forte tendance à la banalisation, touchant un large éventail de la population, tant en terme d'âge que de niveau socioculturel.

Chez les jeunes, l'enquête de 1997 fait état d'une consommation de seulement 5,5 % chez les 14-15 ans, plus fréquemment chez les jeunes métropolitains.

Jusqu'à l'année passée, la forme utilisée connue a toujours été l'«herbe» ou «marijuana», à base de feuilles séchées, dénommée, le plus souvent «kali», réputée de bonne qualité avec une forte teneur en principe actif (THC) : supérieure à 20 %, contre 5 à 7 % en métropole ; la forme «*Sensemilia*» est particulièrement forte.

Les appellations les plus variées circulent, en fonction des milieux culturels : «ganja», «zeb», «kaya» (fort comme un roc), «salad», «wid», «cone», «satival», «indish hennen», «colombia gold», «sense», «long breed», «busch herbe», «maconha» (terme brésilien), ou encore «boubou» (produit de mauvaise qualité contenant des moisissures). Le produit est très souvent consommé en groupe, avec un fort effet renforçateur.

Les modes de préparation sont variés : roulé dans du papier à cigarettes ou dans des feuilles de banane séchées ou encore des feuilles de tabac («*fonto*» chez les Bushinenge).

Les associations sont fréquentes :

- au tabac, c'est même parfois un mode de vente tout préparé, à 5 ou 10 F la cigarette ;
- à l'alcool, de loin l'association la plus fréquente ;
- au crack : sous forme de blaka jango ou black-joint, souvent un mode d'entrée dans une consommation plus sévère ; c'est aussi un bon moyen de régulation chez les usagers de crack.

Le prix varie en fonction de la quantité achetée (à partir de 10 F pour deux joints, jusqu'à 20 F le joint) et de la saison ; de 600 à 2 500 F le kilo. Les périodes où les prix flambent sont les fêtes de fin d'année et carnaval (décembre à février/mars), technique commerciale pour fidéliser la clientèle au crack, et en saison sèche, car plus rare (le cannabis nécessitant beaucoup d'eau pour sa croissance) ; il est aussi de plus mauvaise qualité à cette période. Il n'est pas rare non plus d'avoir sa petite culture personnelle dans son jardin ou sur son balcon, la plante poussant aisément sous ce climat.

Peu de dommages sanitaires sont répertoriés, en dehors des accès délirants aigus ou «*psychoses cannabiques*», très souvent en rapport avec une pathologie mentale sous-jacente, alors révélée par le produit.

La perception est généralement bonne chez les usagers : «*ce n'est pas une drogue*», «*ça aide à draguer les filles*», certains toutefois reconnaissent avoir des difficultés de mémorisation ou de concentration en le consommant ; parfois, au contraire, ils en prennent pour mieux travailler ou encore pour se détendre ou pour avoir de l'assurance.

Bien que l'usage récréatif soit le plus fréquent, des consommations de type abusif sont de plus en plus répertoriées par les structures de soins et décrites par les usagers.

Note ethnographique Cayenne

«*M-R est une belle et grande créole de 36 ans. Elle habite une HLM neuve dans un quartier difficile de Cayenne. Elle a deux enfants de deux pères différents, qu'elle ne voit plus : une fille de quatre ans et une autre de quinze ans.*

M-R ne travaille pas plus de quelques jours ou semaines dans l'année. Elle vit principalement du RMI, des aides sociales et de petits jobs.

Elle habite un appartement clair, bien rangé et propre et cultive "ses plantes" sur un balcon (plantes médicinales et quelques pieds de kali). Sur un des murs de son appartement se trouve un poster de Bob Marley fumant un gros joint et quelques

représentants rastas. M-R est "rasta", sur son look, c'est visible si l'on y prête attention : barrette dans les cheveux, colliers et sac à main aux couleurs rasta.

M-R fume du kali. Elle fume beaucoup et encore plus quand elle fait face à des problèmes d'argent et de cœur. Dans la mesure du possible, elle ne fume pas devant ses enfants mais sa consommation est telle qu'elle ne peut pas toujours fumer sur le balcon ou attendre que ses enfants soient à l'école ou couchés pour fumer.

Elle roule le kali avec du tabac de cigarette (Peter Stuyvesant®) et fume généralement avec un porte-cigarettes en bois. Elle ne sait pas bien estimer sa consommation : environ 5 ou 6 cigarettes quand elle va bien, 10 et plus les jours noirs. Ces jours-là, elle ne fait rien ou presque rien et demande à un ami, une voisine de récupérer ses enfants.

Elle achète son kali à un vendeur en gros ou se fait directement livrer à la maison par un taxi collectif de Saint-Laurent.

Elle fume généralement seule, parfois avec quelques amis triés sur le volet.

M-R est issue d'une vieille famille de Guyane. Elle a été élevée dans la tradition familiale, connaît l'église, a un réseau de connaissances familiales. Elle a conscience que depuis quelques années, elle s'enferme sur elle-même, que ses relations avec les autres deviennent rares et difficiles. Elle ne supporte plus les contraintes.

Elle est intelligente, sensible et analyse bien sa situation. Elle souffre du regard de sa fille aînée. Elle dit : "C'est son père, un Brésilien qui m'a initiée au kali".

Quand elle veut décrocher, elle boit. Peu d'alcool suffit car, normalement, elle ne boit pas puisqu'elle est rasta : quelques bières ou verres de Martini® suffisent.

M-R dit toujours qu'elle veut et qu'elle va s'en sortir mais... elle ne s'en sort pas. Elle ne s'en sortira pas ces jours-ci, car sa fille aînée est partie (jours noirs).

M-R a réalisé que sa fille venait d'avoir 16 ans. La fumée n'arrête pas le temps... » (R. Edme - Enquête TREND Guyane).

Phénomènes émergents

Pour ce qui concerne le cannabis sous forme d'herbe, il n'y a pas vraiment d'émergence, en dehors de sa diffusion de plus en plus large ; en revanche, un aspect de la consommation de ce produit semble avoir émergé cette année avec **l'apparition de résine de cannabis** sur le marché, aussi bien à Cayenne qu'à Kourou ou Saint-Laurent.

D'appellations diverses : «*shit*», «*assissi*» (chez les saramaka), «*béton*», «*lion*», il est vendu environ 60 F le gramme (500 F les 10 grammes), en provenance du Maroc, via les Pays-Bas par Paramaribo, ce sont essentiellement des vendeurs du Guyana qui en font le commerce. Le produit serait de plus en plus

apprécié et recherché par les jeunes. La résine peut être mélangée à du tabac et à de l'herbe, le mélange est surnommé « *mix-up* ».

Un produit circule sur la Crique à Cayenne et à la « Pideg » (zone de pêche) : le bone dry, en provenance du Guyana, ce serait un kali réputé pour être très sec et très fort (peut-être de la résine ?). Ce produit se fume dans une feuille de tabac, coupée en deux dans le sens de la longueur, puis en trois, six ou neuf, dans le sens de la largeur (cette préparation se retrouve aussi à Saint-Laurent, aussi bien pour l'herbe que pour le haschich), un morceau de bone dry est déposé dans les feuilles ainsi préparées et fumé ensuite. Les sensations seraient supérieures au produit classique, avec des effets oniriques accrus (« voyages »), très recherchés par les usagers :

« Le bone dry est un kali très sec et très fort. Ce produit arrive en force à la Crique, à la Pideg. Il est introduit par les Anglais de Georgetown et vient du Guyana (peut-être du Surinam aussi).

Le bone dry se fume dans une véritable feuille de tabac. Ces feuilles viennent aussi du Guyana. Chaque feuille de tabac est coupée de la façon suivante : en deux, dans le sens de la longueur, puis en quatre, cinq ou six dans le sens de la largeur. On obtient ainsi 8, 10 ou 12 morceaux de feuilles de tabac et, dans chacune d'elles, on roule le bone dry pur.

L'effet est très fort, immédiat et se prolonge sous la forme d'un rêve. Les descriptions que font les consommateurs nous font penser que cette drogue permet de voyager, de faire des choses en rêve tout en restant là à fumer.

Par exemple, un consommateur m'a dit : « Il y avait une fête à Saint-Laurent. Je n'avais pas d'argent pour me payer le transport Cayenne/Saint-Laurent-du-Maroni, alors j'ai fumé et ainsi j'ai participé à la fête : j'y étais ». » (Note ethnographique Cayenne).

Un autre mode de consommation se répand chez les jeunes (signalé à Saint-Laurent) : la **méthode de « l'aquarium »**. Elle consiste à s'enfermer à plusieurs dans une voiture, vitres fermées, pour fumer (fréquent, chez les adolescents).

Un facteur de renforcement vient, semble-t-il, s'ajouter dans la consommation de cannabis, par la montée d'une mode « rasta », chez les jeunes, notamment originaires des pays anglophones (Surinam, Guyana), avec une culture et un mode de vie et de consommation de ce type de produits.

PERCEPTIONS

Les perceptions sur l'usage des substances psychotropes et leurs conséquences varient en fonction des interlocuteurs (usagers ou professionnels).

CHEZ LES USAGERS

Les substances psychotropes sont perçues différemment selon les produits :

- le cannabis est peu considéré comme une drogue, chez les jeunes ;
- le crack est majoritairement perçu comme dangereux, mais, paradoxalement, l'absence de syndrome de manque donne à penser aux utilisateurs qu'ils peuvent s'arrêter facilement s'ils le décident ; d'où la difficulté du soin dans cette forme de dépendance ;
- l'héroïne a plutôt mauvaise image, en raison de sa dépendance physique, mais les usagers connaissent l'existence des traitements de substitution. Nombre de consommateurs de crack expriment une demande quant à un traitement similaire pour le crack ;
- l'ecstasy est perçue comme une drogue récréative.

CHEZ LES PROFESSIONNELS

Les perceptions négatives sont : un fort sentiment d'impunité quant au trafic ; une augmentation du sentiment d'insécurité majoré par la visibilité des « crackomanes » dans les rues ; l'insuffisance des moyens de soins (moyens humains), d'hébergement (structures) et de prévention (ex. : le non-remplacement du formateur Relais anti drogue, dans les services de gendarmerie).

Les perceptions positives sont : les efforts de développement d'un dispositif de prise en charge par le chef de projet ; sentiment renforcé par la visite ministérielle en septembre dernier ; la structuration d'un réseau toxicomanie et le développement des partenariats au sein du même réseau ; l'espoir apporté par le « programme de remobilisation des toxicomanes incarcérés » ; les projets d'unité d'addictologie et « d'hôtel social ».

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Au regard des observations rapportées, bien des classes de la société guyanaise sont concernées par l'usage de substances psychotropes, multiples et variées.

Crack/herbe de cannabis/alcool forment le trio favori des psychotropes consommés sur le département, de plus en plus souvent en association ; ceci avec des conséquences variées, soit de majoration des effets négatifs (troubles psychiques, violences, comportements compulsifs), soit de régulation, mais en induisant de forts mécanismes de dépendance.

Le traitement de ces modes d'addiction est complexe et s'inscrit dans la durée ; il ne peut faire, dans la majeure partie des cas, l'économie d'un traitement social associé et adapté au contexte.

L'héroïne reste un produit peu consommé sur ce site et rarement injecté, cela n'exclut pas pour autant la nécessité de pouvoir répondre de façon correcte aux demandes de soins émanant des usagers de ce produit. Les mesures de traitement et de réduction des risques devraient pouvoir y être appliquées à part entière.

L'émergence de l'arrivée de certains produits jusque-là inexistantes (résine de cannabis, ecstasy), si elle semble confirmée par le recoupement des informations, mérite d'être étudiée quant à l'impact des dommages qui pourraient en résulter ou non ; les études à venir devront s'attacher à cette dimension.

La circulation de substances telles que la méthamphétamine, le GHB, le LSD, reste à confirmer et ne relève actuellement que de la rumeur. Une réflexion sur des moyens d'analyse des substances serait à envisager.

Le sniff de colle et solvants chez les jeunes d'âge scolaire semble se confirmer, mais est loin des situations décrites dans certains pays. Ce fait, bien que signalé depuis 1997, n'a semble-t-il jusqu'à présent fait l'objet d'aucune mesure de prévention particulière auprès des intéressés, ni d'investigation complémentaire ; ceci pourrait être un des objectifs de la prochaine observation.

En terme de populations concernées, si les groupes de consommateurs sont très diversifiés, on peut, toutefois, les regrouper dans des problématiques communes que sont le déracinement et/ou les pertes de repères culturels et l'isolement (géographique et/ou socio-affectif).

La Guyane se trouve confrontée à un double mouvement, en matière de consommation de produits :

- un, de tendance générale, au plan mondial, à consommer des substances psychoactives ; le crack en est un des plus représentatifs ;
- un, plus spécifiquement local, regroupant le facteur géographique de proximité et de facilité d'approvisionnement et celui, plus insidieux, de développement de communautés en grandes difficultés.

Les observations relevées quant aux populations migrantes (jeunes en errance, milieux de prostitutions, orpaillage) nécessiteraient des investigations supplémentaires afin de pouvoir dégager des éléments de compréhension et développer des mesures de prévention et de réduction des risques ; les contextes d'observation restent cependant difficiles à aborder, notamment celui de l'orpaillage.

Partout dans le monde, mais en Guyane avec une acuité particulière, les chemins de la drogue suivent ceux de la misère morale et sociale. Développer des moyens adéquats de réduction de cette détresse observée si fréquemment au contact des usagers, par :

- le renforcement des structures de soins existantes, notamment en moyens humains, afin d'assurer des prises en charge au long cours, de qualité ;
- le développement de stratégies de prévention et de suivi au long cours, *a minima*, dans les centres de soins périphériques, afin de prévenir les récidives ;
- l'amélioration de système de réponses sociales, notamment en matière de rapidité, afin d'éviter des situations de rupture parfois dramatiques ;
- le développement de structures d'hébergement social, disséminées sur les pôles stratégiques du département, afin de favoriser les réponses de proximité et d'éviter les trop grandes concentrations de populations en difficulté ;
- la facilitation de l'accès des usagers de drogues au système sanitaire et la formation des intervenants à leur accueil, afin de réduire les risques associés sont autant d'orientations pouvant contribuer non pas à enrayer un processus, mais à en diminuer au maximum les dommages et à réduire les facteurs favorisant la mise en place de conduites addictives problématiques.

Le travail d'observation et de détection des phénomènes entrepris cette année devrait se poursuivre et contribuer ainsi à mettre en évidence les nécessités d'actions en faveur de la prise en compte des phénomènes de consommation de substances psychotropes.

COORDONNÉES DES STRUCTURES DE GUYANE

AKATI'J

Avenue Victor-Hugo, Le Ranch Espace Jeunes, BP 317, 97378 Kourou cedex
Tél. : 0.594.32.33.13/Fax : 0.594.32.71.15

ARSKA

BP 37, 97393 Saint-Laurent-du-Maroni
Tél./Fax : 0.594.34.40.19

CCAA

45, rue Vermont-Polycarpe, 97300 Cayenne
Tél./Fax : 0.594.31.54.22

CGPA

45, rue Vermont-Polycarpe, 97300 Cayenne
Tél. : 0.594.30.02.06/Fax : 0.594.30.37.63

CSST Cayenne

76, rue Justin-Catayée, 97300 Cayenne
Tél. : 0.594.35.13.80/Fax : 0.594.35.37.57

CSST Kourou

26, rue Coutard, 97378 Kourou
Tél. : 0.594.32.10.79/Fax : 0.594.32.25.83

CSST Saint-Laurent

CHOG Frank Joly, 97393 Saint-Laurent-du-Maroni
Tél. : 0.594.34.74.01/Fax : 0.594.43.87.56

IN'PACT

27, rue Georges-Guéril, BP 215, 97393 Saint-Laurent-du-Maroni
Tél. : 0.594.34.10.04

RDS (Relais drogues solidarité)

42, rue Rouget-de-Lisle, 97300 Cayenne
Tél. : 0.594.28.24.83

RÉSEAU T +

7, rue Justin-Catayée, 97300 Cayenne
Tél. : 0.594.35.13.80/Fax : 0.594.35.37.57

LISTE DES SIGLES

AKATI'J : Association kouroutienne d'AIDE aux TI'Jeunes
ARSCA : Association de réinsertion sociale par la culture et l'artisanat
ASUD : Association des usagers de drogues
ASATOFA : Association d'aide aux toxicomanes et à leur famille (dissoute en 1998)
AMAA : Association du Maroni pour les actions d'adaptation (dissoute en 2000)
BRD : Brigade des recherches départementales
CADIS : Centre d'analyse et d'intervention sociologique
CCAA : Centre de consultation ambulatoire d'alcoolologie
CFES : Comité français pour l'éducation à la santé
CGPA : Comité guyanais de prévention de l'alcoolisme
CHC : Centre hospitalier de Cayenne (Andrée ROSEMON)
CHOG : Centre hospitalier de l'OUEST guyanais (Frank JOLY)
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CISIH : Centre d'information Sida intra hospitalier
CMCK : Centre médico-chirurgical de Kourou
CNIS : Conseil national de l'information statistique
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
CSG : Centre spatial guyanais
CSST : Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
DDASS : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (nouvellement DSDS)
DDJS : Direction départementale de la jeunesse et des sports
DDSP : Direction départementale de la sécurité publique
DFA : Département français d'Amérique
DGS : Direction générale de la santé
DIS : Drogues Info Service
DOM : Départements d'outre-mer
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ex-SESI)

DSDS : Direction de la santé et du développement social
EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes
ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and others Drugs
ILS : Infraction à la législation des stupéfiants
IN'PACT : Information, prévention et association contre la toxicomanie
INRP : Institut national de recherche pédagogique
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
LEP : Lycée d'enseignement professionnel
MILDT : Mission interministérielle de la lutte contre la drogue et les toxicomanies
OEDT : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
ORS : Observatoire régional de la santé
ORSG : Observatoire régional de la santé de Guyane
PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse
RDS : Relais drogues solidarité
RÉSEAU T + : Réseau toxicomanie pluridisciplinaire
RVH : Réseau ville hôpital
SINTES : Système d'identification national des toxiques et des substances
SMPR : Service médico-psychologique régional hospitalier
SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation
TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues
UCSA : Unité de consultation et de soin ambulatoire

BIBLIOGRAPHIE

- J. Bahu, « Étude de la population toxicomane prise en charge par le secteur psychiatrique de Cayenne pendant l'année 1993 », Doc. CHC 1994.
- J. Bahu, « Études des besoins de soins d'une population hospitalisée sous contrainte dans la perspective de la création d'une unité fermée au sein du Centre hospitalier de Cayenne (Guyane) », Diplôme universitaire-UFR médecine-Université d'Auvergne-CLERMONT I.
- J. Bahu, A. Gabali, P. Lagrand, « Le Relais. Bilan éducatif psycho-pédagogique », Doc. CHC-1994.
- C. Bernasconi, « Perceptions et pratiques des médecins généralistes face aux conduites de dépendance de leurs patients en Guyane française, enquête 1996-1997 », thèse pour le doctorat en médecine, Bobigny, Université Paris XIII 1998.
- Y. Bertrand, E. Aronica, S. Mam Lam Fouk, F. Grenand, et coll., « Familles en Guyane », Journées d'études, éd. Caraïbéennes, 1992.
- J.-J. Chalifoux, « L'identité ethnique. Questions pour la Guyane », Réseau guyanais de culture scientifique, technique et industrielle, CRESTIG, 1987.
- A.-J. Charles Nicolas et coll., *Crack et cannabis dans la Caraïbe*, éd. Caraïbéennes, 1998.
- Y.-A. Cheney, « Psychopathologies des toxicomanies primaires », in *Crack et Cannabis* (Charles Nicolas et coll.), éd. Caraïbéennes, 1998, p. 165-174.
- B. Cherubini, *Cayenne, ville créole et polyethnique*, éd. KARTHALA CENNADOM, 1988.
- M. Clodion et coll., « Santé et comportement des pré-adolescents en Guyane », Doc. ORSG-1985-1986.
- Z. Domik, *L'état cocaïne*, Sciences, histoire et sociétés, PUF, 1992.
- E. Duval, « Sociétés, cultures et troubles psychiatriques dans la région de Saint-Laurent-du-Maroni (Guyane française) », thèse de médecine, Faculté de médecine de Montpellier I, 1994.
- P. et F. Grenand, « Guyane française : y a-t-il encore des sauvages en Amérique ? Libres propos d'anthropologues sur les Amérindiens de Guyane », Chronique du groupe d'information sur les Amérindiens, Société des Américanistes, 1990.

- L. Jean-Elie et coll., « L'immigration en Guyane », Club Soroptimiste de Cayenne- Journées d'amitié, Pointe-à-Pitre, 3 et 4 avril 1983.
- C. Klein, « Projet toxicomanie de l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni », mai 1996.
- Id., « Projet AMAA d'aide aux toxicomanes », 1996.
- Id., « Saint-Laurent-du-Maroni au cœur de la drogue » in *Crack et Cannabis* (Charles Nicolas et coll.), éd. Caraïbéennes, 1998.
- Id., « Usagers de psychostimulants : quelle approche soignante à Saint-Laurent-du-Maroni ? ». Communication séminaire de Marmottan du 07.12.2000.
- S. Mam Lam Fouk, *Histoire de la Guyane contemporaine 1940-1982*, Les mutations économiques, sociales et politiques, éd. Caraïbéennes, 1987.
- C. Ragoucy-Sengler, V. Cirimelle, M. Simonetti, G. Mevel, J.-L. Peri, P. Kintz, « Caractéristiques cliniques de la toxicomanie au crack », *Toxicorama*, Vol. XI, n° 4, 1999.
- C. Seignalet, « Problèmes sociaux et médicaux posés par l'installation de 10 000 réfugiés en Guyane française », thèse de médecine, Université Bordeaux II, 1989.
- F. Slama, R. Slama, N. Ballon, B. Dehurtevent, J.-D. Even, A.-J. Charles Nicolas, « Toxicomanie et comorbidité psychiatrique à la Martinique, une spécificité : le crack », *Le courrier des addictions*, n° 4 Vol. 3 oct-déc. 2001.
- L. Stinus, « La dépendance à la cocaïne », *La revue du praticien*, tome 6 1203 n° 1796, mai 1992.
- A. Toufik, « Les interactions crack, précarité et VIH », revue *Transcriptase* n° 32, 1995.
- M. Vallart-Coutenceau, « Toxicomanies en Guyane française, Drogue(s) et société(s) - Épiphénomène médico-social dans un contexte pluriculturel », thèse de médecine, Faculté de médecine de Bobigny, 1996.
- M. Vallart, « Guyane-Cocaïne : Cayenne, nouveau carrefour des drogues », p. 57-66, in *Crack et Cannabis* (Charles Nicolas et coll.), éd. Caraïbéennes, 1998.
- Id., « Guyane pluriethnique : Terre française d'Amérique du Sud », p. 95-104, in *Crack et Cannabis* (Charles Nicolas et coll.), éd. Caraïbéennes, 1998.

ILE-DE-FRANCE

CONTRIBUTIONS AU PROJET	187
INTRODUCTION	189
DESCRIPTION DU SITE ÎLE-DE-FRANCE	192
MÉTHODOLOGIE	198
SYNTHÈSE DES TERRAINS ET TENDANCES ÉMERGENTES	203
LES USAGERS DE PRODUITS EN MILIEU URBAIN À PARIS	212
LES PRODUITS, À PARIS, ET EN SEINE-SAINT-DENIS, EN MILIEU URBAIN ET EN MILIEU FESTIF	222
LES PERCEPTIONS DES PRODUITS	253
MODES DE CONSOMMATION ET PATHOLOGIES	255
SYNTHÈSE ETHNOGRAPHIQUE DES CONSOMMATIONS DE PRODUITS PSYCHOACTIFS DANS LE XVIII^e	259
LA POPULATION ACTUELLE	265
MODIFICATION DES MODES DE CONSOMMATION	266
LES PRODUITS : DISPONIBILITÉ ET MODES D'USAGES	270
SYNTHÈSE DES GROUPES FOCaux RÉPRESSIF ET SANITAIRE DE PARIS	273
GROUPE FOCAL RÉPRESSIF	273
GROUPE FOCAL SANITAIRE	279
SYNTHÈSE DU GROUPE FOCAL RÉPRESSIF EN SEINE-SAINT-DENIS	291

CONTRIBUTIONS AU PROJET

L'analyse et la rédaction du rapport ont été réalisées par Sylvain Aquatias, avec l'aide de Monique Leroux.

L'enquête ethnographique a été accomplie, pour Paris, par Abderrahim Lahmer et Malika Tagounit et, pour la Seine-Saint-Denis, par Daniel Grenier.

Les membres du groupe focal « répressif » parisien ont été sélectionnés et contactés par M. Miège.

Le secrétariat des groupes focaux a été assuré par Valérie.

Les groupes focaux parisiens ont été animés par Sylvain Aquatias et Abdalla Toufik.

Le groupe focal répressif de Seine-Saint-Denis a été animé par Sylvain Aquatias et Monique Leroux, avec la participation de Sandrine Halfen et d'Isabelle Grémy (ORSIDF).

Les recueils de données qualitatif et quantitatif dans les structures de bas seuil en milieu urbain ont été coordonnés par Cécile Rougerie (EGO), Monique Isambart (Proses) et Frédéric Voise (AIDES).

Le recueil de données en milieu festif a été coordonné par Jimmy Kempfer (Association Liberté).

Contact : S. Aquatias
14, rue Eugène-Sue
75018 PARIS
Tél. : 01 46 06 27 79
Fax. : 01 46 06 34 75
aqtias@club-internet.fr

INTRODUCTION

Le dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND), au sein du Système d'information sur les drogues (SID) de l'OFDT, vise à repérer les nouvelles tendances de consommation de produits psychoactifs dans le temps le plus court possible, afin d'informer rapidement les différents acteurs dans le domaine des toxicomanies des changements de consommation ou de l'apparition de nouveaux produits. Une information précoce peut permettre des réponses rapides et donc une meilleure protection des usagers comme de la population en général. Pour reprendre en partie la formulation du rapport national de mars 2000, les objectifs définis sont :

- détecter les phénomènes émergents ;
- comprendre les contextes, les modalités d'usage et les implications diverses de la consommation des substances ;
- suivre dans le temps les évolutions de la consommation pour en dégager les tendances ;
- diffuser auprès des décideurs, des professionnels et des usagers, les éléments de connaissance issus du système de détection.

Le dispositif TREND s'étend sur 13 sites qui permettent de saisir ces nouvelles tendances au niveau local et, en comparant les résultats de chaque site, au niveau national.

Chaque site utilise des méthodes de recueil de données correspondant aux mêmes schémas de mise en œuvre, mais suffisamment souples pour rendre compte des réalités locales.

Mis en place en 1999, le dispositif dispose à présent d'un coordinateur pour chaque site qui met en œuvre le recueil de données, les regroupe et les analyse.

Le recueil de données se déploie à la fois auprès des populations « repérées », c'est-à-dire celles qui sont en contact avec des structures d'accueil, de soins et d'accompagnement et des populations « cachées », invisibles ou moins connues.

De la même manière, nous avons recueilli des données pour deux types de milieux de consommation qui semblent se séparer, même s'il existe des jonctions entre les deux. Il s'agit de l'espace urbain et de l'espace festif :

- l'espace urbain regroupe davantage les usagers réguliers, assignés à certains lieux où ils sont plus visibles,
- l'espace festif concerne un contexte précis de consommation, qu'il s'agisse d'usagers ponctuels, parfois désignés comme des consommateurs « récréatifs » ou de consommateurs réguliers fréquentant les lieux festifs. Les fêtes observées concernent essentiellement le milieu techno.

Ces deux espaces se séparent sur deux points : d'une part le contexte de consommation, d'autre part les caractéristiques des modes d'approvisionnement (achat et vente). En effet, les configurations du trafic organisent l'espace urbain alors que les occasions festives structurent la vente de produits, qui se fait souvent sur place. Cela ne signifie pas, bien sûr, que les consommateurs de produits psychoactifs en milieu festif ne se fournissent pas parfois ailleurs, mais simplement que les usagers en milieu urbain suivent les « plans » de vente des substances alors que les vendeurs en milieu festif suivent les usagers dans les occasions festives.

Les données recueillies sont de deux types :

- des données qualitatives, qui se répartissent entre les données recueillies par des enquêteurs ethnographes et les savoirs empiriques des différents intervenants dans le domaine des consommations de produits psychoactifs, par le biais de questionnaires remplis par les intervenants des structures à bas seuil et par la constitution de deux groupes focaux, l'un associant des intervenants dans le domaine sanitaire et l'autre des membres de la police et de la justice,
- des données quantitatives, issues de questionnaires menés dans les structures de soins, éventuellement complétées par les données statistiques disponibles localement.

Ces différents types de données sont mis en conjonction de manière à voir émerger les nouvelles tendances au niveau local.

Ce rapport regroupe deux sites, celui de Paris et un site de « banlieue ». Le site de Paris est facilement circonscrit par les limites mêmes de la capitale. La sélection d'un site en banlieue a été plus compliquée. En effet, les sept départements (Seine-et-Marne, Val-d'Oise, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) ont tous des spécificités quant aux consommations, mais aucun d'entre eux ne peut être considéré comme plus représentatif qu'un autre.

Le site TREND pour la banlieue parisienne a été choisi en Seine-Saint-Denis. Ce département présente plusieurs intérêts :

- depuis de nombreuses années, la consommation de produits psychoactifs et le trafic y sont bien implantés ;
- une collaboration avec un certain nombre de structures de première ligne (C3R et Proses) avait déjà débuté les années précédentes, permettant une meilleure comparaison des données, et donc une meilleure lecture de l'évolution des tendances ;
- sa proximité avec Paris donne la possibilité d'observer les circulations et la diffusion éventuelles de produits entre les deux sites.

Néanmoins, un certain nombre de difficultés ont retardé la mise en place du dispositif TREND dans le 93. Aussi, les premiers résultats que nous présenterons ici n'ont-ils valeur que d'indications partielles et devront être corroborés par ceux de 2002.

De fait, les données de Paris et du 93 seront présentées dans le même temps. Elles seront toutefois séparées et commentées distinctement ou conjointement chaque fois que cela sera nécessaire.

L'analyse descriptive « TREND Paris » a été conçue à partir des données de l'enquête ethnographique. Nous avons d'abord établi une cartographie, aussi précise que possible, des différents endroits où l'on trouvait consommateurs et vente de produits psychoactifs. Puis, nous avons superposé à ces lieux les données provenant des autres sources, en l'occurrence celles des groupes focaux et des questionnaires qualitatifs des structures de bas seuil.

Aussi, de très nombreux endroits sont cités ici. Mais ceux qui sont décrits avec le plus de précision sont sans conteste le XVIII^e arrondissement, la zone circonscrite entre Beaubourg, les Halles et Strasbourg-Saint-Denis, les XIX^e et XX^e arrondissements, le XVII^e arrondissement.

Le département de la Seine-Saint-Denis est trop grand pour être examiné dans sa globalité dans le cadre du dispositif TREND. Les deux structures de suivi et d'accompagnement de toxicomanes avec lesquelles nous avons prévu de travailler étant respectivement présentes à Bagnole, Montreuil et Romainville d'une part, Bobigny, Le Blanc-Mesnil et Drancy d'autre part, nous avons choisi cette deuxième zone pour l'enquête ethnographique. En effet, en nous éloignant des portes de Paris et en nous situant au Nord du département, nous pensions recueillir des données qui ne soient pas seulement une autre expression des situations parisiennes et voir aussi bien les particularités locales que retrouver des indications sur les situations à l'Est de notre zone (Aulnay, Sevran, Villepinte) et à l'Ouest (La Courneuve, Aubervilliers).

Le présent document tente de réaliser une synthèse de données fort diverses et plus ou moins détaillées. De fait, nous avons choisi de le présenter en trois niveaux différents de lecture qui se répètent parfois. Le premier est la synthèse des tendances récentes qui récapitule les faits émergents perceptibles cette dernière année (chapitre III). Le deuxième est la présentation des lieux et des produits (chapitres IV, V, VI et VII). Le troisième se compose des pièces qui ont permis de rédiger les deux premiers (annexes). En conséquence, des répétitions, non seulement au niveau des contenus mais également des formulations, existent entre ces trois niveaux, qui décrivent des phénomènes semblables de manière plus ou moins synthétique, à partir des mêmes données. Le lecteur voudra bien nous en excuser. Mais il semblait intéressant de présenter ici de façon aussi complète que possible les données et de les rendre accessibles pour différentes utilisations, de la plus approfondie à la plus rapide.

DESCRIPTION DU SITE ILE-DE-FRANCE

La région Ile-de-France regroupe, pour le recensement 1999, 10 951 136 habitants.

1 - Répartition par sexe et par âge de la population francilienne

Âge	Hommes	Femmes	Total
0 à 19 ans	1 409 575	1 354 418	2 763 993
20 à 39 ans	1 693 137	1 756 435	3 449 572
40 à 59 ans	1 439 679	1 477 643	2 917 322
60 à 74 ans	543 012	641 245	1 184 257
75 ans ou plus	215 975	420 017	635 992
Total	5 301 378	5 649 758	10 951 136

Source : Population de la région Ile-de-France, recensement INSEE 1999

L'Ile-de-France est la région la plus urbanisée de France. Avec 1 584 communes, l'aire urbaine de Paris recouvre désormais la quasi-totalité du territoire francilien¹.

1. M.-E. Hassan, INSEE, n° 196, avril 2001.

En 1999, l'Ile-de-France compte 4,5 millions de ménages. Plus d'un ménage sur trois est composé d'une seule personne, phénomène plus développé dans cette région que dans le reste de la France. Les familles monoparentales sont en forte augmentation, tandis que les couples avec enfants deviennent moins nombreux. La tendance au départ plus tardif du foyer parental se poursuit².

Le nombre d'étrangers en Ile-de-France a diminué entre 1990 et 1999. Cette baisse concerne tous les départements à l'exception du Val-d'Oise. La réduction importante du nombre d'Européens du Sud, d'Africains du Maghreb et d'Asiatiques du Sud-Est s'explique surtout par les naturalisations. Par ailleurs, la population étrangère en Ile-de-France vieillit et se féminise fortement³.

Une étude menée sur la pauvreté en Ile-de-France montre qu'au 31 décembre 1998, parmi les 4 millions de personnes constituant le champ de référence de l'étude⁴, près de 885 000 vivent dans un foyer allocataire dont les ressources se situent en dessous du seuil de pauvreté. Les deux tiers de ceux-ci ne perçoivent aucun des trois *minima* sociaux versés par les CAF : Revenu minimum d'insertion (RMI), Allocation de parent isolé (API), Allocation aux adultes handicapés (AAH). De fortes disparités départementales et des situations variées de précarité financière apparaissent au sein de la population connue par les Caisses d'allocations familiales d'Ile-de-France.

À Paris, une part importante de la population, bénéficiaire d'au moins une prestation CAF, dispose de ressources inférieures au seuil de pauvreté : elle représente 9 % de la population parisienne totale, essentiellement des personnes seules.

En Seine-Saint-Denis, où 47 % de la population bénéficie d'au moins une prestation versée par les CAF, 195 000 personnes appartiennent à un foyer allocataire en situation de précarité monétaire (14 % de la population totale). Dans ce département, plus d'un enfant de moins de 20 ans sur cinq réside dans un foyer à bas revenus. Au total, en petite couronne, plus de 390 000 personnes vivent avec de faibles ressources (10 % de la population totale).

2. N. Laroche, INSEE, n° 204, décembre 2001.

3. M. Simon, INSEE, n° 203, novembre 2001.

4. Étude réalisée par la direction régionale de l'INSEE Ile-de-France et la Cellule technique de réflexion et d'aide à la décision des Caisses d'allocations familiales (CAF) d'Ile-de-France réalisent une étude sur les allocataires à bas revenus, âgés de moins de 65 ans et n'étant pas inscrits comme étudiants dans les fichiers des caisses. B. Debras (INSEE), D. Chemineau, A. Quiroga (CAF), INSEE, n° 195, janvier 2001.

2 - Nombre total d'habitants des deux départements étudiés ici, par rapport à la région Ile-de-France

Département et région	Nombre total d'habitants	%
Paris	2 125 851	19,41
Seine-Saint-Denis	1 382 928	12,62
Ile-de-France	10 951 136	100,00

Source : INSEE, recensement 1999

La somme des deux départements représente 32,03 % de la population totale de la région, soit près d'un tiers de la population régionale, ce qui n'est pas étonnant puisque la concentration de population sur la capitale est importante.

Le tableau 3 récapitule un certain nombre d'indicateurs, tirés du dispositif ILIAD. Nous n'avons gardé, au vu des objectifs de TREND, que ceux concernant les produits psychoactifs illicites.

3 - Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions, pour l'année 2000

Indicateurs		Ile-de-France	Paris	Seine-Saint-Denis
Recours au système médico-social au cours du mois de novembre	Nombre	6 043	2 312	728
	Nombre total en France	24 502	24 502	24 502
	Rang national	1	1	6
Ventes de Stéribox® en nombre d'unités	Nombre	575 718	193 540	67 779
	Nombre total en France	2 624 321	2 624 321	2 624 321
	Rang national	1	1	11
Ventes de Subutex® en nombre de boîtes	Nombre	1 068 128	443 111	134 016
	Nombre total en France	4 794 717	4 794 717	4 794 717
	Rang national	1	1	7
Décès par surdoses	Nombre	59	25	9
	Nombre total en France	119	119	119
	Rang national	1	1	3
Interpellations des usagers d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy	Nombre	2 700	841	472
	Nombre total en France	10 501	10 501	10 501
	Rang national	1	2	5
Interpellations des usagers de cannabis	Nombre	19 745	1 834	3 147
	Nombre total en France	80 714	80 714	80 714
	Rang national	1	12	2

On note que, pour chacun de ces indicateurs, l'Ile-de-France se situe en tête des régions françaises. La ville de Paris joue un certain rôle dans la place ainsi obtenue, puisque, on le voit, la conjonction entre la place régionale et la place départementale est importante : seul le nombre d'interpellations des usagers d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy varie. Il n'en va pas de même pour le département de Seine-Saint-Denis, qui, s'il arrive presque toujours dans les dix premières places au rang national, est largement en dessous du niveau parisien.

Le tableau 4, provenant toujours du dispositif ILLIAD, donne les chiffres d'expérimentation de produits psychoactifs en Ile-de-France, en différenciant Paris et la banlieue. Il s'agit de pourcentages arrondis au chiffre entier le plus proche.

4 - Chiffres d'expérimentation de produits psychoactifs en Ile-de-France, en pourcentage

	Paris		Banlieue	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Médicaments psychotropes	13	33	12	30
Champignons hallucinogènes	4	2	5	2
Poppers	5	2	5	3
Produits à inhaler	5	3	3	2
Ecstasy	3	3	3	1
Amphétamines	2	2	2	1
LSD	2	2	2	1
Héroïne	2	1	1	1
Cocaïne	3	2	2	1
Crack	2	1	1	1

La différence de consommation entre garçons et filles est, en général, plus importante en banlieue qu'à Paris. Peu de produits apparaissent dans des proportions conséquentes, les médicaments psychotropes sont largement en tête.

5 - Spécificités majeures du dispositif spécialisé de prise en charge des toxicomanes en Ile-de-France

Département	Nombre total de CSST ⁵ (avec méthadone)	Nombre de « Boutiques ⁶ »	Nombre de programmes d'échanges de seringues (PES)	Nombre de bus dans les PES ⁷	Nombre d'automates
Paris	21 (11)	5	6	4	18
Seine-et-Marne	3 (3)	0	1	1	0
Yvelines	6 (1)	0	1	1	0
Essonne	5 (3)	1	1	0	12
Hauts-de-Seine	7 (5)	1	2	2	27
Seine-Saint-Denis	5 (5)	2	5	2	16
Val-de-Marne	11 (3)	0	1	1	16
Val-d'Oise	3 (2)	0	2	1	8
Ile-de-France	61 (33)	9	19	12	97

Source : ORSIDF, « Toxicomanie et réduction des risques en Ile-de-France », Septembre 2000

Le dispositif parisien est le plus important pour la région, ce qui peut expliquer la différence entre le nombre de recours au système médico-social à Paris et en Seine-Saint-Denis, que l'on peut observer dans le tableau ILLIAD ci-dessus.

Paris est la ville d'Ile-de-France où l'on trouve le plus d'infractions concernant la cocaïne et le crack, alors que la proche couronne totalise 53 % des infractions concernant l'héroïne et la grande couronne 55 % de celles concernant le cannabis. Par ailleurs, c'est aussi à Paris que sont enregistrées 58 % des infractions concernant d'autres produits que le cannabis, l'héroïne, la cocaïne et le crack : il s'agit de l'ecstasy, du LSD, des médicaments psychotropes, de l'opium et de la morphine. Mais les infractions concernant ces produits sont malgré tout peu nombreuses : 318 sur 20 000 environ en 1999. Elles n'en représentent pas moins une augmentation considérable : plus de 70 % pour la capitale, plus de 21 % en moyenne régionale et plus de 1 % en moyenne nationale (Source : ORSIDF, septembre 2000).

5. Sont exclus du tableau les CSST intervenant exclusivement en milieu pénitentiaire, soit 1 CSST à Paris et 1 CSST dans l'Essonne.

6. Les « Boutiques » et les « sleep-in » sont des centres d'accueil à bas seuil. Seul un sleep-in existe en Ile-de-France (Paris XVIII^e).

7. Les « bus » sont des unités mobiles d'échange de seringues.

MÉTHODOLOGIE

Présentation des différentes mises en œuvre

Observation ethnographique de l'usage

Les deux enquêteurs recrutés pour l'espace parisien, Malika Tagounit et Abderrahim Lahmer, disposent d'une longue expérience auprès des consommateurs de produits psychoactifs. Il nous est apparu nécessaire de mettre en commun ces expériences et de commencer par construire une cartographie aussi précise que possible des lieux d'investigation en fonction de leur intérêt pour TREND. Aussi avons-nous commencé par élaborer une liste descriptive des différents terrains de vente et de consommation, à partir de laquelle les enquêteurs ont évolué sur le terrain.

Nous avons complété les indications à partir de fiches synthétiques décrivant les différentes populations rencontrées. Chaque fois que les renseignements semblaient suffisants, sans désinvestir le terrain observé, mais en espaçant les passages, d'autres terrains ont été ouverts.

Cette démarche par rotation successive sur les terrains décrits nous est apparue la seule susceptible de rendre compte de la multiplicité des lieux de consommation et de vente à Paris.

Une fois les fiches remplies, nous sommes revenus à la technique classique des carnets de bord, tenus à jour par les enquêteurs, au fur et à mesure des sorties.

La même technique a été utilisée pour l'exploration ethnographique en banlieue. L'enquêteur, Daniel Grenier, n'ayant pas de connaissance préalable sur ce terrain précis et ayant été recruté seulement en novembre, il ne lui a pas été possible de disposer d'informations aussi précises que celles recueillies en milieu parisien. L'enquête ethnographique en est à un stade exploratoire et, par conséquent, peu de résultats sont encore disponibles. On ne s'étonnera donc pas de trouver ici peu de références à ce travail.

Groupes focaux

La méthode des groupes focaux consiste à obtenir, à partir de la vision d'acteurs institutionnels ou de terrain, disposant d'une bonne appréhension des phénomènes de consommation et de trafic de produits psychoactifs, une « photographie » des évolutions de ces phénomènes.

Deux groupes focaux ont été réunis, l'un auprès d'acteurs du champ sanitaire, l'autre auprès du champ « répressif », c'est-à-dire des acteurs de la police et de la justice.

Nous avons réuni un certain nombre d'interlocuteurs, sélectionnés pour la pertinence de leurs connaissances du terrain. À partir d'un guide standardisé, nous les avons invités à nous faire part de leurs observations sur les faits survenus dans la dernière année. Les questions pouvaient donner lieu à débat entre les différentes personnes présentes.

La totalité de la réunion a été enregistrée et retranscrite.

Nous avons tenu l'ensemble des groupes focaux pour Paris. Le groupe focal sanitaire pour la Seine-Saint-Denis n'a pu être tenu dans les délais impartis à cette étude. Le groupe focal répressif n'a rassemblé que deux interlocuteurs, ce qui peut être imputé à une mauvaise préparation dudit groupe. Même si les informations recueillies étaient riches et intéressantes, le défaut de présence à ce groupe focal devra être pris en compte lors de l'analyse.

Il est à noter que les particularités du travail des différents participants à ces groupes peuvent influencer sur le recueil de données. Ainsi, de l'avis général des membres du groupe focal répressif de Paris, il est assez difficile de dater les évolutions remarquées. Cette difficulté est liée, d'une part, à l'information des personnels intervenant sur le terrain, information parfois tardive sur les nouveaux produits de synthèse par exemple, d'autre part, au fait que les phénomènes ne sont observés qu'à partir du moment où leur visibilité s'accroît, sans que l'on puisse dire quand ils trouvent leur origine. Ce dernier point est lié aussi au fait qu'un angle mort existe dans le travail policier, qui se déploie principalement dans la rue et ne peut donc que rarement observer les phénomènes se produisant dans des lieux privés.

En ce qui concerne le groupe répressif de la Seine-Saint-Denis, on note que – malgré la mise en place de collaborations étroites entre le tribunal de Bobigny et l'ensemble des services des stupéfiants présents sur le 93, de l'OCRTIS aux petits commissariats, en passant par la Sûreté départementale et le SDPJ – le volume des interventions et donc des observations est limité. De plus, les procédures habituelles (indicateurs, filatures, écoutes téléphoniques) deviennent inadéquates face à des modifications importantes des pratiques du deal (mobilité, usage des téléphones portables, cagoulage, etc.). Du côté des lieux éventuels d'intervention, la quasi-disparition des *raves* dans le 93 rend, en grande partie, l'ecstasy invisible : il n'existe plus de cadres d'interpellations possibles puisque ventes et consommations se font désormais dans des lieux privés, où la police ne peut intervenir sans raison, ou en dehors du département.

Dans le groupe sanitaire parisien, il est fait mention des différentes visions des intervenants selon qu'ils travaillent en hôpital ou en médecine de ville. Cette dernière semble avoir affaire à un public stabilisé, alors que les ECIMUD (Équipe de liaison hospitalière de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de

drogues) se trouvent fréquemment face à des personnes en situation précaire, plus souvent à la rue et sans suivi de traitement. En conséquence, les ECIMUD sont décrites comme des structures placées en première ligne, accueillant les publics les plus en difficulté. Médecine de ville et médecine hospitalière apparaissent à ce titre de manière complémentaire dans le travail de ce groupe.

Recueil qualitatif « bas seuil »

Le recueil qualitatif auprès des structures de bas seuil a été opéré à l'aide d'un questionnaire standardisé, procédant produit par produit. Nous avons rencontré un accueil favorable des structures pressenties, qui, pour la plupart, avaient déjà travaillé dans le dispositif les années précédentes.

Le questionnaire a été présenté aux structures par le coordinateur de site et souvent rempli avec elles, au moins pour les premiers produits, de manière à bien expliciter les informations demandées. Lorsque le questionnaire était complété, le coordinateur se déplaçait dans les structures pour vérifier le questionnaire avant de le valider.

Néanmoins, certains problèmes se sont posés : une structure de bas seuil, en Seine-Saint-Denis, a « disparu » lors de l'étude et le responsable d'une autre, à Paris, a quitté son poste sans qu'une personne ne le remplace réellement en tant qu'intermédiaire de TREND. De fait, ce questionnaire ne dispose pas de la même précision que ceux remplis dans d'autres structures.

La description de l'espace festif est rendue particulièrement difficile par le fait que la structure qui a recueilli les données (Association Liberté) cette année n'est pas la même que celle de l'année 2000 (Techno Plus). Aussi, les données ne sont pas totalement comparables et ne peuvent permettre l'émergence exacte de nouvelles tendances. Cependant, les données du dernier rapport de Techno Plus, en date de décembre 2001, ont été intégrées chaque fois que cela était possible.

Les mouvances spécifiques au milieu techno rendent déjà difficile l'observation des comportements de consommation dans le temps. Mais la diminution observée en Ile-de-France des événements techno et le redéploiement des sites dans l'espace géographique compliquent encore la comparabilité des consommations. Les déplacements vont jusqu'aux zones de Melun, Étampes, Rouen, Orléans, Fontainebleau, Senlis. Techno Plus cite l'exemple d'une *free-party* qui eu lieu dans le 76 au mois de novembre : quelques *flyers* photocopiés et le bouche à oreille ont rassemblé 8 000 jeunes franciliens, selon la gendarmerie, dans un village situé à 150 km de Paris⁸.

8. Note de synthèse du 12/01, Techno Plus.

Les intervenants ont particulièrement insisté sur la difficulté à faire correspondre des profils de consommateurs et des produits, ce qui est lié aussi au fait que les « teufeurs » sont rarement affiliés à un produit, mais peuvent consommer très différemment selon les occasions.

Nous avons néanmoins essayé de rendre compte des différents aspects de la consommation observée courant 2001 en Ile-de-France et dans sa périphérie, en donnant les changements de produits ou de consommations notés par les intervenants de la structure. Le cannabis n'a pas été décrit ici, ses usages restant dans les normes habituellement observées.

Enquête transversale « bas seuil »

L'enquête transversale a été passée dans les mêmes conditions que les questionnaires qualitatifs, après une réunion rassemblant les quatre responsables des structures faisant office d'intermédiaires vis-à-vis de TREND. Nous avons recueilli 126 questionnaires pour trois structures participant à cette partie du recueil de données TREND.

Ces données n'ont pas été traitées dans le cadre de ce rapport.

Fiabilité et cumul des sources

Selon les méthodologies de recueil de données mises en œuvre, les informations sont transversales à plusieurs quartiers ou, plus précisément, axées sur des lieux précis. Après avoir détaillé les différentes méthodologies, il importe de séparer les caractéristiques des données recueillies.

Les observations ethnographiques sont extrêmement localisées et livrent des informations précises sur les usages dans un quartier ou un autre, ainsi que sur la circulation entre ces quartiers. De même, les questionnaires remplis par les structures de bas seuil donnent des indications sur le fonctionnement du trafic et de l'usage dans des quartiers assez précis qui correspondent à leur implantation géographique. Les groupes focaux nous permettent d'accéder à la fois à des données globales et à des données plus localisées. C'est le cas du groupe répressif parisien où plusieurs commissariats d'arrondissement étaient représentés.

Aussi, davantage que d'une observation générale de l'état des consommations à Paris, il s'agira ici d'une vision de certains endroits de la capitale qui, conjugués, peuvent permettre de montrer certaines tendances au niveau global. Les données dont nous disposons sur différents quartiers ne sont pas de même ordre : le cumul des outils de recueil de données produit parfois des corrélations qui permettent d'affirmer

que certaines constatations sont particulièrement fiables. Parfois, au contraire, des phénomènes ne sont observés que par une seule source.

Pour définir la fiabilité des différentes informations, nous avons utilisé un indice donnant le niveau de conjonction entre les différentes sources : on trouvera ainsi des indices allant de 2 à 4, le chiffre le plus haut assurant la fiabilité maximale. Ce système devrait permettre, à terme, de confirmer, l'année suivante, les tendances établies dans ce rapport.

Il est évident que les questions de fiabilité sont au cœur d'un tel dispositif. Les données recueillies sont parfois simplement l'expression de rumeurs ou d'impressions des intervenants, ce qui ne les rend pas inopérantes, mais nécessite confirmation. Les intervenants des groupes répressifs ont bien noté combien leurs données pouvaient être soit sous-évaluées, soit ne montrer qu'un aspect des trafics ou des consommations. Le statut des informations recueillies doit donc être établi avec rigueur.

On a considéré ici qu'une information indirecte (rumeur ou impression) doublée par d'autres sources méthodologiques était fiable (indice supérieur à 1). Par contre, chaque fois qu'une information ne provenait que d'une seule source méthodologique⁹, l'indice n'a pas été noté. Bien entendu, la source de l'information sera précisée et, si cela est possible, le statut exact de celle-ci.

La question fondamentale est celle de la datation des phénomènes. Or, la réalité très mouvante des usagers de produits psychoactifs et les temporalités d'observation et de recueil de données ne permettent pas de garantir que des phénomènes observés dans l'année sont réellement nouveaux. Nous avons donc choisi ici d'assurer une description aussi complète que possible, au risque de décrire des phénomènes déjà connus, et de faire émerger les tendances depuis ces données.

Si ce rapport doit être un outil pour les différents partenaires du dispositif TREND, sa fonction est aussi d'attirer l'attention des intervenants sur des phénomènes qui ne sont pas encore confirmés, mais qui pourraient l'être dans les années à venir.

C'est dans cette perspective que l'état des lieux qui suit tient aussi bien compte de la poursuite de certaines tendances que de celles qui semblent émerger.

9. Nous entendons bien ici par source méthodologique le signalement au cours d'une des méthodes de recueil spécifique d'un fait. Si un fait est rapporté par deux structures de bas seuil, il n'obtiendra qu'un indice 1 (I1). Par contre, la jonction de deux sources méthodologiques donne un indice 2. Bien que la fiabilité d'une information soit augmentée par le fait qu'elle ait été signalée par deux sources de même type, il nous a semblé essentiel de tenir compte de la récessivité des informations obtenues par croisement des méthodes de recueil de données comme critère de fiabilité.

Nous n'avons pu cependant répertorier ni les différents niveaux d'expérimentation et d'engagement dans les consommations, ni les fréquences d'usage. Ces données, pour être clairement affirmées, nécessitent des outils de mesure et un dispositif d'objectivation à la fois quantitatif et qualitatif dont nous ne disposons pas à l'heure actuelle.

SYNTHÈSE DES TERRAINS ET TENDANCES ÉMERGENTES

Plusieurs tendances émergent nettement des données cumulées : avant de les présenter de manière exhaustive, nous allons les présenter rapidement.

Contexte et poursuite des tendances déjà observées

Les détournements des produits de substitution et la reprise de consommation chez des patients substitués

Les intervenants du groupe focal sanitaire de Paris, les ethnographes et les structures de bas seuil notent qu'une partie considérable des toxicomanes substitués au Subutex® ou au Skenan® consomme d'autres produits (I3). Des usagers sous substitution ont arrêté de suivre leur traitement ou ne le prennent plus qu'occasionnellement pour passer à la cocaïne ou au crack. Certaines de ces consommations sont très ponctuelles, d'autres sont quotidiennes.

Une explication proposée par le groupe focal sanitaire serait que les produits de substitution n'éliminent qu'une partie du manque et qu'il est alors nécessaire de recourir à d'autres substances pour renforcer les effets (méthadone et alcool, Subutex® et crack, par exemple). Certaines situations, exposées dans l'enquête ethnographique à partir de personnes rencontrées sur le site de Guy-Môquet, renforcent cette explication.

Toutes les structures de bas seuil mentionnent l'importance numérique grandissante des usagers de drogues qui consomment du Subutex®. S'imposent alors les détournements des produits de substitution : on voit ainsi apparaître des populations plus ou moins nouvelles.

Déjà repérée depuis quelques années, on peut remarquer une population d'usagers qui n'ont pas ou peu d'expérience dans la consommation d'opiacés, ayant débuté par une consommation de Subutex®. La structure du centre parisien, au-delà de cette population ancienne, cite également l'apparition de jeunes non initiés à l'injection et qui entrent en consommation directement avec les sulfates de morphine. On notera aussi que l'interdiction d'exercice de plusieurs médecins dans l'année (pour

un nombre de prescriptions de Skenan® jugées abusives/complaisantes) a pu amener des usagers en substitution aux sulfates de morphine à recourir au marché noir des médicaments.

La structure du centre parisien a aussi repéré un nouveau groupe de consommateurs composé de jeunes, hommes et femmes, cherchant du Subutex® pour aller à une fête, souvent des banlieusards ayant obtenu leur permis récurrent. Les intervenants en milieu festif notent que si le Subutex® est peu fréquent dans les *free-party*, on le trouve plus facilement dans les teknivals. Leur impression est qu'il est davantage disponible, mais cette donnée n'est pas confirmée. Quoi qu'il en soit, il semble nécessaire de prêter attention à la possible augmentation de la consommation de Subutex® en milieu festif.

Enfin, le groupe focal sanitaire relève une population, déjà visible auparavant, mais qui semble en augmentation constante, dont la spécificité est constituée par sa situation socioprofessionnelle. Ce sont des personnes parfaitement intégrées, disposant de revenus suffisants, vivant en famille ou en couple et qui pratiquent l'injection de Subutex®, obtenu auprès d'un médecin, sans que des liens avec les milieux classiques de la toxicomanie soient entretenus. Il pourrait s'agir là d'une population d'injecteurs chroniques, consommant depuis plusieurs années, pris en charge par un médecin généraliste, gérant correctement leurs consommations, mais sans que cela n'exclut des risques persistants, notamment au niveau des modes d'injection.

Parallèlement, les produits de substitution se retrouvent de manière importante sur le marché. Le marché de médicaments de substitution est très présent sur Paris, à la fois sous la forme d'une économie d'appoint pour les personnes en substitution et sous la forme d'une véritable économie souterraine avec des vendeurs spécialisés. Par exemple, dans le nord de Paris, on voit apparaître de nouveaux consommateurs de crack qui vendent du Subutex® pour financer leur consommation.

Il est fait mention, dans le groupe répressif parisien, de la présence de personnes de nationalité finlandaise cherchant à acheter en quantité importante, ce qui pourrait présager la constitution de filières internationales.

Si le marché des produits de substitution n'est pas nouveau, il semble poursuivre sa progression et impose, à court terme, une véritable réflexion sur l'efficacité du dispositif de substitution en l'état.

La poursuite de l'extension de consommation de la cocaïne

La baisse des prix avait déjà été remarquée et, de fait, la diffusion de la cocaïne se poursuit. Dans le nord parisien, le coût continue à baisser : le prix courant est de 500 F avec des variations de 400 à 1 000 F pour 1 g.

Dans ce même secteur, on remarque la conversion d'anciens consommateurs de crack qui se retournent vers la cocaïne pour injecter. La disponibilité de la cocaïne est stable, mais l'accessibilité est réduite.

En Seine-Saint-Denis, la cocaïne reste consommée par une grande majorité des usagers de la structure de bas seuil. La disponibilité est stable de même que l'accessibilité : la cocaïne reste facile à se procurer. Le prix est stable aussi (prix courant de 700 F avec des variations de 600 à 1 000 F pour 1 g).

En milieu festif apparaît une plus grande disponibilité d'une cocaïne de meilleure qualité. Des usagers de LSD ou d'ecstasy sont passés à l'unique consommation de cocaïne parce qu'ils ont l'impression de se faire moins de mal.

La baisse conséquente des saisies en Seine-Saint-Denis ne s'accorde pas à ces données, qui semblent montrer la poursuite de l'extension de consommation de la cocaïne.

La poursuite de l'extension de consommation du cannabis

Le groupe focal répressif note que l'usage de cannabis s'étend à tous les publics. Le profil des consommations change, avec une polytoxicomanie plus fréquente. En effet, l'usager de cannabis consomme également, de plus en plus souvent, de l'héroïne, de la cocaïne, de l'ecstasy, etc.

Les structures de bas seuil signalent aussi cette extension de la consommation (I2).

Dans le centre parisien, la structure note une multiplication par deux du marché, ce qui ne détone pas par rapport aux informations du groupe focal répressif qui, s'il ne relève pas réellement d'augmentation, indique une forte importance du trafic sur ce territoire. Il semble également que le trafic de cannabis soit de plus en plus structuré et qu'il puisse parfois être lié à d'autres trafics. Le commerce du cannabis se professionnaliserait de plus en plus, quittant l'aspect d'activité d'appoint qui pouvait concerner davantage les jeunes sans ressources. Le nombre de petits revendeurs qui sont passés au *deal* de grande dimension semble s'accroître. Les enjeux financiers augmentant, on note aussi davantage de violence autour du trafic de cannabis. Les données des deux groupes focaux répressifs laissent cette impression d'extension des phénomènes de violence. Il apparaît aussi que des problèmes de violences dans les familles et en milieu scolaire émergent de cette consommation, qui n'étaient pas signalés auparavant.

Le groupe focal sanitaire note que les problèmes de santé ne semblent pas conséquents et, quand ils sont présents, sont liés à des consommations quotidiennes excessives. Cependant, depuis 1996, on voit émerger des situations plus particulières, avec une population de femmes entrant en contact avec les ECIMUD lors de leur grossesse, qui consomment du cannabis quotidiennement et de manière importante

(de quinze à trente joints par jour). Il s'agit d'une population totalement insérée professionnellement. La grossesse est alors un moment privilégié pour demander une aide à la réduction ou à l'arrêt de l'usage de cannabis, puisque cette consommation est susceptible d'entraîner un mauvais développement fœtal.

La consommation d'alcool continue à progresser en milieu techno

Cette progression, remarquée à la fois par l'association Liberté et par Techno Plus, semble avérée. La consommation d'alcool peut parfois entraîner des accidents (chutes, violences) et l'arrivée massive d'un public de non-initiés, qui a l'habitude de boire pour s'amuser, aggrave cette situation.

Tendances nouvelles

Une population d'Europe de l'Est

Une nouvelle population de consommateurs, venue d'Europe de l'Est, semble s'installer dans ces usages de produits. Ce sont surtout les données de l'enquête ethnographique qui mettent en avant cette population, encore difficile à qualifier en termes de consommation et en importance numérique.

Une partie de cette population a été vue dans le quartier Latin : il s'agit d'individus en situation précaire, d'un âge moyen de 25 ans et faisant la manche. Les personnes rencontrées consomment de l'ecstasy et des amphétamines. Une certaine organisation semble prévaloir dans cette population.

Les ethnographes ont aussi repéré des personnes de cette origine dans la zone qui se situe entre les gares d'Austerlitz et de Lyon. Pour la majorité en grande précarité, elles entrent dans la consommation par les produits licites, notamment l'alcool et des médicaments.

Enfin, parmi les populations que la récente mise en œuvre de distribution d'embouts de pipes à crack par Médecins du Monde rend visibles, on voit aussi des prostituées d'Europe de l'Est.

Ces données ne sont certes pas suffisantes en l'état, mais elles pointent la nécessité de travailler sur les spécificités possibles d'une telle population.

Le retour de l'héroïne

Certains indices laissent à penser qu'une relative augmentation des usages d'héroïne aurait lieu dans le XVIII^e arrondissement. Une croissance du *deal*

d'héroïne, localisée notamment autour de la station de métro Château-Rouge, a été notée par une structure de bas seuil.

De nouveaux profils semblent émerger : des « crackers » qui utilisent l'héroïne pour « redescendre », de jeunes usagers qui consomment de l'héroïne après avoir commencé leur parcours au Subutex[®] et des héroïnomanes qui seraient passés au crack pour revenir maintenant à l'héroïne.

On note une nette diminution du prix courant de l'héroïne, divisé pratiquement par deux en l'espace d'une année, que ce soit à Paris ou en Seine-Saint-Denis.

En Seine-Saint-Denis, on voit apparaître quelques nouveaux usagers avec une préférence marquée pour l'héroïne. Les usagers d'héroïne de cette structure notent une tendance à l'amélioration du produit avec « quelques bons arrivages ».

Ces informations concordent avec celles du groupe focal répressif de Seine-Saint-Denis. En 1999, 5 kg d'héroïne blanche ont été saisis, contre 78 kg en 2001.

Cependant, ce phénomène reste à confirmer, les éléments dont nous disposons restant parcellaires.

Changement de consommation de l'héroïne à Paris

Quelques changements dans les modes de consommation pourraient avoir lieu : ainsi, les deux structures parisiennes de bas seuil notent la régression de l'injection intraveineuse au profit du sniff, de l'inhalation orale (cigarettes) ou, phénomène nouveau, de l'inhalation buccale et nasale (chasser le dragon), plus particulièrement pratiquée par les usagers âgés de 18 à 23 ans.

En revanche, en Seine-Saint-Denis, l'administration par voie intraveineuse domine toujours.

Une plus grande disponibilité d'ecstasy

En milieu festif, on observe depuis septembre 2001 une offre croissante et une diversification des variétés proposées. La qualité augmente. De manière générale, on remarque une explosion du marché qui rend le produit de plus en plus accessible.

Au début de l'année, le coût d'un cachet était de 100 F et de 70 F durant l'été, alors qu'en octobre 2001, il était en moyenne de 50 F en début de soirée mais pouvait aller jusqu'à 150 F. En fin de soirée, toujours en octobre, on pouvait le trouver à 20 F pièce.

Au nord de Paris, la structure de bas seuil note que le produit est à la fois plus disponible et plus accessible car le trafic descend davantage dans la rue. La même structure remarque plus de demandes et plus de consommateurs. Les usagers sont

souvent relativement jeunes et polyconsommateurs. D'autre part, on constate que de nombreux consommateurs de crack prennent aussi de l'ecstasy.

Une recherche menée sur les consommations en milieu festif rock note également quelques recherches d'ecstasy dans les concerts à durée prolongée, sans qu'il y ait de vente. Ce phénomène reste cependant extrêmement minoritaire¹⁰.

Le groupe focal répressif de Seine-Saint-Denis indique une augmentation très importante des saisies (450 pilules en 1999 et 43 892 en 2001) et une hausse des interpellations d'usagers détenant 10 ou 20 cachets d'ecstasy, sans que l'on puisse savoir avec certitude si c'est le petit trafic qui est en développement ou bien s'il y a un net accroissement des consommations. L'augmentation de la répression en Ile-de-France a provoqué la diminution des grandes manifestations ouvertes dans le 93 et ne permet pas de déterminer si le département est un lieu de stockage, de transit ou de transaction.

Même si des quantités plus importantes n'aboutissent pas nécessairement en Seine-Saint-Denis, il semble que les données recueillies concourent à postuler une progression de la disponibilité d'ecstasy.

LSD, amphétamines, kétamine et ecstasy dans le Nord parisien

On observe une augmentation de la disponibilité d'ecstasy dans le Nord parisien. Elle est à mettre en perspective avec celle du LSD et avec l'arrivée, sur cette zone, de produits qu'on n'y trouvait pas auparavant. Il en est ainsi pour les amphétamines et la kétamine. On ne remarque pas de trafic local, seulement des usages.

Les consommateurs sont plutôt jeunes et polyconsommateurs. L'usage de LSD est en nette augmentation, comme celui d'ecstasy. Les consommations d'amphétamines et de kétamine restent très minoritaires.

Une banalisation de la consommation d'amphétamines en milieu festif

Elle ressort clairement au travers des données de l'association Liberté et de Techno Plus. La consommation d'amphétamines correspond à un usage dopant, nécessaire pour « tenir la soirée », la nuit ou plusieurs jours sur un teknival.

L'extension de la disponibilité du crack

Dans le nord parisien, le crack est plus disponible et plus accessible. Cette grande accessibilité va de pair avec davantage d'« arnaques » et la plus forte présence de produits de coupe dans le caillou.

La structure de bas seuil du 93 note l'apparition de lieux de *deal* sur une de ses villes d'intervention. L'accessibilité au produit est rendue plus facile par le développement des petits trafics sur place et les consommateurs ne sont plus obligés de se déplacer sur le XVIII^e pour s'en procurer.

En milieu festif, il semble que la consommation augmente. Les observations de l'association Liberté et de Techno Plus se rejoignent sur ce point.

Les membres du groupe focal répressif ont signalé l'apparition dans le X^e arrondissement, depuis le mois de septembre, de filières de vente de crack, organisées par des Chinois continentaux. On voit ainsi des ébauches d'organisation qui structurent la revente, parfois en contact avec d'autres villes (Lille).

Ces indices laissent à penser que la disponibilité et l'accessibilité du crack seraient en progression (I3).

Les changements de consommation du crack

On observe une baisse de l'injection du crack dans le XVIII^e arrondissement, à la fois dans l'enquête ethnographique et par la structure de bas seuil du nord parisien (I2).

Ces données sont à mettre en parallèle avec la baisse de la distribution de seringues que constatent les programmes d'échange de seringues et les structures premières lignes. Elle semble cependant être localisée pour l'instant puisqu'on n'en remarque pas l'expression en Seine-Saint-Denis.

On trouve une modification parallèle en milieu festif où le crack est davantage fumé en bhongs.

Le rajeunissement des vendeurs

On note clairement l'apparition de personnes de plus en plus jeunes dans la vente de produits psychoactifs illicites. Ce point est signalé dans l'enquête ethnographique et dans les groupes focaux répressifs de manière récessive (I2).

On constate un même rajeunissement des dealers de crack et de produits de substitution, qui sont parfois mineurs dans plusieurs zones parisiennes, notamment la zone Belleville-Ménilmontant et Guy-Môquet-Porte de Saint-Ouen.

10. S. Aquatias (Dir.), L. Boitel, G. Grenouillet, *Les consommations de produits psychoactifs dans les milieux festifs de la culture rock*, RES, OFDT, décembre 2001.

Les intervenants du groupe focal répressif parisien signalent que davantage de mineurs sont impliqués dans des affaires de revente en milieu scolaire ou dans les cités parisiennes, revente d'herbe et de cachets (ecstasy).

Une même tendance est observée par le groupe focal répressif de Seine-Saint-Denis qui note l'augmentation de la présence des mineurs dans l'organisation du trafic d'héroïne. Cette émergence est à rapprocher des données sur l'accroissement des violences des mineurs, en progression de 30 % dans le département.

La consommation de Rohypnol® est en baisse

Cette baisse a été observée dans les trois structures de bas seuil. Le changement de réglementation et de dosage en est la cause principale.

Une augmentation des consommations de Valium®

Les consommations de Valium® sont en augmentation à Paris. Les usagers utilisent souvent plusieurs produits, associant le Valium® avec le crack, le Subutex®, le Skenan® ou l'alcool.

La disponibilité du Valium® est stable dans le centre et s'amplifie dans le nord, de même que l'accessibilité. Le trafic augmente aussi et une scène ouverte existe dans le XVIII^e arrondissement.

Une augmentation des consommations de Stilnox®

Le groupe focal sanitaire a fait mention de l'apparition de consommations de Stilnox®, relativement importantes chez d'anciens alcooliques, qui, après avoir été sevrés, consomment ce produit.

Domaines nécessitant des compléments d'information

Le gamma OH

Si ni l'enquête ethnographique ni les structures en milieu urbain et festif n'ont pu voir de progression, ni même souvent de présence du gamma OH, le groupe focal répressif parisien fait apparaître quelques occurrences qui inciteraient à préciser les informations disponibles.

Quatre débuts de surdose ont été relevés au mois de novembre, suite à un achat commun en milieu festif. Mais surtout, il apparaît que des plaintes déposées par

des jeunes femmes victimes d'agressions sexuelles pourraient signaler une recrudescence de l'emploi du GHB, donné à l'insu des plaignantes pour abuser d'elles. Deux éléments rendent ces informations difficilement vérifiables : l'élimination rapide du produit qui rend vaine toute analyse n'ayant pas lieu dans un délai bref et le manque d'information dans les commissariats qui peut conduire à ne pas interpréter des situations caractéristiques de la prise de GHB comme telles. Néanmoins, il semble que ces situations interviennent plus régulièrement. Elles concernent des jeunes majeurs de 18 à 30 ans environ, fréquentant les boîtes de nuit et les soirées.

Les consommations en prison

Des récits de patients laisseraient à penser que la circulation des produits dans certaines prisons aurait augmenté et se serait diversifiée. La question a été posée à la fois dans le groupe sanitaire parisien et dans le groupe répressif de Seine-Saint-Denis. Il semble cependant nécessaire d'obtenir des informations complémentaires.

Les liens entre prostitution et trafic

Plusieurs indications données par l'enquête ethnographique et les groupes répressifs de Paris et de Seine-Saint-Denis permettent de s'interroger sur les relations entre prostitution et *deal* de produits psychoactifs.

On a noté l'arrivée de femmes maghrébines et ghanéennes, anciennes prostituées, qui vendent crack et cannabis dans le XVIII^e arrondissement.

Le groupe répressif parisien relève que l'on trouve maintenant dans le XIX^e arrondissement une revente de crack, de cocaïne et, à la marge, d'héroïne, opérée par des prostituées. Celles-ci sont approvisionnées par des souteneurs qui pratiquent aussi la vente de stupéfiants. Il s'agit essentiellement de femmes issues des pays d'Afrique de l'Ouest (Guinée et Ghana) dont quelques-unes originaires des pays de l'Est (Macédoine).

Le groupe focal répressif de Seine-Saint-Denis note des saisies de crack en lien avec la prostitution. Le trafic de crack des portes de Paris limitrophes de la Seine-Saint-Denis (Porte des Poissonniers, Porte de Saint-Ouen, Porte de Clignancourt) est à relier à une prostitution de femmes issues des pays de l'Est, mais aussi à l'organisation récente de réseaux de prostitution par des Africains domiciliés dans le 93, prostituant des femmes africaines aux portes de Paris.

Bien que le crack apparaisse nettement comme produit de consommation dans le milieu de la prostitution, il ne semble pas que le marché du crack et celui du sexe se superposent à l'heure actuelle en Seine-Saint-Denis. Il n'en reste pas moins qu'il serait nécessaire de posséder davantage d'informations à ce sujet.

Les nomades

Les personnes, usagers de drogues, qui circulent sur toute l'Europe vont parfois demander des soins. Elles ont été citées par le groupe focal sanitaire parisien. Il a été fait mention de l'orientation par le personnel de la gare d'Austerlitz de certaines personnes vers la Salpêtrière. Il semble malheureusement que nous manquions d'informations à ce niveau, alors même que, au vu de la position de Paris, il pourrait s'agir d'un phénomène important. Si l'on ne peut, là encore, à proprement parler d'une nouvelle population, c'est la première fois qu'elle est abordée dans le dispositif TREND Ile-de-France.

On voit donc que cette population, à défaut de pouvoir être considérée comme nouvelle, doit être mieux connue dans l'avenir.

LES USAGERS DE PRODUITS EN MILIEU URBAIN À PARIS

À Paris, la multiplicité des terrains de vente et de consommation crée des configurations particulières qui se déclinent en fonction des lieux. Le même phénomène pourrait probablement être observé dans les terrains de banlieue si nous disposions de données comparatives. Il a été en tout cas évoqué lors du groupe focal répressif de Seine-Saint-Denis.

En ce qui concerne Paris, il nous semble nécessaire d'aborder les spécificités des différents terrains. Nous allons balayer l'ensemble des quartiers qui ont été cités au moins une fois dans nos recueils de données avant de revenir plus précisément sur les produits. Deux quartiers sont particulièrement bien documentés :

- le Nord parisien, dans la zone du XVIII^e arrondissement, plus particulièrement dans le secteur de la Goutte-d'Or et de ses environs où nous disposons de données provenant à la fois des observations ethnographiques, des observations d'une structure d'accueil et de données policières,
- le quartier Beaubourg-les Halles, remontant jusqu'à Strasbourg-Saint-Denis, où l'on dispose de la conjonction des trois mêmes types de sources.

Rue de la Goutte-d'Or, rue Myrrha, Château-Rouge, rue Marcadet, Porte de Clignancourt, Simplon¹¹

L'usage et le trafic des substances psychoactives sont implantés depuis longtemps dans le XVIII^e arrondissement. Celui-ci en devient un bon observatoire des changements de pratiques. Cependant, pour les mêmes raisons, il peut aussi présenter des aspects que l'on ne pourra retrouver ailleurs. Il faudra donc corroborer ces données avec celles issues d'autres lieux pour pouvoir identifier clairement de nouvelles tendances.

Certains lieux sont particulièrement marqués par le trafic ou la consommation dans ce quartier : la Goutte-d'Or, la rue Myrrha et la zone autour de la station de métro Château-Rouge, la zone de la rue Marcadet à la rue Ordener, de l'autre côté du boulevard Barbès, la zone circonscrite entre les stations de métro Max-Dormoy et La Chapelle, la zone qui va de la Porte de Clignancourt à Simplon, la zone autour de la Porte de La Chapelle, la zone, enfin, autour de la Porte Montmartre qui va jusqu'à la rue du Poteau et Le Talus.

Pour autant, ces activités ne s'arrêtent pas aux frontières de l'arrondissement ; elles débordent sur les XIX^e, X^e et XX^e arrondissements dans les zones de la place Stalingrad et des rues d'Aubervilliers et du Département, de la place du Colonel-Fabien, de la gare du Nord et de la gare de l'Est. Si les usagers semblent très mobiles, empruntant parfois un circuit calqué sur l'aire de passage ou d'implantation de leurs dealers, ils restent néanmoins très attachés à un secteur, leur secteur.

Le profil des populations d'usagers et de vendeurs, le fonctionnement de la vente et, dans une moindre mesure, la nature des produits présentent des différences significatives selon les secteurs.

C'est pour la population située dans la zone des rues de la Goutte-d'Or, Myrrha, Château-Rouge, Marcadet, Porte de Clignancourt, Simplon, que nous avons trouvé le plus de données, notamment celles issues de l'enquête ethnographique.

À l'heure actuelle, la population majoritaire est constituée par des consommateurs qui associent les produits de substitution au crack. Une grande précarité, des conditions sanitaires extrêmement sommaires, une grande solitude et beaucoup de fatigue marquent les témoignages recueillis. L'usage du crack, notamment, crée les conditions de troubles du sommeil et de l'alimentation. Ces usagers souffrent aussi de troubles psychologiques : paranoïa, agressivité, anxiété (12).

11. Ce texte se base essentiellement sur un document de synthèse produit par Malika Tagounit, sur lequel ont été ajoutées les données des autres sources méthodologiques.

Les profils des personnes rencontrées s'établissent ainsi au carrefour de la plus ou moins grande gestion des produits et du niveau d'intégration à la fois dans la vie sociale et au quartier. Mais, on le voit, alors même que des suivis sont en place, l'usage lui-même nuit à leur bon déroulement.

Cependant, il existe une grande variété d'usages, probablement liée aux plus ou moins grandes ressources des usagers et, dans une moindre mesure, à la plus ou moins grande disponibilité des produits selon les moments.

De nouveaux profils paraissent pourtant émerger, qui semblent signaler un retour vers l'héroïne : des « crackers » qui utilisent l'héroïne pour « redescendre », de jeunes usagers qui consomment de l'héroïne après avoir commencé leur parcours au Subutex®, et des héroïnomanes qui seraient passés au crack pour revenir maintenant à l'héroïne. On trouve aussi des consommateurs de crack qui se retournent vers la cocaïne pour injecter.

Tard le soir, sur les quais des stations de métro Château-Rouge et Marcadet-Poissonniers, il n'est pas rare de rencontrer, en nombre et à la vue de tous, des usagers fumant le crack avec un doseur (I3). Il semble que l'injection de crack soit de plus en plus rare. Certains consommateurs affirment de manière péremptoire que « plus personne ne shoot le caillou¹² » et d'autres, connus de longue date comme injecteurs, disent avoir totalement abandonné ce mode de consommation, d'autres encore avouent n'y recourir qu'à l'occasion. Il s'agit en général d'ex-héroïnomanes, sous substitution ou l'ayant abandonnée. La baisse de la distribution de seringues constatée par les programmes d'échange de seringues et les structures premières lignes corrobore ce phénomène (I2).

Quelles sont les raisons de ce changement d'usage ? Plusieurs facteurs peuvent être proposés, tous susceptibles d'agir sur le mode de consommation :

- les actions de réduction des risques menées auprès des usagers porteraient finalement leurs fruits ;
- la pression d'un environnement hostile, qu'il s'agisse des riverains ou des policiers et, peut-être plus encore, du regard des proches, mentionné à plusieurs reprises par les usagers rencontrés par les ethnographes, qui inciterait à abandonner un usage trop stigmatisé ;
- enfin, la recherche d'une maîtrise plus importante du produit pourrait amener à le fumer plutôt qu'à l'injecter.

À ces facteurs, il faut ajouter la pression du groupe qui peut, à partir d'un certain seuil, influencer les usages des injecteurs : « avec des fumeurs de crack, on a tendance à fumer », disent certains consommateurs.

Cependant, si, de manière générale, la tendance est plutôt à l'arrêt de l'injection du crack, inversement, des usagers habitués à le fumer peuvent passer, plus ou moins rapidement et pour une période plus ou moins longue, à l'injection.

La forte implantation des dealers dans cette zone géographique implique un certain nombre de problèmes, comme l'affluence de toxicomanes venant d'autres arrondissements ou de banlieue pour se fournir et la présence de toxicomanes implantés sur le secteur. La circulation des toxicomanes et des dealers s'adapte à la présence policière sur le secteur, notamment en se faisant tôt le matin. Les riverains souffrent beaucoup de cette situation et la pression des élus et des habitants sur la police s'accroît (I2).

Les produits de substitution et le crack constituent l'essentiel des produits vendus. On trouve aussi de l'héroïne, de la cocaïne, des médicaments et du cannabis (I3). Une croissance du *deal* d'héroïne, localisée notamment près de la station de métro Château-Rouge, a été notée par une structure de bas seuil. Elle pourrait correspondre à l'augmentation du *deal*, elle-même liée à la précarisation croissante. On constate une nette diminution du prix courant de l'héroïne, divisé pratiquement par deux en l'espace d'une année. La brune pourrait être disponible à partir de 100 F (I2) ainsi que la blanche (I1, information par usagers).

Le dispositif de vente est basé sur un dédoublement du marché :

- d'une part, des gens connus depuis un certain temps, essentiellement originaires d'Afrique noire (I2), avec un apport de gens nouveaux, notamment des femmes maghrébines et des ghanéennes, anciennes prostituées, qui dealent crack et cannabis,
- d'autre part, un autre marché avec les mêmes produits, tenu par des gens plus jeunes, anciens « antitoxs¹³ » (I2).

La question des conditions de coexistence de ces deux marchés reste entière. Le *deal* ne semble pas être très structuré, bien qu'il génère un chiffre d'affaires important (I2).

Les intervenants du groupe répressif parisien ont observé l'arrivée récente d'un nouveau profil de vendeurs de crack, des petits délinquants du quartier, connus pour

12. Y compris, d'ailleurs, ceux qui poursuivaient la voie injectable.

13. Pour une description plus complète de cette population, se reporter à l'annexe.

des vols à la roulotte et des vols de véhicules, attirés par le faible investissement nécessaire par rapport aux gains potentiels (observation directe).

Vers 19 heures, la sortie du métro Château-Rouge offre un spectacle animé. Les trottoirs grouillent de piétons se dépêchant de rentrer chez eux. Malgré la forte présence policière (deux cars de police, plus des ilotiers) des usagers de drogues stationnent par petits groupes.

On trouve les produits suivants : le Subutex® est à 10 F le comprimé et à 50 F la plaquette de 7 comprimés, le comprimé de Skenan® varie entre 40 et 50 F et la plaquette est à 150 F, le Rivotril® est à 15 F la plaquette. Le Rohypnol® s'achète à 10 F l'unité et la plaquette de 7 comprimés varie, selon les fluctuations du marché, entre 50 et 100 F.

Ce commerce est essentiellement le fait des usagers qui revendent leurs propres cachets, souvent en les bradant, pour se procurer l'argent nécessaire aux premiers passages des dealers de cailloux à Clignancourt ou partir s'approvisionner à l'intérieur de la Goutte-d'Or.

En parallèle au *deal* de produits licites tenu par les consommateurs de drogues eux-mêmes, de nombreux dealers vendent des produits de substitution (I2). Les intervenants du groupe répressif notent aussi une légère modification du trafic de Subutex® dans le XVIII^e arrondissement, qui procéderait à partir de fausses ordonnances.

Dès 20 heures, un calme apparent redescend sur Château-Rouge qui devient un carrefour d'information, une sorte de fil d'Ariane pour la longue nuit du caillou. Rue Myrrha, l'héroïne marron est à nouveau facile d'accès, de plus ou moins bonne qualité, peu chère, entre 100 et 150 F. Les jeunes, anciens « antitox », vendent la galette 150 F.

À Clignancourt, tout comme rue Marcadet, on trouve les habituels « maudous », (dealers issus d'Afrique noire). Quelques-uns disposent d'un peu de cocaïne de bonne qualité. Sur tout ce secteur, le crack est depuis quelque temps vendu sans emballage. Sans doute est-ce une façon de lutter contre la concurrence en permettant à l'acheteur de mieux voir le produit proposé.

Selon les heures et leur connaissance des dealers, les usagers rejoindront Clignancourt, les rues Myrrha, Marcadet, Ordener. Contrairement à d'autres sites, à Château-Rouge, le système n'est pas organisé de façon formelle sur le principe des rabatteurs, même si des usagers peuvent toujours s'investir dans cette fonction et s'improviser à l'occasion « attachés aux relations publiques » (relevé direct de l'observation ethnographique).

Le groupe focal répressif a observé, au sud de l'arrondissement, autour des portes de Paris, une croissance du trafic de marijuana pour des quantités plus importantes

qu'à l'accoutumée, trafic qui était auparavant concentré autour des boîtes de nuit et des clubs, dans le quartier se situant entre la porte Saint-Denis et la gare de l'Est. Dans ce secteur, le chiffre d'affaires d'un vendeur moyen atteint environ 2 000 F.

On voit apparaître ici des phénomènes relativement nouveaux.

Au niveau de la vente :

- l'arrivée de femmes, anciennes prostituées, et de petits délinquants issus du quartier même,
- un changement des modes de conditionnement du crack, vendu sans emballage.

Au niveau de la consommation :

- la baisse de la consommation de crack injecté,
- une possible augmentation des consommations d'héroïne.

Guy-Môquet et Porte de Saint-Ouen (XVII^e et XVIII^e arrondissements)

Entre les stations de métro Guy-Môquet et Brochant, on observe deux populations d'usagers.

Tout d'abord, une population ancienne d'usagers d'héroïne des années 1970 passés à la substitution par méthadone. Ils ont arrêté cette substitution et, depuis trois ans environ, consomment de la cocaïne et de l'héroïne blanche (mais pas réellement blanche, décrite comme légèrement translucide). Il s'agit principalement de personnes d'origine maghrébine, ayant à présent entre 45 et 50 ans. Il existe un marché d'appartement de la méthadone, tenu par ceux d'entre eux qui ont arrêté d'en consommer mais continuent à être prescrits. Les revenus de ce marché permettent aux usagers de se fournir en héroïne et en cocaïne. La plupart des usagers sont au RMI ou à la COTOREP.

Autour des rues Leibniz et du Poteau, dans le XVIII^e arrondissement, gravite une autre population, plus jeune, de personnes antérieurement en substitution au Subutex® qui sont passées au crack. Cette population existe au moins depuis 1996, époque à laquelle on remarquait davantage de gens venant des Boutiques et des étudiants.

Un groupe de consommateurs rencontré par un des ethnographes illustre cette population, sans en être toutefois totalement représentatif. Sur un groupe de dix personnes, on trouve un consommateur de crack et neuf personnes qui sont passées par la substitution au Subutex®. Sur ces neuf personnes (deux filles et sept garçons), deux seulement suivent encore un traitement de substitution, les sept autres

ont arrêté et sont passées au crack. Sur ces sept dernières, deux ont quitté les centres qui les suivaient et cinq sont encore suivies. L'âge de ces personnes se divise en deux classes : 23/24 ans (deux personnes) et 30/35 ans (huit personnes). En dehors de deux personnes en situation précaire, leur situation sociale semble être stable.

Le marché de la vente est tenu parfois par des très jeunes (14 ans), qui habitent dans cette zone. Ils vendent non seulement de la cocaïne et du crack, mais également du Subutex®.

L'ensemble de ces données provient de l'observation ethnographique.

Strasbourg-Saint-Denis et Rambuteau

La zone circonscrite dans le centre parisien, entre Strasbourg-Saint-Denis au nord et le centre Beaubourg et le Forum des Halles au sud, touche différents trafics et différentes populations, plus ou moins en contact entre elles.

Autour du forum des Halles se concentre une forte vente de cannabis, avec un grand nombre de dealers (une centaine environ) se répartissant sur cet emplacement en fonction de leur appartenance ethnique (I2). Le groupe focal répressif décrit ainsi trois groupes principaux, dont les membres sont originaires respectivement de Guyane, de Martinique et d'Afrique noire. Les Guyanais sont arrivés les derniers, en 1999. Quelques conflits ont eu lieu entre ces groupes, aboutissant à des blessures à l'arme blanche, plus ou moins graves. Cependant, il s'agit essentiellement de vente individuelle, les vendeurs étant, apparemment, fournis par des cités de banlieue. On note une présence plus forte d'herbe par rapport à la proportion antérieure entre résine et herbe, sans que celle-ci puisse être quantifiée. Les acheteurs sont de tout âge et de tout milieu social. La structure de bas seuil travaillant dans cette zone mentionne une multiplication par deux du trafic de cannabis.

Le territoire circonscrit entre Strasbourg-Saint-Denis, Rambuteau et Beaubourg reste celui où l'on trouve le plus de médicaments (I2). Le trafic est présent à toute heure. Actuellement, les médicaments les plus demandés sont le Rivotril® et le Rohypnol® depuis que ce dernier a vu sa prescription restreinte. Il y a peu de possibilité d'accès à l'héroïne, les usagers doivent désormais s'approvisionner dans le nord de Paris (I2).

Les ethnographes décrivent deux populations qui évoluent dans cette zone : d'une part, des personnes d'origines maghrébine et européenne, localisées davantage autour du Centre Beaubourg et dans la rue Saint-Denis, aussi clients de la Boutique, d'autre part, une population maghrébine, se trouvant plutôt du côté de la rue de Turbigo et de l'église Saint-Leu.

La première population a en moyenne 30 ans. On y retrouve des consommateurs et des dealers de médicaments et de produits psychoactifs. La mixité est faible, l'essentiel de la population étant masculine. Pour la plupart d'entre eux, les revenus sont liés au *deal*, à la « manche », au RMI, à l'AAH et à la COTOREP. Les suivis thérapeutiques et sanitaires sont souvent aléatoires. Ce sont généralement les travailleurs de rue et les éducateurs qui orientent les consommateurs et les accompagnent vers les lieux de soins.

Autour du centre Beaubourg, les membres du groupe focal répressif observent l'arrivée plus récente d'acheteurs-revendeurs de cachets finlandais. Ils proposent d'acheter les cachets de Subutex® par mille, à raison de 10 ou 15 F le cachet, probablement pour revendre dans leur pays. Il n'y a pas de gros trafics, mais une accumulation de transactions et de petits trafics de la part d'usagers trafiquants.

La seconde population se compose principalement de personnes d'origine tunisienne en situation irrégulière. Subutex®, sulfates de morphine, benzodiazépines et Artane® sont proposés à la vente. Les consommations additionnent alcool et médicaments. On observe aussi quelques usagers passant du Skenan® à la cocaïne. En septembre 2001, une nouvelle vague de dealers (Rohypnol® et Subutex®) cherchaient des clients autour de l'église Saint-Leu. Le cachet de Rohypnol®, à cette époque, coûtait 10 F.

Une des structures de bas seuil mentionne une augmentation par rapport à 2000 des jeunes consommateurs de 18-23 ans dans cette zone, mais sans précision.

L'enquête ethnographique montre enfin une ramification de ce marché en direction de Saint-Michel. Le Quartier latin est de plus en plus investi par une population d'origine polonaise, plutôt intellectuelle, attirée par l'historicité du lieu, souvent clochardisée, en situation précaire et parfois accompagnée de chiens. L'âge moyen est de 25 ans. Les personnes vues sont pour la plupart consommatrices d'ecstasy et d'amphétamines. C'est une population bien organisée qui a ses repères, sa loi et ses codes, ses lieux de mendicité aussi. L'occupation des endroits stratégiques de la mendicité entraîne parfois des bagarres.

Enfin, de manière plus générale, les membres du groupe focal répressif ont signalé l'apparition dans le X^e arrondissement, depuis le mois de septembre, de filières de vente de crack, organisées par des Chinois continentaux. On voit ainsi des ébauches d'organisations qui structurent la revente, parfois en contact avec d'autres villes (Lille).

Belleville, Ménilmontant

Dans les années 1980, dans certaines cités du XX^e arrondissement, on pouvait trouver du cannabis et de l'héroïne, commerce qui s'opérait sous le contrôle de communautés tunisiennes musulmanes et juives. Ainsi, la rue Piat et son prolongement à l'intérieur de la cité Saint-Julien, de même que le bas de Belleville, avaient connu la vente d'héroïne et de cannabis avant les transformations urbanistiques de ces dix dernières années. À partir des années 1990, on pouvait observer une population peu nombreuse d'usagers d'héroïne, connue des intervenants en toxicomanie, qui traînait plus ou moins dans le quartier. Depuis 1999, un glissement vers la vente de crack s'opère dans les cités du XX^e arrondissement, avec une organisation spécifique de la vente.

Aujourd'hui, l'enquête ethnographique a permis d'observer quelques dealers d'origine maghrébine, mais surtout africaine, qui vendent de la cocaïne et plus récemment du crack. Les rabatteurs sont très jeunes. La division urbanistique de la rue Piat et de la cité Saint-Julien se prête bien à ce type d'organisation qui ressemble à celui des grandes cités de banlieue parisienne : des petits groupes de jeunes, parfois d'adolescents, sont installés autour des bancs ou des lampadaires. Ils regardent les visages et abordent les personnes qui ne sont pas connues ou étrangères à la cité : « Tu as besoin de quelque chose ? », « tu cherches quelque chose ? », « tu as une cigarette ? », « tu vas à la pêche au gros ? », etc. Ensuite, le client est guidé dans un des multiples passages pour réaliser la transaction où il lui est précisé d'aller consommer ailleurs. La vente est faite par des jeunes de 18 à 25 ans. Le climat est tendu. En effet, des groupes d'habitants commencent à s'organiser afin d'enrayer le *deal*. Des manifestations ont eu lieu.

Ce site a été visité plusieurs fois dans la semaine à différents horaires par les ethnographes : l'affluence est plus forte le vendredi soir et le samedi soir. Il y a alors un défilé de voitures très souvent immatriculées dans la proche banlieue de Paris. Il s'agit probablement de consommateurs de fin de semaine, de passage, essentiellement des hommes entre 30 et 40 ans.

Le *deal* de cocaïne a parfois remplacé le cannabis, le marché semble être de plus en plus structuré, avec une dimension communautaire importante et des collaborations entre familles (I2).

Les descriptions du groupe focal répressif font apparaître une articulation entre différentes formes de trafic, notamment le trafic de stupéfiants et le trafic d'armes. Cette conjonction est liée au fait que de plus en plus de toxicomanes cherchent à s'armer. Une tension importante entre toxicomanes et dealers pourrait expliquer cette tendance.

Les intervenants du groupe focal répressif notent, mais c'est une tendance plus générale, que davantage de mineurs sont impliqués dans des affaires de revente d'herbe et de cachets (ecstasy) en milieu scolaire ou dans les cités parisiennes. Enfin, beaucoup d'agressions de pharmacies ont lieu, soit du fait d'usagers, soit par des réseaux organisés : une arrestation a ainsi permis de mettre à jour un tel réseau. Il semble qu'apparaisse aussi dans les affaires de violence conjugale, dans le XIX^e arrondissement au moins, une plus forte prégnance des problèmes de consommations de stupéfiants.

Le même groupe relève que l'on trouve maintenant dans le XIX^e arrondissement une revente de crack, de cocaïne et, à la marge, d'héroïne opérée par des prostituées. Celles-ci sont approvisionnées par des souteneurs qui pratiquent aussi la vente de stupéfiants. Il s'agit essentiellement de femmes issues des pays d'Afrique de l'Ouest (Guinée et Ghana) dont quelques-unes originaires des pays de l'Est (Macédoine).

Autres zones géographiques

Le XII^e arrondissement, et plus particulièrement la zone entre les gares d'Austerlitz et de Lyon, a été évoqué à deux reprises, une fois par l'équipe de recueil ethnographique, une autre fois, de manière différente, par un intervenant du groupe focal sanitaire.

Pour les enquêteurs ethnographes, on peut voir une population précarisée entrant dans la consommation par les produits licites, notamment l'alcool et des médicaments. On y trouve une proportion non négligeable de personnes venant des pays de l'Est. Ces populations, fréquentant le Restau du Cœur et le relais du Cœur, ont dû changer leur mode d'organisation à cause d'une augmentation des comportements violents. Nous n'avons pu explorer davantage ce terrain.

Les personnes, usagers de drogues, qui circulent sur toute l'Europe vont parfois demander des soins. Elles ont été citées par le groupe focal sanitaire. Il a été fait mention de l'orientation par le personnel de la gare d'Austerlitz de certaines personnes vers la Salpêtrière. Il semble malheureusement que nous manquions d'informations à ce niveau, alors même que, au vu de la position de Paris, il pourrait s'agir d'un phénomène important. Si l'on ne peut, là encore, à proprement parler d'une nouvelle population, c'est la première fois qu'elle est abordée dans le dispositif TREND Ile-de-France.

On voit donc que ces populations, à défaut de pouvoir être considérées comme nouvelles, devront être mieux connues dans l'avenir.

Plusieurs arrondissements ont été cités sans que l'on puisse déterminer exactement l'intensité des consommations et l'importance des populations concernées.

Dans le XIII^e arrondissement, les ethnographes ont évoqué une population de consommateurs que l'on observe essentiellement dans les centres d'hébergement pour les sans-abri. Il s'agit de personnes très précarisées et dont l'accès aux droits et aux soins est extrêmement difficile. On y retrouve aussi des toxicomanes et des ex-toxicomanes, consommant alcool et médicaments.

Dans le XIV^e arrondissement, les mêmes enquêteurs ont remarqué des populations de consommateurs gravitant autour du centre Nova-Dona. On y voit des habitants des communes limitrophes à Paris. Une population gitane importante gravite aussi dans cette zone. On ne dispose pas de précision sur les consommations.

Les enquêteurs ont également évoqué une population très fermée, mal connue, dans le XV^e arrondissement. On dispose cependant de peu de données et elles proviennent de sources indirectes. En reflet de ces informations, les intervenants du groupe répressif parisien ont noté, de manière assez unanime, la présence sous-estimée de produits psychoactifs dans les XIV^e et XV^e arrondissements, où certaines substances circulent en milieu scolaire.

LES PRODUITS, À PARIS, ET EN SEINE-SAINT-DENIS, EN MILIEU URBAIN ET EN MILIEU FESTIF

Aucun nouveau produit n'a été mentionné par les différentes sources parisiennes et de banlieue. En revanche, on remarque l'arrivée de produits non encore observés sur certains endroits. Nous allons passer en revue les différents produits en spécifiant les principales caractéristiques des consommations afférentes et les changements intervenus, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu festif.

Les opiacés

Produits non observés à Paris et en Seine-Saint-Denis : rachacha.

Produits non observés en Seine-Saint-Denis : Moscontin[®], Néocodion[®].

Produits non observés en milieu festif : Moscontin[®], Skenan[®], Néocodion[®], méthadone.

L'héroïne

Paris

Les héroïnomanes traditionnels tendent à diminuer, fait remarqué aussi bien au niveau des structures de bas seuil que du groupe focal sanitaire (I2).

Les deux structures de bas seuil parisiennes notent la régression de l'injection intraveineuse, observée dans le nord parisien lors de l'enquête ethnographique, au profit du sniff, de l'inhalation orale (cigarettes) ou, phénomène nouveau, de l'inhalation buccale et nasale (chasser le dragon) plus particulièrement pratiquée par les usagers de 18 à 23 ans (I2).

S'il n'y a pas de changements en ce qui concerne les risques liés à la voie intraveineuse (hépatites, Sida), le développement des administrations par le sniff génère également une diffusion des hépatites lorsqu'il y a un partage de paille, fait souligné par une structure de bas seuil. Le groupe focal sanitaire signale que l'on trouve encore, dans le cadre des urgences en stomatologie, des problèmes dentaires liés à des consommations anciennes d'héroïne (ou de Néocodion[®]).

La disponibilité de l'héroïne semble être stable : les consommateurs du centre de Paris achètent aussi bien de la brune que de la blanche. Mais la structure de bas seuil du nord parisien ne mentionne pas de disponibilité au niveau de la blanche alors que la brune devient plus courante et plus consommée, en partie du fait d'une baisse de qualité du crack.

Les usagers d'héroïne du nord parisien notent une tendance à l'amélioration du produit alors qu'au centre de Paris, ils se plaignent de sa médiocre qualité.

On trouve partout un petit trafic prenant la forme d'un *deal* « au kepa » destiné à assurer les consommations. Les usagers sont souvent occasionnellement dealers, avec une dimension de dépannage entre copains.

Parmi les nouveaux profils de consommateurs, on voit apparaître les « crackers » qui utilisent l'héroïne pour « redescendre », de jeunes usagers qui consomment de l'héroïne après avoir commencé leur parcours au Subutex[®], et des héroïnomanes qui seraient passés au crack pour revenir maintenant à l'héroïne.

L'héroïne est toujours utilisée en régulation pour les descentes de stimulants.

Seine-Saint-Denis

Cette description contraste avec celle de la structure de bas seuil de Seine-Saint-Denis où domine un mode d'administration par voie intraveineuse avec des consommateurs « toujours accros au shoot et donc aux seringues ». On voit apparaître quelques nouveaux usagers avec une préférence marquée pour l'héroïne.

La disponibilité d'héroïne, tant blanche que brune, est stable, mais les conditions d'obtention du produit sont difficiles. Les usagers de drogues ne se ravitaillent pas sur les communes mêmes, mais plus loin dans le département, parfois avec plusieurs intermédiaires.

Les usagers d'héroïne, connus de cette structure, relèvent une tendance à l'amélioration du produit avec « quelques bons arrivages ». On note une nette diminution du prix courant de l'héroïne, divisé pratiquement par deux en l'espace d'une année, tant pour la blanche que pour la brune (500 F le gramme contre 600 pour l'année 2000). Ce phénomène est similaire à celui observé à Paris.

Ces informations concordent avec celles du groupe focal répressif. En 1999, 5 kg d'héroïne blanche ont été saisis, contre 78 kg en 2001. Mais si l'héroïne devient plus disponible, elle ne reste accessible que par le bouche à oreille, les interventions policières récurrentes ayant incité de longue date les dealers à la mobilité, à un *deal* sans consommation avec un commerce de plus en plus localisé dans le nord-est du 93, avec des interconnexions entre les secteurs pour alimenter les départements 95 et 77.

Les quantités achetées sont également plus importantes. Les achats à la dose diminuent tandis que ceux au gramme sous forme de « cailloux » augmentent. Ceux-ci sont plus économiques : entre 500 et 900 F les 2 g, alors que le prix de la dose reste stable, entre 200 et 300 F. Les « cailloux » sont également plus purs puisque le coupage est impossible sous cette forme. En revanche, les membres du groupe répressif de Seine-Saint-Denis notent que l'héroïne brune est en nette diminution, si ce n'est en voie de disparition, ce que la structure n'observe pas.

Ces augmentations de saisies ont lieu sans qu'un développement du trafic ne soit visible, ni que le nombre de surdoses soit en hausse. On ne sait donc pas qui sont les nouveaux usagers et ce que cette tendance annonce pour l'avenir.

On trouve, dans la configuration du commerce d'héroïne, plusieurs populations de vendeurs et de revendeurs :

- d'abord des personnes d'origine africaine, de plus en plus présentes. Une partie du trafic d'héroïne est tenue par des Nigériens, utilisant des femmes africaines comme passeuses, ce qui est à relier à la proximité de l'aéroport de Roissy,
- ensuite, il semble que d'ex-vendeurs de cannabis, dont la majorité est âgée de 18 à 20 ans, passés au commerce plus rentable d'héroïne, vendent désormais des « chargeurs » et entretiennent des relations avec de gros dealers.

Une tendance marquante de cette dernière année est l'intervention de mineurs au titre d'organiseurs et non plus seulement comme guetteurs ni intermédiaires. Un certain nombre d'entre eux est d'origine africaine, mais pas seulement. Ces

jeunes dealers ont tendance à s'armer pour se protéger et protéger leur marchandise. Cette émergence est à rapprocher des données sur l'augmentation des violences des mineurs, en progression de 30 % dans le département.

Enfin, la structure de bas seuil indique que le développement des programmes d'échange de seringues augmente les préparations à l'aide de Stéricup® pour l'héroïne blanche.

Milieu festif

La consommation d'héroïne semble être le fait de quelques « teufeurs accomplis », souvent ceux qui ont pris trop de stimulants et qui se sont aperçus que l'héroïne les calmait, parfois des ex-héroïnomanes qui ne consomment que ponctuellement pour amortir les effets des stimulants.

On trouve aussi quelques usagers qui ont commencé par sniffer du Subutex® et sont passés ensuite plus facilement à l'héroïne. Par contre, dans les lieux festifs où les populations se mélangent, on voit davantage d'usagers de province, avec un profil de « galériens », âgés de 23 à 25 ans et qui consomment ce qu'ils trouvent, entre autres de l'héroïne.

La disponibilité est ponctuelle mais relativement stable. Cependant, les consommations restent discrètes et peu visibles.

L'héroïne est le plus souvent sniffée, inhalée ou injectée. L'héroïne marron est inhalée sur du papier d'aluminium ou sur un verre sur lequel on tend un papier d'aluminium, parfois aussi dans une cuillère de Stéricup®. De petits trous sont faits dans la feuille d'aluminium, on pose des cendres de cigarettes dessus et on approche la flamme pour aspirer la fumée.

L'augmentation de l'injection d'héroïne qui semblait être en hausse n'apparaît pas clairement. Si l'on se réfère à une note sur l'injection en date de novembre 2001, les demandes de seringues aux stands de prévention concernent en premier lieu la consommation de cocaïne, puis le Subutex® et l'héroïne¹⁴.

Comme il a été signalé plus haut, la fonction principale de l'héroïne est de faciliter la descente. Dans ce but, elle est parfois associée à des amphétamines, de l'ecstasy ou du LSD après un usage intensif d'autres produits.

L'opium en milieu festif

On a peu de précision sur un éventuel profil de consommateurs. Il semble que les plus gros usagers soient aussi des récoltants. On obtient 4 ou 5 g pour 100 F. L'opium est utilisé en régulation des stimulants pour se détendre et dormir. On obtient un sommeil très profond après la consommation.

Le rachacha est généralement ingéré. Les premières consommations sont souvent suivies de vomissements, mais une relative tolérance se développe vite : la première fois, on avale l'équivalent d'un petit pois, deux jours après l'équivalent d'une noisette, une semaine plus tard l'équivalent d'une noix. Il se prend aussi en infusion, avec du thé fort très sucré pour que le goût masque l'amertume répulsive de la substance, ou encore dilué dans du café chaud, du lait chaud ou du chocolat chaud. Certains le fument en l'absence de tout autre produit, pour « avoir une claque ».

Quelques témoignages relatant une petite dépendance physique sont apparus. Certains en vendent pour s'en débarrasser, après l'avoir fabriqué pour eux. D'autres, qui ne peuvent vendre ce dont ils disposent, finissent par consommer et sont accrochés au bout de quelques semaines. Des témoignages de douleurs à l'estomac, de nausées durant plusieurs jours, de rejets de bile ont été recueillis.

Le Néocodion®

Ce produit est peu observé sur les différents terrains, pas du tout pour la Seine-Saint-Denis, et peu à Paris. La consommation de Néocodion® poursuit sa baisse et semble devenir très marginale.

Le groupe focal sanitaire parisien note la consommation d'une association de paracétamol et de codéine, à raison de deux ou trois boîtes par jour, pendant plusieurs années. Il ne s'agit donc pas là d'un phénomène nouveau, mais du maintien d'une tendance. Cependant, ces cas restent relativement isolés et ne sont signalés que par un seul intervenant du groupe.

Le Subutex®

Paris

Le nombre des consommateurs de Subutex® a considérablement augmenté (I4).

Cette consommation suit deux réseaux d'approvisionnement : la prescription médicale et le marché de la rue. En effet, si le Subutex® est toujours accessible chez les généralistes, sa disponibilité est de plus en plus grande dans la rue (I2).

Les intervenants du groupe focal sanitaire ont signalé un certain nombre de situations où des boîtes de Subutex® étaient stockées, de manière parfois impor-

tante. On voit ainsi des patients disposant de plus d'un an d'avance en stock. Ces usages peuvent s'expliquer, entre autres, par une consommation ponctuelle d'héroïne, la méthadone et le Subutex® étant alors conservés pour d'autres occasions.

La structure de bas seuil du centre parisien note toujours une grande facilité d'accès au Subutex® via les médecins généralistes. La plupart des petits trafics de Subutex® s'organisent autour du développement des recours aux multiples prescriptions par les usagers qui conservent une ou deux ordonnances pour leur propre consommation et destinent les autres à la revente.

Par contre, la structure de bas seuil du nord parisien recueille de plus en plus de témoignages de personnes ayant désormais du mal à s'en procurer par prescription médicale à cause des nouvelles réglementations en la matière. Ces difficultés pourraient expliquer en partie le développement du trafic de rue du Subutex®.

Le groupe focal sanitaire a remarqué qu'un nombre conséquent de patients ont quitté le circuit médical et s'approvisionnent uniquement dans la rue.

Le Subutex® est très disponible. Son prix reste stable tant en pharmacie que dans la rue. Le prix courant d'un comprimé de 8 mg oscille entre 10 et 20 F, et celui d'une boîte de 7 comprimés de 8 mg entre 50 et 100 F, sans grande différence entre les sites.

Le shoot semble être de plus en plus concurrencé par le sniff et l'inhalation orale (I3) et des changements de préparation ont donc logiquement lieu. Ce phénomène n'est pas récent, mais semble se généraliser. Le groupe focal sanitaire postule une popularisation de la consommation par voie nasale par le passage des consommateurs en milieu carcéral.

On retrouve cependant des usagers qui alternent les modes de consommations, en fonction des moments de la journée et du contexte : injection, sniff, inhalation en cigarette, sublingual (I2).

La structure du centre parisien repère deux populations mieux cernées, parmi l'ensemble des consommateurs : l'une, déjà ancienne, formant un noyau dur d'usagers précarisés et marginalisés et l'autre, un nouveau groupe de consommateurs composé de jeunes, hommes et femmes, cherchant du Subutex® pour aller en fête, souvent de jeunes banlieusards ayant obtenu leur permis récemment.

Dans le nord parisien, on voit apparaître de nouveaux consommateurs de crack qui vendent du Subutex® pour financer leur consommation.

Le groupe focal sanitaire relève une population émergente, dont on pouvait déjà trouver trace auparavant, mais qui semble en augmentation constante, et dont la spécificité est sa situation socioprofessionnelle. Il s'agit en général de personnes parfaitement intégrées, disposant de revenus suffisants, vivant en famille ou en couple et qui pratiquent l'injection de Subutex®, obtenu auprès d'un médecin, sans qu'il y ait de contact avec les milieux classiques de la toxicomanie. Ces injecteurs chroniques

14. L. Desplanques, J. Kempfer, *Notes préliminaires sur l'injection, portraits et interviews de quelques injecteurs en milieu festif*, Association Liberté, novembre 2001.

pourraient consommer depuis plusieurs années, en étant pris en charge par un médecin généraliste, et gérer correctement leurs consommations, mais sans que cela n'exclut des risques persistants, notamment au niveau des modes d'injection.

Des problèmes associés à la vente dans l'espace public apparaissent clairement : permanence des personnes qui vendent et achètent dans le XVIII^e, une plus grande pression policière dans le centre parisien qui crée une dispersion du *deal* avec moins de stationnement au même endroit (12).

Une structure mentionne des risques de dépression respiratoire provoqués par l'association du Subutex[®] avec d'autres produits (alcool ou benzodiazépines). La même structure note une stabilisation des associations de Subutex[®] avec les benzodiazépines et l'alcool en même temps qu'une diminution des associations de Subutex[®] avec du Rohypnol[®], du Rivotril[®] ou du Séresta[®]. Le groupe focal sanitaire a signalé quelques cas d'injecteurs de Subutex[®], traités en cabinet et se situant en dehors des circuits de la toxicomanie traditionnelle, injectant également du Stilnox[®] et du Laroxyl[®]. Ainsi, un homme s'injectant une solution composée à moitié de Subutex[®] et à moitié de Stilnox[®] a notamment été cité.

Aucun changement n'est rapporté dans les usages de régulation du Subutex[®], qui reste largement utilisé pour les « descentes » de crack.

Seine-Saint-Denis

La majorité des usagers rencontrés par la structure consomme du Subutex[®] pour éviter le manque et le mode de consommation est le plus souvent l'injection. Cette structure note toujours une grande facilité d'accès au Subutex[®] par la médecine de ville.

Les prix du Subutex[®] sont les mêmes qu'à Paris.

Les pratiques de revente s'organisent, comme à Paris, par la multiplication des ordonnances et apparaissent, pour la structure, comme une forme de « substitution à la manche ».

Milieu festif

Le Subutex[®] est consommé en fête techno par deux grands types de populations :

- d'abord, des anciens usagers d'héroïne qui, ayant commencé tôt cette consommation, ont trouvé dans le milieu techno de nouveaux repères, qui les ont aidés à s'en sortir,
- ensuite, des gens plus jeunes, de 20 à 25 ans, qui ont consommé peu d'héroïne et ont rapidement arrêté. On y trouve beaucoup de provinciaux, issus des classes populaires et moyennes et davantage de garçons que de filles.

Le Subutex[®] est consommé conformément au mode prescrit, mais certains l'avalent, ne sachant pas qu'il faut le prendre en sublingual. Il est rarement sniffé.

Quelques témoignages de rares personnes pour lesquelles un comprimé de 8 mg dure plusieurs mois ont été recueillis. Elles consomment ce produit en descente après chaque prise d'amphétamines ou d'ecstasy : elles grattent un peu de poudre sur le cachet et l'inhalent. Un consommateur a ainsi comptabilisé qu'un comprimé pouvait lui procurer de quoi faire une vingtaine de sniffs.

On trouve cependant quelques personnes dépendantes qui, en contrepartie, sont obligées de consommer plus d'ecstasy pour en ressentir les effets. Elles semblent vomir plus souvent si elles prennent le Subutex[®] au cours d'une prise d'ecstasy. Quelques-uns de leurs témoignages montrent des situations de manque, surtout en descente d'ecstasy. Cependant, le Subutex[®] est préféré par certaines personnes ayant des consommations importantes, parce qu'il permet de mieux ressentir les effets de l'ecstasy que la méthadone ou l'héroïne.

Le Subutex[®] est utilisé pour gérer les descentes ou, de manière aléatoire, selon les opportunités, surtout en teknival, mélangé à d'autres produits.

Le Subutex[®] est rare dans les *free-party*. On le trouve plus facilement en teknivals. L'impression des intervenants est qu'il est plus disponible, mais cette donnée n'est pas confirmée.

Un comprimé de 8 mg peut coûter de 10 à 100 F, mais se stabilise le plus souvent à 40 F. On ne dispose pas d'information sur le prix d'une boîte, peut-être parce qu'il est surtout vendu au comprimé. On trouve peu de petit trafic de Subutex[®] en milieu festif et il semble même que l'on puisse souvent en offrir, en dépannage notamment.

Les sulfates de morphine

Paris

Les structures parisiennes décrivent les consommateurs de Skenan[®] comme des usagers de longue date. On voit ainsi de « vieux » consommateurs d'héroïne, des personnes qui ont été substituées à la méthadone, puis sont revenues au Skenan[®] ou des personnes qui ne sont pas stabilisées sous Subutex[®].

La structure du centre parisien, au-delà de cette population ancienne, cite également l'apparition de jeunes non initiés à l'injection et qui entrent en consommation directement avec les sulfates de morphine.

Sur tous les sites, le mode d'administration largement dominant reste l'injection (12) avec des doses parfois importantes (800 mg).

Dans le XVIII^e arrondissement, le trafic de rue se montre ouvertement, mais cela est aussi lié au trafic en général dans cette zone.

Dans le centre parisien, le produit est moins disponible, le petit trafic reste cependant stable, mais s'organise autour d'habitues confidentiels. La baisse de disponibilité du produit semble avoir eu pour conséquence une hausse de la consommation d'alcool chez les consommateurs de Skenan[®].

Au nord, on relève toujours les mêmes pratiques d'association de produits autour du Skenan[®] : avec du crack ou avec des benzodiazépines et de l'alcool.

Au centre, l'association de Skenan[®] avec de la cocaïne et de l'héroïne est toujours actuelle.

Enfin, le groupe focal sanitaire note, depuis septembre 2001, une augmentation des ordonnances de Skenan[®].

Seine-Saint-Denis

La structure de bas seuil ne peut identifier aucun profil d'utilisateurs de Skenan[®] car elle n'en suit qu'un seul. Un cas d'injection en mélange avec un yaourt lors d'un séjour hospitalier a été cité.

La disponibilité de Skenan[®] reste globalement stable et il semble, bien qu'aucun usager ne soit suivi, que les modalités d'accès à ce produit continuent à exister auprès des médecins généralistes : la structure mentionne des prescriptions d'un médecin pour les consommations régulières, et des prescriptions ponctuelles d'un autre praticien pour des consommations irrégulières, peut-être de nature festive.

Le prix du Skenan[®] au marché noir a été divisé en moyenne par deux par rapport à l'année 2000 (20 F pour une gélule de 100 mg contre 40 F en 2000). Cette donnée est cependant à relativiser puisque la seule voie d'accès connue au produit est la voie légale.

La méthadone

Les usagers de méthadone vus par les structures de Paris comme par celles de Seine-Saint-Denis sont tous sous substitution médicale. On trouve dans le nord parisien un peu de méthadone dans un trafic informel qui prend la forme d'un réseau de dépannage.

Le groupe focal sanitaire remarque l'arrivée d'une population asiatique composée notamment de prostituées et d'utilisateurs de drogues chinoises qui ont pu avoir un accès aux soins correct et qui ont une demande de méthadone au-dessus des proportions habituelles. Cette évolution apparaît nettement au programme d'échange de serin-

gues de Médecins du Monde. Il semble que les provenances de ces migrants chinois soient principalement Pékin et Canton. Le même groupe mentionne aussi des cas de stockage de méthadone.

La structure de Seine-Saint-Denis remarque, en cas d'échec de la substitution au Subutex[®], des problèmes d'accès à la méthadone. Cette structure note, suite à la consommation de méthadone, une baisse de la libido et des transpirations importantes.

Plusieurs associations de produits à base de méthadone ont été citées par cette même structure : la méthadone associée à la cocaïne donne un coup de fouet, et l'association d'alcool permet de faire monter plus vite la méthadone.

Les stimulants

Produits non observés dans le centre parisien et en Seine-Saint-Denis : ecstasy, ice.

Produits non observés dans le centre parisien : amphétamines, cocaïne, crack, ice.

L'ecstasy

Paris

La structure de bas seuil du centre parisien ne note pas de présence d'ecstasy. Cette information pourrait éventuellement être associée à l'émergence de fabrication « sauvage » des produits de synthèse, qui serait assez localisée sur les portes de Paris. Fait rapporté par le groupe focal répressif parisien.

Au nord de Paris, la structure de bas seuil constate que le produit est à la fois plus disponible et plus accessible car le trafic descend davantage dans la rue. La même structure remarque plus de demandes et plus de consommateurs. Ces derniers sont souvent relativement jeunes et polyconsommateurs. Par ailleurs, on note que de nombreux usagers de crack prennent aussi de l'ecstasy. Le prix d'un comprimé ou d'une gélule varie selon l'offre et la demande entre 50 et 100 F.

Des crises de panique sont possibles et le mélange entre ecstasy et alcool est décrit comme particulièrement dangereux. Pourtant, peu de troubles liés à la consommation d'ecstasy apparaissent dans le groupe focal sanitaire : deux cas de descente difficile ont été cités, ainsi qu'un accident grave (chute d'un pont) lié à une consommation de MDMA de trop grande qualité. Le groupe répressif parisien signale un décès lié à une prise d'ecstasy.

Seine-Saint-Denis

La structure de bas seuil ne note pas de consommation. Mais le groupe focal répressif indique une augmentation des saisies : 450 pilules ont été saisies en 1999 et 43 892 en 2001, uniquement sur le département, mais sans aucune visibilité des filières concernées. Les grandes manifestations ouvertes en Ile-de-France ont disparu suite aux pressions policières, provoquant une multiplication des fêtes dans des lieux privés parisiens officiels, inaccessibles au regard policier, ainsi qu'une augmentation des ventes vers la province pour l'approvisionnement des *raves-party*. Les intervenants du groupe focal répressif formulent l'hypothèse que les vendeurs de cannabis qui, auparavant, approvisionnaient des clients de province, se sont convertis à l'ecstasy et alimentent désormais les fêtes du milieu techno.

On voit également apparaître une augmentation des interpellations d'usagers détenant 10 ou 20 cachets d'ecstasy, sans que l'on puisse savoir avec certitude si c'est le petit trafic qui se développe ou s'il y a une nette hausse des consommations.

En l'état, on ne peut donc réellement déterminer si le département est un lieu de stockage, de transit ou de transaction. Mais il n'apparaît pas, pour le groupe focal répressif, de même que pour la structure de bas seuil, d'augmentation des consommateurs sur le 93 et ceux-ci semblent, au demeurant, peu nombreux. Mais cette dernière impression doit être relativisée par le fait que nous ne disposons d'aucun moyen de connaître le nombre d'usagers.

Milieu festif

Les consommateurs d'ecstasy en milieu festif sont en moyenne âgés de 15 à 30 ans, avec une forte majorité de jeunes aux alentours de 22 ans.

On trouve plusieurs types de consommateurs :

- des jeunes, « branchés » dans le milieu techno, dont la consommation est liée au mode de vie particulier des « teufeurs » avec des consommations de week-end ;
- des jeunes plus radicaux, attachés à une philosophie de vie alternative où se mélangent la subversion, la libre entreprise et le respect ;
- des jeunes venant en bande pour consommer sans limites.

Plus on s'éloigne de Paris, plus l'on trouve de personnes des classes populaires et moyennes et des étudiants. Plus on est proche de Paris, plus l'on rencontre de gens affiliés au *hardcore*. On a remarqué depuis juillet l'afflux d'une population de curieux, probablement attirée par les articles de la presse sur le phénomène techno.

Plus la manifestation est *hardcore*, moins il y a de femmes. On peut considérer qu'elles représentent, pour un événement « normal », environ un tiers de la population.

L'ecstasy est très généralement avalée (gobée). Le prix baissant de manière considérable entre le début de la soirée et la fin de la nuit, la tentation est grande pour de nombreux consommateurs de multiplier les prises pour repousser la descente. L'ecstasy est souvent consommée en groupe, fractionnée par moitié ou moins et pris toutes les demi-heures.

Les intervenants ont l'impression qu'elle est de plus en plus sniffée, sans disposer cependant de données objectives. On observe parfois de l'injection en teknival.

Les problèmes de santé sont similaires à ceux déjà observés : déshydratation, amaigrissement, état de fatigue visible, nervosité.

La plupart des consommateurs mentionnent des gens se plaignant d'effets secondaires : dépression, énervement, une incapacité à supporter la contrariété en descente ou les jours suivants. Des problèmes cardiaques sont signalés, sans précision.

En cas d'excès, on observe le renforcement d'une certaine radicalité avec un repli sur soi et de l'irritabilité. Les gobeurs qui se vantent de consommer 10 à 15 ecstasys en une nuit montrent de gros problèmes de mémoire et de concentration. On trouve certains témoignages de remise en question (« je déconne, je m'abîme les neurones ») même si les appréciations positives sont aussi fréquentes.

On constate des montées souvent plus violentes, probablement dues à des dosages plus forts, provoquant des angoisses, des nausées, des vomissements plus fréquents.

Depuis septembre 2001, il y a beaucoup plus d'offres et une diversification des variétés. Plusieurs qualités sont parfois proposées par un même groupe de dealers. Le trafic semble être organisé par des « bandes des quartiers » qui tiennent le marché.

La qualité augmente. De manière générale, on observe une explosion du marché qui rend le produit de plus en plus accessible.

Au début de l'année, le prix d'un cachet était de 100 F et de 70 F pendant l'été, alors qu'en octobre 2001, il était en moyenne de 50 F en début de soirée mais pouvait aller jusqu'à 150 F. En fin de soirée, toujours en octobre, on pouvait le trouver à 20 F pièce.

Un gramme de poudre vaut entre 400 et 500 F. En pâte, le produit est vendu à 500 F.

Le produit est associé à l'alcool (bières ou alcools forts) pour obtenir de l'ivresse et renforcer les effets. Cette double consommation est reconnue comme donnant de « mauvais délires » ou rendant malade, mais ceux-là mêmes qui posent ce verdict consomment malgré tout.

Les amphétamines sont utilisées pour diminuer les effets trop violents de la montée d'ecstasy.

On trouve aussi des associations avec le LSD, l'ecstasy étant consommé en premier pour éviter une annulation des effets si le LSD est consommé pendant la montée de la MDMA.

Enfin, on trouve des associations avec le cannabis (en gestion de la descente).

Les amphétamines

Paris

On a peu d'indications sur les amphétamines à Paris. La structure de bas seuil du centre parisien n'en a pas observées et celle du nord parisien remarque de tout nouveaux usagers qui ont le même profil que celui des consommateurs d'ecstasy, souvent des jeunes. Cette même structure n'avait pas observé d'amphétamines sur son territoire en 2000. La consommation est très minoritaire et nouvelle et la structure ne dispose pas de données plus précises pour l'instant. Il ne semble pas qu'il y ait de trafic local.

Seine-Saint-Denis

En revanche, la structure de Seine-Saint-Denis a observé la présence d'amphétamines depuis un an et demi ou deux ans. Ce speed, originaire de Pologne, est apprécié par les usagers, il semble puissant et de bonne qualité. Les usagers originaires de Pologne, notamment, semblent être particulièrement friands de ce produit. La substance est assez disponible, mais cependant peu accessible et plusieurs intermédiaires sont souvent nécessaires.

On ne dispose pas d'information sur le prix d'un comprimé ou d'une gélule. La structure de bas seuil propose une fourchette pour 1 g en poudre de speed polonais allant de 100 à 250 F avec un prix courant s'établissant à 200 F.

Milieu festif

Les usagers d'amphétamines sont plus souvent bien intégrés socialement. Cette population consomme de façon utilitaire, notamment pour travailler. Les disc-jockeys consomment à des fins que l'on peut penser similaires, souvent pour mixer. Enfin, on trouve quelques usages en milieu populaire. Les provinciaux consomment souvent davantage que les Parisiens. On observe peu de différences entre filles et garçons. La classe d'âge concernée va de 20 à 30 ans.

Nombreux sont ceux pour qui l'usage de speed « va de soi », pour « tenir la soirée », la nuit ou plusieurs jours sur un teknival. La consommation semble se

banaliser. Techno Plus écrit que « le speed est devenu cette année un “produit de base”, c'est-à-dire un produit qui, comme le cannabis, est consommé en arrière-plan dans la soirée, sans trop y penser, l'attention se portant sur les produits qui “défoncent vraiment” : ecstasy, LSD¹⁵... ».

Les amphétamines sont facilement partagées ou offertes.

On observe plusieurs rythmes de consommation :

- le week-end seulement ;
- pendant une durée d'une semaine à un mois avec arrêt ensuite ;
- pendant une durée de six mois à un an ;
- des phases de consommation de plusieurs jours à 2 ou 3 g par jour, suivies de grosses dépressions.

Selon les rythmes, on remarque une suractivité permanente durant plusieurs mois suivi d'une période de déprime, d'isolement et de repli sur soi.

Les consommateurs réguliers sont souvent également consommateurs occasionnels d'héroïne.

On trouve les amphétamines sous plusieurs formes : de la poudre blanche très fine, des cristaux blancs, de couleur jaunâtre en poudre ou légèrement pâteuse, de la pâte jaune fluo, des cristaux oranges et de la pâte orange fluo, de la pâte blanche jaunâtre ou rosâtre. La pâte base est toujours humide.

Les amphétamines sont généralement sniffées, ce mode de consommation est plus convivial et facilite le partage. L'injection est rare, on l'a parfois observée en teknival.

On trouve quelques témoignages de consommation par voie orale enveloppée dans du papier à cigarettes, soit parce que les narines sont abîmées, soit pour avoir des effets plus doux sur une durée plus longue. La pâte semble être plus corrosive et abîmer davantage les narines. Quand la pâte est trop humide et colle, elle peut s'agglomérer en morceaux dans les narines. Il arrive alors qu'on en fasse réchauffer pour sécher dans du papier aluminium près d'un feu ou sur un radiateur.

Quelques témoignages de personnes en ayant vu d'autres fumer la pâte base ont été recueillies, mais sans que des observations directes aient confirmé ce mode de consommation.

Les amphétamines sont disponibles, surtout en teknival.

Les prix varient de 100 à 250 F, la pâte base étant légèrement plus chère que la poudre. Un gramme en poudre vaut de 50 à 200 F avec une moyenne de 100 F. Le prix d'un gramme en pâte va jusqu'à 250 F, avec un prix moyen de 150 F.

15. Note de synthèse du 12/01, Techno Plus.

Les effets attendus sont la vivacité, l'aisance, le sentiment de puissance, un regain de volonté, une disparition des complexes, une joie facile, des capacités physiques accrues.

Les problèmes afférents sont des pertes de contrôle, des fatigues durables avec un épuisement complet, des angoisses subites et des accès de paranoïa, des troubles cardiaques.

Certains consommateurs de kétamine, voulant paraître plus dynamiques, mélangent les amphétamines et la kétamine. Cette association diminue la maîtrise corporelle et la sensibilité à la douleur et, en conséquence, augmente les petits incidents (chutes, coupures...).

La dépression, des sentiments de solitude et de rejet peuvent apparaître après la consommation. Les amphétamines ont tendance à mener vers l'accoutumance par le sentiment de performance qu'elles procurent. En cas de consommation régulière, se posent des problèmes d'ordre relationnel : l'agitation et l'irritabilité sont difficiles à supporter pour les proches qui ont tendance à prendre leurs distances.

Les amphétamines sont associées à l'ecstasy pour diminuer les effets perturbants de la montée de ce produit ou avec le LSD pour atténuer les hallucinations et les stabiliser. Pendant la descente, les consommateurs utilisent le rachacha ou le cannabis en bhangs pour amoindrir les effets dépressifs.

L'ice en milieu festif

Peu de cas ont été observés, on ne pourra donc conclure de manière fiable en ce qui concerne ce produit. Il est à noter que les amphétamines sont parfois nommées « ice ».

Les cas observés l'ont été dans des teknivals de type « cyberpunk » et « New Age ». Les consommateurs apparaissent attirés par la subversion et se situent dans des réseaux internationaux d'amateurs éclairés maîtrisant bien les nouvelles technologies. Il s'agit en général d'hommes entre 25 et 35 ans.

Aucune consommation n'a été observée, mais certains témoignages laissent penser que l'ice serait fumée dans des pipes à crack.

Il semble que le produit soit très rare en région parisienne, mais on en trouverait cependant dans le Midi.

Plusieurs descriptions sont faites du produit. Il ressemblerait à du gros sel, à du sucre brun ou à de la mélasse marron. Le prix annoncé comme le plus cher pour un gramme est de 900 F.

L'ice est perçu à la fois comme précieux et dangereux en ce qu'il peut provoquer des états extrêmes. Il est souvent confondu avec le PCP, le yaba ou le crack.

Les appellations « shabu-shabu » et crank ont été entendues deux ou trois fois cette année, essentiellement par des gens ayant consommé aux USA ou aux Philippines. Le terme de « cristal ice » est aussi employé.

La cocaïne

Paris

La cocaïne n'a été observée que par la structure du nord parisien où elle est consommée par tous les publics, insérés ou non. Elle reste essentiellement injectée, avec une proportion non négligeable de personnes qui la sniffent ou qui la fument.

De nouveaux consommateurs apparaissent, essentiellement des usagers de crack se tournant vers la cocaïne pour injecter. La disponibilité est stable, mais l'accessibilité est réduite, il faut passer par des intermédiaires pour en trouver, ce qui peut être difficile pour un usager « moyen ». Le prix est plutôt en baisse : 500 F avec des variations de 400 à 1 000 F pour 1 g.

Les intervenants de la structure de bas seuil mentionnent l'accentuation des problèmes sociaux : grande précarisation, manque de sommeil et d'appétit, état de fatigue extrême. Ils perçoivent des problèmes psychologiques chez les consommateurs : paranoïa, agressivité, anxiété. Cependant, les membres du groupe focal sanitaire parisien notent qu'en milieu hospitalier des problèmes liés aux systèmes cardio-vasculaire et circulatoire ont été constatés, avec des conséquences aussi importantes que des éclatements de la rate. On a aussi observé davantage de rupture d'anévrisme chez des gens qui étaient sous cocaïne lors d'un rapport sexuel ou lors d'une prise de cocaïne assez forte. La prise de cocaïne et l'hypertension artérielle suraiguë sont une cause possible de la rupture de l'anévrisme, qu'on qualifie de mycosique (l'anévrisme prend la forme d'un chapeau de champignon). Une autre hypothèse est la présence d'anévrismes depuis la naissance, qui éclateraient à l'occasion d'une prise conséquente de cocaïne.

Seine-Saint-Denis

La cocaïne reste consommée par une grande majorité des usagers. En effet, 90 % des usagers de la structure de Seine-Saint-Denis l'utilisent. La disponibilité ne varie pas de même que l'accessibilité : la cocaïne reste facile à se procurer. Le prix est stable aussi (prix courant de 700 F avec des variations de 600 à 1 000 F pour 1 g).

Le groupe focal répressif note une diminution importante au niveau des saisies : en 1999, 828 kg avait été saisis contre « seulement » 18 en 2001. À l'inverse du

commerce du cannabis, les gros dealers de cocaïne font partie de l'« élite » du grand banditisme car ce trafic est de faible accessibilité : il nécessite un réseau très sélectif et des fonds beaucoup plus conséquents que pour le cannabis.

Le groupe focal signale aussi la découverte d'un nouveau mode de transport de la cocaïne sous la forme de « boulettes » de cocaïne liquide ingérées : ce procédé est uniquement décelable aux rayons X, et parfois deux examens sont nécessaires pour faire apparaître les substances avalées.

Milieu festif

Les consommateurs de cocaïne sont en général plus âgés que ceux d'ecstasy, ils ont entre 22 et 30 ans. On trouve d'anciens usagers de LSD ou d'ecstasy qui consomment désormais uniquement de la cocaïne parce qu'ils ont l'impression de se faire moins de mal. Il s'agit, en termes de tendance, de personnes souvent plus stabilisées socialement, qui fréquentent les clubs, du milieu urbain moins marqués par le style vestimentaire en vigueur en fête techno, qui disposent de plus de moyens. On peut même penser que la cocaïne donne une image légèrement élitiste aux consommateurs.

Pratiquement tous ceux qui mixent ont consommé à un moment donné de la cocaïne.

La cocaïne est le plus souvent sniffée, mais aussi injectée. Il ne semble cependant pas y avoir de développement de l'injection pour ce produit. Les usagers restent généralement dans leur voiture pour préparer et consommer la cocaïne, afin de disposer de davantage de confort et de ne rien faire tomber. On observe une demande de Stéricups de la part des usagers de cocaïne.

Quel que soit le mode d'administration, on constate des problèmes dentaires, un amaigrissement, le développement d'un sentiment de persécution, beaucoup d'énerverment.

L'offre augmente, la cocaïne est plus disponible et la qualité semble être meilleure, et ce d'autant plus quand le produit est vendu par des gens du Sud de la France, essentiellement à cause de la proximité de l'Espagne. On note la diffusion d'une cocaïne présentée comme végétale, c'est-à-dire non synthétique et moins coupée, surnommée « végé ».

Le coût au gramme varie entre 300 et 600 F avec une moyenne de 400 F. Le prix a tendance à baisser en été.

Un certain nombre d'associations sont relevées : la cocaïne peut être sniffée avec de l'héroïne (speed-ball) afin que les effets de l'un contrebalance ceux de l'autre. On observe aussi des consommations conjointes de kétamine, de cocaïne et d'héroïne, un usager de cocaïne en parlant comme étant « ce qu'il y a de mieux ». Enfin, des consommations associées de cocaïne et de MDMA ont été signalées. La

cocaïne supprime ou diminue les effets empathogènes de l'ecstasy pendant une heure environ. Par contre, utilisée en descente d'ecstasy, elle peut relancer les effets du produit et rendre la descente plus agréable.

Les vendeurs viennent souvent au petit matin, quand la fatigue commence à faire son œuvre et que les « teufeurs » épuisés cherchent à se ravitailler.

Le crack

Paris

Dans le nord parisien, le crack est plus disponible et, de l'avis d'un consommateur rencontré par les ethnographes, « accessible à toute heure ». Cela va de pair avec davantage d'« arnaques » et la plus forte présence de produits de coupe dans le caillou.

Le prix courant du caillou (50 F) reste stable, compris cependant dans une large fourchette allant de 10 à 100 F, les quantités pouvant varier.

La même structure note que le crack est toujours fumé ou injecté, bien qu'il semble y avoir une diminution de ce dernier mode de consommation. La préparation s'effectue de différentes façons selon le mode d'inhalation (cannettes, doseurs, bouteilles plastiques, pipes, etc.), le doseur étant utilisé de préférence pour la récupération du dépôt d'huile.

Le crack est fréquemment associé à d'autres produits : Subutex® ou héroïne, médicaments et alcool, alcool seulement.

Dans le XVIII^e, on note que le trafic est plus visible dans la rue, avec plus d'usagers, plus de violence et d'agressivité et davantage de gens qui vont consommer dans les immeubles, générant des relations tendues avec les habitants (I3).

La distribution par Médecins du Monde d'ustensiles permettant de consommer le crack dans de meilleures conditions (embouts de pipes à crack) depuis peu de temps (octobre 2001) rend visible une population peu connue jusque-là. Il s'agit notamment de femmes d'origine étrangère (Afrique, Pays de l'Est, Asie) se prostituant. Mais on ne peut être certain de l'émergence d'une nouvelle population ; il est plus probable que l'effet d'attraction créé par le nouvel ustensile amène à la fois d'anciens consommateurs et des personnes de ce nouveau courant migratoire à être connus du programme d'échange de seringues.

Enfin, dans le groupe focal sanitaire, il a été fait mention de difficultés dans la prise en charge des Antillais consommant du crack et utilisant le rhum pour gérer la descente. Cette population est déjà ancienne. Mais on ne dispose ni de lits pour l'accueillir, ni d'équipes soignantes qui pourraient assurer un suivi sur une durée

constante pendant plusieurs jours. Il semble, d'autre part, que le facteur culturel pourrait jouer un rôle dans les modes d'accès de ces patients, puisqu'il apparaît que pour la plupart d'entre eux, aucune consultation en CSST n'a eu lieu avant qu'ils ne se rendent aux ECIMUD. Ne se considérant pas comme toxicomanes, ils viennent consulter en général pour leur VIH ou leur VHC. Si leur état inquiète les équipes soignantes, le suivi des traitements semble improbable.

Seine-Saint-Denis

La structure de bas seuil mentionne des cocaïnomanes convertis au crack pour des raisons financières, ainsi que d'anciens héroïnomanes. On perçoit une augmentation des pratiques d'inhalation au doseur et d'injection. La même structure note l'apparition de lieux de *deal* sur une de ses villes d'intervention. L'accessibilité au produit est rendue plus facile par le développement des petits trafics sur place et les consommateurs ne sont plus obligés de se déplacer sur le XVIII^e pour s'en procurer.

Le prix de la plaquette oscille entre 250 F la petite et 500 F la grande. Le prix au caillou est de 50 F.

Des associations sont plus particulièrement choisies pour réguler la descente : avec de l'héroïne, de l'alcool ou des benzodiazépines.

Le groupe focal répressif note des saisies de crack en lien avec la prostitution. Le trafic de crack aux portes de Paris limitrophes de la Seine-Saint-Denis (Porte des Poissonniers, Porte de Saint-Ouen, Porte de Clignancourt) est à relier à une prostitution de femmes issues des pays de l'Est, mais aussi à l'organisation récente de réseaux de prostitution par des Africains domiciliés dans le 93, prostituant des femmes africaines aux portes de Paris.

Bien que le crack apparaisse nettement comme produit de consommation dans le milieu de la prostitution, il ne semble pas que le marché du crack et celui du sexe se superposent à l'heure actuelle, même si cela reste une préoccupation de la police.

Milieu festif

Les consommateurs achètent de la cocaïne végétale, puis la transforment en base.

Les consommateurs de free-base sont des usagers « expérimentés », les nouveaux venus en milieu techno en consomment rarement. Les consommateurs se mettent au crack soit par lassitude des autres produits, soit par curiosité.

Le crack en milieu festif est souvent consommé par des dealers, des poly-consommateurs désinsérés, des usagers ayant des moyens financiers importants. Ce sont des personnes de 25 à 35 ans, principalement des hommes. Les rares femmes

consommatrices sont des femmes de dealers. Il semble que de plus en plus de dealers d'ecstasy fument la base. Des dealers de protoxyde d'azote amateurs de free-base, qui fumaient beaucoup de crack pendant le business et peu à peu devenaient de plus en plus durs, arrogants, prétentieux, ont été observés directement.

Les consommateurs réguliers se reconnaissent facilement par leur fébrilité, leur maigreur, leurs dents abîmées. Pourtant, ce portrait est aussi celui de la personne accrochée aux amphétamines.

Le produit est décrit comme n'étant pas typiquement un produit de fête, mais plutôt adapté à d'autres modes de vie, ceux des « citadins », très actifs. Certains dealers sombrent dans des consommations compulsives après avoir commencé à vendre de la cocaïne qu'ils ont transformée en crack. Beaucoup connaissent des cas de perte de contrôle. La détérioration mentale semble très rapide.

Le crack est généralement fumé. Mais il semble qu'apparaît une augmentation de la consommation dans des bhongs, plus économique et qui procure des effets plus intenses.

Nous n'avons pas de données sur la disponibilité, ni sur l'accessibilité, mais il apparaît que l'usage augmente et que l'on observe davantage de consommations masquées par des prétextes d'exception, comme des anniversaires ou des rentrées d'argent imprévues. Les données de la structure sont corroborées par celles de Techno Plus sur cette augmentation des consommations.

Quelques témoignages d'une free-base verdâtre ont été recueillis. La base est plus souvent préparée à base d'ammoniac que de bicarbonate. Cette dernière préparation est réputée délicate et n'est faite que par de rares personnes détenant « un savoir-faire » qui leur confère un statut d'expert. Elle est préparée dans les voitures, les tentes, les camions.

Le prix du caillou évolue entre 50 et 100 F.

Le crack est souvent régulé avec du cannabis consommé dans des bhongs, à la fois pendant les effets pour réveiller l'appétit et pendant la descente.

Le crack lui-même peut servir de régulateur pour tenir jusqu'au matin quand il faut repartir en voiture après une nuit de consommation de produits divers arrosés d'alcool.

En dehors des appellations classiques de « base » ou de « caillou », on parle aussi de « fiff ».

Les hallucinogènes

Produits non observés en Seine-Saint-Denis et dans le centre parisien : LSD, kétamine.

Produits non observés en milieu urbain : champignons hallucinogènes, protoxyde d'azote, yaba.

Le LSD

Milieu urbain

Seule la structure de bas seuil du nord parisien note une consommation de LSD, par ailleurs en nette augmentation. Le profil des usagers de LSD est proche de celui des consommateurs d'ecstasy, tout particulièrement les plus jeunes usagers de drogues.

Il n'y a pas de trafic local de LSD dans le XVIII^e arrondissement et le produit reste dans un réseau fermé, rendant l'accès difficile. On ne dispose d'aucune information sur le prix.

Milieu festif

L'âge des consommateurs s'étend sur une large durée qui va de 16 à 35 ans. On peut évaluer les consommateurs à deux tiers d'hommes et un tiers de femmes.

Plusieurs profils peuvent être décrits :

- des étudiants et des lycéens qui cherchent une stimulation et qui en ont une utilisation essentiellement festive,
- des personnes des classes populaires et moyennes qui recherchent des usages festifs liés à la communication, à la stimulation, à l'euphorie et à l'intensité des effets psychiques.

Le LSD se présente sous forme de micro-pointes (gel solidifié) et de liquide (en goutte), de buvards, de cristaux. Le LSD pur est rare. Le plus souvent, on le trouve mélangé à de la strychnine. Il y a beaucoup d'« arnaques ».

Les buvards sont avalés ou diffusés par les pores de la peau.

Le prix d'un timbre-buvard ou d'une micro-pointe va de 20 à 50 F. Une goutte liquide vaut 100 F.

On observe des « *bad trips* », souvent dus aux mélanges avec l'alcool et la kétamine. On peut alors rester « chéper » (perché) ou « scotché ». Nombreux sont ceux qui connaissent des gens qui sont restés « perchés ». De gros problèmes de paranoïa sont constatés, souvent amplifiés par l'ambiance, la musique, les basses, la foule. La fatigue, les angoisses, la dépression après excès sont considérées comme provisoires.

Le LSD est souvent associé aux amphétamines par ceux qui le consomment faiblement dosé, ce qui semble fréquent. On sniffe alors les amphétamines après deux

LSD pour diminuer et « stabiliser les hallucinations ». Le produit est aussi utilisé après une consommation de cocaïne ou de kétamine, et avant et après une prise d'ecstasy ou d'amphétamines.

Le café ou les « *smart drinks* » potentialiseraient les effets du LSD.

La descente se gère au rachacha ou au Xanax[®].

La kétamine

Milieu urbain

Il en est pour la kétamine comme pour le LSD en milieu urbain. Elle n'est observée que dans le nord parisien. Les consommateurs, en faible minorité, sont les mêmes que ceux de speed ou d'ecstasy, c'est-à-dire de jeunes consommateurs et des polyconsommateurs. Aucun problème de santé n'a pour le moment été remarqué. On ne constate pas de trafic local.

Milieu festif

La kétamine est beaucoup plus utilisée par les garçons que par les filles. La tranche d'âge majoritaire va de 15 à 25 ans. On retrouve parmi les consommateurs des amateurs de sensations physiques fortes. Les usagers ont souvent le sentiment d'appartenir à une petite communauté.

Jimmy Kempfer et Lydie Desplanques proposent une classification en sept types de consommateurs que l'on peut rencontrer en France¹⁶ :

1 - des consommateurs occasionnels ou par opportunité, à la recherche d'un effet « enivrant », avec de légers effets de distorsion sensorielle et temporelle. Cette démarche serait inspirée par la curiosité, bien que l'on puisse trouver là des consommateurs réguliers (une fois par semaine) avec une consommation essentiellement sniffée ;

2 - des consommateurs éprouvant pour le produit un engouement sporadique. Ils consomment dans un esprit festif, mais peuvent également être dans l'abus de manière ponctuelle, jusqu'à se retrouver dans des états comateux. Ces consommateurs peuvent associer kétamine et cocaïne, kétamine et amphétamine

16. La classification proposée comprenait huit types, mais le dernier fait référence à des cas anglais. Elle est assez proche de la catégorie 7. *Quelques notes préliminaires sur la consommation de kétamine*, J. Kempfer et L. Desplanques, Association Liberté, novembre 2001.

pour pouvoir bouger et danser et parfois augmenter les effets avec du protoxyde d'azote. Ils peuvent rechercher la perte de contrôle ;

3 - des consommateurs recherchant des sensations plus aiguës, des pertes de contrôles intenses avec une plongée dans des espaces intérieurs tout en restant sensibles aux stimuli externes. Ils peuvent se mettre dans des états spectaculaires mais en général sans grand danger s'il n'y a pas association avec de l'alcool ou des psychodépresseurs ;

4 - des consommateurs pour qui la kétamine permet une plongée dans des abysses intérieurs, une expérience de modification de la conscience apparentée à une NDE (Near Death Experience : Expérience de proximité à la mort). C'est une démarche mystique où la consommation est occasionnelle. Elle peut concerner des dosages de 0,15 g à 0,3 g pris en injection intramusculaire ou en sniff ;

5 - des consommateurs qui mélangent la kétamine avec le LSD ou l'ecstasy pour explorer un état de conscience intensément modifié. Le risque est le « *bad trip* ». On trouve là aussi bien des consommations par sniff que par injection intramusculaire et plus rarement intraveineuse. Il y a une dépendance obsessionnelle. La relation à la kétamine devient alors parfois un mode de vie avec de fortes connotations mystiques ;

6 - des consommateurs qui mélangent la kétamine avec d'autres produits sans aucune idée réelle des conséquences. Ils peuvent perdre le contrôle et se retrouver dans des états spectaculaires qui iront jusqu'à nécessiter une intervention médicale. Les associations sont multiples. Comme pour le profil précédent, on observe une dépendance obsessionnelle et un mode de vie bâti autour de consommations qui peuvent aller de 3 à 10 g par jour ;

7 - des consommateurs qui sont obsédés par la kétamine, qui sont complètement dépendants et sont déconnectés de la réalité. Ils peuvent être persuadés d'être en contact avec des entités supranaturelles, de voyager dans d'autres dimensions, et peuvent parfois dépérir ou mourir d'inanition. Ils sniffent ou s'injectent de 10 à 30 g par jour.

La kétamine est moins disponible depuis septembre-octobre 2001 pour cause de rupture d'approvisionnement.

Sous forme liquide ou de cristaux, on la rencontre plus généralement en poudre dans les soirées.

On reconnaît facilement le mode de préparation de la kétamine à sa consistance.

Les connaisseurs se donnent les moyens de la préparer au bain-marie : une assiette contenant la kétamine liquide (incolore) est posée sur une casserole ou une poêle pleine d'eau. La chaleur fait évaporer le liquide et la poudre est récupérée en grattant l'assiette. On dit qu'il faut la consommer « chaude », juste après la cuisson. Si elle n'a pas été assez cuite, elle reste floconneuse et collante. Lorsqu'elle a cette consistance, elle peut être coupée au bicarbonate. Mais alors elle se détériore très vite une fois en poudre. Quand elle prend la forme de cristaux, il faut la piler avec un plastique rigide sur un support plat.

La kétamine en poudre est coupée avec du lait pour bébé, du bicarbonate, du sucre cristallisé broyé. Liquide, on la coupe avec de l'eau salée. La mettre au frigo est sensée l'améliorer.

La kétamine est souvent sniffée ou bue. Les injections sont rares.

Le gramme, liquide ou en poudre, coûte entre 150 et 250 F, avec un prix courant de 200 F.

La kétamine anglaise ou indienne, lorsqu'elle est sniffée, entraîne après quelques prises des douleurs aiguës dans la gorge. Les conséquences des excès sont des gingivites, des cystites, des douleurs dans les membres, des sécrétions nasales grasses et des écoulements de nez. La mémoire est affectée. Des problèmes osseux sont évoqués, sans précision.

La kétamine est parfois mélangée à de la cocaïne, cette dernière étant censée atténuer les effets immobilisants de la kétamine. Pour les mêmes raisons, on trouve trace de mélanges avec des amphétamines, cependant moins appréciés parce qu'ils diminuent la durée des effets.

Le gamma OH

Milieu urbain

Aucune structure n'a de données sur le GHB. Ce produit n'a pas non plus été rencontré dans le cadre de l'enquête ethnographique. Seul le groupe focal répressif l'a évoqué et ses réflexions semblent montrer sa plus grande présence. Quatre personnes ayant acheté le produit ensemble à un vendeur d'ecstasy en milieu festif ont été victimes au mois de novembre d'un début de surdose provoquant des comas de stade 2. Ils avaient visiblement consommé le GHB avec de l'ecstasy et de l'alcool.

Par ailleurs, des plaintes déposées, notamment par des jeunes femmes victimes d'agressions sexuelles, pourraient signaler une recrudescence de l'emploi du GHB, donné à l'insu des plaignantes pour abuser d'elles. Néanmoins, deux éléments rendent ces informations difficilement vérifiables : l'élimination rapide du produit qui rend vaine toute analyse n'ayant pas lieu dans un délai bref et le manque d'informations dans les commissariats qui peut conduire à ne pas interpréter des situations caractéristiques de la prise de GHB comme telles. Il semble pourtant que ces situations interviennent plus régulièrement. Elles concernent des jeunes majeurs (de 18 à 30 ans environ) fréquentant les boîtes de nuit et les soirées.

Une situation d'intoxication chronique au GHB a cependant été citée dans le groupe focal sanitaire, dont la prise s'opérait conjointement avec une consommation d'alcool.

Milieu festif

Le GHB est très rare et l'on ne dispose que de peu de données à son sujet. Quelques ampoules ont été vues directement.

Il semble que les amateurs en commandent sur Internet et le gardent pour eux. Ils font parfois goûter à leurs amis proches. Les « teufeurs » sont souvent déçus par les effets qu'ils trouvent trop légers. Le GHB est souvent mélangé à d'autres produits qui en masquent complètement les effets (stimulants, ecstasys, etc.).

Les hallucinogènes observés uniquement en milieu festif

Les champignons hallucinogènes

Les consommateurs de champignons hallucinogènes seraient âgés de 18 à 30 ans, principalement domiciliés à la campagne. Mais on voit aussi un sous-groupe de consommateurs citadins, disposant de réseaux d'approvisionnement en province ou allant en chercher en Hollande. Ce sous-groupe est amateur de drogues naturelles et consomme rarement des ecstasys. On trouve enfin quelques consommateurs autoproducteurs. La majorité de ces personnes consomme selon les opportunités, principalement en fonction des saisons.

Quelques réseaux d'initiés et d'amateurs éclairés, se situant dans les couches supérieures de la société, produisent et font circuler dans des réseaux amicaux bien cloisonnés des champignons amazoniens ou hawaïens extrêmement forts. D'autres commandent des spores grâce à Internet. On trouve quelques « tribus » radicales qui consomment beaucoup.

Les prix des champignons varient selon la saison, la région, la provenance. Les plans de champignons « autoproduits » peuvent être très convoités. Le prix de 10 unités, d'origine française va de 10 à 20 F, le prix courant est de 15 F. Pour une variété étrangère, le coût est parfois de 50 F ou même de 100 F pour un champignon hawaïen ou amazonien.

Les champignons se consomment en infusion, en décoction ou se mangent secs ou frais. Certains préconisent de les mâcher et de saliver pour faire sortir les principes actifs. Ils peuvent être consommés avec du thé chaud sucré pour faire monter plus vite.

Plusieurs recettes existent en ce qui concerne leur préparation alimentaire : macération dans une solution alcoolique, conservation dans du miel, préparation en omelette ou en sauce.

En moyenne, 30 g de champignons français secs ont des effets sur une durée de 8 heures.

Il est possible de trouver des champignons très forts dans les teknivals, mais les problèmes suite à leur consommation sont rarement évoqués.

Les troubles subséquents à leur absorption sont de petites douleurs musculaires dans les membres lors de la montée, parfois des nausées ou encore des angoisses en fonction du dosage. Il arrive aussi qu'après une période de consommation de stimulants, une prise de champignons puisse déclencher une panique avec aversion définitive. Mais, en général, on perçoit moins d'effets violents qu'avec le LSD.

Les champignons sont associés au LSD qui peut renforcer, prolonger ou diminuer les effets. Fortement dosé, il semblerait qu'il se combine très bien avec les champignons et qu'une potentialisation mutuelle s'opère. Le cannabis fumé au bhong relance les effets, alors que la cocaïne ou les amphétamines diminuent les effets hallucinogènes des champignons et peuvent même les masquer.

Le protoxyde d'azote

Le protoxyde d'azote est consommé souvent par les plus jeunes, dont l'âge moyen est de 20 ans. Les usages, cependant, peuvent concerner beaucoup de gens, car le protoxyde d'azote n'effraie pas. Il est surtout pris en groupe.

Il semble à présent moins disponible car une stigmatisation des consommateurs et des dealers s'opère : certains *flyers* précisent maintenant l'interdiction de consommer du protoxyde d'azote.

Le protoxyde se vend en ballons, en recharges pour crème Chantilly, dans de petites capsules de gaz pressurisé ou de grosses bombonnes (« obus »), plus rarement dans des sachets en plastique et exceptionnellement dans des préservatifs.

Des « cailleras » ou des teufeurs déterminés à faire de l'argent arrivent avec des grosses bouteilles, volées dans les hôpitaux. Il arrive qu'ils se fassent « braquer » par

d'autres, encore plus déterminés. Une bombonne provenant d'un hôpital rapporte 15 000 à 20 000 F. Les dealers ont parfois le profil du « truand branché techno ».

Les dealers ont une grosse bombonne et servent après avoir été payés. Le ballon est à 10 F, les trois ballons à 20 F. Le ballon est embouché sur le robinet de la bouteille, rempli et remis au « teufeur ». Plusieurs dizaines de personnes peuvent faire la queue. Souvent, le vendeur n'a pas ou plus assez de ballons pour satisfaire la demande. Les clients ramassent alors les ballons vides par terre, souvent souillés, parfois réutilisés.

Des témoignages de gens qui ont ouvert une bouteille dans une voiture ont été recueillis. Ballon collé sur la bouche, ils inspirent, gardent leur respiration, expirent, inspirent à nouveau le mélange d'air et de protoxyde d'azote.

Quand des ballons sont ramassés par terre, il y a des risques de transmission de la tuberculose, de l'hépatite C, de l'herpès... On observe aussi des vomissements. Les gens titubent et vacillent, mais tombent rarement. À long terme, peuvent apparaître des problèmes de métabolisation de la vitamine B12.

Quand le protoxyde d'azote est associé à des psychodépresseurs (kétamine, héroïne, alcool...), les consommateurs peuvent tomber, se faire mal et ne pas s'en apercevoir immédiatement. Des cas de personnes avec des chevilles tordues, des pieds percés par des épines, des blessures diverses négligées ont été relevés.

Le protoxyde d'azote se prend avec tout autre produit. Il permet de « relancer » ou de moduler les effets des extasys et des autres drogues. Quelques témoignages ponctuels rendent compte de l'association particulièrement bienvenue de la kétamine et des amphétamines ou de la cocaïne avec du protoxyde d'azote. Mais il semble y avoir peu de logique dans les associations.

Le yaba

Nous disposons de peu de données sur ce produit. Quelques témoignages ont été recueillis, dont certains donnent lieu à des récits de personnes qui, ayant sombré dans la compulsion, ont tout perdu en quelques semaines. Le niveau social et culturel des consommateurs semble plutôt élevé, il semblerait qu'il s'agisse principalement de personnes qui voyagent beaucoup professionnellement.

Le yaba aurait la forme d'une mini-pilule et serait avalé.

Les médicaments psychotropes

Produits non observés dans le nord parisien et en Seine-Saint-Denis : Artane®.

Produits non observés en milieu urbain : Xanax®, Lexomil®.

Produits non observés en milieu festif : Artane®, Rohypnol®, Valium®, Stilnox®.

Le Rohypnol®

Paris

Le Rohypnol® est observé par les deux structures de bas seuil parisiennes.

Quelques modifications interviennent dans le profil des consommateurs du nord parisien :

- les femmes consomment plus que les jeunes,
- les consommateurs de crack et de coke y ont davantage recours pour la descente.

Ce produit est utilisé comme désinhibiteur lorsque les personnes doivent aller « faire leur argent », c'est-à-dire prendre des risques (voler par exemple) pour assurer leurs consommations.

Le Rohypnol® est nettement moins disponible en 2001 à cause d'une réglementation plus stricte et d'une diminution sensible du nombre de consommateurs. On trouve aussi une plus grande difficulté d'accès due au changement de dosage.

Les prix ont sensiblement augmenté sur le marché illicite, du fait de cette moindre disponibilité : le prix courant d'un comprimé de 1 mg est de 8 F, variant de 7 à 10 F, la plaquette est à 50 F environ, variant de 30 à 100 F. (I2)

Le Rohypnol® se consomme uniquement par voie orale.

Pertes de mémoire, violences et mise en danger des personnes sont les principaux risques perçus en 2001 par les structures. La structure du nord parisien y ajoute le problème du Rohypnol® associé à d'autres produits, notamment l'alcool. La structure du centre parisien mentionne une nouvelle association du Rohypnol® avec l'Artane® et le Subutex®.

Seine-Saint-Denis

Comme à Paris, la structure de Seine-Saint-Denis note une plus grande difficulté d'accès et les usagers sont contraints de multiplier les doses et les prescripteurs. Cette structure remarque aussi une légère diminution globale du nombre de consommateurs à cause du changement de dosage. De fait, les prescriptions multiples se développent et l'on observe un petit trafic de Rohypnol®. Mais, au contraire des structures parisiennes, les prix restent stables.

L'Artane®

Ce produit n'est observé que dans le centre parisien. Il semble apprécié par de nombreux usagers qui l'utilisent en complément du Subutex® et du Rohypnol®. On

perçoit une augmentation de la consommation : certains usagers se sont mis à en consommer régulièrement depuis le début de l'année 2001.

L'Artane® se boit avec de l'alcool. Il paraît être plus disponible. Un comprimé de 5 mg au prix le plus bas est à 5 F.

Le Valium®

Les deux structures parisiennes ont pu observer des consommations de Valium®, alors que la structure de bas seuil de Seine-Saint-Denis n'en entrevoit qu'une utilisation périphérique et ne dispose pas de données plus précises.

À Paris, les consommateurs de Valium® sont en augmentation. Ils ont le même profil que les usagers de Rohypnol®. Ils sont souvent polyconsommateurs, associant le Valium® avec le crack, le Subutex®, le Skenan® ou l'alcool.

La disponibilité est stable dans le centre et augmente dans le nord de même que l'accessibilité (il est plus facile de se procurer du Valium® chez les médecins que du Rohypnol®) où l'on trouve aussi davantage de consommateurs et, en conséquence, de trafic. L'augmentation de la consommation signifie que le Valium® se vend mieux qu'avant, avec une plus grande fréquence des achats. On trouve bien une scène ouverte pour le Valium® dans le XVIII^e arrondissement, mais qui ne pose pas de problèmes aux riverains.

Le prix est stable. Le Valium® est vendu de 10 à 20 F la plaquette de 10 comprimés.

On ne constate pas de changement dans le mode d'administration qui reste uniquement oral dans le nord parisien alors qu'au centre, la structure note une stabilisation de la population qui injectait le Valium®. Cette population substitue le Valium® au Rohypnol®. Il n'y a pas de nouvelles associations de produits, ce sont les mêmes que pour le Rohypnol®.

Le Stilnox®

Le groupe focal sanitaire a fait mention de l'apparition de consommations de Stilnox® relativement importantes chez d'anciens alcooliques qui, après avoir été sevrés, consomment ce produit.

Le Xanax® et le Lexomil® en milieu festif

Il n'est fait aucune mention de médicaments psychotropes en milieu festif, à l'exception du Xanax® ou du Lexomil®. Le Xanax® semble être la benzodiazépine de prédilection pour de nombreux usagers « récréatifs » de drogues. Des témoi-

gnages ont été donnés de l'attrait du Xanax® et du fait que « ça va bien avec la coke ». Il s'utilise notamment en complément de celle-ci pour gérer la descente.

Le cannabis

Paris

Aucune nouvelle tendance n'apparaît dans la consommation de cannabis, sinon qu'il est très facile de s'en procurer. Dans le centre parisien, une structure note une multiplication par deux du marché, ce qui ne détone pas par rapport aux informations du groupe focal répressif qui, s'il ne constate pas réellement d'augmentation, indique une forte importance du trafic sur ce territoire.

Pendant, ce groupe focal note que la consommation de cannabis semble impliquer davantage de comportements agressifs, que ce soit dans les cellules familiales ou en milieu scolaire.

Le groupe focal sanitaire remarque que les problèmes de santé ne paraissent pas conséquents et sont liés à des consommations quotidiennes excessives. Cependant, depuis 1996, on voit émerger des situations plus particulières, avec une population de femmes entrant en contact avec les ECIMUD lors de leur grossesse et qui consomment du cannabis quotidiennement et de manière importante (de quinze à trente joints par jour). Il s'agit d'une population totalement insérée professionnellement. La grossesse est alors un moment privilégiée pour demander une aide à la réduction ou à l'arrêt de la consommation de cannabis. Cette consommation est susceptible d'entraîner un mauvais développement fœtal. La situation d'une femme incapable d'arrêter sa tabagie pour des raisons de consommation de cannabis est aussi rapportée.

Il semble bien que les conditions mêmes d'hospitalisation évoluent dans le sens d'une plus grande « privatisation » de l'espace public. La question se pose notamment au niveau des grands fumeurs de cannabis hospitalisés pour des maladies conséquentes, sans rapport direct avec leur consommation et qu'ils ne peuvent arrêter aussi rapidement. Ainsi, parfois, les consommations se font en parallèle des prescriptions de médicaments. La tolérance des usages est alors liée à la discrétion du patient, ce qui crée une zone de trouble vis-à-vis du règlement hospitalier. Par ailleurs, on remarque plus souvent, lors des visites, des consommateurs de cannabis fumant ouvertement.

Par ailleurs, il y a en milieu hospitalier des personnes déclarant uniquement des consommations de cannabis et dont les urines sont positives à la cocaïne ou à l'héroïne. Les personnes interrogées maintiennent leur déclaration de consommation.

En l'état, deux hypothèses peuvent être émises : la première est qu'il s'agit de poly-consommations cachées, bien que les personnes concernées aient peu de raison de mentir à ce sujet, la seconde est que ces personnes feraient partie de groupes où circulent des produits mélangés au cannabis.

Seine-Saint-Denis

Le groupe focal répressif note que l'usage de cannabis s'étend à tous les publics. Le profil des consommations change, avec une polytoxicomanie plus fréquente, où l'usager de cannabis consomme également de plus en plus souvent de l'héroïne, de la cocaïne, de l'ecstasy, etc.

Cette extension de la consommation du cannabis n'est pas exempte d'ambiguïtés, comme ces prévenus, inculpés pour faits de violences, voire pour meurtres, qui se défendent parfois en arguant d'avoir été sous « l'emprise de cannabis et d'alcool », argument en contradiction avec l'image inoffensive du cannabis véhiculée par les partisans d'une légalisation du produit.

S'il y a de plus en plus de procédures judiciaires, il y a également de plus en plus de « classements sans suite » : face aux difficultés rencontrées dans le département au niveau du dispositif d'injonction thérapeutique, une procédure de « classement sous condition » a été mise en place en 2001 pour les usages de cannabis, sans intervention des services de la DDASS. Elle prévoit que l'usager doit s'orienter vers le médecin ou le dispositif sanitaire de son choix qui lui fera passer un test urinaire dans les trois mois. Dès qu'un test urinaire négatif ou un certificat médical est produit, la procédure est classée sans suite.

On note une structuration plus importante du marché du cannabis qui se traduit par l'augmentation du nombre de petits revendeurs qui sont passés au *deal* de grande dimension. Cet essor du trafic est nettement visible dans les quartiers populaires : l'accès au trafic est plus facile pour les vendeurs d'origine maghrébine via le Maroc. Il y a une hausse nette des quantités vendues et, par conséquent, de plus grandes sommes sont en jeu qui génèrent davantage de violence pour s'approprier les marchés.

Le commerce du cannabis, désormais beaucoup plus accessible, n'est plus une activité d'appoint qui concernerait surtout des jeunes sans ressources. Il a tendance à se « professionnaliser » et parfois à se rapprocher des pratiques commerciales autour de l'héroïne : visages couverts, commerce sans consommation, justice auto-organisée, « *omerta* »...

Conjointement, une solidarité locale se développe face à la police, compliquant, voire empêchant les interventions, ce qui n'existe pas pour le trafic de l'héroïne. Il n'y a généralement pas de ventes conjointes d'héroïne et de cannabis. Apparaissent cependant des situations d'entente où les différents dealers se répartissent les créneaux

horaires et les territoires, et parfois s'opère une répartition ethnique des marchés. Ces évolutions indiquent une maturation de l'économie souterraine, avec agencement des territoires commerciaux et ententes locales. Les gros dealers sont, quant à eux, d'anciens braqueurs reconvertis dans la vente en gros de cannabis. On note enfin la présence de trafics de cannabis effectués par des usagers réguliers, insérés, salariés, voire chefs d'entreprise, avec leurs proches comme clientèle.

Les autres produits

Les structures de bas seuil, l'enquête ethnographique et les groupes focaux n'ont pas de données sur l'utilisation de solvants.

Par contre, le groupe focal sanitaire a observé que des déclarations de pharmaciens amènent à penser qu'un certain nombre de personnes pourraient utiliser la Ventoline® (produit de traitement contre l'asthme). On manque de précisions sur ce sujet, mais un des praticiens hospitaliers signale trois cas d'abus de Ventoline® dans des situations de dopage. La Ventoline® est alors utilisée avant l'effort musculaire et en général avec d'autres produits comme l'éphédrine. Ce dernier produit peut aussi être trouvé en *rave*.

LES PERCEPTIONS DES PRODUITS

La perception de la plupart des produits est stable.

En ce qui concerne l'héroïne, les usagers de Seine-Saint-Denis et du nord parisien notent une tendance à l'amélioration du produit. À l'inverse, ceux rencontrés dans le centre parisien trouvent la qualité mauvaise.

Dans le milieu techno, l'image de l'héroïne se dégrade, essentiellement parce que l'on observe une détérioration des rapports avec l'entourage à cause des besoins d'argent. Les consommateurs ressentent une dévalorisation que leur renvoient les autres. Ils se sentent souvent honteux et se cachent. « L'héro, c'est de la came. » Il y a une persistance de la vision dominante d'un produit très dangereux. Par contre, pour certains « teufeurs », plus insérés socialement, il s'agit d'un luxe, d'une drogue d'élite. Mais ces derniers sont très minoritaires.

On rappellera qu'en 2000, il semblait que l'héroïne était moins diabolisée : les usagers paraissaient réaliser que l'on pouvait consommer sans prendre beaucoup de risques et devenir dépendant. Il était alors possible de penser que la consommation se développerait hors du milieu toxicomane pour entrer dans les consommations récréatives. Il semble que cette tendance doive être pondérée.

La dégradation de l'image du Subutex® pour les usagers rencontrés dans les structures de bas seuil a été constatée tant à Paris qu'en Seine-Saint-Denis. Le produit est décrit « comme de la dope », « froid », sans plaisir ni flash. Il apparaît comme un pis-aller quand on n'a pas trouvé autre chose. Mais cette perception est ambiguë car le Subutex® est aussi parfois perçu comme une première étape dans un parcours de gestion. Les nouveaux usagers l'apprécient pour son accessibilité.

Dans l'espace festif, c'est un produit honteux. Il est souvent pris en cachette. Si on le réduit en poudre pour le sniffer, c'est encore pire. Globalement, il est considéré comme un médicament pour drogué. Beaucoup d'usagers en Seine-Saint-Denis ne veulent pas de méthadone car ils craignent la dépendance qu'elle entraîne.

On note dans le nord parisien une perception plus forte du lien entre Skenan® et « shoot » et une augmentation de la consommation d'alcool suite à la baisse de la disponibilité du produit dans le centre. Ainsi, l'image de ce produit se dégrade.

La perception de l'ecstasy en milieu festif est encore globalement bonne. On parle d'un révélateur spirituel, favorisant l'accès à des valeurs alternatives, à des facultés à percevoir des vérités universelles, ayant des effets mettant les consommateurs en harmonie avec la musique et leur environnement humain.

Cependant, quelques dissonances apparaissent. Un « teufeur » dit : « Quand je suis à jeun, je perçois les “tazés” comme des imbéciles heureux qui ne sont pas “vrais” dans leurs émotions. »

Les amphétamines sont perçues comme un produit dont la consommation n'est pas très grave, ce qui est à mettre en rapport avec la banalisation de son usage. Le speed n'a plus l'image négative des dernières années. Le produit est qualifié successivement de violent, drôle, utilitaire, pratique, épuisant, énervant. Pourtant, les utilisateurs sont perçus comme pénibles et facilement soûlants : « C'est un truc de malade. » L'inertie, l'aigreur, le délire de persécution peuvent les rendre désagréables. La perte de contrôle est redoutée.

Les consommateurs réguliers sont souvent stigmatisés. Leur aspect physique les rend facilement repérables : ils sont très maigres, ont les dents abîmées.

Que ce soit en Seine-Saint-Denis ou dans le nord parisien, la perception de la cocaïne par les usagers continue à se dégrader.

En milieu festif, au contraire, « tout le monde aime la coke ». Le produit dispose d'une bonne perception générale car il est moins violent que les amphétamines, fait moins de mal que ces dernières et le LSD. Il permet d'être défoncé tout en restant en phase avec la réalité. Il est considéré comme une drogue propre, moins nocive et plus festive, très sociable, même si l'on sait que la prise nasale peut entraîner des problèmes. Les consommateurs de cocaïne sont aussi perçus comme des gens déçus, qui viennent en fête parce qu'ils veulent prendre de la cocaïne.

Par contre, la perception varie avec le mode de consommation : quand les usagers usent de l'injection, ils sont considérés comme dangereux et incontrôlables. Ils font peur, inspirent du mépris et de la pitié.

Dans le nord parisien, la perception du crack se dégrade de plus en plus car il y a une plus grande visibilité des problèmes engendrés par ce produit chez les usagers.

Au contraire, en Seine-Saint-Denis, les consommateurs en ont une bonne image pour l'effet rapide et puissant qu'il procure, même s'ils redoutent l'angoisse de la descente.

En milieu festif, le crack est souvent mal perçu par les « teufeurs » ayant une démarche identitaire culturelle : « Ça coûte cher, l'effet est violent, ça fait perdre le contrôle. » Le produit inspire la méfiance.

La kétamine est mal vue en milieu techno, car elle n'est pas considérée comme un produit festif.

Le LSD est considéré, en milieu festif, comme une drogue « psychique », qui fait peur. Il semblerait que plus les gens sont éduqués, plus ils éprouvent de l'intérêt pour cette substance.

Les champignons hallucinogènes sont perçus comme les moins dangereux des hallucinogènes, en partie parce qu'ils sont « naturels ». On peut doser précisément, progressivement. Certains lui accordent une dimension mystique.

Le protoxyde d'azote est mal vu par les puristes et les « teufeurs » un peu élitistes, bien que ceux-ci admettent un usage occasionnel. La consommation est associée au *deal* et au vol puisque le produit vient des hôpitaux et entraîne des disputes dues aux enjeux financiers. Il est vu comme une drogue « d'ivrogne » ou comme n'étant pas vraiment une drogue. Le fait que cela salisse le site est aussi un argument. De plus en plus de *flyers* et de messages recommandent de virer et de dénoncer les vendeurs ou interdisent l'usage.

Le Valium® est perçu dans le nord parisien comme un produit « pour se défoncer ».

L'image du Rohypnol® parmi les usagers reste mauvaise à Paris comme en Seine-Saint-Denis.

Le Xanax® est considéré comme la benzodiazépine de référence en milieu festif, entre autres parce qu'il s'accorde bien avec la cocaïne.

MODES DE CONSOMMATION ET PATHOLOGIES

Une relative spécificité des produits injectés doit être évoquée, non pas qu'elle soit l'émergence d'une nouvelle tendance, mais plutôt la prolongation de celle-ci, voire son augmentation.

Tout d'abord, en ce qui concerne le matériel d'injection, le groupe focal sanitaire a évoqué la taille et le manque de maniabilité des filtres du Stéricup[®], qui obligent les injecteurs à faire des manipulations ne permettant pas de garder le filtre stérile. Celui-ci est par ailleurs parfois conservé et réutilisé. En ce qui concerne la réutilisation du matériel d'injection, le programme « Méthadone » de Médecins du Monde montrait, en 2000, qu'un peu plus des trois quarts du public concerné se resserraient du matériel (cuillère, seringue, filtre). Ces chiffres suivent l'augmentation des pratiques de partage des injecteurs (8 % en 1999, 12 % en 2000).

L'évolution des détournements des produits de substitution se retrouve nécessairement au niveau de l'évolution des pathologies.

Depuis 1997, on a observé des candidoses systémiques et à localisation prostatique, osseuse, articulaire et cutanée chez une population d'injecteurs de comprimés. Le nombre de cas est en augmentation (50 pour deux hôpitaux sur deux ans). On peut formuler quatre hypothèses :

- la première serait que la contamination s'opérerait par le biais des citrons utilisés dans la préparation de l'injection d'héroïne, (le citron sera porteur de candidas après que les gens l'ont léché : ce sont les candidas de la bouche qui se développent et qui sont transmis quand le citron est réutilisé) ;
- la deuxième est que la contamination se ferait, pour les injecteurs, par le toucher, lors de la manipulation des filtres des Stéricup[®] ;
- la troisième serait que la contamination se ferait lors du transport, soit dans la bouche ou dans l'anus des dealers ;
- la quatrième serait que l'amidon de maïs qui sert d'excipient au Subutex[®] favoriserait le développement des candidas.

Aucune de ces hypothèses n'est confirmée, mais il faut toutes les considérer selon les produits et les modes d'utilisation¹⁷.

Les cas de candidoses ophtalmiques se présentent sous forme de troubles visuels d'apparition brutale avec baisse de l'acuité visuelle, douleurs oculaires, apparition de scotomes (points noirs) et correspondent à des abcès intraoculaires dus au champignon de la famille des candidas. Ces abcès ophtalmiques sont une urgence à diagnostiquer et peuvent être liés à l'injection de poudre ou de comprimés (crack, héroïne, Subutex[®], Skenan[®]). Ces troubles sont très graves et peuvent entraîner la perte de l'œil atteint.

D'autre part, on note, pour la même période, l'apparition d'œdèmes (une quinzaine environ), parfois décrits par certains praticiens sous le terme familier de syndrome de « Popeye ». Ces œdèmes sont souvent localisés à l'endroit de

l'injection. Une des interprétations possibles est que l'amidon de maïs, présent dans le produit injecté, provoque un blocage des petits réseaux veineux et entraîne une inflammation chronique des tissus ou de la lymphe, provoquant une augmentation importante de la grosseur des bras, des avant-bras et des mains. Ces manifestations sont généralement bilatérales puisque les usagers s'injectent des deux côtés. Ces œdèmes sont à considérer comme des œdèmes chroniques : ils mettent un an à se résorber après l'arrêt des pratiques d'injection ou sont irréversibles.

On trouve aussi des abcès dans une forme plus localisée au niveau des mains : cependant, il est nécessaire de bien différencier les œdèmes chroniques des mains chez les injecteurs de Subutex[®] qui présentent le syndrome de « Popeye », des abcès liés à des pratiques septiques d'injection, lesquels peuvent être localisés sur chaque site d'injection et, en particulier, dans les doigts, ce que les chirurgiens nomment phlegmons des gaines des doigts.

La structure de Seine-Saint-Denis s'interroge sur l'émergence de problèmes psychiatriques : sont-ils préexistants à la prise d'héroïne ou de méthadone et masqués par celle-ci ? Cette interrogation recoupe celle du groupe focal sanitaire qui remarque que l'extension des protocoles de substitution, si elle permet de diminuer de manière notable les états de manque, révèle aussi, par la disparition des symptômes du manque qui faisaient écran, d'autres pathologies, souvent psychiatriques.

17. Une étude nationale, Canditox, est en cours et devrait pouvoir répondre à ces questions.

ANNEXES

SYNTHÈSE ETHNOGRAPHIQUE DES CONSOMMATIONS DE PRODUITS PSYCHOACTIFS DANS LE XVIII^e

Ce texte a été rédigé à partir d'une synthèse de Malika Tagounit et avec l'apport des notes de terrain d'Abderrahim Lahmer.

Décrire l'usage et le trafic des substances psychoactives dans le XVIII^e arrondissement conduit à évoquer certains endroits, certaines rues, « là où ça se passe ». On trouve ainsi la Goutte-d'Or, la rue Myrrha et la zone autour de la station de métro Château-Rouge, la zone de la rue Marcadet à la rue Ordener, de l'autre côté du boulevard Barbès, la zone circonscrite entre les stations de métro Max-Dormoy et La Chapelle, la zone qui va de la Porte de Clignancourt à Simplon, la zone autour de la Porte La Chapelle, la zone, enfin, autour de la Porte Montmartre qui va jusqu'à la rue du Poteau et Le Talus.

Pour autant, ces activités ne s'arrêtent pas aux frontières de l'arrondissement ; elles débordent sur les XIX^e, X^e et XX^e arrondissements dans les zones de la place Stalingrad et des rues d'Aubervilliers et du Département, de la place du Colonel-Fabien, de la gare du Nord et de la gare de l'Est. Si les usagers semblent très mobiles, empruntant parfois un circuit calqué sur l'aire de passage ou d'implantation de leurs dealers, néanmoins, ils restent très attachés à leur secteur.

Les implantations de la vente et de l'usage de produits psychoactifs dans cet arrondissement ne sont certes pas nouvelles. On a parfois l'impression d'un

recommencement perpétuel. Pourtant, il importe de bien spécifier les caractéristiques de ces implantations pour pouvoir ensuite en détacher les phénomènes émergents.

Le profil de ces populations (usagers et dealers), le fonctionnement de la vente et, dans une moindre mesure, la nature des produits présentent des variables significatives.

Selon ce principe, on peut définir trois axes avec leurs caractéristiques propres :

- Rue de la Goutte-d'Or, rue Myrrha, Château-Rouge, rue Marcadet, Porte de Clignancourt, Simplon ;
- Max-Dormoy, La Chapelle, place Stalingrad, rue d'Aubervilliers, Porte de la Chapelle ;
- Porte Montmartre, rue du Poteau, Le Talus.

Historique

Dès les années 1970, et même probablement avant, des usagers venaient s'approvisionner en cannabis auprès de la communauté maghrébine, notamment dans des cafés. Ce petit commerce s'intriquait plus ou moins avec une consommation traditionnelle, culturelle. Plutôt informel, en appui sur un réseau relationnel, vu de l'extérieur, il est peu visible, mal identifié et ne semble pas très organisé.

La consommation d'héroïne a commencé dans les années 1970 pour atteindre des proportions sans précédent au cours des années 1977 et 1982. L'explosion de la consommation est liée en partie à l'apparition de la « brown sugar ».

À partir de 1976, le trafic d'héroïne, comme le montre déjà son implantation à l'époque sur le secteur Belleville-Ménilmontant, apparaît financièrement plus intéressant pour certains.

Dans un premier temps, sur la Goutte-d'Or, seuls quelques rares dealers d'héroïne, principalement tunisiens et marocains, fixent, discrètement, eux aussi des rendez-vous dans les cafés ou bien tournent dans les rues alentour. Les deux marchés, cannabis et héroïne, s'ignorent et se tolèrent avec plus ou moins de tensions.

Au début des années 1980, la répression du trafic de stupéfiants (héroïne, mais aussi cocaïne) exercée sur l'ancien quartier de l'îlot Chalon (gare de Lyon), puis sa disparition liée à la rénovation immobilière du quartier, provoquent le renforcement du marché de l'héroïne sur la Goutte-d'Or et les rues environnantes : des dealers d'origine africaine, auparavant implantés autour de la gare de Lyon, s'y replient. Les patrons de café, malgré le bénéfice certain retiré de l'augmentation de la fréquentation, voire l'attrait d'un pourcentage sur le chiffre d'affaires du *deal*, finissent par interdire dealers et acheteurs dans leurs établissements, sauf pour les quelques rares tenanciers de bar eux-mêmes dealers.

À partir de 1983, deux marchés, spécifiés par l'appartenance ethnique des dealers (Afrique noire et Maghreb), coexistent dans la rue de manière bien visible. Le quartier devient une scène du *deal* de rue et attire les usagers de tous horizons : il garantit un approvisionnement facile et rapide. Très vite cependant, de cette visibilité naît une image stigmatisante, tant pour les habitants que pour les usagers. Un climat d'insécurité règne sur le quartier, les habitants craignent la délinquance, les usagers l'arnaque et le braquage.

Les dealers « noirs » amènent avec eux de nouveaux usages de vente : les « képas » (paquets) de papier laissent place à un emballage dans des bonbonnes, et leur dissimulation dans la bouche remplace les cachettes classiques (entrées d'immeubles, trous dans les murs...).

Les années 1990 se caractérisent par le développement massif du crack, la distribution plus intense de la cocaïne au niveau de la rue (la scène ouverte de la Rotonde à Stalingrad), les squats de *deal* et de consommation dans le XVIII^e et le XIX^e arrondissements en particulier. Le nettoyage du site de Stalingrad à la fin de 1994 contribue à la dispersion des sites de revente dans les arrondissements voisins. Les consommateurs et les dealers, face à la pression policière, se déplacent vers une autre scène ouverte, sur les rails SNCF Nord, entre Porte de la Chapelle et Porte de Clignancourt, et même au-delà pour atteindre les communes de banlieue limitrophes. La SNCF décide alors de murer et d'installer des grillages, décision suivie d'intenses rafles policières. Consommateurs et dealers se replient alors sur les petites ruelles de Torcy, Myrrha, Saint-Luc, De-Girard, du square de la Madone, des rues Pajol, Ordener et Marcadet.

Le *deal*, d'abord tenu par des Antillais puis, de plus en plus, par des Africains appelés les « maudous », se met en place dès la tombée de la nuit. Les dealers « tunisiens » maintiennent le marché de l'héroïne dans la journée pendant quelque temps, mais il finit par périliter : certains dealers noirs de crack vendent aussi de l'héroïne. Les dealers « tunisiens » tenteront sans succès de s'initier à la vente du caillou, au point même d'apprendre à cuisiner le crack, l'étape du séchage se révélant plus délicate.

Au niveau de la rue, le marché du crack se déploie dans l'espace et augmente au fur et à mesure que celui de l'héroïne tend à disparaître, devenant excessivement discret.

Dans le même temps, la consommation des médicaments se renforce (Rohypnol[®], Skenan[®], Moscontin[®]), ce qui se traduit par l'apparition d'un nouveau marché.

À partir de 1995-1996, les traitements de substitution aux opiacés finissent par occuper la place laissée en partie vacante par la diminution de la vente d'héroïne.

C'est cette configuration qui existe à présent. Différents types d'usagers s'en détachent. Une importante transformation de la population des usagers de drogues est due à la conversion au « caillou » de jeunes, dès 1994.

En réaction à l'entrée du crack dans le quartier, des jeunes de 15 à 22 ans, surnommés « antitox » ou « anticame », issus ou non du quartier, agressent et rackettent les usagers de drogues, puis très rapidement les dealers. Ils peuvent tout aussi bien s'en prendre aux professionnels venant en aide aux usagers. À partir de 1995, les équipes de terrain observent des modifications dans leurs stratégies : la nuit, les « anticame » déambulent derrière les « maudous » et leur servent en quelque sorte de gardes du corps. Ce service est d'abord payé en argent, puis en nature sous forme de caillou.

« Au début qu'ils agressaient les dealers, les antitox prenaient seulement l'argent, ils laissaient le matos. Comme ils ont vu que ça pouvait rapporter, alors ils ont pris le matos et se sont mis à vendre. À force de se faire agresser, les dealers ont cherché à s'arranger avec les antitox, ils leur ont proposé de marcher avec eux, de servir de protecteur et en échange ils leur donnaient 500 F, plus deux ou trois galettes par tournée. Les antitox restaient avec les dealers, le temps qu'ils écoulent les galettes apportées. C'était le tarif », explique un usager.

« Dès 1996, dans un squat de la rue du Roi-d'Alger, à proximité de la Porte de Clignancourt, les dealers antillais ou africains occupaient le premier étage et vendaient "en gros" ; les antitox assuraient, au second étage, la vente au détail aux usagers. »

Rapidement, quelques antitox passent à l'usage de crack, recourent au Subutex® pour amortir la descente et finissent parfois par s'accrocher à ce produit. À cette période, ce type de trajectoire reste cependant exceptionnel.

Mais, dès lors, les « antitox » s'initient au *deal* de caillou. Le long extrait d'entretien qui suit reconstitue le parcours d'un de ces jeunes.

« C'est là que j'ai connu N. avec qui je suis resté plusieurs années. Elle sniffait de l'héro et fumait le caillou. Moi, je tournais avec un copain d'enfance, K., sa famille habitait Stalingrad. On dépouillait les maudous qui travaillaient sur le quartier, tunes et matos, après on vendait le caillou aux tox., N. avait un appart' à Aubervilliers et on était souvent chez elle. Avec mon pote, on aimait bien le teush, pas N., alors on lui gardait toujours un peu de caillou, souvent même de l'héro à l'occasion pour lui faire plaisir. Au début, elle n'avait pas vraiment besoin de nous, c'était une bonne tireuse, elle assurait sa came, elle se débrouillait. Le soir, on la retrouvait et on faisait notre biz, elle connaissait bien les tox et ça mettait la confiance. Les tox, quand ils nous voyaient approcher, ils avaient peur de se faire taper ou arnaquer si on leur vendait. Pareil pour les maudous, elle les connaissait tous hyper

bien, souvent elle y allait pour ses copines qui avaient peur de se faire embrouiller. Ça n'a duré qu'un temps de se faire son blé en agressant régulièrement les dealers et ça nous intéressait pas non plus d'être leur pit-bull et de les protéger. Ils connaissaient notre réputation et, en jouant de l'intimidation, avec K., on arrivait sans trop de mal à leur acheter des galettes pour une bouchée de pain comparé aux prix qu'ils faisaient aux tox, ce n'est pas vraiment des braves. [...] Si tu te fais un maudou dans la soirée, entre l'argent et le matos récupérés, tu touches 5 000 à 7 000 F, sauf qu'après ils se méfient et se chargent moins, même s'ils viennent à deux. À la vérité, on a pris l'habitude de la grande vie, les sapes, la fume, le teush bien sûr et le caillou. Finalement, avec K., on n'est pas restés longtemps sans fumer la galette. C'est moi le premier, avec N., si mon pote avait été là, je suis sûr qu'il n'aurait pas dit non. Ça devait arriver, t'as plein de matos qui te passe entre les mains, tu passes ton temps avec une fille qui touche, tu kiffes bien avec elle. C'est obligé que t'as envie d'essayer au moins une fois pour voir. Et puis comme ça se fume, c'est pas un frein comme avec les seringues. Un autre truc aussi, les tox quand tu ne les connais pas, que tu les vois comme ça, tu les prends pour de la merde, t'as pas envie de leur parler, même pas qu'on te voie avec eux. Pour toi, c'est comme des bêtes, et même quand tu leur vends, d'abord t'as le mépris, la haine, tu penses qu'ils pourraient vendre leur mère pour un caillou. [...] Au début, avec K. on était sûr de ne jamais toucher à cette merde. Le teush, l'argent dans la poche, ça c'est la vie, mais les tox, on ne pouvait pas comprendre, ils viennent d'une autre planète. »

« [...] Toute la nuit, on restait sur le quartier pour travailler avec N. [...] le problème c'est qu'elle tapait trop le caillou. Elle n'aime pas fumer toute seule, elle angoisse trop, alors elle s'arrange toujours, elle invite les gens qu'elle apprécie. [...] On se donnait rendez-vous, mais on l'attendait, on la perdait tout le temps, et comme tu dois bouger sans arrêt, c'était pas rentable et ça nous mettait les nerfs. On pouvait se faire un ou deux bédos, et elle avec son doseur, mais c'est pas pareil, en plus tu ne peux pas suivre sinon après tu es HS, t'assures plus. Tu ne peux pas mélanger, nous, on était là pour faire de la tune. Après, le matin, quand tu as fini de liquider, t'es moins tendu, t'es content de la tune, alors tu peux t'attarder un peu quand tu commences à connaître certaines personnes, et ça surtout à cause de N. Tu commences une conversation avec quelqu'un, elle sort son doseur, et pendant qu'ils fument la conversation continue, toi, tu touches pas, mais t'es présent et à la finale, tu peux trouver les discussions intéressantes, tu te sens bien dans ta tête, pas mal à l'aise. C'est là le piège, t'es plus vraiment un étranger dans ce groupe de tox, ça devient presque banal pour toi. Ton opinion sur eux change, tu mets plus tout le monde dans le même sac. Dans le deal, il faut laisser une barrière avec les tox, sinon à la fin tu te perds, déjà t'es plus en capacité de bien conduire ton biz. [...] Avec N.,

je me sentais bien, elle était gentille comme meuf, mais ça commençait les embrouilles entre nous trois parce que K. ne supportait pas trop. Avec le recul, je pense aussi que c'était pour se protéger, comme moi, il sentait le danger venir, en vrai nous étions tous les deux dans une spirale, ça allait trop vite. Le matin, il rentrait moins à Aubervilliers avec nous, il allait chez sa mère, elle ne demandait pas mieux. Ce n'est pas comme mon père, dès qu'il a vu que j'avais de l'argent sans travailler, il m'a dit "la porte". Le père de K. est reparti au bled depuis des années, il est à la retraite, et sa mère est caissière, elle n'a pas voulu suivre, mais il y a encore deux gamins à la maison, alors obligée, elle est moins regardante sur la couleur de l'argent. Je me suis retrouvé de plus en plus souvent seul avec N. d'abord à l'appart' et le soir je ne retrouvais pas toujours K. Avec N., fumer le teush tout seul au bout d'un moment tu en as marre, et le plus simplement du monde, sans te poser de questions tu te retrouves à tirer sur le doseur avec ta meuf. »

On voit bien comment la « carrière » se construit ici : depuis les gains procurés par la chasse aux tox jusqu'aux services rendus aux dealers et à la « belle vie », pour enfin passer à la consommation du crack. De fait, le phénomène prend de l'ampleur. Un usager résume ainsi la situation :

« Parmi les jeunes qui vendent le caillou et même la came, j'en ai reconnu plusieurs qui se disaient antitox auparavant. Moi je les ai toujours pris pour des arnaqueurs, ils ont toujours fait ça pour l'argent. La preuve, avant, ils ne voulaient pas voir la came dans leur quartier, et maintenant ce sont eux qui vendent et même fument de plus en plus le caillou, moi je dirai à 50 %. La preuve, si tu veux leur acheter rue Myrrha, que ce soit pour du caillou ou de la came, t'as intérêt à connaître sinon c'est la carotte. »

Ce phénomène du passage de la position d'antitox à celle de consommateurs de crack est à présent bien repéré par les structures de première ligne. Il correspond à une conjonction d'événements dans les années 1994, 1995, 1996, où la disparition du *deal* de la place de Stalingrad a été suivie de plans plus mobiles se répartissant aux alentours. La diffusion du crack et son implantation dans le quartier de la Goutte-d'Or correspondaient aussi à la baisse très forte du marché de l'héroïne dans la rue, au développement des traitements de substitution et à la naissance d'un marché noir des produits de substitution. Les termes de ce passage semblent être devenus déterminants dans la constitution d'une carrière d'utilisateur soit de crack, soit de produits de substitution, sans d'ailleurs qu'il y ait de dépendance préalable aux opiacés.

LA POPULATION ACTUELLE

Au-delà de cette population spécifique, on peut décrire la population présente d'utilisateurs de drogues à partir des témoignages de quelques-uns d'entre eux. On voit se détacher une configuration d'usages qui associe les produits de substitution au crack. Les différents extraits de témoignages ci-après illustrent cette situation.

« L'année dernière, j'allais voir un médecin pour avoir du Skenan[®], maintenant il n'a plus le droit de le faire. J'étais à cinq Skén' par jour, sans compter ce que j'achetais au black (au marché noir). C'était l'année dernière et il m'avait orienté sur un centre dans le XIII^e pour passer à la méthadone. Moi le Skén' je le shoote et le manque, c'est coriace. Donc je n'avais pas trop le choix et j'ai été à la métha. Mais le XIII^e, c'est loin et en plus la nuit je prenais le caillou. Donc, j'arrivais vraiment pas à y aller tous les jours, je m'endormais des heures dans les rames du métro. C'est marrant quand même, personne ne me réveillait. En quinze jours, j'y avais peut-être été trois ou quatre fois. Ils m'ont orienté sur un médecin, toujours dans le XIII^e, mais lui, il ne veut pas me donner plus que 200 mg par jour. J'ai la CMU, alors je suis bien obligé de compléter par le marché noir. Par rapport à avant, j'ai un peu baissé. Je fais la manche pour m'acheter un ou deux Skén' je peux les avoir à 30 balles. Après je me consacre à l'argent pour la galette, je peux l'avoir à 150 F. »

« Je prends du Subutex[®], je vois un médecin dans une association. En ce moment, je galère, je suis à la rue, à fond dans le caillou. Pour l'acheter je fais la manche avec un pote. On a toujours besoin d'un compagnon de galère, c'est plus facile pour se démerder. T'as vu comment je suis sale, alors quand je dis aux gens que je suis dans la précarité et que je leur demande de l'argent, c'est tout comme s'ils se sentaient obligés de me donner. »

« Je suis à la métha et j'ai replongé dans le caillou. Grave. Je me fais 3 ou 4 galettes par nuit en shoot. Depuis un an, je suis suivi et hébergé dans une association. J'avais arrêté mes délires. Mais là, j'ai péti un câble. Je suis pourtant un solitaire, mais il y a des périodes où je préfère galérer et prendre le caillou avec quelqu'un. J'ai l'hépatite C et je suis séro depuis l'âge de 19 ans, j'en ai 36. Ce mec est aussi HIV, je crois même qu'il est en phase terminale. Il a une famille, mais il ne rentre jamais. J'ai l'impression que les gens, même les tox, nous fuient tellement on a l'air délabré sur nos gueules. Je vais tellement mal que finalement, je me trouve bien avec ces compagnons de misère, ils sont comme moi. Non, on croit que c'est le plaisir mais en vrai c'est le désespoir. J'ai de graves problèmes au poumon à

cause du caillou, j'ai un traitement VIH, mais je ne le prends pas sérieusement. Avec mon pote, on fait des préparations communes pour les shoots, les seringues sont neuves, mais deux fois, j'ai utilisé sa seringue après lui, pourtant je sais qu'il est plus malade que moi. Je ne sais pas pourquoi. Plusieurs fois, des mecs séro ont essayé de me refiler leur seringue, ils ne savaient pas que je suis déjà plombé, mais quand même je fais attention. »

« Dans les périodes à fond dans le caillou, je passe mes nuits dehors, même si j'ai une chambre d'hôtel. Alors je préfère ne rien demander aux associations, même s'ils me le proposent quand je ne vais pas bien. »

« Comme tous les autres, après une nuit dehors, je vais me reposer dans le métro à l'ouverture et après me poser dans les structures du quartier où je vais essayer de manger un peu. »

Les profils des personnes rencontrées s'établissent au carrefour de la plus ou moins grande gestion des produits et du niveau d'intégration à la fois dans la vie sociale et au quartier. Mais, on le voit, alors que des suivis sont en place, l'usage même nuit à leur bon déroulement. Une grande précarité, des conditions sanitaires extrêmement sommaires et une grande solitude marquent ces témoignages.

MODIFICATION DES MODES DE CONSOMMATION

Tard le soir, sur les quais des stations de métro Château-Rouge et Marcadet-Poissonniers, il n'est pas rare de rencontrer, en nombre et à la vue de tous, des usagers de crack en train de fumer le doseur. Il semble que l'injection de crack soit de plus en plus rare. Certains usagers affirment de manière péremptoire que « plus personne ne shoote le caillou », d'autres, connus de longue date comme injecteurs, disent avoir totalement abandonné ce mode de consommation, d'autres encore n'y recourir qu'à l'occasion. Il s'agit en général d'ex-héroïnomanes, sous substitution ou l'ayant abandonnée.

Les témoignages ci-après donnent une idée du cheminement qui mène à l'arrêt de ce mode de consommation.

H. a 35 ans. « En 98, j'ai commencé le Skenan®, je l'ai pris direct en shoot, je l'achetais au black, après j'ai eu un médecin. Le caillou, je le prenais au doseur. À l'héro ou à la cc., je sniffais. Je fumais aussi quand je dealais un peu, tout est

question de quantités et de qualité. Quand j'ai connu la seringue, j'ai eu l'idée bien sûr de shooter le caillou. Personnellement, je sais que je préfère fumer pour les effets, mais ça dépendait des situations. Si je prenais un Skén' et qu'il me restait un caillou, je le faisais en shoot, pareil si j'étais avec une personne qui shoote. Avec les gens qui fument, je l'aurais pas shooté. C'est difficile de sortir son matos quand tu es avec des fumeurs, l'échange n'est plus le même, l'atmosphère, c'est pas pareil. Faut voir aussi comment tu es dans ta tête, des fois tu n'as pas envie de supporter les autres, de te mélanger, tu préfères kiffer en solitaire et tu as plus tendance à le shooter. Puis j'ai pris la métha, la question ne se pose plus, je shoote pas la galette. Je me suis dégagé du geste, je crois que c'est parce que j'ai pris du recul avec la pompe. Il m'arrive de me faire un shoot de Skenan®, pour le flash car j'aime bien les picotements, mais la galette, non. Pour moi c'est important, ça veut dire que j'ai avancé. J'ai encore des moments de délire avec la galette, fumer pendant plusieurs jours sans dormir après, je suis capable de rester sans kiffer même une semaine. »

I. est une femme de 30 ans. Depuis plusieurs années, elle shoote le Skenan® prescrit par un médecin généraliste. Elle a essayé la méthadone, mais n'a pas poursuivi.

« La première fois, j'ai fumé le caillou. Puis j'ai voulu voir ce que cela donnait en shoot. Le problème c'est que, si tu le shootes, tu penses que tu l'aurais mieux senti en fumant, et vice versa. Tu es toujours un peu déçue finalement. Quand tu commences à comprendre ça, en fin de compte, souvent, tu le fumes. Sans parler des problèmes que tu évites, les poussières, les abcès, les galères à trouver ses veines, déjà j'ai des problèmes avec le Skenan®. Ça vient aussi avec le temps, tu sais mieux ce que tu cherches. Je pense mieux sentir le caillou en fumant parce que ça dépend aussi des gens avec qui je suis, de l'endroit, du contexte, de mon état d'esprit. D'abord je les choisis. On reste à parler parce qu'on est bien avec les gens, bien dans sa peau même. S'il reste du crack, tout en discutant, on se tire un autre caillou. Le côté négatif c'est qu'en fumant tu as tout de suite envie de recommencer, et là faut gérer. »

K. a 34 ans, c'est un ex-héroïnomanes, il a été sous méthadone pendant 4 ans, a arrêté depuis un an, et vient deux ou trois fois par semaine dans le quartier pour le crack.

« Ça fait partie pour moi d'un repère pour gérer ma défonce. Avant la méthadone, je shootais le Skenan® et aussi le caillou, c'était un tout. Il m'arrivait de le fumer, seulement si j'étais avec des fumeurs et que je me faisais nétour (tourner). J'appréciais pas vraiment, j'avais l'impression de gâcher, je retrouvais pas la montée

directe du shoot, l'extase. Mais j'étais arrivé à ne plus pouvoir me shooter tellement mes veines étaient nases, et pendant que je faisais mes démarches, je pensais qu'à ça, rentrer au foyer pour me faire mon shoot de Skenan®, en plus je sortais de prison. Avec la métha, j'étais prêt à essayer de jouer le jeu sur le shoot, j'en avais trop marre et j'avais pas vraiment le choix à moins d'être maso. J'ai essayé aussi d'arrêter la galette, net, mais j'adore trop ça, je me suis dit qu'au moins j'allais essayer de la fumer. Les premières fois, je regrettais, je n'arrivais pas à sentir les effets. Ça s'apprend, à tirer le doseur. Ce n'est pas comme le shit, faut pas se précipiter, se bloquer sur la première taf, ni la deuxième. Quand tu vois le nuage de fumée, tu peux y aller, avec la fumée en toi dans tes poumons, tu peux jouer à la faire remonter sans la cracher. C'est un mec qui m'a appris, il fumait depuis des années. »

Ces observations sont à mettre en parallèle avec la baisse de la distribution de seringues que constatent les programmes d'échange de seringues et les structures premières lignes.

Quelles sont les raisons de ce changement d'usage ? Plusieurs facteurs peuvent être proposés, tous susceptibles d'agir sur le mode de consommation :

- les actions de réduction des risques menées auprès des usagers porteraient finalement leurs fruits ;
- une pression d'un environnement hostile, qu'il s'agisse des riverains ou des policiers et, peut-être plus encore, du regard des proches, mentionné à plusieurs reprises dans les entretiens cités ci-dessus inciterait à quitter un usage trop stigmatisé ;
- enfin, la recherche d'une maîtrise plus importante du produit pourrait amener à le fumer plutôt qu'à l'injecter.

À ces facteurs, il faut ajouter la pression du groupe qui peut, à partir d'un certain seuil, influencer les usages des injecteurs : « avec des fumeurs de crack, on a tendance à fumer », nous a-t-il été dit plus haut.

Cependant, si, de manière générale, la tendance est plutôt à l'arrêt de l'injection du crack, inversement, des usagers habitués à le fumer peuvent passer, plus ou moins rapidement et pour une période plus ou moins longue, à l'injection.

« J'ai 27 ans. Je suis d'origine sénégalaise. À 22 ans, je dealais de la cocaïne et de l'héro. Je n'étais pas un maudou, je le faisais pour moi, et je n'étais pas consommateur. Ça marchait vraiment bien, j'étais un gamin, je fumais du shit, dépensais mon fric dans les boîtes, les femmes. J'ai commencé à prendre de la cc, puis de l'héro, en sniff. Je me suis retrouvé accroché à l'héro. Je suis allé en prison. À ma sortie, j'ai retouché aux produits, l'héro en sniff et je fumais le caillou.

C'était la galère, SDF, le vol. Je suis retombé en prison une deuxième fois et là-bas j'ai commencé le Subutex®. À ma sortie, comme je n'avais pas encore refait ma Sécu, j'allais le chercher dans un centre. Très vite, j'ai commencé à le shooter. Je me suis fait griller au centre, ils ont vu que je ne le laissais pas fondre. Alors, ils me surveillaient, mais je pouvais toujours aller en acheter aux Halles. Je me suis fait virer. J'avais honte de shooter, je ne le disais à personne, même mes seringues je les demandais discrètement à la Boutique (X^e arrondissement). À partir du moment où j'ai pris la pompe pour le Subutex®, c'était évident que j'allais shooter le caillou. Au fond de moi, je savais que j'allais me faire plus de mal. Pendant une période, j'ai beaucoup déliré, j'avais de drôles de pensées dans la tête que j'ai jamais eu en fumant, je me croyais envoûté. En ce moment, je fais mes démarches et je contrôle mieux, mais je shoote toujours. Je suis conscient que ça n'a pas à voir seulement avec le produit, j'en parle avec l'éducateur qui me suit, pour moi, le problème, c'est la pompe. »

Un autre usager, originaire du Maghreb, habite en France depuis 12 ans et a obtenu la nationalité française. Il a environ 36 ans et est au RMI. Il a dealé et consommait héroïne et cocaïne en sniff. Incarcéré à plusieurs reprises, il a commencé un traitement de substitution au Subutex® en prison, puis l'a poursuivi dans un CSST.

« J'ai toujours sniffé le Subutex®, parce qu'avant d'aller en prison, je l'achetais à des copains qui le prenaient comme ça. Il y a trois ans, j'ai fumé la première fois le caillou. J'accompagnais tout le temps un copain qui venait pécho à Stalingrad, il avait peur de se faire arnaquer. Je restais avec lui, mais à l'écart. Les toxicos me faisaient peur, tellement ils étaient maigres, mal habillés. À force de voir mon copain aimer le caillou comme un fou, je voulais savoir pourquoi il courait comme ça. J'ai essayé. Je suis tombé dedans, et au bout de deux mois j'ai pris le caillou en shoot, et le Subutex® toujours en sniff. C'est un toxico qui m'a montré. Je fais le rabatteur. J'ai maigri de 14 kg, je suis devenu sale et je sens bien que mes copains me regardent mal, ils ont peur que je les vole. Plusieurs fois, j'ai pris des risques avec les seringues, grâce à Dieu je suis toujours négatif. La dernière fois que je suis revenu de sevrage du Subutex®, j'ai fumé le soir du caillou, j'ai repris la seringue après une semaine. »

LES PRODUITS : DISPONIBILITÉ ET MODES D'USAGES

Le dispositif de vente est basé sur un dédoublement du marché depuis l'arrivée des antitox.

- D'une part, des gens connus depuis un certain temps, essentiellement originaires d'Afrique noire, avec un apport de gens nouveaux.
- D'autre part, un autre marché avec les mêmes produits, tenu par des gens plus jeunes.

La question des conditions de coexistence de ces deux marchés reste entière. Les produits de substitution et le crack constituent l'essentiel des produits vendus.

Vers 19 heures, la sortie du métro Château-Rouge offre un spectacle animé. Les trottoirs grouillent de piétons se dépêchant de rentrer chez eux. Malgré la forte présence policière (deux cars, plus des flotiers) des usagers de drogues stationnent par petits groupes. Le lieu s'apparente à une vente à la criée. On y trouve les produits suivants : le Subutex® est à 10 F le comprimé et à 50 F la plaquette de 7 comprimés, le comprimé de Skenan® varie entre 40 et 50 F et la plaquette est à 150 F, le Rivotril® est à 15 F la plaquette. Le Rohypnol® se trouve à 10 F l'unité et la plaquette de 7 comprimés varie, selon les fluctuations du marché, entre 50 et 100 F.

Ce commerce est essentiellement le fait des usagers qui revendent ainsi leurs propres cachets, souvent en les bradant, pour se procurer l'argent nécessaire aux premiers passages des dealers de cailloux à Clignancourt ou s'approvisionner à l'intérieur de la Goutte-d'Or.

L'un des usagers rencontrés raconte que la tournée de ses trois médecins lui a rapporté 24 boîtes de Subutex® à 8 mg. Il est particulièrement content. Bien qu'il ait longuement hésité à rentrer dans ce trafic, il s'y est finalement résolu. Les risques sont, somme toute, relativement réduits comparés à ceux induits par le vol, par exemple. Multirécidiviste, il ne se souvient pas du nombre de ses incarcérations : en fait, c'est la première fois qu'il reste si longtemps dehors. Un autre usager explique :

« J'ai rendez-vous avec un mec qui veut m'acheter sept flacons de métha de 40 mg pour 200 balles. Je suis à la métha depuis 96 et c'est la première fois que je fais ça. Après tout quand je vois tous les autres, pourquoi moi je ne ferais pas, je suis assez dans la merde. »

Parallèlement au *deal* de produits licites tenu par les consommateurs de drogues eux-mêmes, on trouve aussi de nombreux dealers qui vendent des produits de substitution.

Dès 20 heures, un calme apparent redescend sur Château-Rouge qui devient un carrefour d'information, une sorte de fil d'Ariane pour la longue nuit du caillou. Rue Myrrha, l'héroïne marron est à nouveau facile d'accès, de plus ou moins bonne

qualité, peu chère, entre 100 et 150 F. Les jeunes, les anciens antitox décrits plus haut vendent la galette 150 F.

À Clignancourt tout comme rue Marcadet, on trouve les habitués maudous. Quelques-uns disposent d'un peu de cocaïne, de bonne qualité. Sur tout ce secteur, fait nouveau et très intéressant quant à la perméabilité des changements de la structure du *deal* d'un secteur sur un autre, le crack est depuis quelque temps vendu sans emballage. Sans doute est-ce une façon de lutter contre la concurrence : permettre à l'acheteur de mieux voir le produit proposé.

Selon les heures et leur connaissance des dealers, les usagers rejoindront Clignancourt, les rues Myrrha, Marcadet, Ordener. Contrairement à d'autres sites, à Château-Rouge, le système n'est pas organisé de façon formelle sur le principe des rabatteurs même si des usagers peuvent toujours s'investir dans cette fonction et s'improviser à l'occasion « *public relation* ».

L'extrait d'entretien qui suit donne une bonne illustration des techniques développées par un usager pour maximiser ses bénéfices en se constituant comme un relais pour d'autres usagers.

« Des nanas ou des mecs viennent, ils ont besoin d'un truc et me demandent de venir avec eux et ils acceptent de me donner l'argent. S'ils me donnent 500 F, je leur dis que c'est 250 F le truc et qu'ils auront deux galettes. Mon travail, c'est de m'arranger avec le dealer, de négocier. Je lui donne 300 F, je garde 200 F dans ma poche, en plus il me donne une galette encore. Cette galette, je la coupe en deux, j'en fume la moitié, je vends l'autre. Du coup, ça me fait 150 à 200 F en plus. À la finale, j'ai 350 à 400 F, je rachète deux galettes, j'en coupe une en deux. Le caillou dans la rue c'est un milieu black, et des fois, c'est violent. Souvent c'est des petits Français, ils ont peur de se faire carotter. Je les ai connus en prison, ou dans ma cité, ou comme ça dans la rue. Beaucoup de nanas aussi me demandent de leur rendre service pour ne pas se faire arnaquer ou se faire prendre leur argent. Elles savent que je ne prendrais jamais leur argent et qu'elles auront toujours leur truc. Souvent, ils me proposent de me donner un truc, je refuse vu que j'ai déjà gagné de mon côté. Ça les incite à revenir me voir, en plus. Je crois aussi que j'ai une bonne réputation, et comme j'en vends souvent, déjà ils viennent vers moi pensant que j'en ai. »

SYNTHÈSE DES GROUPES FOCaux RÉPRESSIF ET SANITAIRE DE PARIS

GROUPE FOCAL RÉPRESSIF

Réunion du 27/11/2001

Participants

Thierry Butet, commandant de police, Direction de la police urbaine de proximité (DPUP), SANIJ 01

Jean-Michel Lebrun, commandant de police, Brigade des stupéfiants

Emmanuelle Oster, capitaine de police, DPUP, Service de prévention, d'études et d'orientation anti-délinquance

Didier Drevet, capitaine de police, Brigade des stupéfiants, groupe surdose-dopage

Marie-Louise Boulanger, commandant de police, Brigade des stupéfiants, Service formation et prévention

Michel Zenou, commandant de police, DPUP, SARIJ 19

Serge Quilichini, commissaire, DPUP, SARIJ 18

Nathalie Riomet, substitut du procureur de la République,

Patrick Lunel, capitaine de police, DPUP, SARIJ 18

Réflexions générales

Pour le groupe répressif de Paris, plusieurs problèmes généraux doivent être abordés, qui conditionnent la réflexion et la fiabilité des données.

Les participants à cette session de réflexion, pour des raisons de mise en œuvre de la démarche, ont été prévenus assez tard, parfois la veille pour certains, de la réunion. D'autre part, ils ne disposaient pas de la grille des questions prévues et n'ont donc pu s'y préparer.

Mais, en dehors de ces problèmes organisationnels, de l'avis général des participants, il est assez difficile de dater les évolutions qu'ils peuvent remarquer. Cette difficulté est liée, d'une part, à l'information des personnels intervenant sur le terrain, information parfois tardive sur les nouveaux produits de synthèse par exemple, d'autre part, au fait que les phénomènes ne sont observés qu'à partir du moment où leur visibilité s'accroît, sans que l'on puisse dire à quelle époque ils trouvent leur origine. Ce dernier point est lié aussi au fait qu'un angle mort existe dans le travail policier, qui se déploie principalement dans la rue et ne peut donc que rarement observer les phénomènes se produisant dans des lieux privés.

On sera donc prudent en ce qui concerne la datation des phénomènes décrits ici. Nous avons essayé d'en rendre compte avec une relative prudence en les classant selon qu'ils se déployaient dans les trois dernières années ou dans la dernière année, mais les réserves explicitées plus haut font que les propos tenus doivent être considérés de manière nuancée.

Sur le travail policier en général, on notera deux points qui dessinent le contexte de cette discussion. Le premier est l'expression d'un relatif malaise des policiers vis-à-vis des sanctions appliquées par la justice, souvent jugées insuffisantes. Le second concerne les collaborations entre les différents services de police et entre ces services et d'autres partenaires – les bailleurs HLM, par exemple –, qui semblent s'être développées ces dernières années et permettre un meilleur relais des informations.

Contexte général et tendances depuis trois ans

De manière générale, les éléments constatés depuis trois ans environ concernent plusieurs phénomènes : les alternances de produits, la déliquescence du lien social dans certains quartiers, l'arrivée de nouvelles classes d'âge dans le trafic.

Les produits

Pour la plupart, ils se sont diversifiés, on trouve davantage de polyusages et de polytoxicomanies : « Il n'y a plus le fumeur d'herbe traditionnel, l'héroïnomanie traditionnelle... », dit un de nos interlocuteurs.

La limitation de la consommation d'héroïne peut probablement aussi se lire dans la stabilisation des décès enregistrés (entre 25 et 30 par an) par le service des surdoses. Ces dernières sont plus souvent le fait de mélanges de produits (benzodiazépines, héroïne, ecstasy – un cas –).

La diminution de la consommation d'héroïne s'établit en reflet de l'augmentation de la prise de cocaïne. Le nombre de prises d'héroïne a fortement baissé, bien qu'il ait tendance à remonter depuis deux ans. Il s'agit principalement d'héroïne blanche. Au contraire, les prises de cocaïne ont largement augmenté et le trafic apparaît dans des proportions jusque-là inédites : de 200 à 800 kg, alors qu'auparavant une prise de 1 kg était considérée comme importante. Ce trafic semble se déployer à travers le grand banditisme.

Enfin, sans qu'il soit possible de dire s'il s'agit d'une nouvelle tendance ou non, on observe la présence de vendeurs autour des endroits festifs. Pour exemple, deux cas nous ont été signalés : l'interpellation dans le XI^e arrondissement d'une jeune femme détenant 300 cachets d'ecstasy et du rachacha qu'elle vendait en milieu festif et celui d'un homme interpellé à l'entrée du *Zénith* lors d'une soirée antillaise avec 200 cachets, quelques buvards de LSD, 10 g environ de cocaïne et une cinquantaine de sachets de 5 g d'herbe.

Les configurations locales

De manière plus précise, différentes configurations de trafic et de consommation se distribuent selon les arrondissements. On ne peut prétendre ici à une vision exhaustive puisque nous n'avons que des représentants des I^{er}, XVIII^e et XIX^e arrondissements, mais comme ceux-ci sont aussi parmi les plus touchés des arrondissements parisiens, on peut penser avoir une représentation assez juste, au-delà des particularités locales, des questions de consommations de produits psychoactifs à Paris. Cependant, nos interlocuteurs ont noté de manière assez unanime la présence sous-estimée de produits psychoactifs dans certains arrondissements. Il a été notamment question du XIV^e et du XV^e arrondissement où certains produits circulent en milieu scolaire.

Dans le I^{er} arrondissement, le trafic s'articule principalement autour de la vente de cannabis et de médicaments.

La vente de cannabis se concentre autour du Forum des Halles, avec un grand nombre de dealers (une centaine environ) se répartissant sur cet emplacement en fonction de leur appartenance ethnique. On trouve ainsi trois groupes principaux, dont les membres sont originaires de Guyane, de Martinique et d'Afrique noire. Les Guyanais sont arrivés les plus récemment, en 1999. Quelques conflits ont eu lieu entre ces groupes, aboutissant à des blessures à l'arme blanche, plus ou moins graves. Cependant, il s'agit essentiellement de vente individuelle, les vendeurs étant, apparemment, fournis par des cités de banlieue.

On note une présence plus forte d'herbe par rapport à la proportion antérieure entre résine et herbe, sans que celle-ci puisse être quantifiée.

Les consommateurs sont de tous âges et de tout milieu social.

Des vendeurs de médicaments sont présents entre le Forum et le centre Beaubourg.

Dans le XVIII^e arrondissement, le crack est le produit le plus présent dans le périmètre de la Goutte-d'Or et du quartier de La Chapelle, sur les boulevards des Maréchaux également. On trouve aussi d'autres produits (héroïne, cocaïne et médicaments, cannabis). Le *deal* ne semble pas être très structuré, bien qu'il génère un chiffre d'affaires important.

La forte implantation des dealers dans cette zone implique un certain nombre de problèmes, notamment par l'affluence de toxicomanes venant d'autres arrondissements ou de banlieue pour se fournir et la présence de toxicomanes implantés sur le secteur. La circulation des toxicomanes et des dealers s'adapte à la présence policière sur le secteur, notamment en se faisant tôt le matin. Mais les riverains souffrent beaucoup de cette situation et la pression des élus et des habitants sur la police s'accroît.

Au sud de l'arrondissement, autour des portes, on observe une croissance du trafic de marijuana, pour des quantités plus importantes qu'à l'accoutumée, qui était traditionnellement concentré autour des boîtes de nuit et des clubs, dans le quartier entre la porte Saint-Denis et la gare de l'Est. Le chiffre d'affaires d'un dealer moyen se situe autour de 2 000 F.

Ces descriptions du trafic dans le I^{er} et le XVIII^e où, on l'a vu, le trafic apparaît peu structuré, contraste avec l'articulation, dans le XIX^e arrondissement entre différentes formes de trafic, notamment le trafic de stupéfiants et le trafic d'armes. Cette conjonction est liée au fait que de plus en plus de toxicomanes cherchent à s'armer. Une tension importante entre toxicomanes et avec les dealers pourrait expliquer cette tendance.

De même, il est fait mention pour ce même arrondissement d'une structuration plus importante du trafic de cannabis dans les cités parisiennes, accentuation, en fait, d'un phénomène déjà existant.

Il semble aussi, mais c'est une tendance plus générale, que davantage de mineurs soient impliqués dans des affaires de revente d'herbe et de cachets (ecstasy), en milieu scolaire ou dans les cités parisiennes.

On note une augmentation de la culture de cannabis en appartement.

Enfin, beaucoup d'agressions de pharmacies ont lieu, soit du fait d'usagers, soit par des réseaux organisés : une arrestation a ainsi permis de mettre à jour un tel réseau.

Entre ces arrondissements, des déplacements s'opérant en fonction de la présence policière ont été observés.

Après une incursion des toxicomanes dans le XVII^e arrondissement, on a pu percevoir une stabilisation à la frontière des XVIII^e, XIX^e et X^e arrondissements, puis un retour vers la Goutte-d'Or.

Tendances récentes

Modification dans la présence des produits

Les réflexions de nos interlocuteurs semblent montrer une plus grande présence du GHB. Quatre débuts de surdose ont été constatés par le groupe surdose au mois de novembre. Le produit avait été acheté à un vendeur d'ecstasy en milieu festif. Il s'agit en fait d'une seule occurrence touchant quatre personnes et provoquant des comas de stade 2. Les consommateurs avaient visiblement consommé le GHB avec de l'ecstasy et de l'alcool. Il s'agit donc d'un polyusage.

Par ailleurs, des plaintes déposées, notamment par des jeunes femmes victimes d'agressions sexuelles pourraient signaler une recrudescence de l'emploi du GHB, donné à l'insu des plaignantes pour abuser d'elles. Néanmoins, deux éléments rendent ces informations difficilement vérifiables : l'élimination rapide du produit qui rend vaine toute analyse n'ayant pas lieu dans un délai bref et le manque d'information dans les commissariats qui peut conduire à ne pas interpréter des situations caractéristiques de la prise de GHB comme telles.

Néanmoins, il semble que ces situations interviennent plus régulièrement. Elles concernent des jeunes majeurs (de 18 à 30 ans environ) fréquentant les boîtes de nuit et les soirées.

Dans le même registre, le groupe surdose signale un décès lié à une prise d'ecstasy.

Il a été fait mention de l'émergence de fabrication « sauvage » des produits de synthèse, qui serait assez localisée sur les portes de Paris. On constate enfin un retour de l'héroïne en milieu festif, qui est utilisée pour la gestion des descentes en fin de *raves* et, dans ce cas, n'est pas injectée.

Modification dans la population des vendeurs et revendeurs

Au niveau du XVIII^e arrondissement, on observe l'arrivée de dealers issus du quartier et qui investissent le trafic de crack. La visibilité du trafic dans ce quartier et le faible investissement nécessaire par rapport aux gains potentiels

attirent un nouveau profil de vendeurs, des petits délinquants, connus pour des vols à la roulotte et des vols de véhicules, qui se reconvertisent dans la vente de drogues.

On trouve maintenant dans le XIX^e arrondissement une revente de crack, de cocaïne et, à la marge, d'héroïne opérée par des prostituées. Elles sont approvisionnées par des souteneurs qui pratiquent aussi la vente de stupéfiants. Il s'agit essentiellement de femmes issues des pays d'Afrique de l'Ouest (Guinée et Ghana) dont quelques-unes originaires des pays de l'Est (Macédoine).

Dans le X^e arrondissement, depuis le mois de septembre, des filières de vente de crack, organisées par des Chinois continentaux, apparaissent. On voit ainsi des ébauches d'organisation qui structurent la revente, parfois en contact avec d'autres villes (Lille).

On observe aussi chez les Roumains, plutôt spécialisé habituellement dans le vidage des horodateurs, la présence d'herbe et d'un peu d'héroïne, à la suite de l'arrestation de mineurs et de perquisitions en appartement.

Autour du centre Beaubourg, on constate l'arrivée d'acheteurs revendeurs de cachets d'origine finlandaise. Ils proposent d'acheter les cachets de Subutex[®] par mille, à raison de 10 ou 15 F le cachet, probablement pour revendre dans leur pays. On ne trouve pas de gros trafic, mais l'accumulation de beaucoup de trafics de la part d'usagers trafiquants.

On perçoit également une légère modification du trafic de Subutex[®] dans le XVIII^e, qui procéderait à partir de fausses ordonnances : la difficulté à travailler avec les médecins est alors particulièrement notable.

Phénomènes généraux

Il semble qu'apparaissent dans les affaires de violence conjugale, dans le XIX^e arrondissement au moins, une plus forte prégnance des problèmes de consommation de stupéfiants. De même, la consommation de cannabis impliquerait davantage de comportements agressifs, que ce soit dans les cellules familiales ou en milieu scolaire.

Enfin, une plus forte implication des habitants semble se concrétiser par des revendications plus appuyées d'associations diverses, mieux structurées aussi.

GROUPE FOCAL SANITAIRE

Réunion du 23/11/2001

Participants

Jean-Marc Arnoult, infirmier secteur psychiatrique, ECIMUD, Bicêtre
Anne Vellay, médecin coordinateur Réseau santé Paris Sud
Yves Edel, praticien hospitalier, ECIMUD, La Pitié-Salpêtrière,
Samira Djeddar, médecin, CEIP, Fernand-Vidal
Marianne Goldfarb, animatrice prévention, Médecins du Monde
Matthieu Jeanneteau, éducateur spécialisé, Médecins du Monde
Luc de Masse, médecin généraliste, coordinateur Réseau santé Paris nord
Pierre Gay Le Maitre, médecin directeur, CSST « Espace Parmentier », Médecins du Monde

Réflexions générales

Les réflexions des acteurs du système sanitaires qui ont participé au groupe focal parisien abordent des aspects très différents. On y trouve aussi bien des pistes de réflexion sur l'organisation des réponses institutionnelles à certains problèmes de santé publique que des indications sur l'émergence de phénomènes nouveaux en termes de populations et de modalités d'usage.

Nos interlocuteurs, selon qu'ils travaillent en hôpital ou en médecine de ville, touchent des publics relativement différents : la médecine de ville semble avoir affaire à un public stabilisé, alors que les ECIMUD (Équipe de liaison hospitalière de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues) se trouvent fréquemment face à des personnes en situation précaire, plus souvent à la rue et sans suivi de traitement. En conséquence, les ECIMUD sont décrites comme des structures placées en première ligne, accueillant les publics les plus en difficulté.

Des problèmes d'information ont été évoqués : la formation des psychiatres sur le plan des produits psychoactifs, encore insuffisante, ou les difficultés des personnels hospitaliers à aborder certains thèmes, notamment la sexualité, pour dispenser de véritables messages de prévention, ont été parmi les sujets débattus. Bien qu'il s'agisse là de véritables problèmes et que le simple fait qu'ils demeurent encore à l'heure actuelle pose question, on ne peut les considérer comme des phénomènes émergents.

Contexte général et tendances depuis trois ans

Si l'on doit dessiner les tendances remarquées depuis trois ans, et parfois plus, en ce qui concerne les phénomènes liés à la consommation de produits psychoactifs tels qu'ils peuvent être perçus par les différents intervenants du groupe focal sanitaire, apparaîtront différents registres qui tiennent, d'une part à la question des prises en charge, d'autre part à celle des pathologies.

En ce qui concerne les prises en charge, il semble que, depuis 1996 environ, il soit possible de faire un diagnostic de psychose et de toxicomanie qui permet de suivre dans ces deux domaines d'intervention les personnes qui se trouvent dans cette double situation. À l'hôpital, les patients psychotiques sous substitution ne sont plus pris en charge indépendamment du dispositif psychiatrique. De fait, les personnes concernées ne se contentent plus de passer sans donner suite.

Néanmoins, cette question du double diagnostic continue à poser problème. En effet, peu de psychiatres semblent prêts à traiter des patients dont les multiples diagnostics sont intriqués.

Enfin, des contraintes pèsent sur ce type de démarche : les délais nécessaires pour obtenir un rendez-vous dans un centre médico-psychologique sont d'environ deux mois et rebutent les personnes soumises aux pathologies les plus lourdes, qui tendent à passer par les circuits d'urgence. Il est néanmoins fait mention d'un projet qui permettrait de faciliter l'accès des usagers de produits psychoactifs comme des « exclus » aux services psychiatriques.

Par rapport à ces questions de traitement, il semble que la substitution ait joué un grand rôle en sélectionnant des couches successives d'usagers de produits psychoactifs : ce sont d'abord les situations les moins difficiles qui ont été abordées, les plus lourdes restant en retrait, du fait même de la difficulté à opérer sur la base d'un double diagnostic, comme il a été exposé plus haut.

Ce qui explique qu'au-delà d'une population d'usagers substitués, se resocialisant et retrouvant des capacités à faire des démarches et une réduction des consommations de produits psychoactifs hors méthadone, on voit malgré tout toute une population d'usagers à problèmes, notamment de crack, qui ne sont pas suivis dans de bonnes conditions, les différents services publics semblant ne pas être en capacité de suivre certaines situations lourdes.

Dans ce même registre, on note qu'une partie des gens en substitution consomme d'autres produits. Certaines de ces consommations sont très ponctuelles, d'autres sont quotidiennes. On peut expliquer ces usages cumulés par le fait que les produits de substitution n'éliminent qu'une partie du manque et qu'il soit alors nécessaire

de recourir à d'autres substances pour renforcer les effets (méthadone et alcool, Subutex® et crack, par exemple).

Se pose ensuite la question des détournements des produits de substitution : on voit ainsi apparaître non seulement une population d'usagers ayant débuté par une consommation de Subutex®, mais également des consommations de Stilnox®, très importantes chez d'anciens alcooliques, qui, après avoir été sevrés, utilisent ce produit.

S'impose aussi pour les médecins présents une réflexion sur les dosages du Subutex®, avec un risque de ré-augmentation des doses ou de demandes complémentaires de benzodiazépines.

Des récits de patients laisseraient à penser que la circulation des produits dans certaines prisons aurait augmenté et se serait diversifiée. Par ailleurs, le traitement aux benzodiazépines de certains prisonniers ayant déjà fait un sevrage à ces mêmes produits pose un réel problème. Le Subutex® pouvant se revendre facilement et donc apporter des ressources financières aussi faibles soient-elles, certains peuvent arrêter leur substitution et se trouver traités aux benzodiazépines.

Enfin, des difficultés apparaissent dans la prise en charge des Antillais consommant du crack et utilisant le rhum pour gérer la descente. Cette population est déjà ancienne. Mais on ne dispose ni de lits pour accueillir ce type de population, ni d'équipes soignantes qui pourraient assurer un suivi sur une durée constante pendant plusieurs jours. Il semble d'autre part que le facteur culturel pourrait jouer un rôle dans les modes d'accès de ces patients, puisque pour la plupart d'entre eux aucune consultation en CSST n'a eu lieu avant qu'ils ne se rendent aux ECIMUD. Ne se considérant pas comme toxicomanes, ils viennent consulter en général pour leur HIV ou leur VHC. Si leur état inquiète les équipes soignantes, leur suivi des traitements semble cependant improbable.

Il a été fait mention à ce propos de prise en charge collective de type communautaire voire proche d'un fonctionnement sectaire.

Dans la médecine de ville, on note une sensible amélioration des conditions de vie des patients. Papiers en cours de régularisation et disposition d'un habitat fixe sont les deux améliorations notables. Mais cela est aussi lié aux différences de traitement : les généralistes semblent plus à même d'avoir un suivi long et de fidéliser leur clientèle, alors que les hôpitaux voient arriver des personnes qui ne peuvent disposer d'un suivi des traitements VIH ou VHC. Ce phénomène est aussi perceptible pour des personnes dépendantes à l'alcool et/ou au tabac. Les hôpitaux accueillent alors davantage de personnes n'ayant pas commencé ou ayant interrompu un traitement.

Les descriptions faites au niveau des prises en charge et, notamment de l'évolution des détournements des produits de substitution, se retrouvent nécessairement au niveau de l'évolution des pathologies.

Depuis 1997, des candidoses systémiques et à localisation ophtalmique, osseuse, articulaire et cutanée ont été observées chez une population d'injecteurs de comprimés. Le nombre de cas est en augmentation (50 cas pour deux hôpitaux sur deux ans). On peut formuler quatre hypothèses :

- la première serait que la contamination s'opérerait par le biais des citrons utilisés dans la préparation de l'injection d'héroïne (le citron sera porteur de candidas après que les gens l'aient léché : ce sont les candidas de la bouche qui se développent et qui sont transmis quand le citron est réutilisé) ;
- la deuxième est que la contamination se ferait, pour les injecteurs, par le toucher, lors de la manipulation des filtres des Stéricup® ;
- la troisième serait que la contamination se ferait lors du transport, soit dans la bouche ou dans l'anus des dealers ;
- la quatrième serait que l'amidon de maïs qui sert d'excipient au Subutex® favoriserait le développement des candidas.

Aucune de ces hypothèses n'est confirmée mais il faut toutes les considérer selon les produits et les modes d'utilisation¹⁸.

Les cas de candidoses ophtalmiques se présentent sous forme de troubles visuels d'apparition brutale avec baisse de l'acuité visuelle, douleurs oculaires, apparition de scotomes (points noirs) et correspondent à des abcès intraoculaires dus au champignon de la famille des candidas. Ces abcès ophtalmiques sont une urgence à diagnostiquer et peuvent être liés à l'injection de poudre ou de comprimés (crack, héroïne, Subutex®, Skenan®). Ces troubles sont très graves et peuvent entraîner la perte de l'œil atteint.

Par ailleurs, on note, pour la même période, l'apparition d'œdèmes (une quinzaine environ), parfois décrits par certains praticiens sous le terme familier de syndrome de « Popeye ».

Ces œdèmes sont souvent localisés à l'endroit de l'injection. Une des interprétations possibles est que l'amidon de maïs présent dans le produit injecté provoque un blocage des petits réseaux veineux et entraîne donc une inflammation chronique des tissus ou de la lymphe, provoquant une augmentation importante de la grosseur des bras, des avant-bras et des mains. Ces manifestations sont généralement bilatérales puisque les usagers s'injectent des deux côtés. Ces œdèmes sont à considérer comme des œdèmes chroniques et mettent un an à se résorber après l'arrêt des pratiques d'injection ou sont irréversibles.

On trouve aussi des abcès dans une forme plus localisée au niveau des mains : cependant, il est nécessaire de bien différencier les œdèmes chroniques des mains chez les injecteurs de Subutex® qui présentent le syndrome de « Popeye », des abcès liés à des pratiques septiques d'injection, lesquels peuvent être localisés sur chaque site d'injection et en particulier dans les doigts, ce que les chirurgiens nomment phlegmons des gaines des doigts.

Au-delà de ces pathologies liées essentiellement à l'injection, dans les réseaux de médecine générale, apparaît globalement l'impression que les problèmes rencontrés sont subséquents à d'anciennes toxicomanies plutôt qu'à de nouvelles : décompensations ascitiques et infections virales. Des demandes de sevrage sont effectuées pour l'alcool, les benzodiazépines et l'héroïne. On remarque aussi que les cirrhoses et l'hépatite C sont davantage causes de décès que le VIH. On note aussi que les dépistages par biopsies de l'hépatite C semblent se faire plus tardivement, certains patients craignant d'entrer en traitement et préférant attendre que de nouvelles thérapeutiques voient le jour. Mais il semble aussi qu'existe, comme il a été dit plus haut, un certain nombre de résistances au niveau des praticiens.

Peu de troubles liés à la consommation d'ecstasy apparaissent : deux cas de descente difficile ont été cités, ainsi qu'un accident grave (chute d'un pont) lié à une consommation de MDMA de trop grande qualité.

Les problèmes de consommation sont liés aussi aux consommations d'alcool, de tabac et de cannabis.

On note, en médecine de ville comme à l'hôpital, une augmentation des pathologies pulmonaires liées à des dépendances au tabac depuis deux ou trois ans. Il s'agit souvent de patients substitués, dont les consommations sont parfaitement équilibrées depuis longtemps, mais qui décompensent et souffrent de problèmes pulmonaires liés à leur importante consommation de tabac.

Les intervenants de Médecins du Monde remarquent aussi des problèmes pulmonaires importants avec des risques de pneumopathie aiguë, liés essentiellement à l'exposition des gens vivant dans la rue. On note aussi des abcès, sans que l'on puisse les relier à un produit précis, et des problèmes de lèvres gercées et abîmées avec saignements.

Dans le cas du cannabis, les problèmes ne semblent pas conséquents et sont liés à des consommations quotidiennes excessives. Cependant, depuis 1996, on voit émerger des situations plus particulières, avec une population de femmes entrant en contact avec les ECIMUD lors de leur grossesse et qui consomment du cannabis quotidiennement et de manière importante (de quinze à trente joints par jour). Il s'agit d'une population totalement insérée professionnellement. La grossesse est alors un moment privilégié pour demander une aide à la réduction ou à l'arrêt de l'usage de

18. Une étude nationale, *Canditox*, est en cours et devrait pouvoir répondre à ces questions.

cannabis. Cette consommation est susceptible d'entraîner un mauvais développement fœtal. La situation d'une femme incapable d'arrêter sa tabagie pour des raisons de consommation de cannabis est aussi rapportée.

Si l'on perçoit une augmentation des maladies infectieuses, elle semble principalement liée à un relâchement des modes de protection lors des pratiques sexuelles.

Au niveau des consommateurs de cocaïne, on a observé en milieu hospitalier des problèmes liés au système cardio-vasculaire et au système circulatoire, avec des conséquences aussi importantes que des éclatements de la rate.

Par ailleurs, davantage de ruptures d'anévrisme ont été constatées, chez des personnes qui étaient sous cocaïne lors d'un rapport sexuel ou lors d'une prise de cocaïne assez forte. La prise de cocaïne et l'hypertension artérielle suraiguë sont une cause possible de la rupture de l'anévrisme, qu'on qualifie de mycosique (l'anévrisme prend la forme d'un chapeau de champignon). Une autre hypothèse est la présence d'anévrismes depuis la naissance, qui éclateraient à l'occasion d'une prise consécutive de cocaïne.

On trouve encore, dans le cadre des urgences en stomatologie, des problèmes liés à des consommations anciennes d'héroïne ou de Néocodion®, qui ont pour conséquences des problèmes dentaires.

Enfin, on peut constater des traitements en urgence liés aux conséquences de la vie à la rue, bagarres et accidents essentiellement.

Nouvelles tendances

Changement dans le profil des usagers

Il est toujours difficile de dater avec exactitude l'émergence de nouvelles populations. Des flux successifs de migrants, au-delà de l'appropriation par de nouvelles populations d'usage de produits, viennent parfois grossir la population générale des consommateurs de produits psychoactifs. Ce processus est lié à des phénomènes géopolitiques : guerres, appauvrissements, etc. Des migrants des pays de l'Est, Tchétchènes, Géorgiens, Ukrainiens, puis Moldaves, se sont successivement implantés dans ce contexte. Mais il s'agit déjà d'un phénomène ancien, datant de trois ans ou plus.

En revanche, plus récemment, des flux de populations asiatiques sont arrivés. Elles se composent notamment de prostituées et d'usagers de drogues chinois qui ont pu avoir un accès aux soins correct. On trouve parmi eux une demande de méthadone au-dessus des proportions habituelles. Cette évolution apparaît nettement au programme d'échange de seringues de Médecins du Monde. Il semble

que les provenances de ces migrants chinois soient principalement Pékin et Canton.

La distribution par Médecins du Monde d'ustensiles permettant de consommer le crack dans de meilleures conditions (embouts de pipes à crack) depuis peu de temps (un mois environ avant le groupe focal) rend visible une population peu connue jusque-là : il s'agit notamment de femmes d'origine étrangère (Afrique, Pays de l'Est, Asie) se prostituant. Cette constatation corrobore partiellement celle faite ci-dessus sur les populations asiatiques. Cependant, on ne peut affirmer qu'il s'agit d'une nouvelle population : il est plus probable que l'effet d'attraction créé par le nouvel ustensile amène à la fois d'anciens consommateurs et des personnes de ce nouveau courant migratoire à être connus du programme d'échange de seringues.

Par ailleurs, les personnes, usagers de drogues, qui circulent sur toute l'Europe vont parfois demander des soins. Il est ainsi fait mention de l'orientation par le personnel de la gare d'Austerlitz de certaines personnes vers la Salpêtrière. Il semble malheureusement que nous manquions d'informations à ce niveau, alors même que, au vu de la position de Paris, il pourrait s'agir d'un phénomène important. Si l'on ne peut, là encore, à proprement parler d'une nouvelle population, c'est la première fois qu'elle est abordée dans le dispositif TREND Ile-de-France.

Enfin, on remarque une population émergente, dont on pouvait déjà trouver la trace auparavant, mais qui semble en augmentation constante, et dont la spécificité est constituée par sa situation socioprofessionnelle. Ce sont en général des personnes parfaitement intégrées, disposant de revenus suffisants, vivant en famille ou en couple et qui pratiquent l'injection de Subutex®, obtenu auprès d'un médecin, sans que des liens avec les milieux classiques de la toxicomanie soient entretenus.

Il pourrait s'agir là d'une population d'injecteurs chroniques, consommant depuis plusieurs années, pris en charge par un médecin généraliste, gérant correctement leurs consommations, mais sans que cela exclut des risques persistants, notamment au niveau des modes d'injection.

Si l'on ne peut à proprement parler de nouvelle population, il est possible de s'interroger à ce propos sur les patients de deux médecins parisiens qui ont cessé leurs activités. Leurs files actives représentaient 200 patients environ, et l'on peut se demander comment ces patients ajustent et régulent leurs consommations.

Les produits

Aucun nouveau produit n'a été mentionné dans le groupe focal. Par contre, comme nous l'avons souligné dans les tendances générales depuis trois ans, la majorité des participants remarque la forte diminution des états de manque liés à la consommation d'opiacés. On trouve non seulement davantage d'états de manque

liés au crack, aux benzodiazépines, à l'alcool et à des formes de polyusages multiples, mais également, en milieu hospitalier, des personnes déclarant uniquement des consommations de cannabis et dont les urines sont positives à la cocaïne ou à l'héroïne. Les personnes interrogées maintiennent leur déclaration de consommation. En l'état, deux hypothèses peuvent être émises : la première est qu'il s'agit de polyconsommations cachées, bien que les personnes concernées aient peu de raison de mentir à ce sujet, la seconde que ces personnes feraient partie de groupes où circulent des produits mélangés à du cannabis.

Produits de substitution

Les consommateurs de rue du Subutex®, de l'avis de nos intervenants, semblent être considérablement plus nombreux. On a observé, à la Salpêtrière, un effectif conséquent de patients qui ont quitté le circuit médical et qui s'approvisionnent dans la rue uniquement.

Au niveau de la consommation de rue du Subutex®, on constate une extension de la consommation par inhalation nasale. Ce phénomène n'est pas récent, mais semble se généraliser, ce mode de consommation s'étant popularisé en milieu carcéral. Les intervenants notent que la plupart des usagers ont essayé plusieurs modes de prise du Subutex®. On retrouve des usagers qui alternent les modes de consommations en fonction des moments de la journée et du contexte : injection, sniff, inhalation en cigarette, sublingual.

Il faut signaler quelques situations, chez des injecteurs de Subutex® traités en cabinet et se situant en dehors des circuits de la toxicomanie traditionnelle, d'injection de Stilnox® et de Laroxyl®. Le cas d'un homme injectant une solution composée à moitié de Subutex® et à moitié de Stilnox® a notamment été cité.

Enfin, depuis septembre 2001, une augmentation des ordonnances de Skenan® a été remarquée.

Médicaments hors substitution

La baisse de la consommation de Néocodion® se poursuit et les cas d'usage semblent être très marginaux.

Par contre, on retrouve trace de la consommation d'une association paracétamol et codéine, à raison de deux ou trois boîtes par jour, pendant plusieurs années. Il ne s'agit donc pas là d'un phénomène nouveau mais du maintien d'une tendance. Cependant, ces cas restent relativement isolés et ne sont signalés que par un seul intervenant. Des demandes de renseignements émanant de détenus en milieu carcéral sur l'utilisation de l'aspirine et du paracétamol ont été constatées, mais sans que l'on puisse réellement préciser dans quel but.

L'arrêt des prescriptions du Survector®, dernière amphétamine prescrite dans des situations d'obésité, à la fin 1999, a amené certaines personnes traitées avec ce produit à aller en chercher dans le milieu techno afin d'en retrouver les effets. Ce phénomène semble cependant avoir été marginal et des cas isolés seulement, soit de personnes âgées, soit d'un patient arrivé au bout de ses stocks, ont été signalés pour l'année 2001.

Il semble qu'existe une demande accrue de produits contre le paludisme (Quinine®, Nivaquine®), signalée par les pharmaciens, de la part de jeunes entre 15 et 20 ans, essentiellement les vendredis et samedis soirs. On a retrouvé des emballages de ces produits dans des cages d'escaliers, ce qui pourrait laisser penser qu'ils étaient consommés tels quels. Néanmoins, nous ne disposons d'aucune indication sur les effets recherchés et le contexte éventuel de ces consommations. Deux hypothèses peuvent être avancées : celle de la recherche d'effets à travers les distorsions et les hallucinations que procure la Quinine®, celle de la revente de ces comprimés qui passeraient pour de l'ecstasy.

Des déclarations de pharmaciens amènent à penser qu'un certain nombre de personnes pourraient utiliser de façon détournée la Ventoline® (produit de traitement contre l'asthme). On manque de précisions sur ce sujet, mais un des praticiens hospitaliers signale trois cas d'abus de Ventoline® dans des situations de dopage. Ce produit est alors utilisé avant l'effort musculaire et en général avec d'autres substances comme l'Éphédrine®. Cette dernière peut aussi être trouvée en *rave*.

Autres produits

Il est peu fait mention des nouveaux produits de synthèse qui se diffusent peu à peu sur le marché français. Une situation d'intoxication chronique au GHB a cependant été citée, dont la prise s'opérait conjointement avec une consommation d'alcool.

Usages et modes de consommations du Subutex® et des produits injectés

On a pu voir émerger des propos des différents intervenants un certain nombre de situations où le Subutex® était stocké, de manière parfois importante. Ainsi, des patients disposeraient de plus d'un an d'avance en stock. Des cas de stockage de méthadone ont aussi été cités.

Ces usages peuvent s'expliquer, entre autres, par une consommation ponctuelle d'héroïne, la méthadone et le Subutex® étant alors conservés pour d'autres occasions.

En ce qui concerne l'injection de produits, ont été évoqués la taille et le manque de maniabilité des filtres du Stéricup®, qui obligent les injecteurs à faire des manipulations ne permettant pas de garder le filtre stérile. Celui-ci est par ailleurs parfois conservé et réutilisé.

En ce qui concerne la réutilisation du matériel d'injection, le programme « Méthadone » de Médecins du Monde montrait, en 2000, qu'un peu plus des trois quarts du public concerné se resservait du matériel (cuillère, seringue, filtre). Ces chiffres suivent l'augmentation des pratiques de partage des injecteurs (8 % en 1999, 12 % en 2000).

Les traitements en milieu hospitalier

L'expérience des différents participants au groupe focal qui interviennent en milieu hospitalier permet de pointer des problèmes qui tiennent autant à la question des prises en charge des toxicomanies qu'à la dérégulation des usages toxicomaniaques et aux modifications de l'espace hospitalier.

Il semble bien que les conditions mêmes d'hospitalisation évoluent dans le sens d'une plus grande « privatisation » de l'espace public. Ainsi, on peut parfois voir des dealers venir, dans les premiers jours de l'hospitalisation, fournir leurs clients. De cela découle aussi une plus grande liberté des toxicomanes à consommer dans l'hôpital même. Ainsi, les consommations se font parfois en parallèle des prescriptions de médicaments.

La question se pose notamment au niveau des grands fumeurs de cannabis hospitalisés pour des maladies conséquentes sans rapport direct avec leur usage et dont la consommation ne peut s'arrêter aussi rapidement. La tolérance des usages est alors liée à la discrétion du patient, ce qui crée une zone de trouble vis-à-vis du règlement hospitalier. Par ailleurs, on remarque plus souvent, lors des visites, des consommateurs de cannabis fumant ouvertement.

La présence des dealers dans l'espace hospitalier recoupe ce problème et pose une question plus large qui est celle des modes de prise en charge pour les patients polyconsommateurs. D'un côté, on manque de solutions en termes de substitution à certains produits : cocaïne et alcool, tabac à un moindre degré, puisque l'usage des patchs commencent à se répandre. De l'autre, n'est-il pas nécessaire que l'hospitalisation puisse permettre le sevrage d'au moins l'un ou l'autre des produits consommés ?

S'ajoutent à ce phénomène, du fait des problèmes de comportement de certains patients en substitution, le fractionnement des prises de Subutex® et des prescriptions qui visent simplement à obtenir la paix.

La question de la diversification des usages et des polyusages créent aussi des problèmes conséquents au niveau de l'anesthésie avant les interventions chirurgicales et après, dans les traitements morphiniques.

Les pathologies

Les surdoses ou les pathologies subséquentes ont diminué de manière importante. On ne s'en étonnera pas.

L'extension des protocoles de substitution, si elle permet de diminuer de manière notable les états de manque, révèle aussi, par la disparition des symptômes du manque qui faisaient écran, d'autres pathologies, souvent psychiatriques. De même, à défaut de pouvoir saisir pour l'instant les pathologies découlant de la consommation des produits de synthèse, les médecins ont évoqué la possibilité de tenir compte des accidents de la route qui pourraient être des conséquences de ces consommations. L'absence de contrôle au niveau de produits comme l'ecstasy et le LSD, par exemple, ne permet pas de voir si ces substances jouent un rôle dans le nombre d'accidents.

On note, lors des arrivées dans les urgences hospitalières, la présence d'abcès graves nécessitant des opérations chirurgicales nombreuses, liés à un laisser-aller de l'infection après un traitement inefficace d'antibiotiques.

SYNTHÈSE DU GROUPE FOCAL RÉPRESSIF EN SEINE-SAINT-DENIS

Lundi 28 janvier 2002

Participants

Mme Naïma Rudloff, substitut, chef de service DACRIDO (Division des affaires criminelles et de la délinquance organisée), TGI de Bobigny
M. Jean-Pierre Czarni, commandant responsable de la Brigade des stupéfiants de la sûreté départementale 93.

Aspects méthodologiques

Les données recueillies doivent être analysées à la lumière de leurs conditions de production. Du côté du travail policier et judiciaire, le département ne dispose pas de moyens supplémentaires alors qu'il est très proche de Paris et constitue en France un observatoire privilégié de la délinquance dite « de banlieue ». Malgré la mise en place de collaborations étroites entre le tribunal de Bobigny et l'ensemble des services des stupéfiants présents sur le 93, de l'OCRTIS aux petits commissariats, en passant par la Sûreté départementale, le volume des interventions, et donc des observations, est limité. De plus, les procédures habituelles (indicateurs, filatures, écoutes téléphoniques) deviennent inadaptées face aux modifications des pratiques des dealers. Lors des négociations, ceux-ci utilisent de plus en plus souvent des cagoules pour éviter d'être reconnus, que ce soit par photo ou par confrontation. Ils consomment peu la marchandise qu'ils vendent, ne présentant donc aucune faiblesse de ce point de vue, et ils sont de plus en plus mobiles grâce à l'usage des téléphones portables dont ils changent fréquemment les puces. Cette technique permet de conserver les mêmes lieux de ventes et de stockage pour seulement changer les lieux de rendez-vous. De fait, des enquêtes qui, il y a peu, étaient « bouclées » en une semaine, demandent désormais un mois d'investigations.

Du côté des lieux possibles d'intervention, la quasi-disparition des *raves* dans le 93 rend en grande partie l'ecstasy invisible : il n'existe plus de cadres d'interpellations possibles puisque ventes et consommations se font désormais dans des lieux privés, où la police ne peut intervenir sans raison.

Enfin, au niveau statistique, une note produite en 2001 par le ministère de l'Intérieur indique de ne signaler que les saisies « importantes », sans préciser les critères de définition de l'importance. De fait, certains commissariats ne déclarent plus leurs saisies, pourtant loin d'être négligeables.

Tous ces éléments méthodologiques indiquent que les données disponibles sont à réévaluer à la hausse, quel que soit le produit.

Contexte et tendances des trois dernières années

Côté consommation, ces dernières années ont vu une nette augmentation de la polytoxicomanie, et notamment la multiplication des mélanges à base de Subutex®, de méthadone, d'héroïne, etc. Parallèlement s'est confirmée la banalisation des usages de cannabis. Les consommations d'alcool, bien sûr, ne sont pas ou peu observées par les services de police.

Du côté des saisies de produits stupéfiants, un volume en nette augmentation indique que le département de Seine-Saint-Denis devient un lieu de stockage en plus d'un lieu de vente : les rendez-vous sont de plus en plus souvent fixés dans le 93 où la présence policière est moindre qu'à Paris. C'est un carrefour où s'approvisionnent les départements limitrophes du Val-d'Oise (95) et de la Seine-et-Marne (77). Les vendeurs restent souvent spécialisés dans le commerce d'un produit. Seules ont été constatées des ventes conjointes d'héroïne et de cocaïne, lorsque la clientèle est composée d'usagers en substitution sous Subutex® : la cocaïne leur permettrait de continuer leur traitement de substitution car elle « n'accroche pas » comme l'héroïne. Le *deal* d'appartement semble en diminution, quels que soient les produits.

Ce qui apparaît central, pour nos interlocuteurs, est la structuration d'un « milieu » autour du trafic de cannabis, contrairement aux drogues dures où n'existe pas une telle organisation. Elle se développe depuis 1997 avec une accélération en 1998-1999. Elle s'affirme par la multiplication des revendeurs, le passage des petits revendeurs à des trafics plus importants et surtout par l'augmentation des règlements de compte avec des armes de première à quatrième catégorie que l'on ne trouve pas dans le commerce de drogues dures. Autre élément, apparaît une organisation de la défense où l'avocat est payé par ceux qui ne sont pas « tombés », mais qui est basée aussi sur la loi du silence et la pression par la peur. Nos interlocuteurs font mention de

la disparition de la crainte de la police (fast-food, cafés et autres lieux publics sont choisis comme des lieux de règlements de compte). Ce contexte peut expliquer l'accroissement des violences urbaines en lien avec l'activité policière de répression du trafic des stupéfiants.

Tendances récentes

Aucun nouveau produit n'a été repéré récemment. Seul a été découvert un nouveau mode de transport de la cocaïne sous la forme de « boulettes » de cocaïne liquide, ingérées par des personnes contrôlées à Roissy : ce procédé est uniquement décelable aux rayons X, et deux examens sont parfois nécessaires pour faire apparaître les substances avalées. On note également l'augmentation des saisies de cachets de médicaments, vendus pour de l'ecstasy (Nivaquine® par exemple).

La banalisation croissante du cannabis

Ce produit poursuit sa banalisation auprès de tous les publics. Le profil des consommations change, avec une polytoxicomanie plus fréquente, où l'usager de cannabis consomme également de plus en plus souvent de l'héroïne, de la cocaïne, de l'ecstasy, etc.

Cette banalisation du cannabis n'est pas exempte d'ambiguïtés, comme ces prévenus, inculpés pour faits de violences, voire pour meurtres, qui se défendent parfois en arguant qu'ils étaient sous « l'emprise de cannabis et d'alcool », argument en contradiction avec l'image inoffensive du cannabis véhiculée par les partisans d'une légalisation du produit.

S'il y a de plus en plus de procédures judiciaires, il y a également de plus en plus de « classements sans suite » : face aux difficultés rencontrées dans le département au niveau du dispositif d'injonction thérapeutique, une procédure de « classement sous condition » a été mise en place en 2001 pour les usages de cannabis, sans intervention des services de la DDASS. Elle prévoit que l'usager doit s'orienter vers le médecin ou le dispositif sanitaire de son choix qui lui fera passer un test urinaire dans les trois mois. Dès qu'un test urinaire négatif ou un certificat médical est produit, la procédure est classée sans suite.

Côté « commercial », la structuration en cours du marché du cannabis se traduit par l'augmentation du nombre de petits revendeurs qui sont passés au *deal* de grande dimension. Cet essor du trafic se voit nettement dans les quartiers populaires : l'accès au trafic est plus facile pour les vendeurs d'origine maghrébine via le Maroc. Il y a une hausse nette des quantités vendues, et, par conséquent, de plus grosses

sommes sont en jeu qui génèrent davantage de violence pour s'approprier les marchés.

On trouve plus souvent du « pollen », par opposition à la savonnette.

Le commerce du cannabis, désormais beaucoup plus accessible, n'est plus une activité d'appoint qui concernerait surtout des jeunes sans ressources. Il a tendance à se « professionnaliser » et parfois à se rapprocher des pratiques commerciales autour de l'héroïne : visages couverts, commerce sans consommation, justice auto-organisée, « *omerta* »... Conjointement, une solidarité locale se développe face à la police, compliquant, voire empêchant les interventions, ce qui n'existe pas pour le trafic d'héroïne. Il n'y a généralement pas de ventes conjointes d'héroïne et de cannabis.

Apparaissent cependant des situations d'entente où les différents dealers se répartissent les créneaux horaires et les territoires, et parfois s'opère une répartition ethnique des marchés. Ces évolutions indiquent une maturation de l'économie souterraine, avec agencement naturel des territoires commerciaux et ententes locales... Les gros dealers sont, quant à eux, d'anciens braqueurs reconvertis dans le cannabis de gros. On note enfin la présence de trafics de cannabis effectués par des usagers réguliers, insérés, salariés, voire chefs d'entreprise, avec leurs proches comme clientèle.

Consommation et vente dans les prisons

Les consommations de cannabis sont en nette augmentation, les interpellations sont quotidiennes et les « barrettes » figurent de plus en plus souvent dans la composition des sandwiches donnés par les proches lors des gardes à vue, de même que les puces de portables... Des trafics de médicaments consommés en mélange avec de la bière ont également été mentionnés, mais pas d'héroïne ni de cocaïne.

Héroïne blanche : le retour...

En 1999, 5 kg d'héroïne blanche avaient été saisis contre 78 kg en 2001, augmentation d'autant plus importante si l'on garde à l'esprit les remarques méthodologiques précédemment évoquées invitant à une surévaluation de ces données.

Cependant, si l'héroïne devient plus disponible, elle ne reste accessible que par le bouche à oreille, les interventions policières récurrentes ayant incité de longue date les dealers à la mobilité, au port de cagoules, à un *deal* sans consommation avec un commerce de plus en plus localisé dans le nord-est du 93, avec des interconnexions entre les secteurs pour alimenter les départements 95 et 77. Les quantités achetées sont également plus importantes : diminution des achats à la dose

mais augmentation de ceux au gramme sous forme de « cailloux ». Ceux-ci sont plus économiques : entre 500 et 900 F les 2 g, alors que le prix de la dose reste stable, entre 200 et 300 F. Les « cailloux » sont également plus purs puisque les coupages sont impossibles sous cette forme. En revanche, l'héroïne brune est en nette diminution, si ce n'est en voie de disparition.

Ces augmentations des saisies ont lieu sans qu'une hausse du trafic ne soit visible, ni que le nombre de surdoses soit en augmentation. On ne sait donc pas qui sont les nouveaux usagers et ce que cette tendance annonce pour l'avenir. Avec le cannabis, l'héroïne est l'autre produit de commerce pour les mineurs qui sont « passés » à la vente.

On trouve, dans la configuration du commerce d'héroïne, plusieurs populations de vendeurs et revendeurs :

- d'abord des personnes d'origine africaine, de plus en plus présentes. Une partie du trafic d'héroïne est tenue par des Nigériens, utilisant des femmes africaines comme passeuses, ce qui est à relier à la présence de l'aéroport de Roissy ;
- ensuite, il semble que d'ex-vendeurs de cannabis, dont la majorité est âgée de 18 à 20 ans, soient passés au commerce d'héroïne, plus rentable, vendent désormais des « chargeurs » et entretiennent des relations avec de gros dealers ;
- enfin, et c'est une tendance marquante de cette dernière année, des mineurs interviennent au titre d'organisateur et non plus seulement comme guetteurs ni intermédiaires. Un certain nombre d'entre eux sont d'origine africaine, mais pas seulement. Ces jeunes dealers ont tendance à s'armer pour se protéger et protéger leur marchandise. Cette émergence est à rapprocher des données sur l'augmentation des violences des mineurs, en progression de 30 % dans le département.

L'ecstasy insaisissable...

Les usagers d'ecstasy appartiennent à tous les milieux sociaux. Comme il est indiqué dans la note méthodologique, la diminution des grandes manifestations ouvertes en Ile-de-France suite aux pressions policières a été compensée par une multiplication des fêtes dans des lieux privés parisiens officiels inaccessibles au regard policier, ainsi qu'à une augmentation des ventes vers la province pour l'approvisionnement des *rave-party*. Les consommateurs d'ecstasy se fournissent donc de plus en plus dans les lieux festifs privés où les contrôles sont impossibles. S'il n'y a pas d'augmentation des consommateurs sur le 93, (il semble, du reste, qu'il y en ait très peu), il y a une hausse des saisies, sans que l'on sache vraiment si ce département est un lieu de stockage, de transit ou de transaction : en 1999, 450 pilules ont

été saisies contre 43 892 en 2001, uniquement sur le département, mais sans aucune visibilité des filières concernées.

L'élucidation judiciaire de deux homicides (75 et 93) indique qu'ils étaient liés entre eux par le commerce de l'ecstasy et ont mis en lumière la présence d'un marché tenu par des ressortissants chinois. Mais ces indications ne peuvent, en l'état, donner lieu à des conclusions.

Nos interlocuteurs formulent une hypothèse concernant le développement des filières d'ecstasy : les vendeurs de cannabis qui, auparavant, approvisionnaient des clients de province, se sont convertis à l'ecstasy et alimentent désormais les fêtes du milieu techno.

On voit également apparaître une augmentation des interpellations d'usagers détenant 10 ou 20 cachets d'ecstasy, sans que l'on puisse savoir avec certitude si c'est le petit trafic qui est en développement ou bien si ce sont les consommations.

La cocaïne en diminution importante

En 1999, 828 kg avait été saisis, contre « seulement » 18 en 2001. À l'inverse du commerce du cannabis, les gros dealers de cocaïne font partie de l'« élite » du grand banditisme car ce trafic est de faible accessibilité : il nécessite un réseau très sélectif et des fonds beaucoup plus conséquents que pour le cannabis.

Crack et prostitution : un marché « ethnique »

Les premières opérations de saisie de crack dans le 93 datent de 1990, où le produit était récupéré à Montreuil, à la station de métro Robespierre, en provenance de Stalingrad. C'est désormais en lien avec la prostitution que ce produit est saisi. Le trafic de crack des portes de Paris limitrophes de la Seine-Saint-Denis (Porte des Poissonniers, Porte de Saint-Ouen, Porte de Clignancourt) est à relier à une prostitution de femmes issues des pays de l'Est, mais aussi à l'organisation récente de réseaux de prostitution par des Africains domiciliés dans le 93, prostituant des femmes africaines aux portes de Paris.

Bien que le crack apparaisse nettement comme produit de consommation dans le milieu de la prostitution, il ne semble pas que le marché du crack et celui du sexe se superposent à l'heure actuelle, même si cela reste une préoccupation de nos interlocuteurs.

LILLE

CONTRIBUTIONS AU PROJET	301
INTRODUCTION	303
REPÈRES	305
LE SITE ÉTUDIÉ	305
LES ESPACES ÉTUDIÉS	307
HISTORIQUE	307
LES PRATIQUES DE CONSOMMATION DANS LE SITE DES ANNÉES PASSÉES	309
MÉTHODE DE TRAVAIL	311
ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001	313
LES USAGES DE PRODUITS	313
LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES DÉTOURNÉS DE LEUR USAGE	318
LES PRODUITS	320
LES PERCEPTIONS	327
CONCLUSIONS	331

CONTRIBUTIONS AU PROJET

Région du Nord-Pas-de-Calais

Coordinateur du site

Madiou Sampil, chargé d'étude de l'ORS Nord-Pas-de-Calais

Rédaction du rapport

Samantha Lepez, technicienne d'enquête

Madiou Sampil, chargé d'étude de l'ORS Nord-Pas-de-Calais

Gwen Marquet, chargé d'étude de l'ORS Nord-Pas-de-Calais

Olivier Lacoste, directeur de l'ORS

Mise en forme du rapport

Sabine Brosh, chargée de communication de l'ORS

Véronique Moquet, secrétaire de l'ORS

Enquêteur ethnographique

Samantha Lepez

REMERCIEMENTS

M. Patrick Lecoutre, Observatoire local du développement économique et social,
Ville de Lille

Mme Marguerite Guilligan, association Ellipse

M. Benlouma Bouchaib, association Usagers Citoyens

M. Fixx Witter, association Spiritek

M. Ugo D'Alessandro, association Spiritek

M. Alexis Minneyheer, association ASUD-Nord

Mme Sylvia Kynst, association ASUD-Nord

M. Vincent Croiset, association AIDES

INTRODUCTION

TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) est un dispositif récemment mis en place par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) pour identifier et décrire les phénomènes émergents liés à l'usage de produits psychoactifs. Depuis 2001, il existe treize sites TREND répartis sur le territoire français, dont dix se trouvent sur la France métropolitaine et trois en outre-mer (Guyane, Martinique, Réunion). À Lille, la coordination du site, assumée par le Dr HARBONNIER dans le cadre de l'IREP, au moment du premier rapport TREND, a été confiée, il y a environ huit mois, à l'Observatoire régional de la santé (ORS) du Nord-Pas-de-Calais en raison, d'une part, de la disparition de l'IREP et, d'autre part, de l'implication de l'ORS dans la région, dans les travaux d'observation sur le champ des conduites addictives.

REPÈRES

LE SITE ÉTUDIÉ

Le pôle TREND de Lille a pour cadre géographique la métropole lilloise : une large agglomération de 87 communes appartenant à la Communauté urbaine de Lille (CUDL), qui totalisait, en 1999, une population de 1 080 060 habitants (de source INSEE) au RP 1999. Administrativement, la ville de Lille est composée de trois communes dont : Lille, Hellemmes et Lomme, lesquelles, avec 219 597 habitants, constituent (source : INSEE au RP99), 20,3 % de la population de la CUDL et 18,6 % de celle de l'ensemble de l'arrondissement de Lille.

Tableau I - Nombre d'habitants dans les communes de Lille, Lomme et Hellemmes

Localités	Population totale au RP 99	Population totale au RP 90
Lille	172 793	172 142
Lomme	28 433	26 549
Hellemmes	18 371	18 110
Reste CUDL	860 463	839 052
Reste arrondissement de Lille	101 966	97 030
Reste du département du Nord	1 372 994	1 378 972
Ensemble Nord	2 555 020	2 531 855

La commune de Lille constitue, à elle seule, plus de 78,7 % de la population des trois communes, tandis que les communes de Lomme et Hellemmes représentent successivement : 12,9 % et 8,4 % de la population des trois communes.

Selon les catégories sociales définies par l'INSEE, en 1990, l'arrondissement de Lille comptait, parmi sa population active (salariée ayant un emploi et une population professionnelle déclarée) : 33 % d'ouvriers, 30 % d'employés et 37 % de cadres.

Selon les professions et les catégories socioprofessionnelles, l'indice de diversité sociale (mesure l'écart ou l'éloignement entre la répartition socioprofessionnelle de chaque commune et la répartition moyenne, de la CUDL, de l'arrondissement de Lille ou du département du NORD), met en évidence des différences dans la répartition de la population active.

On constate que c'est le poids des ouvriers qui introduit la distinction la plus forte dans la mesure de la diversité sociale. Il est en moyenne de 33 % dans l'arrondissement. L'analyse fait apparaître, que la commune de Lomme, est un secteur plus ouvrier que ceux de Lille et Hellemmes (plus de 40 % d'ouvriers pour Lomme contre 0,04 % pour Lille et Hellemmes).

Les phénomènes de pauvreté sont nettement territorialisés. En juillet 1999, on a évalué à 12 % de la population lilloise, le nombre de Lillois vivant dans des conditions économiques et sociales considérées, par le législateur, comme proches du seuil de pauvreté. Leur dénombrement oscille entre 20 000 et 24 000 personnes (estimation déduite du rapprochement sommaire des trois fichiers de base de l'étude : AMG, RMI et chômage - juillet 1999).

Près de 8 000 enfants partageaient cette condition avec plus de 12 000 adultes. Facteur aggravant, la moitié d'entre eux dépendait de parent isolé. Le ménage monoparental, avec ou sans enfant, était majoritaire. L'isolement y était quasi dominant. Peu de ces personnes étaient à l'emploi. Dans la grande majorité, elles s'identifiaient comme chômeurs (65 % au total) ou sans profession (plus de 15 %). Les 18-25 ans constituaient plus du tiers des effectifs adultes. L'évolution de cette population peut être décrite par l'accroissement du nombre des chômeurs et des allocataires du RMI à Lille depuis 1990 (estimation en mars 2000).

En juillet 1999, la ventilation de la population en difficulté dans les quartiers lillois se distribuait comme suit :

- Les quartiers de Lille Sud, Moulins, Wazemmes et Fives regroupaient les plus grands nombres (chacun, entre 13 et 20 % des effectifs lillois des cohortes étudiées en juillet 1999, pour le RMI, l'AMG et la demande d'emploi (uniquement CCAS pour le RMI et Lille *intra-muros*, sans Hellemmes et Lomme, pour tous les indicateurs) et des concentrations très élevées de population en difficulté.

Ces quartiers (Moulins, Lille Sud, Wazemmes et Fives) sont à dominante populaires et/ou d'intégration ; avec cette nuance que les quartiers de Moulins et de Wazemmes ont vu leur mixité sociale certainement modifiée par la dynamique universitaire. Cela se traduit, notamment pour Wazemmes, par un « mixage » des anciennes et des nouvelles typologies d'exclusion.

- Les quartiers du Faubourg de Béthune et de Lille Centre regroupaient chacun environ 10 % des populations concernées. Faubourg de Béthune les concentrait. Le Centre les diffusait.

- Les autres quartiers, Bois-Blancs, Vieux-Lille, Saint-Maurice et Vauban cumulaient, chacun, entre 3 et 5 % de la population lilloise en difficulté, mais divergeaient également sur la concentration ou la diffusion.

Certaines pathologies, les plus fréquemment citées par les professionnels (médecins, pharmaciens et infirmiers libéraux) de la Communauté urbaine de Lille (CUDL), ont déjà été précisées dans d'autres études¹ : alcoolisme, affections dentaires, pathologies infectieuses, troubles du comportement, pathologies dermatologiques, toxicomanie.

L'analyse de ces études permet de constater une particularité : l'ampleur du problème de l'alcoolisme mis en évidence dans les populations défavorisées de la CUDL semble nettement plus importante que dans les études nationales. Cette caractéristique n'est certainement pas l'apanage des populations défavorisées, mais elle se retrouve ici de manière criante.

LES ESPACES ÉTUDIÉS

Le dispositif TREND étudie deux espaces : l'espace urbain et l'espace festif. L'espace urbain correspond en France métropolitaine à des zones urbanisées ou fortement urbanisées (ex. : Marseille, Lille, Toulouse). L'espace festif désigne, d'une part, des lieux où est diffusé de la musique dite « techno » et, d'autre part, des établissements dits « de nuit », car organisant un regroupement de population pour la fête.

L'espace à dominante urbaine du Nord-Pas-de-Calais est le deuxième de France, il recouvre les deux tiers du territoire (exactement 64 %) et est habité par 91,7 % de la population régionale.

HISTORIQUE

Dans le cadre des mouvements contestataires et des événements de mai 68, la fin des années 1960 et le début des années 1970 ont vu apparaître l'usage de cannabis et de LSD et, dans une moindre mesure, de champignons hallucinogènes et de solvants.

1. M. Budniok, Santé, insertion et développement social, bibliographie commentée, ORS Nord-Pas-de-Calais, 1992, 23 pages.

Au milieu des années 1970, une première vague d'héroïne touche le Nord, mais sa circulation et le nombre d'usagers sont restés relativement limités.

Le milieu des années 1980 voit apparaître l'ecstasy dont la consommation se développe rapidement, notamment dans le milieu des musiques techno.

Au début des années 1990, cocaïne et héroïne ont connu presque simultanément une hausse de disponibilité et de consommation. Ainsi, en 1989/1990, la consommation d'héroïne s'est développée de façon exponentielle, avec des prix très bas (150 à 300 F le gramme en fonction des quantités achetées), notamment à Rotterdam où les usagers montaient régulièrement. Contrairement à ce qui se passait ailleurs en France, l'entrée dans la consommation d'héroïne se faisait et se fait toujours de façon « banalisante » par la « fumette » sur « alu », puis passage au sniff, puis à l'injection. Peu disponible et chère jusqu'à la fin des années 1980, la cocaïne est devenue plus disponible dans les années 1990. Sniffée ou injectée, seule ou avec de l'héroïne en « speed-ball », elle a surtout été utilisée comme complément à l'usage de l'héroïne et d'autres produits.

1995-2000...

Depuis l'introduction des traitements de substitution, l'héroïne circule un peu moins qu'avant, sa consommation étant gérée par la buprénorphine (Subutex®) en complément. L'héroïne est consommée pour le plaisir et le Subutex® pour le manque. Avec l'apparition des produits de substitution, le nombre d'usagers d'héroïne n'a pas vraiment diminué, c'est le mode de consommation qui a changé.

À la fin des années 1990, le prix de la cocaïne a commencé à baisser et de plus en plus de situations de consommation plus ou moins régulières dans des milieux très différents (populations en situation de précarité, cadres, étudiants, employés...) sont observées.

Le développement du phénomène musical techno s'accompagne, dans les années 1990, de l'apparition et de la réapparition d'un certain nombre de produits de synthèse. Ainsi, depuis 1990, le speed est couramment consommé étant donné sa disponibilité et son faible coût. Les hallucinogènes (LSD, champignons) ont effectué à cette même période un retour en force. L'ecstasy poursuit sa progression et sa consommation a très largement débordé du cadre festif initial. Elle gagne du terrain sur divers lieux et moments de la semaine et s'utilise parfois seul et chez soi. La kétamine, apparue dans le Nord en grande quantité à la fin de 1997, reste marginale et concerne principalement les personnes suivant les « fêtes ». Soulignons enfin que l'héroïne a été constatée dans les milieux festifs depuis la fin des années 1990. Ce produit reste limité à une petite minorité d'usagers et est utilisé essen-

tiellement en descente. On constate cependant des cas de personnes devenues dépendantes.

Depuis les années 1960, on assiste donc à des phénomènes d'apparition, disparition, réapparition, à l'exception du cannabis qui n'a cessé de se développer depuis son apparition avec une courbe exponentielle quant à sa consommation.

En effet, son usage n'a cessé de se développer tout au long des années 1970, 1980 et 1990. Il touche aujourd'hui tous les milieux sociaux, concerne une tranche d'âge de plus en plus large et se banalise donc considérablement.

LES PRATIQUES DE CONSOMMATION DANS LE SITE DES ANNÉES PASSÉES

La dernière étude produite par la DRASS Nord-Pas-de-Calais sur les personnes prises en charge dans les établissements sanitaires et sociaux dans l'enquête de novembre 1998, fait apparaître que 52 % des toxicomanes de la région sont aujourd'hui sous traitement de substitution. Cela a eu pour conséquence une baisse considérable du nombre de personnes déclarant utiliser de l'héroïne. Aussi, 32 % déclarent utiliser ce produit en 1998 alors qu'elles étaient 50 % en 1996, 65 % en 1995 et 75 % en 1994.

Nous pouvons penser, sans trop de risque de se tromper, qu'à la même période le même phénomène s'est produit sur Lille et que, de ce fait, la substitution est en passe d'endiguer la consommation d'héroïne.

A contrario, il est à noter un usage toxicomane de plus en plus important de certains produits de substitution ainsi qu'un détournement de certaines benzodiazépines à des fins de « défonce ».

La région du Nord-Pas-de-Calais est la première région de France en nombre de toxicomanes, le département du Nord est celui des deux départements le plus touché, la ville de Lille regroupe à elle seule un nombre considérable de toxicomanes.

De façon majoritaire, cette population de toxicomanes est constituée de personnes jeunes (20 à 29 ans) en grande précarité sociale.

Le phénomène ne paraît pas avoir atteint un plateau, même si l'augmentation du nombre de prises en charge au fil des années semble montrer un certain ralentissement.

■ La substitution apparaît avoir été adaptée au développement de l'héroïnomanie, mais semble présenter aujourd'hui un certain nombre de dérives qu'il s'agirait d'étudier afin d'y apporter des réponses adaptées. Les consommateurs d'ecstasy n'ont pas recours aux dispositifs des soins hospitaliers ou spécialisés. Nous connaissons sur la ville de Lille assez mal les problèmes rencontrés par les fumeurs abusifs de cannabis.

- Pourtant, il semble qu'il y ait une augmentation de la consommation de Subutex® par voie injectable. Il y a également une augmentation très nette de consommation de benzodiazépines et d'alcool (pour potentialiser l'effet des benzodiazépines) avec une mauvaise utilisation de celles-ci (doses et associations incohérentes).
- Par ailleurs, malgré une forte augmentation des saisies de cocaïne sur Lille, les acteurs n'observent pas de surconsommation de cocaïne.

Ces trois points montrent un décalage entre données de consommation et données de surconsommation. De nombreux usagers ne posent probablement pas ou peu de problèmes et ne recourent donc pas au dispositif de prise en charge. Les modes de consommation n'étant pas les mêmes pour tout le monde, la consommation globale n'est pas un bon indicateur (de même dans le cas de l'alcool, si la consommation globale d'alcool diminue dans une population, le nombre de buveurs excessifs ne diminue pas forcément. C'est donc essentiellement à partir du terrain que l'on peut mettre en évidence et suivre l'évolution des phénomènes de surconsommation.

Enfin, les polyconsommations sont en augmentation.

En 2000, des informations obtenues au moyen de questionnaires papiers, auprès d'un groupe de professionnels du monde médico-social, faisaient les constats suivants sur les conduites addictives dans la ville de Lille :

- Il existe une banalisation de la consommation d'alcool et de cannabis. La consommation de cannabis est devenue une habitude de vie pour les plus jeunes.
- Depuis les trois dernières années, les problèmes en émergence dus aux conduites des consommations à risques sont le plus souvent des problèmes de pathologies. Il existe une nette augmentation de la consommation d'ecstasy, de cannabis et les ivresses aiguës chez les jeunes. L'absorption de benzodiazépines est devenue banale. Les problèmes familiaux dus à l'alcoolisme sont en augmentation. Il existe de plus en plus de jeunes en rupture familiale. La désinsertion et la violence secondaire à la consommation de cannabis sont devenues courantes. Les dealers sont de moins en moins gênés par la police.
- Depuis quelque temps, l'accès aux cures de sevrage est plus rapide avec une meilleure sociabilisation des héroïno-dépendants. La commercialisation du Subutex® a entraîné une diminution des problèmes liés à l'héroïne. Il existe désormais une meilleure connaissance des structures.
- L'augmentation de la consommation de cannabis, le manque de repères des jeunes et la banalisation de la consommation des drogues « douces » ont entraîné la recrudescence des violences intrafamiliales. L'âge de début de consommation de cannabis est aussi de plus en plus bas. Tous ces phénomènes comportement-

taux ont eu pour effet de voir les jeunes abandonnés leur scolarité de plus en plus tôt. Les polyconsommations, les dépressions, les conduites suicidaires et le trafic de Subutex® sont des situations qui s'aggravent. Sans compter que dans le domaine de la toxicomanie il est difficile d'établir des liens entre cures et postcures.

MÉTHODE DE TRAVAIL

Le pôle TREND a collecté ses informations au travers du réseau d'associations constitué pour ce même pôle. Il s'agit à la fois d'associations intervenant en milieu urbain (Ellipse, AIDES, Usagers et Citoyens, ASUD-Nord) et en milieu festif (Spiritek). Étant donné la mise en place tardive de cette coordination, nous avons rencontré les intervenants de toutes ces structures, essentiellement en ce qui concerne le questionnaire qualitatif bas seuil et techno et trois d'entre elles également quant au questionnaire bas seuil Rohypnol®.

Il nous semble intéressant de retracer brièvement les modes d'intervention de ces associations auprès des publics usagers afin de mieux cerner le type d'informations collectées.

AIDES, au travers de son équipe RDR UD (réduction des risques [VIH] auprès des usagers de drogues) réalise un travail de proximité par un travail de rue, une unité mobile (permanences sur Valenciennes, Somain et Aniche et quelques quartiers de Lille) ainsi qu'un accueil dans son local en centre-ville de Lille.

Ellipse est une structure d'accueil et de soins auprès de populations toxicomanes basée dans un quartier sensible de Lille. Les populations accueillies sont dans une démarche volontaire puisqu'il n'y a pas de travail de rue. Il s'agit globalement de personnes en situations précaires.

Usagers et Citoyens possèdent un lieu d'accueil fixe sur Valenciennes qui attire une population géographiquement variée (Valenciennes, Dunkerque, Maubeuge, Denain, Douai, Lille) ainsi qu'une unité mobile de nuit sur Denain et le Valenciennois. Étant donné que le pôle TREND se cantonne à la métropole lilloise, le questionnaire qualitatif de cette structure n'a pas pu être pris en compte.

Spiritek, association de prévention basée à Lille, accueille des personnes en lien avec le milieu festif techno et se rend sur des lieux de fêtes (*raves, free-party, méga-dancing*) de la région.

ASUD-Nord, association d'usagers et d'ex-usagers de drogues, n'a pas de structure d'accueil mais fonctionne par réseau de connaissances fréquentant des milieux très différents (milieu des fêtes et milieu urbain, personnes précarisées, SDF ou non, ouvriers, personnes insérées, plus ou moins diplômées).

Il n'y a pas eu de rapport d'observation ethnographique, ni de groupes focaux cette année. Face à cette difficulté qui sera résolue pour le prochain rapport de site, des informations obtenues auprès des professionnels sanitaires et sociaux lors du diagnostic partagé de la ville de Lille en 2000 constituaient pour nous un matériel précieux, car elles rendent compte, en fonction des thèmes traités lors des réunions des professionnels, de la situation du problème des conduites de consommation à risques, sur la ville de Lille. Les champs d'actions des professionnels répondant au cours de ce diagnostic partagé appartenaient, essentiellement, à deux types d'activités : une activité sociale et une activité sanitaire dans le domaine de la prévention. Ainsi, les institutions sociales d'exercice, des personnes ayant répondu aux questions lors du diagnostic partagé étaient les suivantes : les centres sociaux (Mosaïque, Marcel Bertrand, Itinéraire, ARPEJ Point parents, le Centre social du vieux Lille, Espace jeunes, Les petits frères des pauvres, la Croix-Rouge, les « jardins dans la ville »), les circonscriptions de prévention et d'actions sociales (Circonscription de prévention et d'action sociale Lille Nord, Centre communal d'actions sociales Hellemmes), la médecine ambulatoire ou médecine de ville (des médecins généralistes) des associations et organismes à vocation départementale ou régionale (« Rencontres et loisirs », généralistes et toxicomanie, médecins solidarité Lille, ABEJ ou médecin du Conseil général, Diogène), le Centre hospitalier régional universitaire et les centres hospitaliers (Saint-Vincent-de-Paul), les centres de soins (CMPS, CMP Institut Pasteur, Ilot-psy de Wazemmes), l'Éducation nationale (collège Louise-Michèle), ou en tant que simple citoyenne (habitante de Lille Sud).

En plus des constatations de professionnels du monde médical et social, provenant du diagnostic partagé, ce rapport est basé sur les informations fournies par l'Observatoire local du développement économique et social de la ville de Lille et sur les questionnaires qualitatifs auxquels quatre structures ont participé (plus une mais qui n'appartient pas à la métropole lilloise). Des données de l'enquête « bas seuil Rohypnol® » sont également intégrées, mais il est à noter que l'une des trois structures participantes n'est pas de la métropole lilloise, mais du Pas-de-Calais. Cette enquête repose sur 124 répondants rencontrés dans des structures de type boutique, bas seuil. Les répondants, d'un âge moyen de 28,7 ans, sont majoritairement des hommes (plus de 80 %). Un cinquième de cette population est active (CDD/CDI), mais 43,5 % déclarent vivre d'allocations (RMI, AAH, Assedic) et 29 % disent n'avoir aucune ressource. Cette enquête reflète donc les usages et les pratiques d'une population assez précarisée.

Des données ESCAPAD 2000/2001 et du Baromètre Jeunes 2000 illustrent également la consommation des jeunes au sein de la région Nord-Pas-de-Calais.

ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001

LES USAGES DE PRODUITS

État des lieux du site

Selon le milieu étudié (festif ou urbain), les populations diffèrent. Le milieu festif techno a des usagers de produits plutôt jeunes (15-25 ans) issus de milieux sociaux divers allant de jeunes en errance jusqu'à des cadres bien insérés socialement. L'espace urbain, observé par le biais des associations, a une population jeune mais également plus âgée, et majoritairement précarisée.

Les opiacés

Héroïne

Deux types d'usagers semblent être de plus en plus visibles :

- les consommateurs de produits de synthèse utilisant l'héroïne en descente et qui en deviennent dépendants,
- les personnes « déçues de la substitution » qui reviennent à l'héroïne.

Fumette et sniff seraient davantage pratiqués en raison des conséquences de l'injection. En effet, certains injecteurs (anciens injecteurs « sans veines » et jeunes injecteurs (moins de trois années d'injection), mais ayant injecté du Subutex®) sont obligés d'arrêter ce mode d'administration et se rabattent sur la fumette. D'autres utilisateurs d'héroïne ont davantage recours au sniff et à la fumette étant donné les dégâts constatés sur d'autres ou sur eux-mêmes. Le sniff est également observé chez les injecteurs lors de partage/moment de convivialité autour de l'héroïne.

Au sein de la population de l'enquête Rohypnol®, l'héroïne est le produit le plus couramment consommé au cours du dernier mois, avec un quart de ses consommateurs l'utilisant quotidiennement.

L'enquête ESCAPAD montre que 1 % des jeunes de 17/18 ans de la région Nord-Pas-de-Calais ont expérimenté l'héroïne.

Buprénorphine

Depuis 1999, un rajeunissement des usagers est constaté, allant jusqu'à toucher en 2001 les 16-17 ans. Les primo-consommateurs de Subutex® (c'est-à-dire non-consommateurs d'héroïne auparavant) sont en hausse ; il s'agit souvent de jeunes de moins de 25 ans en situation précaire. Le Subutex® est donc encore souvent le produit débutant la toxicomanie chez les jeunes.

Des primo-injecteurs sont également remarqués, notamment des personnes qui consomment de l'héroïne sans se l'injecter.

Une nette augmentation de la prise en sniff est constatée (cf. Phénomènes émergents).

Au sein de la population de «l'enquête Rohypnol®», le Subutex® est le second produit consommé après l'héroïne (51,6 % des répondants l'ont consommé au cours du dernier mois). Par contre, il est le produit dont les fréquences de consommation sont les plus élevées avec 60,9 % de ses consommateurs qui en sont usagers quotidiens (et plusieurs fois par jour).

Skenan®/Moscontin®

Deux cas isolés ont été repérés par une structure : l'un s'approvisionne chez un médecin, l'autre sur Paris. Cependant, 7,3 % de la population de l'enquête Rohypnol® a consommé l'un ou l'autre (ou les deux) de ces médicaments, mais très peu de façon quotidienne (11 % seulement).

Méthadone

On constate à la fois des anciens injecteurs de Subutex®, auxquels ce produit ne convient pas, qui reviennent à la méthadone et, à l'inverse, des usagers abandonnant la méthadone pour le Subutex®. Des personnes désocialisées quittent le système d'approvisionnement belge pour avoir une prescription plus rigide en France.

La voie orale se développe car la méthadone belge en gélule n'est pas injectable.

Un tiers de la population de l'enquête Rohypnol® a utilisé de la méthadone au cours du dernier mois, un quart d'entre eux la consomme quotidiennement.

Néocodion®

L'utilisation de Néocodion® semble toujours en baisse depuis que la substitution est plus accessible. Il semble cependant que certaines personnes sous Subutex®

(âgées dans la consommation d'héroïne) passent au Néocodion® lorsque la substitution ne convient pas.

Les usagers enlèveraient la pellicule bleue pour éviter les démangeaisons.

L'enquête Rohypnol® reflète bien ce phénomène puisque seulement 5,6 % de la population a consommé du Néocodion® au cours du dernier mois.

Rachacha

En milieu festif, les usagers sont surtout des jeunes en errance qui suivent les teknivals (démarche individuelle). En milieu urbain, il s'agirait de vieux toxicomanes pour calmer la descente ou suppléer le manque d'héroïne.

Chiqué ou fumé (pipe/sous forme de joint), le rachacha a aussi été expérimenté en bang (mais forte sensation d'étouffement).

Des cas de toux sont remarqués en cas de consommation régulière.

Les stimulants

Cocaïne et crack

La démocratisation de la cocaïne se poursuit : des milieux sociaux intégrés aux populations en situation précaire consommatrices au quotidien, la cocaïne «[...] n'est plus la drogue des riches». Le phénomène des anciens héroïnomanes passant à la cocaïne semble s'amplifier : étant donné le sentiment qu'il n'y aurait pas de dépendance à la coke ils essaient d'arrêter l'héro, et passent au Subutex®. D'autre part, des substitués ne sentant plus les effets de l'héroïne passent à la cocaïne pour avoir un flash ! «La cocaïne est mise sur le même plan que celle de l'héro.»

Le sniff reste le mode d'administration majoritaire, mais la prise en free-base est en hausse. Même si de plus en plus d'usagers prennent conscience que la coke basée est du crack, la prise de la cocaïne en free-base est très présente, en milieux urbain et festif.

En lien au passage à l'association Subutex®-cocaïne, des cas de dépression majorée sont constatés étant donné que les usagers n'ont plus l'effet anti-anxiété et anti-dépresseur de l'héroïne.

L'enquête Rohypnol® reflète une démocratisation de la cocaïne (somme toute relative !) puisque 43,5 % de sa population en a consommé au cours du dernier mois. Les fréquences de consommation de la cocaïne reflètent bien le statut de produit de «début de mois», de «cerise sur le gâteau», puisque 62,9 % des usagers ne la consomment que de façon mensuelle (les chiffres ne nous permettent pas de savoir le nombre de prises).

Un pour cent des 17/18 ans de la région Nord-Pas-de-Calais a déjà expérimenté l'héroïne.

Amphétamines/speed

À la différence de l'année 2000, qui mettait en évidence une hausse de consommation chez les jeunes, il semblerait qu'on assiste à une baisse des gros et anciens consommateurs (23-25 ans) en milieu festif qui prennent conscience des conséquences. Le speed, en milieu urbain, « tout le monde en consomme », mais il semble surtout présent chez les 30-40 ans et être pris par les usagers d'ecstasy, souvent à défaut de ce dernier.

Les jeunes de l'enquête ESCAPAD sont 2 % à avoir expérimenté les amphétamines, les garçons étant plus nombreux que les filles.

Ecstasy

Les jeunes de 15-16 ans sont encore plus présents dans les méga-dancings belges où l'initiation au lieu et au produit comme l'ecstasy se fait souvent simultanément. Quatre pour cent des 17-18 ans l'ont déjà expérimenté (enquête ESCAPAD). La consommation en dehors du cadre festif continue à s'imposer auprès de différents publics, proches ou non du milieu festif techno. Des consommateurs du festif continuent leur consommation en semaine, mais également des personnes ayant essayé ce produit en boîte ou ailleurs : jeunes des quartiers, jeunes (16-17 ans) en errance vivant en squat, étudiants ou jeunes en début de carrière professionnelle, ou encore, mais de façon plus marginale, des injecteurs d'héroïne/Subutex® (consommant également en journée). L'enquête Rohypnol® conforte cette consommation de psychostimulants hors du cadre festif, puisque 20,2 % de cette population en a consommé au cours du dernier mois.

Le processus de banalisation de l'ecstasy semble donc bien amorcé : « On roule un joint, on prend un ecstasy, on boit un verre. » Mais il semble aussi que la consommation s'individualise, lors des prises en semaine.

Les crises d'épilepsie lors de fêtes sont fréquentes (une toutes les deux fêtes) et davantage observées.

Les hallucinogènes

LSD

Produit du milieu festif au public jeune, il semble que la tranche d'âge 15-20 ans soit en baisse (mais 2 % des 17-18 ans ont déjà expérimenté ce produit²). Il reste cependant une population de 20-25 ans très demandeuse de cette substance. La consommation se développe en dehors des fêtes à la fois auprès des personnes issues du milieu techno, mais également auprès d'usagers de drogues du milieu urbain, souvent désocialisés ou précarisés (le LSD est utilisé à défaut d'ecstasy par ces populations). 9,7 % de la population de l'enquête Rohypnol® a consommé du LSD au cours du dernier mois. Il y a également d'anciens consommateurs de trips qui y reviennent, hors cadre festif.

Concernant le mode d'administration, une scarification est parfois réalisée afin d'appliquer le buvard directement dans le sang.

Champignons hallucinogènes

Observée uniquement auprès du public du milieu festif sur notre site, la consommation de champignons se fait auprès d'un nombre grandissant d'usagers jeunes désireux d'en faire l'expérience, qui sera éventuellement renouvelée tous les 2-3 mois. L'enquête ESCAPAD reflète bien ce phénomène, puisque 4 % des jeunes ont déjà expérimenté les champignons.

La kétamine

Les usagers semblent être surtout des personnes mobiles qui suivent les fêtes (très inscrites dans le milieu *free-party*, 25-30 ans) et des « zonards ».

Quatre pour cent des répondants de l'enquête Rohypnol® ont consommé de la kétamine lors du dernier mois. Il y aurait également une population mieux insérée socialement ayant connu la kétamine sur Londres. La kétamine est toujours essentiellement sniffée, mais quelques expériences d'intraveineuse existeraient.

GHB

Les 18-20 ans fréquentant les clubs seraient attirés par ce produit.

Des viols de femmes suite à la prise de GHB (à leur insu) ont été rapportés.

2. Enquête ESCAPAD.

Protoxyde d'azote

Ce sont surtout les plus jeunes qui en consomment en fête.

LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES DÉTOURNÉS DE LEUR USAGE

Rohypnol®

Il y aurait moins d'usagers consommant du Rohypnol® (en raison d'une moins grande disponibilité, du changement de forme et de la couleur bleue teintant la bouche). L'enquête Rohypnol® indique d'ailleurs que 42 % des usagers déclarent avoir diminué leur consommation au cours des six derniers mois. Par contre, davantage de jeunes commençant leur toxicomanie avec le Subutex® consomment du Rohypnol®.

Le pourcentage de personnes ayant consommé du Rohypnol® au cours du dernier mois est identique à celui de la méthadone, soit 33 %, et atteint 45,9 % si l'on considère la consommation des six derniers mois. La voie orale est toujours privilégiée, le sniff et l'injection sont un peu présents. L'enquête Rohypnol® met en évidence pour les consommateurs ayant utilisé ce produit dans les six derniers mois une utilisation par voie buccale pour 96,5 % d'entre eux, par sniff (7 %), par injection (7 %). Cette dernière serait d'ailleurs, dans certains cas, privilégiée à cause de la couleur bleue. Le Rohypnol® est également fumé (5,3 %).

Le mélange avec l'alcool provoque beaucoup de cas d'agressivité, d'énervement. Des cas de perte de mémoire et de problèmes spatio-temporels sont repérés.

Les benzodiazépines (autre que Rohypnol®) sont largement consommés puisque près de 42 % de la population en a utilisé au cours du dernier mois. Les données ne nous permettent cependant pas de conforter la tendance à la hausse concernant le Valium® ou la faible consommation d'Artane®.

Valium®

Les usagers sont plus nombreux, faute de Rohypnol®, pour les effets calmants.

Artane®

Les usagers seraient des jeunes (moins de 25 ans) désocialisés polyconsommateurs, mais les structures évoquent un nombre très limité de cas. Des problèmes psy y seraient largement associés : hyperactivité, paranoïa, agressivité, perte de mémoire.

Phénomènes émergents

Héroïne

Les usagers sont, d'une part, les consommateurs excessifs de psychostimulants issus du milieu festif techno et, d'autre part, les consommateurs d'héroïne en intraveineuse qui fréquentent les lieux festifs.

En 2001, une association a constaté une dizaine de cas de personnes issues du milieu festif qui seraient en situation de dépendance.

Le sniff serait davantage pratiqué et la fumette en baisse.

Buprénorphine

Au niveau de la préparation, le Subutex® serait davantage filtré comme l'héroïne et moins mis directement dans la seringue. Une rumeur de Subutex® fumé est apparue cette année.

Une nette augmentation de la prise en sniff est constatée au sein de toutes les populations concernées : tant les injecteurs qui préfèrent garder leurs veines endommagées pour des « produits qui valent le coup », que les non-injecteurs, notamment les jeunes, qui prennent peur à la vue des dégâts sur d'autres.

La kétamine

Des cas d'intraveineuse sont suspectés : il s'agit à la fois d'une rumeur mais aussi de l'augmentation du nombre de demandes de seringues pour ce produit. Les expérimentateurs seraient des non-injecteurs utilisant ce mode d'administration (de façon non reproductible) pour créer des hallucinations, vivre une dissociation corps/esprit.

LES PRODUITS

État des lieux

Les opiacés

Héroïne

On semble assister à « un retour de l'héroïne en 2001 » : la disponibilité de ce produit s'est encore accrue, notamment en raison d'un approvisionnement au-delà des frontières françaises (où la vente en semi-gros semble facile). Par contre, la qualité serait moindre et amènerait à la délocalisation des lieux de *deal* lillois vers l'agglomération (Roubaix et Tourcoing). Il semble que le *deal* se fasse de plus en plus discrètement, en milieu fermé, par réseau de connaissances et par portable. Les lieux de *deal* ouverts sont donc nettement moins présents, et lorsqu'ils existent, ils ont « tendance à se désorganiser et se déstructurer très rapidement ».

L'utilisation d'héroïne en descente de psychostimulants continue à être prisée auprès du public festif techno. L'héroïne n'est pas ou peu disponible à la vente en milieu festif techno. Il y a donc très peu de *deal* sur les lieux de fête.

Le prix de l'héroïne brune est en baisse puisque le prix moyen est de 250 F le gramme. La vente au gramme serait en diminution et se ferait davantage par 5 g au prix de 400 F (il n'y aurait cependant pas réellement 5 g). La brune sur Anvers ou Rotterdam serait au prix de 110/120 F et la brune pure à 200/250 F.

Les consommateurs de psychostimulants (ecstasy, amphétamines) ont recours à l'héroïne. Il peut s'agir de personnes issues du milieu festif techno, mais également d'héroïnomanes actifs ou anciens qui consomment des psychostimulants.

Buprénorphine

La disponibilité du Subutex® va en grandissant grâce au marché noir qui permet un approvisionnement très facile. Les informations récoltées concernant les prescriptions des médecins sont contradictoires : il semblerait que certains médecins en prescrivent difficilement et que d'autres soient « complaisants » (selon les dires des usagers). L'enquête Rohypnol® nous montre que le Subutex®, pareillement au Rohypnol® et à la méthadone, est à la fois prescrit et/ou obtenu hors prescription médicale (39 % des usagers de Subutex® le mois précédent l'enquête ont obtenu le produit par prescription, 30,5 % se sont approvisionnés autrement et 18 % ont usé de ces deux moyens pour se procurer le produit.

Le *deal* se fait dans la rue, sans réseau organisé mais plus par relations. La couverture légale permet de vendre sans risque (« il suffit de dire "c'est mon traitement" pour avoir la paix ») et dans la rue de façon visible.

Le prix est stable, autour de 25/30 F, avec une augmentation des prix le week-end.

Skenan®/Moscontin®

Rare, non disponible et difficilement trouvable, ce produit est peu connu, peu accessible. Produit mythifié pour les raisons précédentes auprès des usagers de drogues, mais également auprès des médecins qui le connaissent mal et le connotent de l'affaire de Montpellier...

Méthadone

La disponibilité de la méthadone à Lille est faible comparée à la Belgique où beaucoup d'usagers français s'approvisionnent, étant donné la plus grande facilité d'accès à ce produit. Selon l'enquête Rohypnol®, 47,7 % des usagers de méthadone le mois précédent cette enquête se sont procuré le produit par prescription médicale, 15,9 % par le biais du marché noir et 36,4 % par les deux moyens. La méthadone se vend ou s'échange par réseau de connaissances dans la rue, mais cela relève plus du dépannage que du *deal* (il n'y a pas de dealer de méthadone). Les prix sont stables, avec le flacon de 60 mg à 60 F.

Pour l'injection, le produit est mis au *freezer* afin de retenir le principe actif au-dessus.

La méthadone est toujours très associée à l'alcool pour une ivresse plus rapide.

Néocodion®

Le Néocodion® est toujours associé à l'alcool mais également au Subutex® pour des raisons que nous ne connaissons pas.

Rachacha

Produit toujours rare et saisonnier (septembre-octobre), le rachacha est surtout consommé en milieu festif. Il n'y a pas de trafic, le produit s'échange ou se vend entre amis, au prix moyen de 50 F le gramme (en baisse).

Le rachacha est toujours très apprécié en descente de tout stimulant (milieu festif). Avec de l'alcool, il potentialise les effets euphorisants mais permet également de retrouver ceux de l'héroïne.

Les stimulants

Cocaïne et crack

La cocaïne semble toujours plus disponible : davantage de dealers vendent à la fois héroïne et cocaïne ou uniquement cette dernière. L'offre de consommation augmente donc et permet d'éviter à certains usagers de se déplacer sur Rotterdam. Par contre, on assiste également à un phénomène d'auto-approvisionnement, car de plus en plus d'usagers vont se fournir directement en Hollande. On a donc deux modes d'approvisionnement parallèles.

Cette grande disponibilité s'accompagne d'une baisse des prix ainsi que d'une dégradation de la qualité. Le *deal* se serait déplacé sur Roubaix et Tourcoing.

Le *deal* de rue se fait plus rare, au profit du *deal* en milieu fermé par connaissances.

Le prix moyen est de 450 F le gramme. En Belgique, le prix du gramme est de 300 F.

Auparavant peu accessible et disponible en milieu festif, la cocaïne semble plus abordable en *rave*, *free-party* et clubs, même si le *deal* semble se faire davantage en dehors des lieux de fête (vente en appartement).

« Le crack n'est pas présent en tant que tel : les personnes achètent la cocaïne déjà basée ou, majoritairement, la transforment eux-mêmes. »

Outre l'association cocaïne-Subutex®, qui semble prendre de l'ampleur et le speed-ball toujours présent, la cocaïne reste un produit précieux que l'on ne mélange pas, sauf avec l'héroïne et/ou le cannabis en descente.

Amphétamines/speed

« Speed et amphétamines sont toujours essentiellement présents en milieu festif. En milieu urbain, le produit n'est pas trop disponible dans la rue mais plus par réseau de connaissances (50 F/g). En milieu festif, ce produit est très disponible (davantage en *rave* et *free-party* par rapport à l'année dernière, et stable en soirées privées). La vente se fait davantage en semi-gros (par 10 g), mais toujours dans un cadre privé (30 F/g) ; du coup le gramme a aussi pris du poids car il est plus proche du gramme et demi que d'un gramme !

On note une utilisation du speed sans alcool, probablement en lien avec la prise de conscience des effets dangereux de cette association en fin de fête. »

Ecstasy

Déjà disponible en milieu urbain l'année dernière, l'ecstasy y est de plus en plus présent et accessible. La vente par réseau de connaissance est toujours forte mais

le *deal* de rue s'est développé avec des dealers de shit et d'héroïne vendant également des ecstasy.

Oscillant entre 50 et 100 F (prix moyens) quel que soit le milieu, les prix sont en baisse. Le milieu festif connaît une augmentation du nombre de vendeurs qui achètent par 100 g et revendent par réseau de connaissances ; le micro-traffic est donc en hausse même en dehors des lieux de fête puisque les personnes ont tendance à acheter leur(s) produit(s) en semaine avant les fêtes. En milieu urbain, l'augmentation de l'offre diminue les prix et améliore la qualité, les prix sont d'ailleurs plus élevés les week-ends. On ne peut cependant savoir si les dealers des milieux festifs et urbains sont les mêmes ou se recoupent partiellement.

Les opiacés (héroïne et rachacha) sont toujours utilisés pour la descente en ce qui concerne le milieu festif.

Les hallucinogènes

LSD

« Pas très présent », le LSD semble moins disponible. La vente se fait par réseau de connaissances, auprès des dealers d'ecstasy, d'amphétamines. En milieu festif, ce produit fait l'objet « d'arrivée par période et de disparition rapide ». Les prix sont dits stables mais varient de 50 F (prix maximum en milieu festif) à 100 F en milieu urbain.

L'association au protoxyde d'azote a chuté puisque ce dernier a quasiment disparu en 2001.

Toujours très associé au speed ou à l'ecstasy en milieu festif, le LSD est également associé au Subutex® en milieu urbain dans le cadre de « cocktail défoncé ».

Champignons hallucinogènes

La disponibilité est saisonnière (toujours en septembre/octobre) mais étant donné la vente en *smart shop* en Hollande, il y a une plus grande diversité de champignons. Les réseaux de vente se seraient davantage structurés et se feraient par réseaux de connaissances en appartement. Les champignons de variété française ne se vendent pas mais se troquent contre de l'herbe, les autres champignons disponibles en *smart shop* (mexicains, hawaïens...) ont des prix stables (10 pour 50 F).

Kétamine

Produit toujours rare sur notre site, avec une disponibilité en milieu festif qui semble s'être encore amoindrie (en clubs et discothèques). Le *deal* n'est pas visible et se fait par connaissances.

GHB

La diffusion, débutée en 2000, semble continuer puisque ce produit est plus disponible en *raves* et club/discothèques (le GHB est « désormais visible en boîte alors qu'avant il s'agissait d'une légende »). Le *deal* se ferait toujours dans les boîtes en Belgique où le GHB s'achète par demi-litre. Le prix est de 100 F la fiole (tube à essai).

Protoxyde d'azote

Le protoxyde d'azote semble être toujours en phase décroissante au niveau de sa disponibilité. Les capsules (de recharge de Chantilly) ne sont plus visibles ou rarement, mais seulement 2-3 cas de bonbonnes d'origine médicales ont été observés. Ce conditionnement participe de la moindre disponibilité en *rave* et en club pour des raisons de discrétion et de sécurité. Par contre, il structure le *deal* puisque le dealer vend à un endroit précis avec sa bonbonne.

Les médicaments psychotropes détournés de leur usage

Rohypnol®

Le Rohypnol® est un produit toujours bien disponible, mais dont l'accessibilité s'est dégradée en raison de la diminution des prescriptions des médecins ; 19,6 % des personnes ayant consommé du Rohypnol® au cours des six derniers mois déclarent avoir eu des difficultés pour se le procurer. Le Rohypnol® semble être à la fois obtenu par et en dehors des prescriptions médicales puisque 42 % des usagers le mois précédent l'enquête l'ont obtenu par prescription médicale, 40 % hors prescription et 18 % par les deux sources. Le trafic de Rohypnol® est en baisse et est remplacé par d'autres benzodiazépines comme le Tranxène®. Les prix augmentent du fait d'une accessibilité moindre (de 5 à 25 F le comprimé de 1 mg et de 50 à 130 F la boîte). Le prix varierait aussi selon que le produit soit très demandé ou non (sucé = plus cher).

L'héroïne de mauvaise qualité associée au Rohypnol® ferait monter l'héroïne.

Valium®

Le Valium® est toujours disponible en milieu urbain, peut-être légèrement davantage qu'en 2000. En effet, étant donné le durcissement de la législation par rapport au Rohypnol®, « on en entend plus parler ». Le produit est facile d'accès soit par le marché noir, soit par les médecins ou la pharmacie familiale, mais il n'y a pas de

marché structuré. Les prix sont stables mais varient beaucoup d'un lieu à un autre : de 5 à 25 F le comprimé de 50 mg.

L'enquête Rohypnol® nous indique que 42 % des benzodiazépines consommés lors du dernier mois (hors Artane® et Rohypnol®) proviennent de prescriptions médicales, 24,6 % d'un marché parallèle et 33 % des deux sources d'approvisionnement.

Les usagers du milieu festif l'utilisent parfois en descente mais toujours en dehors des fêtes.

Le Valium® serait consommé pour réguler l'héroïne de mauvaise qualité.

Artane®

L'Artane® reste toujours un phénomène rare mais semble un peu plus disponible. L'accessibilité s'est donc un peu améliorée mais fonctionne par réseau de connaissances (il n'y a pas de marché).

Phénomènes émergents

Les opiacés

Héroïne

En milieu festif, l'héroïne est de plus en plus facilement utilisée avec tout psychostimulant pour la descente. Cependant, l'héroïne n'est pas ou peu disponible à la vente en milieu festif techno. Il y a donc très peu de *deal* sur les lieux de fête.

Buprénorphine

À la différence de 2000, où une structure nous rapportait que le *deal* de Subutex® n'était pas rentable, il semblerait que les choses aient changé : « Vendre du Subu ça rapporte plus que vendre du shit. Les dealers de shit sont dépassés. »

Le Subutex® serait associé à de l'insuline pour potentialiser les effets.

Les stimulants

Ecstasy

Les personnes consommant en milieu festif achètent davantage en semaine dans le cadre du micro-traffic évoqué précédemment.

De l'ecstasy liquide a été observé au prix de 3 000 F le litre. Produit très rare, il se vendrait en flacon, et serait bu ou injecté.

Les hallucinogènes

LSD

L'association LSD et Subutex® (plus shit et alcool) sont remarqués dans le milieu urbain auprès de jeunes débutant leur toxicomanie, voulant essayer différents produits ou le prenant à défaut d'ecstasy.

Le cannabis

Le cannabis est toujours en phase de diffusion large en se banalisant de plus en plus. Même en dehors des usagers de drogues, on entend parfois dire : « Tant que c'est que ça, ça va. »

40 % des jeunes dans le Nord ont expérimentés l'usage du cannabis avec une proportion plus élevée chez les garçons que chez les filles (respectivement 43 % contre 37 %). Selon la fréquence de consommation du produit, 34 % des jeunes reconnaissent en consommer une fois dans l'année (38 % des garçons vs 30 % des filles), 23 % le consomment une fois par mois (28 % contre 18 %) et environ 9 % ont une fréquence de consommation atteignant 10 fois dans le mois (12 % de garçons contre 5 % de filles).

23 % des 12-25 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis. Parmi eux, 10 % en ont consommé au moins une fois dans leur vie, 5 % occasionnellement³ et 8 % de manière fréquente⁴. Avant 16 ans, la consommation de cannabis est quasi inexistante, surtout chez les filles. De 16 à 19 ans, les garçons sont plus nombreux que les filles à déclarer consommer fréquemment du cannabis ; à partir de 20 ans, cette consommation (fréquente) varie peu entre les sexes. Le cannabis étant rarement consommé seul, on peut constater que 35 % des consommateurs fréquents de cannabis sont également fumeurs réguliers, et 27 % sont des polyconsommateurs réguliers⁵.

Globalement, 2,2 % des jeunes de 12-25 ans sont dans une situation de polyconsommation régulière, sachant que les garçons sont plus nombreux.

3. Consommation occasionnelle de cannabis : avoir consommé du cannabis de 1 à 9 fois au cours de l'année.

4. Consommation fréquente de cannabis : avoir consommé du cannabis 10 fois ou plus au cours de l'année.

5. Polyconsommation régulière : fumeurs réguliers + consommateurs réguliers d'alcool + consommateurs réguliers de cannabis.

Les nouveaux produits

Le yaba a été constaté par deux structures. Il s'agirait d'un produit très rare et violent que les usagers se seraient procurés sur Paris. Les usagers étaient des jeunes de foyer polyconsommateurs ou des personnes marginalisées/précaires de 25/30 ans (5/6 cas).

Le prix du gramme en poudre est de 500 F.

Avec des effets longs (au moins 20 heures), la descente serait très mauvaise et le produit rendrait très agressif...

Le yaba a été évoqué (hors fête) par une personne fréquentant le milieu festif techno mais ne l'ayant pas elle-même consommé. Ce serait un comprimé d'ecstasy de forme cylindrique (2 cm de haut, diamètre 2,5 mm) sans logo et de couleur verte qui équivaldrait à 2-3 ecstasys. Il se gobe et serait aussi appelé « tube ».

Le sirop contre la toux serait utilisé plus par les jeunes pour potentialiser les effets du joint : absorption des deux tiers d'une bouteille afin d'augmenter la capacité respiratoire et donc de potentialiser les effets du joint.

LES PERCEPTIONS

Opiacés

L'image de l'héroïne continue à se dégrader en raison de son association à l'injection et à sa mauvaise qualité (produit coupé), mais bénéficie tout de même d'une légère amélioration en lien avec les échecs du Subutex®. En milieu festif techno, l'héroïne est taboue et mal perçue tant par les consommateurs que par les non-consommateurs (elle est considérée comme une « drogue de mort »). Personne ne revendique sa prise d'héroïne.

Du fait de sa grande disponibilité, le Subutex® est « essayé comme tout produit, considéré comme une défonce comme une autre, et non un produit de substitution à l'héroïne ». Les usagers en ont une image très négative liée aux dégradations sanitaires et au manque que le produit engendre.

Produits « mythe » car peu accessible, les sulfates de morphine sont plutôt bien perçus car ils servent à pallier la substitution ; ils ne sont pas forcément pris pour une défonce. Le « mythe » de ces produits touche également les médecins qui n'ont qu'une idée vague de la prescription et des risques encourus pour eux-mêmes (« l'affaire de Montpellier a une influence très négative »).

La méthadone a une image ambivalente et relative au Subutex® : d'un côté l'image s'améliore grâce à l'augmentation du nombre d'usagers et à la mauvaise image du Subutex® et, de l'autre, la méthadone, considérée comme « la substitution des vieux », est associée au contrôle (à l'inverse du Subutex® qui est à la mode et sans contrôle).

Le Néocodion® est toujours associé aux « galériens » et son image semble s'être dégradée depuis l'arrivée du Subutex® (« le Néocodion® n'est plus d'actualité »).

L'image du rachacha est toujours bonne car il est considéré comme un opiacé léger et est encore peu connu.

Stimulants

La cocaïne a une image globalement bonne qui tend encore à s'améliorer, car le produit se démocratise et beaucoup d'usagers en consomment. Il s'agit de « la drogue de début de mois » chez les publics précarisés. Par contre, l'image est fortement en lien avec le mode d'administration puisque sniff et fumette sont bien perçus, mais l'injection fait peur et est mal vue (« injection à répétition, pétage de plombs !! »). Le free-base, non considéré comme du crack, bénéficie d'une bonne image provenant du fait qu'il s'agit d'une préparation/fabrication artisanale. Cependant, la perception est mauvaise chez les non-consommateurs ou chez les sniffeurs. Sur le site, on entend dire que « le crack, c'est à Paris » ; il est considéré comme « un sale produit, de seconde catégorie ».

L'image du speed est plutôt négative en raison des conséquences physiques, de la dépendance mais aussi des effets qui ne sont pas assez spectaculaires (« pas de défonce, une montée uniquement au moment de la prise »). Considéré comme « produit de performance, pour tenir le coup », la représentation du speed ne change pas, mais reste toujours moins bonne que l'ecstasy en raison des « coupes fréquentes ».

L'image de l'ecstasy est globalement bonne, à la différence de l'année dernière qui offrait une image plus controversée (qualité aléatoire, internement psychiatriques, etc.). Ainsi, que ce soit en milieu festif ou urbain, l'ecstasy est perçue sans effets graves, inoffensif et restant attaché aux raves et à un mode de vie. La vision festive et récréative de ce produit qui permet de passer un bon moment participe de sa banalisation. En milieu urbain, l'ecstasy est un « produit que beaucoup de gens découvrent, dont les héroïnomanes qui en apprécient les effets agréables et dynamiques ». Son statut se rapproche de celui de la cocaïne étant donné qu'« il s'agit d'un produit pour être bien en société tout en étant plus démocratique que la cocaïne à ses débuts ».

Hallucinogènes

Produit du milieu techno, l'image du LSD semble se détériorer en raison d'effets difficiles à gérer et à maîtriser. Le produit « qui te bouffe les neurones » fait donc peur mais reste apprécié quand même par les connaisseurs (23/25 ans).

L'image des champignons est bonne car c'est un produit naturel et sans dépendance.

La kétamine avait en 2000 une image ambivalente (« bonne pour faire des expériences et gérer les descentes »/« drogue de mort ») qui semble disparaître au profit d'une image plus négative en lien avec « l'image du zombi kétaminé en fin de *free-party* ». La dégradation de l'image des *free-party* participe de ce changement d'image du produit.

Le GHB est un produit qui attire les usagers mais qui fait peur en raison de sa méconnaissance : « On ne sait pas ce que c'est et il y a des cas de viols et de perte de mémoire. » Cependant, l'image s'améliore légèrement en raison du sentiment qu'il s'agirait d'ecstasy liquide.

La perception du protoxyde d'azote (uniquement observé en milieu festif techno) est double : négative car « le vendeur vient pour faire du business et s'en va » et positive pour les effets (le produit fait monter les produits, est considéré « sans risques », mises à part quelques palpitations).

L'image du Rohypnol® est toujours mauvaise puisque le produit est perçu comme dangereux (associé à l'alcool, il rend agressif et le manque généré serait plus difficile à gérer que d'autres produits). Cette image ne change pas, d'autant plus que cette substance semble sortir des préoccupations des usagers qui ont le sentiment que le produit va être interdit.

L'image du Valium® est ambivalente : certains en ont une moins bonne en comparaison avec le Tranxène® et le Rohypnol® et d'autres ont le sentiment inverse (moins de « pétage » de plomb avec le Valium®). La banalisation du Subutex® semble avoir banalisé la prise de cachets autres, comme le Valium®.

Mis à part un petit groupe de consommateurs lui conférant une bonne image en raison de ses effets hallucinogènes, l'Artane® est considéré comme « un sous-produit, une sous-drogue qui met mal pour pas grand-chose ».

CONCLUSIONS

Les informations recueillies, par le biais de certaines associations, et celles obtenues par l'intermédiaire du diagnostic partagé sur la santé de la ville de Lille, ont aidé dans la mesure du possible à donner une vision de la situation de la toxicomanie sur le site de Lille. Cependant, il faut noter que celles-ci restent très éparpillées et donc non représentatives de la situation réelle sinon d'une manière non exhaustive.

D'après les sources, les différents éléments d'observation sur la ville de Lille montrent, malgré la décroissance de la consommation de certains produits (protoxyde d'azote...), un élargissement de la gamme des produits consommés, avec l'arrivée sur le site de nouveaux produits tels que le yaba. On constate également une recrudescence de l'utilisation de certains produits habituellement consommés tels que le cannabis avec une tendance de plus en plus à la banalisation. Des produits tels que l'héroïne, que des professionnels du champ social et du champ médical considéraient en 2000 comme circulant un peu moins qu'avant (sa consommation étant gérée par le Subutex®), semblent faire, malgré la dégradation de leur image, leur retour sur le site avec une délocalisation des consommateurs vers les communes périphériques du site (Roubaix, Tourcoing). La bonne image de certains produits se maintient (rachacha, sulfates de morphine, etc.), alors qu'elle s'améliore pour d'autres (cocaïne, ecstasy). On peut aujourd'hui poser le fait que la consommation sur le site de Lille des différents produits évoqués précédemment (cf. les divers produits cités) peut être qualifiée de polyconsommation et que celle-ci tend à toucher une population de plus en plus jeune.

De plus, il s'avère que certains cadres (festif-urbain) et certains réseaux de sociabilité et de connaissance favoriseraient ce phénomène de polyconsommation par la présence banalisée et illicite de certains produits (milieu festif, *rave*).

Par ailleurs, l'étude permet de mettre en évidence deux points importants pouvant expliquer voire éclaircir la prise de produits chez certaines des populations concernées, i.e la baisse des prix de certains produits qui demeurent donc plus attractifs, alimentant la relation offre-demande et la pratique de nouveaux

modes de consommation qui faciliteraient la prise de produits dans certaines circonstances.

Ainsi, il semble qu'une évolution progressive en matière de consommation de produits licites et illicites se met en place dans la région bien que l'image des différentes substances soit modifiée, donnant des représentations très controversées.

LYON

REMERCIEMENTS	336
PRÉFACE	337
INTRODUCTION	339
REPÈRES	341
LE SITE ÉTUDIÉ	341
LES ESPACES ÉTUDIÉS	349
LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES	350
ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001	353
LES USAGERS DE PRODUITS	353
LES PRODUITS	362
CONCLUSION ET QUESTIONS	379
BIBLIOGRAPHIE	383

REMERCIEMENTS

Ce travail de recueil de données et d'analyse, pour cette première année, a été grandement facilité par les acteurs du champ de la toxicomanie de l'agglomération lyonnaise. Nous tenons ici à remercier pour leur mobilisation et leur intérêt porté à ce travail les membres des CSST A3, APUS, Jonathan ; ceux du Pavillon A de l'hôpital Édouard-Herriot, ceux de l'hôpital Lyon Sud et de l'hôpital Hôtel-Dieu, les intervenants des boutiques RuptureS et Pause Diabolo, de l'association Keep Smiling, de DATIS et de l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon, de Médecins du Monde, ainsi que les personnes du CEIP de Lyon.

Les concours des prisons de Lyon, des douanes Lyon/Saint-Exupéry, des Groupes stupéfiants de la gendarmerie (sécurité publique Lyon 5^e et 9^e arrondissements), du Laboratoire de la police scientifique de Lyon, de la Sûreté départementale du Rhône, de la Direction départementale de la sécurité publique, et de la Brigade de prévention de la délinquance juvénile ont été précieux dans la mise en place de ce programme.

Nous remercions tout particulièrement le chef de projet Drogue et dépendance du département du Rhône et les responsables du Comité de pilotage de lutte contre la drogue et de la prévention des dépendances pour leur soutien concret et avisé.

Coordinatrices du Programme TREND

Catherine Miachon, sociologue au CNDT, coordinatrice du CIRDD
Clotilde Hamant, sociologue au CNDT, membre du programme
de recherche « Les Étudiants et la Ville », Groupe de recherche
sur la socialisation - UMR 5040

PRÉFACE

L'observation des usages de produits psychoactifs n'est pas chose aisée, mais cela reste une nécessité majeure pour comprendre l'évolution des pratiques d'usages de produits psychoactifs dans l'ensemble de la population et plus particulièrement chez les jeunes.

Lorsque l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) nous a proposé d'être l'un des treize sites coordinateurs du programme TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), il nous a semblé vraiment important de se donner les moyens de participer à ce dispositif d'observations locales venant alimenter l'ensemble des observations nationales.

Le CIRDD (Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances) interdépartemental Ain-Loire-Rhône, par sa mission d'observation, était tout désigné pour participer à ce programme. Ce type de mission d'observation avait déjà été développé dans le cadre du CNDT avec une recherche-action sur les usages de produits psychoactifs dans les rassemblements musicaux des jeunes.

Cette mission d'observation constitue une base de données pour l'élaboration des politiques de prévention adaptées aux usages courants et nouveaux de produits psychoactifs. En effet, on ne peut prétendre intervenir en prévention sans avoir préalablement une démarche d'observation et de compréhension des modalités et des pratiques de consommation pour des populations qui intègrent, pour un temps au moins, des usages de produits psychoactifs dans leur mode de vie.

Ainsi, nous pensons avoir mis en place les fondements d'une politique d'observation, principalement sur l'agglomération lyonnaise, avec la participation d'un certain nombre d'acteurs (du soin, des services de répression, des associations de réduction des risques et des usagers eux-mêmes) qui participent, à leur façon, à l'identification et à la compréhension des phénomènes émergents. Nous les en remercions. Ce dispositif prend tout son sens grâce à eux. Il est au service de la prévention d'un phénomène social contemporain qui souvent nous déconcerte : l'usage abusif et nocif de substances modificatrices d'état de conscience.

INTRODUCTION

L'objectif du programme TREND est de faire le point sur les nouveaux usages de produits de synthèse et d'observer les phénomènes qui y sont associés. Le dispositif d'observation et de recueil de données mis en place pour la première année sur le site de Lyon doit permettre, pendant les années à venir, de repérer les phénomènes émergents liés à l'usage de drogues, dans un travail de partenariat avec les différents acteurs du champ de la toxicomanie.

Le site de Lyon est l'un des 13 sites qui composent, au niveau national (en métropole et dans les départements d'outremer), le réseau des sites TREND. La coordination nationale est assurée par l'OFDT qui est à la base de la conception des dispositifs et des outils de recueil de données, et qui en assure l'analyse et le suivi au niveau national. Localement, sur chaque site, les coordinateurs locaux¹ procèdent au recueil des données qualitatives et quantitatives auprès des différents acteurs du domaine de la toxicomanie, que ce soit dans le domaine de la prévention, du soin, de l'application de la loi ou bien auprès des usagers eux-mêmes. Ces données ainsi recueillies donnent lieu chaque année à un rapport local, complété par un rapport national analysant l'ensemble des données recueillies.

1. C. Miachon, C. Hamant (CIRDD/CNDT) pour le site de Lyon.

REPÈRES

LE SITE ÉTUDIÉ

Situation du site de l'agglomération lyonnaise

Sans qu'une définition géographique précise puisse être établie, étant donné la circulation des usagers de produits stupéfiants et leur non-visibilité dans la plupart des cas, nous pouvons toutefois établir que les sites urbains étudiés concernent globalement les communes du département du Rhône, à savoir 1 578 423 personnes², population parmi laquelle les 15-44 ans sont au nombre de 697 864 individus, soit 44,2 % de la population. Lyon, à lui seul, représente 444 370 personnes tous âges confondus.

Concernant les milieux festifs, les sites sont difficilement définissables pour les *raves* et les *free-party*, étant donné leur mobilité très importante. Quant au recrutement des participants, il n'est pas possible, en l'état actuel des connaissances, de connaître le lieu de leur provenance. Aussi, sur une considération raisonnée des conditions pratiques de transport et de temps en fonction de la circulation de l'information sur ces rassemblements festifs, nous estimerons qu'ils viennent de la région Rhône-Alpes, et des départements limitrophes de la région Bourgogne. Les autres lieux festifs, comme les concerts ou les clubs et discothèques sont pris en considération sur le territoire de la COURLY³.

Dispositif spécialisé de prise en charge

Faroudja Boutahra écrit, dans son historique des aspects de l'usage de stupéfiants, que « *la philosophie lyonnaise en matière de prise en charge du sujet toxicomane s'inscrit dans une prise en charge globale de la personne, non réduite à un*

2. Selon la base de données ILIAD.

3. La communauté urbaine de Lyon est composée de 55 communes autour de Lyon (Lyon compris), et constitue un pôle urbain regroupant 75 % de la population du Rhône sur une superficie qui ne représente que 15 % du territoire du département. (Données site internet de la COURLY.)

*symptôme*⁴ ». Ce principe, largement partagé, explique en grande partie le paysage des structures spécialisées, lesquelles prennent en charge l'ensemble des dimensions des usagers de produits psychoactifs d'une part, et la diversité de ceux-ci d'autre part.

Dans le début des années 1970⁵, l'agglomération lyonnaise a vu se développer dans les services hospitaliers des consultations en toxicomanie, auxquelles sont associées des intervenants sociaux, dans une approche globale des difficultés rencontrées par les usagers de produits psychoactifs principalement héroïnomanes. À l'époque, les changements d'orientation de la politique des services publics hospitaliers vers une approche uniquement médicale des patients ont entraîné la création de diverses associations pluridisciplinaires d'aides sociale et psychologique sur la détermination de quelques militants issus du milieu hospitalier. Ces organisations se professionnalisent peu à peu et se dotent de différents statuts et agréments concernant le soin aux populations toxicomanes, en devenant progressivement autonomes par rapport aux milieux hospitaliers. À la fin des années 1980, un médecin généraliste «*saisit l'opportunité de l'intérêt des politiques publiques pour les projets de réductions des risques et des dommages chez les usagers de drogue pour asseoir une association*⁶ » de généralistes autour de la toxicomanie. Dans un même temps, la politique de la Ville, dont les actions sont axées sur la prévention de la délinquance, s'empare du champ de la toxicomanie. Depuis 1994, la politique nationale de réduction des risques et des dommages a notamment favorisé sur l'agglomération lyonnaise l'émergence de boutiques de réduction des risques et d'accueil de proximité. Le développement des drogues de synthèse, et cela particulièrement dans le cadre de rassemblements festifs, a vu émerger des dispositifs de prévention adaptés à cette nouvelle population de consommateurs de produits psychoactifs.

Les CSST en structure associative

A3 (Association d'aide aux adolescents)

Implantée dans le 2^e arrondissement de Lyon, cette association est localisée, à sa création en 1973, à l'hôpital Édouard-Herriot, pavillon N, centre antipoison. Petit à petit, les locaux et le personnel se détachent de la structure hospitalière pour ouvrir

un CSST. Ce centre répond aux demandes sociales et/ou de traitement somatique ou psychique. Il continue d'accueillir une proportion importante d'adolescents. Sa visibilité locale est indiscutable, notamment du fait de son ancienneté.

En 1996, l'association obtient l'agrément du ministère du Travail et des Affaires sociales pour ouvrir un centre spécialisé de soins aux toxicomanes avec hébergement collectif, La Fucharnière, à Saint-Didier au Mont d'Or. Il a pour but d'assurer une prise en charge socio-éducative et psychologique, pendant plusieurs semaines ou mois, de sujets pharmacodépendants nécessitant un cadre strict avec hébergement. Venus de toute la France, ils sont généralement âgés de 29-31 ans, polytoxicomanes depuis une dizaine d'années. La structure permet une réadaptation au travail et une réinsertion professionnelle dans la mesure où l'hébergement peut se prolonger en même temps qu'une activité professionnelle en journée.

APUS (Association des praticiens de l'urgence sociale)

En 1976, devant la présence récurrente de personnes en grande détresse sociale qui arrivent au service des urgences des Hospices civils de Lyon pour des problèmes de santé notamment liés aux usages de drogues, s'organise une mobilisation des médecins de la médecine légale et des psychiatres qui sont confrontés à ces situations. Devant le constat que ces personnes ont autant besoin d'une aide sociale que d'une aide sanitaire, les praticiens de l'urgence médicale inventent l'urgence sociale et créent l'APUS. Fonctionnant pendant longtemps en partenariat avec l'hôpital Édouard-Herriot, avec lequel l'association signe une convention⁷, l'association se professionnalise peu à peu, et se dote en interne, à partir de 1994, de deux volets : l'un médico-social et l'autre éducatif, en s'émancipant statutairement de l'hôpital. La structure devient alors un CSST.

Cette structure accueille actuellement un public particulièrement défavorisé et marginalisé, et «*assure un accompagnement médico-psychologique et socio-éducatif au niveau du 1^{er} arrondissement, mais aussi plus largement au niveau d'autres sites, dans la mesure où elle est un partenaire très sollicité et repéré*⁸ ». Le rapport d'activité de l'année 2000 fait état du fonctionnement d'un CCSSTH (Centre conventionné spécialisé de soins aux toxicomanes avec hébergement) situé au siège social, place du Griffon dans le 1^{er} arrondissement de Lyon. Il propose des consultations médicales et psychologiques, avec prescription de traitements médicamenteux, dont

4. « Historique des aspects de l'usage de stupéfiants dans l'agglomération lyonnaise des années 1960 à nos jours », F. Boutahra, CHS Le Vinatier, Service médico-psychologique régional, prisons de Lyon, Antenne Toxicomanies (CSST en milieu fermé), mars 2000.

5. *Idem*.

6. *Idem*.

7. « Historique des aspects de l'usage de stupéfiants dans l'agglomération lyonnaise des années 60 à nos jours », F. Boutahra, CHS Le Vinatier, Service médico-psychologique régional, Prisons de Lyon, Antenne toxicomanies (CSST en milieu fermé), mars 2000.

8. Plan départemental de prévention des dépendances, Comité de pilotage de la lutte contre la drogue et de la prévention des dépendances, préfecture du Rhône, Annexe 5, 2001.

la substitution, et la préparation à la mise en place de sevrage en milieu hospitalier ou ambulatoire, un accompagnement socio-éducatif, un point d'accueil et d'écoute des familles, ainsi qu'un hébergement éclaté de 30 places dont 6 en Appartements relais thérapeutiques (ART). Le CHRS (Centre d'hébergement et de réadaptation sociale), officiellement agréementé depuis avril 2001, s'occupe plus particulièrement d'hébergement, d'accès aux soins et aux droits sociaux. Enfin, le SPRS (Service de prévention et de réinsertion sociale), localisé rue de la Bourse dans le 2^e arrondissement de Lyon, s'adresse plus particulièrement à des personnes confrontées à la prostitution. Au-delà de ces axes principaux, de nombreuses actions sont menées, notamment en direction des populations en milieu carcéral.

Le centre Jonathan

Créé en 1980, ce centre de soins en structure associative est traditionnellement assimilé aux dispositifs de soins de l'agglomération lyonnaise⁹, bien qu'il se situe à Villefranche-sur-Saône, à une trentaine de kilomètres au nord de Lyon. Mis en place sur l'initiative de deux personnes du secteur social qui avaient été confrontées au problème de la toxicomanie dans leur famille, il s'agissait au départ d'une association de particuliers, fonctionnant sur le principe du bénévolat. Agréementée CSST, la structure compte aujourd'hui des psychologues, psychiatres, médecins, infirmières, éducateurs spécialisés et assistantes sociales.

Leurs objectifs thérapeutiques sont « *l'accueil et l'orientation des personnes en difficulté avec des consommations de produits psychoactifs* » ; et « *le soin des personnes en difficultés physiques, psychiques et sociales consécutives à un comportement d'abus ou de dépendance d'un produit psychoactif*¹⁰ ». Ils assurent des prises en charge médicales, psychologiques, éducatives et sociales, auxquelles s'articulent un certain nombre de dispositifs, comme un réseau de famille d'accueil en milieu agricole ou le suivi en appartement thérapeutique, ainsi que la rénovation d'une ferme devant constituer, à terme, un centre de postcure. Elle permet une réadaptation au travail pour ceux qui n'ont jamais travaillé ou qui ont peur de ne pas être capable de travailler à nouveau.

9. Il est par exemple cité dans le récapitulatif de l'existant en matière de structures d'aide et de soins spécialisés aux toxicomanes à Lyon, p. 60 du rapport de F. Boutahra, cité précédemment.

10. Rapport d'activité 2000 du centre Jonathan.

Les CSST en structure hospitalière

L'hôpital Édouard-Herriot

C'est au pavillon N de l'hôpital Édouard-Herriot qu'a été constituée l'équipe DDASS chargée du soin des toxicomanes au sein du pavillon d'urgence. Cette équipe a été conventionnée en 1973 et accueille une consultation et des possibilités de sevrage hospitalier. L'équipe DDASS a été prise en charge, par convention, par l'hôpital Édouard-Herriot. Ses activités se sont développées en 1994 au pavillon A. Se sont ajoutées aux activités traditionnelles de soins, de sevrage et de suivi psychothérapeutique, des possibilités de substitution à la méthadone et au Subutex[®]. Une équipe médicale et psychothérapeutique réalise une prise en charge thérapeutique.

Le centre hospitalier Lyon Sud

En 1980-1981, le centre hospitalier Lyon Sud ouvre ses portes sur la commune de Pierre-Bénite et le service des urgences installe une consultation spécialisée en toxicomanie. Avant 1995, le traitement des toxicomanes consistait essentiellement en une hospitalisation pour sevrage, puis un suivi en postcure. À partir de l'arrivée des programmes de substitution, les soins ont moins été orientés vers l'hospitalisation que vers une prescription de méthadone ou vers une collaboration avec les médecins généralistes pour des prescriptions de Subutex[®]. Le suivi de ces traitements est de trois ordres : médical, social et psychologique. Les sevrages en hospitalisation sont devenus beaucoup plus rares.

L'Hôtel-Dieu

Bien qu'ayant bénéficié d'une « dérogation » de places en traitement méthadone pendant longtemps, l'hôpital de l'Hôtel-Dieu n'obtient officiellement l'agrément de CSST qu'en 1999. Le centre dépend du service hépato-gastro-entérologique de l'hôpital.

Les médecins généralistes

le réseau GT 69

L'association Généraliste et Toxicomanie 69 se met en place à partir de 1987, à l'occasion d'un intérêt marqué des politiques publiques pour les projets de réductions des risques et des dommages chez les usagers de drogues. Elle a pour vocation « *de créer un réseau de médecins qui regrouperait des généralistes positionnés*

comme coordinateurs d'une action médico-socio-sanitaire autour de la toxicomanie¹¹ ». Elle affiche des objectifs de développement de l'information sur la toxicomanie, de formation des médecins généralistes à l'accueil des toxicomanes, de création d'un pôle d'échange et de recherche épidémiologique¹². Elle assure en outre l'orientation des patients vers un médecin de quartier appartenant au réseau.

Les structures de réduction des risques infectieux, accès et accompagnement aux soins

RuptureS

Ce lieu d'accueil ouvre officiellement ses portes en mai 1995, bien qu'il fonctionne officieusement depuis 1994. Il obtient l'agrément « boutique », ou centre d'accueil bas seuil, en 1997. Cette association a instauré la parité entre usagers de drogues et non-usagers à tous les niveaux de l'association. Située dans le 1^{er} arrondissement de Lyon, elle s'adresse principalement aux toxicomanes désinsérés et en particulier aux « habitués » du quartier qui squattent sur les pentes de la Croix-Rousse. Elle leur propose un lieu de pause et de restauration où les besoins fondamentaux peuvent être contentés, une écoute et une mise en lien avec d'autres organismes, ainsi que des soins de première urgence. La boutique s'inscrit dans le cadre d'un programme de réduction des risques concernant les pathologies infectieuses et virales, globalement par la diffusion d'informations sur les risques et les pathologies, et concrètement par l'échange de seringues stériles et la distribution de kit pour sniff (*Strawbags*).

La démarche consiste à aller au devant des usagers, et les actions s'étendent notamment à Rillieux-la-Pape (dans l'agglomération lyonnaise) où RuptureS, outre la mise en place d'un programme d'échange de seringues, a organisé des opérations « boule de neige » dans un but de prévention de la transmission des virus hépatiques et VIH.

Pause Diabolo

En janvier 1996 s'ouvre la boutique Pause Diabolo, lieu de pause en faveur des toxicomanes les plus marginalisés. Le premier objectif annoncé est de recréer un lien social avec ces personnes et de les amener éventuellement à une démarche de soins.

11. « Historique des aspects de l'usage de stupéfiants dans l'agglomération lyonnaise des années 1960 à nos jours », F. Boutahra, CHS Le Vinatier, Service médico-psychologique régional, Prisons de Lyon, Antenne Toxicomanies (CSST en milieu fermé), mars 2000.

12. Plan départemental de prévention des dépendances, Comité de pilotage de la lutte contre la drogue et de la prévention des dépendances, préfecture du Rhône, Annexe 5, 2001.

La deuxième orientation concerne la prévention des risques liés à la consommation de drogues et de mélange médicamenteux, notamment par la distribution de kits d'injection – et nouvellement de sniff – et la diffusion d'informations concernant les pathologies infectieuses et virales (VIH et hépatites). Outre l'infirmerie où sont dispensés des soins, la boutique dispose de douches, d'une buanderie et d'une salle de pause où la restauration est possible. L'équipe qui assure l'accueil est pluridisciplinaire (médecin généraliste, infirmiers, infirmiers psychiatriques, éducateurs, animateurs...).

Cabiria

Cette structure a pour but, depuis 1993, le développement d'une action de santé communautaire en collaboration avec les personnes prostituées. Ses actions se développent en direction d'une prévention des MST, du VIH et des hépatites, ainsi que dans le cadre de la réduction des risques en matière de toxicomanie. Cette association promeut l'accès aux soins et aux droits sociaux « fondamentaux ». Les actions menées recouvrent deux axes principaux : des sorties en camping-car sur le terrain et un accueil au local, situé dans le 1^{er} arrondissement de Lyon.

Le Bus de Médecins du Monde

Depuis 1993, Médecins du Monde a mis en place un Bus, qui, dans le cadre d'un programme d'échange de seringues, effectue une distribution de kits dans le 1^{er} arrondissement de Lyon auprès d'usagers très désocialisés. Des orientations vers des structures spécialisées ou vers les permanences médicales du local de Médecins du Monde sont faites à cette occasion.

Les dispositifs en milieu festif

Les « missions raves » de Médecins du Monde

Le principal objectif de cette mission vise à assurer une présence sanitaire permettant, en particulier, de réduire les risques sanitaires et sociaux, immédiats et différés comme les accidents psychiatriques aigus liés à la prise de produits, les déshydratations et les hypothermies. Ils délivrent aussi, en collaboration avec l'association Keep Smiling, des messages de prévention sur les moyens de limiter les risques liés à l'usage des différents produits, ainsi que sur les maladies sexuellement transmissibles ou la conduite de véhicules. Enfin, ils étudient les produits circulant à l'occasion de ces événements, par le *testing*, méthode permettant d'évaluer la pureté des drogues de synthèse en circulation¹³.

13. Informations recueillies sur le site internet de Médecins du Monde.

L'association Keep Smiling

Créée en 1996 sur l'initiative de cinq *ravers*, les objets sociaux de cette association sont, d'une part, la promotion des arts et musiques électroniques, et, d'autre part, la prévention concernant la drogue et le Sida dans les soirées et les manifestations techno. Ses actions de prévention consistent à rencontrer des usagers de drogues dans les rassemblements techno (concerts, *raves* ou *free-party*), avec l'installation de Chill-out, lieux de repos et de discussions. L'association distribue des plaquettes d'information sur les différents produits qui circulent et les risques qui y sont associés. Keep Smiling a édité en lien avec des partenaires de Lyon une plaquette de prévention en direction du public fréquentant les rassemblements techno.

Les espaces de prévention

Le CNDT (Centre régional de prévention des conduites à risques)

Le CNDT, association nationale de documentation depuis 1988 est devenue, en 1997, un centre régional de prévention des conduites à risques. Son implantation dans l'Espace régional de santé publique en janvier 2000 a confirmé son caractère régional.

Il est un CIRDD (Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances) depuis juin 2000. Le centre documentaire est associé au réseau Toxi-base. Il dispose également de trois Points écoute. Enfin, il réalise des programmes de prévention et effectue un travail de diagnostic, d'accompagnement et de formation auprès des acteurs de la prévention. Il a publié en 2000 une recherche sur la prévention des comportements liés aux rassemblements musicaux¹⁴.

Le centre Némo

Ouvert en juin 1993 sur la commune de Vénissieux, ce centre est une structure légère de proximité, assurant une fonction d'accueil, d'écoute, de bilan, d'orientation des toxicomanes et de leur famille. Dans ces perspectives, ses actions se développent selon deux axes : des activités de prévention au niveau local, notamment sur les communes de Vénissieux, Saint-Fons et Saint-Priest et l'activation de réseaux avec les partenaires médico-sociaux-éducatifs. Il travaille en outre en partenariat étroit avec le centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu, auquel il est rattaché.

14. « La prévention de l'usage et de l'abus de substances psychoactives et des comportements liés aux rassemblements musicaux », coordination C. Miachon (CNDT) et A. Moglia (TEMPO), sur une initiative du Conseil régional de la région Rhône-Alpes, décembre 2000, 60 p.

Le suivi en milieu carcéral

L'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon

L'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon a été créée dans le cadre des mesures prévues par le Comité interministériel de lutte contre la toxicomanie en 1986. En 1992, cette structure expérimentale est agréementée CSST en milieu fermé. Constituée d'une équipe pluridisciplinaire composée de psychologues, de travailleurs sociaux et d'un médecin épidémiologiste, elle dépend administrativement de l'hôpital de rattachement du SMPR : le Centre hospitalier spécialisé du Vinatier¹⁵. « L'antenne toxicomanie des prisons de Lyon assure la prise en charge des détenus toxicomanes pendant l'incarcération. Elle prépare aussi la sortie en organisant des modules spécifiques en lien avec d'autres organismes¹⁶. »

LES ESPACES ÉTUDIÉS

Espace urbain

Les structures d'aide aux toxicomanes de l'agglomération lyonnaise, en opérant à différents niveaux (de la prévention aux diverses modalités d'aide et de soins) constituent des portes d'entrée d'informations concernant les usagers « à problèmes » au niveau de la maîtrise de leur consommation et surtout en grande précarité sociale.

De fait, un pan entier de la population des toxicomanes que l'on peut penser « inséré » échappe au regard. Nous espérons à terme être en mesure d'obtenir des informations sur ces usagers.

Espace festif

Les usagers de produits stupéfiants qui consomment ponctuellement dans un cadre festif présentent la spécificité de ne pas s'identifier comme « toxicomanes », ne se sentant concernés ni par l'image sociale des héroïnomanes qui est véhiculée, ni par la question de la dépendance. De ce fait, ils ne fréquentent les espaces proposés par le dispositif de prévention et de soins des toxicomanies que lors de

15. Plan départemental de prévention des dépendances, Comité de pilotage de la lutte contre la drogue et de la prévention des dépendances, préfecture du Rhône, Annexe 5, 2001.

16. *Idem*. Précision : extrait du rapport de la Direction des actions interministérielles de la préfecture du Rhône.

situations de crise. La seule façon de pouvoir réellement entrer en contact avec eux est d'obtenir les informations en situation sur les lieux même qu'ils fréquentent.

L'espace festif peut en partie être identifié sur Lyon et ses environs à travers les clubs ou les discothèques, ainsi que les bars et les salles de concert. Les clubs et les discothèques sont des lieux dans lesquels il est difficile de repérer la circulation de produits, du fait du manque de familiarisation des acteurs de prévention lyonnais avec ces milieux noctambules.

LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES

Dans le temps qui nous était imparti, nous avons pu mettre en place certains des outils qui nous étaient suggérés. En premier lieu, nous sommes entrés en contact avec la plupart des structures du dispositif. Ainsi nous avons pu, d'une part, faire le point sur les activités et les orientations de la structure, et, d'autre part, établir un état des lieux des consommations et usages de produits psychoactifs parmi les populations traitées, en mettant l'accent sur les tendances récentes observées. Cette démarche a donc permis de recueillir deux types de matériaux : tout d'abord des données concernant l'état du dispositif spécialisé de prise en charge des usagers de produits psychoactifs sur le site, puis une description relativement détaillée des usagers.

Dans un même temps, nous avons mis en place l'enquête transversale « bas seuil » de données qualitatives auprès de trois structures : RuptureS et Médecins du Monde, pour ce qui concerne le milieu urbain, Keep Smiling pour le milieu festif.

Il se trouve que RuptureS et Médecins du Monde avaient déjà participé au remplissage des questionnaires qualitatifs l'année précédente. Le questionnaire qui leur a été administré portait, de fait, sur les évolutions par rapport au questionnaire préexistant concernant les modes d'administration des produits, la préparation, la régulation, les problèmes de santé associés, la perception, la disponibilité, l'accessibilité, les prix, le petit trafic, les scènes ouvertes et les appellations. Il s'avère que Médecins de Monde semble actuellement plus en mesure de fournir des informations sur le milieu festif (cadre dans lequel ils échangent plus largement sur les consommations et usages de produits) que lors des permanences du Bus. Du fait d'une grande tolérance dans l'accueil du Bus, les usagers ne sont pas forcément amenés à parler de leur consommation et les informations sur les usages sont rares. En revanche, les membres de RuptureS sont très renseignés sur les modes de consommation et de circulation des produits. Cela peut s'expliquer par la proximité de ceux-ci avec le terrain (sur Rillieux, notamment), par le suivi de la relation

avec les usagers qui parleraient, de fait, plus librement de leur consommation et de ce qui l'entoure.

C'était, en revanche, la première année que Keep Smiling remplissait ce type de questionnaire. Il s'est agi de faire un état des lieux de la présence de produits et de leur circulation et modalités d'usage en milieu festif. Dans ce cas, les personnes qui ont participé au remplissage étaient à la fois des adhérents de l'association et des participants aux rassemblements techno.

Nous avons par ailleurs mis en place deux groupes focaux, l'un concernant le champ répressif et l'autre le domaine sanitaire. Nous avons pour cela sollicité l'appui des chefs de projet Drogues et dépendances du département du Rhône. Les invitations aux premières réunions des deux groupes ont donc été adressées par la préfecture.

Le groupe focal du domaine répressif a rassemblé sept personnes dans les locaux de la préfecture : représentants des prisons de Lyon, des douanes Lyon/Saint-Exupéry, des Groupes stupéfiants de la gendarmerie, de la sécurité publique de Lyon des 5^e et 9^e arrondissements, du Laboratoire de la police scientifique de Lyon à Écully, de la Sûreté départementale du Rhône, de la Direction départementale de la sécurité publique, ainsi que de la Brigade de prévention de la délinquance juvénile. La matinée consacrée à ce travail a permis de faire le point sur les produits en circulation et les trafics qui y seraient associés, tout en mettant en exergue les situations nouvelles auxquelles les participants étaient confrontés. L'intérêt de ce travail a semblé clair pour chacun et devrait pouvoir être reconduit en octobre prochain.

Le groupe focal du domaine sanitaire a réuni dans une salle des bâtiments de la DASS 11 personnes qui venaient des structures suivantes : DATIS, CSST A3, association Keep Smiling, Boutique Pause Diabolo, CSST APUS, CSST Pavillon A hôpital Édouard-Herriot, CSST hôpital Lyon Sud, Antenne toxicomanie des prisons de Lyon, CSST hôpital Hôtel-Dieu et la Boutique RuptureS. Cette première séance a été l'occasion d'une mise à plat de la méthodologie utilisée dans le cadre de ces groupes focaux. Il semblerait que cette discussion de départ ait permis à chacun de s'approprier cet outil. La suite de la réunion en a témoigné : les interrogations ont été multiples et la conversation nourrie. Il a été fait un certain nombre de constats sur l'émergence de tendances concernant principalement les pathologies psychiatriques. Le temps a manqué pour interroger de façon précise tous les points de la grille proposée, surtout ceux concernant les produits émergents. Mais cette dimension a été abordée dans les entretiens menés préalablement avec certains professionnels de ces structures. On peut penser que les personnes présentes ont trouvé un intérêt à cet outil, et que cela permettra sa pérennisation de façon constructive.

Les fondements de la mise en place de l'enquête ethnographique des usages sont d'ores et déjà posés : un partenariat est mis en place avec deux animateurs de prévention de RuptureS sur la base d'un protocole de travail que nous avons proposé. Il devrait permettre d'obtenir, dans un premier temps, le récit de situations concrètes observées par les usagers eux-mêmes, qui pourraient, dans un deuxième temps, prendre en charge directement cette démarche. En outre, ce type de recueil de données semble tout à fait possible avec certains membres de Keep Smiling qui fréquentent régulièrement le milieu techno. L'enquête ethnographique se met donc en place et la prochaine année verra sa concrétisation sur des bases solides, aux intérêts partagés avec les partenaires sollicités.

Une enquête quantitative auprès des structures de première ligne de type « boutique » a par ailleurs été menée en 2001 à RuptureS par l'OFDT auprès de 67 usagers. Nous avons procédé à la constitution d'une base de données sous le logiciel de traitement Modalisa, à partir des questionnaires qui avaient été saisis.

Nous nous appuyons également sur trois autres enquêtes quantitatives :

1/ La première est l'enquête en population générale ESCAPAD, administrée auprès de 15 061 jeunes de 17 et 18 ans en France, à l'occasion de la Journée d'appel de préparation à la défense. 2 394 jeunes (filles et garçons) de la région Rhône-Alpes ont été interrogés, qui constitueront notre population de référence. Nous nous intéresserons dans ce cadre aux consommations de produits psychoactifs.

2/ La deuxième est l'enquête OPPIDUM, douzième édition, initiée par le CEIP de Marseille (Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance). Administrée en milieu sanitaire, les résultats principalement utilisés concerneront les 279 patients interrogés sur le Rhône. Les objectifs de cette enquête sont, d'une part, surveiller l'évolution de la consommation des psychotropes (produits illicites ou médicaments détournés de leur usage) et, d'autre part, alerter les autorités sanitaires sur l'utilisation de nouveaux produits ou de nouvelles voies d'administration ainsi que sur les associations potentiellement dangereuses.

3/ La troisième concerne les Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions (ILIAD), pour les données 2000, sur le département du Rhône, en comparaison aux résultats produits au niveau national.

ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001

LES USAGERS DE PRODUITS

État sanitaire des usagers de drogues dans le département du Rhône

Le plan départemental de prévention des dépendances de la préfecture du Rhône présente quelques données pour l'année 2000 qui constituent un cadrage intéressant d'évaluation de la composition de la population des usagers de drogues et quelques repères concernant leurs consommations. Nous livrons ici les tableaux et les commentaires tels qu'ils figurent en avant-propos, car ils constituent les données de cadrage les plus exhaustives dont nous disposons¹⁷.

17. Plan départemental de prévention des dépendances, Comité de pilotage de la lutte contre la drogue et de la prévention des dépendances, préfecture du Rhône, 2001.

File active des CSST, année 2000

	A3 Postcure	Jonathan	APUS	A3 Aynay	HEH av. A	Lyon Sud	Hôtel- Dieu*	Prison	Total
Nombre de consultations	3 082*	5 531	2 817	4 117	3 404	813	8 132	1 570	29 466
Nombre de patients accueillis	45	263	206	429	315	124	265	474	2 121
Dont (x) pour la première fois	39	118	126	266	149	82	73	186	1 039
Sexe									
hommes	34	204	150	309	247	99	130	465	1 638
femmes	11	59	56	120	68	25	19	9	367
Âge									
- de 18 ans		12	1	19	11	3		16	62
entre 18 et 24 ans	4	44	28	107	64	22	9	110	388
entre 25 et 29 ans	20	99	44	110	54	33	39	116	515
entre 30 et 39 ans	20	90	104	149	131	51	80	175	800
plus de 40 ans	1	18	29	44	45	15	19	57	228
Produits									
héroïne	40	27	42	148	136	45	113	40/144*	591
cocaïne	1	7	13	6	4	2	2	11*	46
cannabis		31	32	102	48	10		31*	254
buprén. méthadone		6	10	18	49		12	30*	125
dérivés codéine		7	12	12			10		41
médicaments	2	2	27	26	4	3		5*	69
alcool	2	29	11	43	10	11	2	9*	117
amphétamines									
ecstasy		5	7	3	5		1	2*	23
polytoxicomanes	39	72	76	58	105	53	83	111*	597
Soins									
cures sevrage ambulatoire		12	0	152	12	52	3	0	231
substitution méthadone		32	0	4	74	26	60	?	196
substitution Subutex®		41	7	106	114	0	79	?	347
Affection psychiatrique	37	21	76	24	50	27	25	40*	300
Couverture sociale	44	242	103	374	230	117	140	92*	1 342

A3 postcure : les 3 082 consultations annoncées correspondent à la somme totale des journées d'hébergement passées par les résidents.

Hôtel-Dieu* : le nombre de patients accueillis est de 265, mais les chiffres qui suivent sont calculés à partir d'une file active de 149 personnes.

Prison* : données issues d'une étude réalisée sur un échantillon de 144 patients accueillis par l'antenne (dont 98 anciens patients et 46 nouveaux).

■ Parmi les 2 121 patients accueillis par les CSST en 2000, presque la moitié de ces personnes sont nouvelles (49 %).

■ Le pourcentage homme/femme marque une large représentation des hommes (81,7 %).

■ 3,09 % des patients sont héroïnomanes ; 35,64 % sont polytoxicomanes.

■ Les CSST estiment à près de 18 % les patients souffrant d'une affection psychiatrique nécessitant une prise en charge spécifique en relais de l'équipe thérapeutique de la structure.

■ 80,12 % des patients ont une couverture sociale.

■ 11,7 % des patients ont bénéficié d'un traitement de substitution par méthadone au sein des CSST agréés à cet effet ; globalement, le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement par Subutex® reste supérieur (20,72 %).

Réduction des risques, année 2000

	RuptureS	Pause Diabolo	Médecins du Monde	Cabiria	Aides
Nombre de rencontres	13 035	Environ 20/j	-	9 130	-
Nombre de personnes nouvellement connues	496	211	-	-	-
Nombre de seringues distribuées	77 634	21 727	-	5 031	4 320 au local
Nombre de préservatifs distribués	11 507	11 774	-	210 958	14 778
Nombre de soins	1 550	335	-	322	-

■ Il est difficile d'estimer le nombre de personnes ayant bénéficiées des actions menées par ces associations dans la mesure où l'accueil est anonyme.

■ En 2000, 108 712 seringues ont été distribuées, ainsi que 249 017 préservatifs. L'enquête ILIAD fait état de 58 442 Stéribox vendus dans le Rhône, soit une diminution de 3,3 points par rapport à 1999.

Situation du recours à la substitution

La proportion des patients consommant des produits de substitution dans la douzième édition de l'enquête OPPIDUM est de 67 % des enquêtés par le CEIP de Lyon et de 80 % au niveau national¹⁸, sans que l'on sache à quoi tient cette différence (recrutement ? biais lié à la répartition des centres participants ?). Les chiffres sur les usagers fréquentant les structures de première ligne indiquent que 58,2 % d'entre eux consomment un produit de substitution, méthadone ou Subutex^{®19}.

Au niveau carcéral, si l'on en croit les données du plan de prévention des dépendances de la préfecture du Rhône, sur 61 personnes détenues à Lyon et à Villefranche-sur-Saône (Nord du département du Rhône), ayant bénéficié d'un traitement de substitution en 1999, 88,5 % étaient sous Subutex[®], proportion sensiblement identique à celle du niveau national (84 %).

Traitement de substitution en milieu pénitentiaire selon une enquête nationale menée en novembre 1999

	Subutex [®]	Méthadone	Total
Lyon	45	3	48
Villefranche-sur-Saône	9	4	13
Total	54	7	61
Total national	1 381	272	1 653

Suivi médical

650 personnes ont eu recours au système médico-social au cours du mois de novembre 2000²⁰. D'autre part, les CSST du site dénombrent 2 121 patients sur l'ensemble de l'année 2000²¹. Les usagers des boutiques déclarent pour leur part, dans 79 % des cas, avoir été suivis par un médecin au cours du mois précédant l'enquête : 67 % par un généraliste et 28 % par un psychiatre. 46 % ont été hospitalisés au cours de l'année, dont 16 % en réanimation, 48 % aux urgences, 39 % pour des soins généraux et 26 % pour des raisons psychiatriques²².

18. Petite analyse comparative OPPIDUM n° 12, octobre 2000, B. Bellemin et N. Bernard, CEIP de Lyon.

19. Enquête OFDT-TREND sur les structures de première ligne en 2001.

20. ILIAD, données 2000.

21. Plan départemental de prévention des dépendances, Comité de pilotage de la lutte contre la drogue et de la prévention des dépendances, préfecture du Rhône, Annexe 5, 2001.

22. On notera que certains ont été hospitalisés plusieurs fois.

Situations du VIH, de l'hépatite B et C

90 % des usagers de la boutique qui ont répondu à l'enquête avaient déjà pratiqué un test de dépistage du VIH, dont pratiquement 80 % dans les deux années précédant l'enquête. Dans 13 % des cas, ils savent le test positif. Ils sont pratiquement les trois quarts à avoir pratiqué un test de dépistage de l'hépatite B, et pour ceux qui connaissent la date, c'était, dans 75 % des cas, pendant les deux dernières années (2000-2001). 18 % d'entre eux se savent positif. Quant à l'hépatite C, 80 % d'entre eux ont fait le test, mais près d'un quart ne sait plus à quelle date. Les autres l'ont fait dans 75 % des cas dans les deux dernières années. Parmi ceux qui ont fait le test, 38 % se savent atteints par ce virus. Les acteurs du champ sanitaire témoignent du fait que parmi ceux qui se savent atteints par l'hépatite C, beaucoup ne se soignent pas, alors même que les données concernant les résultats des traitements sont de plus en plus encourageantes : les décès seraient moins nombreux et les traitements plus faciles à prendre. Une boutique signale qu'elle a lancé une opération « Boule de neige », dont le principe permet de diffuser l'information sur le virus et d'inciter à pratiquer un dépistage.

Quelques phénomènes sanitaires recensés

Globalement, les participants du groupe focal sanitaire s'accordent à dire que l'expression proprement psychiatrique devient de plus en plus flagrante : les lieux de consultation ressemblent de plus en plus à des lieux de consultation psychiatriques et la psychose apparaît de plus en plus clairement. Les boutiques reconnaissent dans leurs locaux une augmentation des personnes délirantes. Cette situation semble poser un problème, les soignants se trouvant confrontés à la difficulté de prendre en charge ces personnes dans le cadre peu adapté des consultations pour toxicomanes, alors que dans un même temps, les hôpitaux psychiatriques auraient du mal à concevoir que les liens répétés d'un individu avec des produits psychotropes n'excluent pas pour autant une pathologie psychiatrique qui relèverait d'un soin spécialisé.

D'autre part, quelques cas de tuberculose ont été recensés fin 2000, phénomène renvoyant à une précarité terrible. Ce phénomène serait également observé en milieu carcéral où une recrudescence de la tuberculose est rapportée par un interlocuteur de l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.

On constaterait par ailleurs une parasitologie « galopante » (poux, mycoses...), difficile à enrayer.

Quelques cas du phénomène de « gant de boxe » ou Popeye ont été repérés en boutique et se révéleraient de plus en plus nombreux. Il s'agirait de gonflements des

ains et des avant-bras liés aux injections, mais qui ne relèveraient pas de l'inflammation ou de l'abcès.

Groupes spécifiques visibles d'usagers

Les six groupes décrits ci-après, identifiés en milieu techno ou urbain, ont été élaborés sur la base des données recueillies auprès des différents acteurs de la prévention, du soin et du système répressif. Ils visent à définir des profils d'usagers sur la base de critères sociaux, tout en énonçant, pour chacun d'eux, les consommations qui leur sont associées.

La représentativité des groupes repérés comme consommateurs de produits psychoactifs illicites est incertaine. Ils indiquent tout au moins des groupes repérables dans l'état actuel des observations sur ce site.

La constitution de ces profils reste un exercice ardu dans la mesure où les critères permettant de les cerner et de définir un milieu d'appartenance échappent à ces observateurs privilégiés que sont les acteurs de santé ou de répression. Il est, de fait, très difficile pour eux (en dehors de l'âge et d'un niveau de vie approximatif – logement ou pas, argent ou pas –) de rendre compte de ce qui constitue le contexte social et matériel des usagers. Les groupes proposés ici restent donc pour le moment assez imprécis mais verront leur définition s'affiner au fur et à mesure de la progression du programme d'observation.

Teufeurs, ravers : public des rassemblements techno. Avec un âge oscillant entre 18 et 35 ans, c'est une population constituée majoritairement d'hommes (*a priori*, dans les 65 %), résidant généralement en milieu urbain. Les acteurs de la répression définissent les plus âgés (25-35 ans) comme des jeunes travailleurs en intérim, ou dans un métier manuel de type cariste ou plombier, avec des revenus peu élevés. Parmi eux, certains amortiraient ce que leur coûte leur consommation de produits de synthèse en achetant à plusieurs et/ou en achetant plus que leur consommation pour pouvoir en revendre (un cas cité avait 50 cachets sur lui). Assurant leur travail pendant la semaine, ils récupéreraient du week-end et à partir du samedi 12 h, ils essaieraient de trouver du produit pour la durée du week-end.

Ils auraient la spécificité de ne pas se considérer comme toxicomanes, ne se reconnaissant pas dans une problématique de dépendance. De ce fait, on ne les retrouve que rarement dans des structures de soins, sauf de façon ponctuelle, par exemple à la suite de situations où les effets ont persisté plusieurs jours malgré l'arrêt de la prise du produit. Ce sont principalement des consommateurs d'ecstasy, mais aussi de LSD (augmentation de la consommation), de speed et de cocaïne (pour les plus fortunés). Ils

seraient aussi probablement consommateurs de kétamine, et « taperaient » occasionnellement de l'héroïne (sniff). *A priori*, ils ne consommeraient du Subutex® qu'à titre d'expérimentation. C'est entre 18 et 22 ans que la consommation serait la plus forte.

Les Spirales Tribes : il s'agirait, selon les interlocuteurs du groupe focal répressif, de « *travellers* » marginaux vivant en tribu autour des produits et qui voyageraient dans le monde entier, en suivant les manifestations musicales techno ; après avoir passé quelque temps aux Indes, ils reviendraient en Allemagne, puis dans le sud de la France. Ils se déplaceraient en camion avec leur matériel de son et de préparation de produits et feraient des *raves* sauvages dans la nature, sur des lieux comme les plages ou les camps militaires. Ils seraient âgés entre 18 et 40 ans, habillés dans un style punk (rangers et treillis militaires, cheveux coupés, boucles d'oreilles) et « dévorés » par les produits stupéfiants. Ils vivraient essentiellement du trafic de stupéfiants. Ils sont très difficiles à repérer pour les douanes et les policiers du fait de leur mode de vie nomade.

Personne, parmi les participants au groupe focal répressif, ne les a jamais vraiment vus : ils seraient seulement connus des usagers qui ont pu les suivre un certain temps. Les services de répression n'arrivent pas à les interpeller car ils sont très mobiles. Ils seraient de plusieurs nationalités : anglais, allemands et maintenant viendraient d'Europe de l'Est.

Les squatters : ils vivent en milieu urbain, sur les pentes de la Croix-Rousse (1^{er} arrondissement) et aux alentours de la place des Terreaux. Ils sont installés dans des squats, qu'ils quittent périodiquement lorsqu'ils reprennent la route. Ce sont des consommateurs d'héroïne, mais aussi d'ecstasy et de speed, qu'ils se procurent dans les rassemblements techno ou dans certains bars des pentes de la Croix-Rousse. Ils constituent probablement une part des effectifs de consommateurs de kétamine.

Les *travellers* : proches des *squatters* au niveau du profil, du mode de vie et de leur consommation de produits, ils seraient plus mobiles géographiquement. Ils semblent systématiquement être accompagnés de chiens. Ils constituent le public principal des boutiques comme RuptureS. Ils fréquenteraient également les rassemblements techno.

Les tribus : s'agit-il des mêmes individus que ceux décrits par les acteurs de la répression, à propos des Spirales Tribes ? S'agit-il d'un sous-groupe des *travellers* ? Sans que cela soit pour le moment vérifiable, les membres des boutiques et

les intervenants en milieu techno constatent pour leur part la multiplication d'usagers qui ont un fonctionnement de «tribu» de plus en plus marqué.

Pendant les accueils des boutiques, ils occupent les grandes tables et ne se mélangent pas aux autres. Des frictions se créent entre les groupes, généralement constitués de cinq ou six individus, composés aux deux tiers d'hommes. Ils sont de plus en plus jeunes, avec quelques mineurs de moins de 16 ans. Les filles sont particulièrement jeunes, souvent âgées de 16-17 ans. Deux cas ont été observés où elles avaient 14 et 15 ans. Ils recréeraient en fait une sorte de «famille», avec ses fonctionnements (son vocabulaire) et ses codes : le clan avec des vis dans la casquette, le clan piercing, le clan tatouage... Un centre de soins aurait également vu ce type de profil de jeune fille appartenant à ces tribus. Est-ce un choix, notamment par rapport au voyage ? Elles gagneraient leur vie en dealant. D'autres seraient vraiment dans l'errance. Ces jeunes filles viennent demander de l'aide de façon ponctuelle, sur des aspects très opératoires : un médicament pour moins trembler quand elles boivent, par exemple, sans demande de changement vis-à-vis de leur rapport à la consommation de produits psychoactifs. D'une façon générale, ces usagers consommeraient des bières fortes, à 8 ou 10°, en grande quantité. Ils «goberaient» également beaucoup, et seraient souvent «perchés» (sous l'emprise de produits). On relate une situation où les membres de la boutique ont été amenés à faire hospitaliser l'un d'eux parce que ses compagnons étaient «usés» de s'occuper de lui depuis plusieurs jours durant lesquels il était resté «perché», se mettant en danger au milieu de la route par exemple.

Apparemment, il s'agirait de groupes assez fixes dans leur constitution, qui resteraient un certain temps sur place, puis reprendraient la route. Par exemple, deux groupes ont été observés qui passent, et font le tour de France. Ils sont spécialistes des boutiques mais ne demandent rien en dehors de la nourriture : ils n'auraient pas de demande de soins. Les squats utilisés se situent sur les pentes de la Croix-Rousse, à proximité de la boutique RuptureS et surtout de la place des Terreaux, là où tous les *deals* se font. Cela pose de gros problèmes de voisinage.

Les consommateurs «insérés» : population difficilement identifiable du fait de sa diversité, mais qui constitue un groupe dans la mesure où sa situation sociale s'oppose à celle des autres groupes de consommateurs en milieu urbain. Ils se considèrent parfois comme toxicomanes et se rendent alors dans les structures de soins ; ce qui nous permet de les identifier. Consommateurs d'héroïne associée à d'autres produits, le Subutex® constituerait pour certains d'entre eux plus un moyen de patienter jusqu'au prochain arrivage qu'un produit de substitution utilisé dans une perspective de sevrage.

Questionnements à propos de populations d'usagers repérées

Une demande est formulée par un des participants au groupe focal sanitaire pour que soit objectivée la question des trajectoires des usagers lors de la prise en charge et de l'analyse des situations, particulièrement du point de vue de l'origine sociale et culturelle. Cette personne fait le constat que de nombreux individus accueillis dans son centre de soins ont eu une histoire personnelle ou familiale de transplantés (maghrébins, origines pieds-noirs, Bretagne, Haute-Loire...), avec des références culturelles complètement chaotiques.

Cette demande prend appui sur un constat partagé par plusieurs CSST qui recensent beaucoup de personnes issues de l'immigration maghrébine âgées de 25 à 40 ans, qui seraient «fracassées» par la vie, avec des conflits familiaux et identitaires importants, des problèmes sociaux, des passés carcéraux, etc. Ce sont essentiellement des hommes. Lorsque ce sont des femmes, leur situation apparaît de façon encore plus violente : elles seraient beaucoup plus «détruites» physiquement et culturellement que les hommes. Au CSST de l'Hôtel-Dieu, elles ont généralement plus de 35 ans.

Les participants s'accordent à dire que les femmes seraient plus déstructurées, mais également plus déterminées dans la façon dont elles affichent ce qu'elles veulent. Les hommes seraient quant à eux plus dans un rapport de négociation permanente avec le soignant. Il est remarqué que l'équivalent sexué dans la délinquance serait chez l'homme l'image du caïd, qui peut être valorisante, alors que la femme serait plus généralement dans la prostitution, qui est une situation plus difficile, engendrant douleur, honte et contradictions qui n'existent pas pour les hommes.

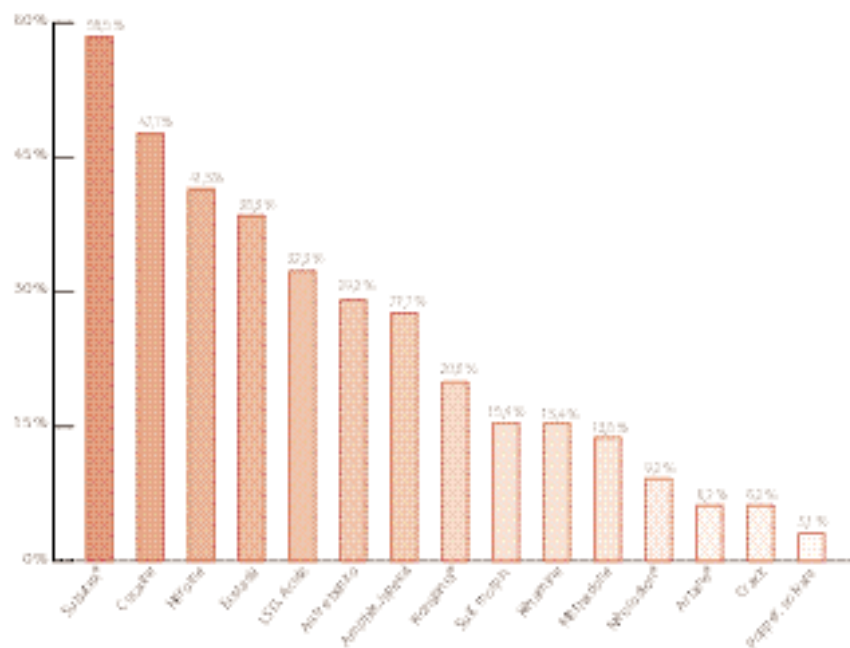
Par ailleurs, plusieurs soignants font état d'une population de jeunes entre 16 et 20 ans qui se caractériserait par une consommation très importante de cannabis, associée, la plupart du temps, à une forte consommation d'alcool. Il semblerait que ce soit des personnes «mal dans leur peau», repérées notamment à l'occasion d'une tentative de suicide ou à la suite d'une décompensation psychiatrique. *A priori*, ce ne sont pas des jeunes désocialisés, mais nous ne disposons pas d'informations sur leur contexte de vie.

LES PRODUITS

Les produits connus sur notre site

Une vingtaine de produits a été citée dans le cadre du recueil de données. La répartition des consommations des usagers de structures de première ligne²³ nous livre une vision générale de ce qui est utilisé en milieu urbain, même si les effectifs peu importants peuvent prêter à caution. Néanmoins, cela semble correspondre aux informations qui nous sont parvenues. Le milieu festif techno ne dispose pas de ce type de données, mais si l'on en croit le questionnaire qualitatif concernant ce milieu, l'ecstasy semble être le produit le plus consommé dans ce cadre.

Répartition des consommations de produits psychoactifs parmi les usagers de RuptureS (N = 67)



23. Sur la base des résultats produits dans le cadre de l'enquête quantitative administrée à 67 usagers qui fréquentent RuptureS.

Les opiacés

Quatre substances sont ici abordées, pour lesquelles les informations sont diverses et parfois contradictoires : l'héroïne, le rachacha, la buprénorphine et la méthadone. Les deux derniers, produits de substitution, sont en voie de développement, tant au niveau local que national.

L'héroïne

Les perceptions de la présence de l'héroïne sur le site varient suivant les informateurs. De la part des représentants du système répressif, et donc aux vues de saisies d'héroïne, on constate une stabilité, voire une légère diminution. Les consommateurs identifiés sont toujours les mêmes, ce qui laisse supposer une stabilité en la matière. Cette impression est partagée par des membres de Médecins du Monde qui constatent que l'héroïne blanche est un produit rare, de moins en moins disponible. L'héroïne brune, quant à elle, leur semble un peu plus disponible que la blanche, sans être pour autant plus présente qu'avant. Ces informations, basées sur les discours des usagers, font aussi état de quelques situations en milieu techno où ce produit serait fumé en descente d'autres produits, comme l'ecstasy. Cette indication est confirmée par les membres de l'association Keep Smiling qui relatent la présence de plus en plus importante de l'héroïne dans les *free-party* et les teknivals. Moins marginal, ce produit prend de l'importance, même s'il reste pour le milieu techno une « drogue taboue ». Parallèlement, une association de réduction des risques fait état d'une commune de l'agglomération lyonnaise où l'héroïne brune, très peu chère, circulerait beaucoup.

On constate donc que les perceptions de ce produit ne sont pas toujours convergentes, qu'elles semblent varier suivant le milieu qui est investigué et surtout le mode de consommation observé : l'injection a une image très négative en milieu festif. Par contre, le sniff comme la « chasse au dragon²⁴ » pourraient revêtir une image positive. Ce dernier mode d'administration se développe en milieu urbain. Il s'accompagne d'un joint de cannabis préparé au préalable, qui se fume juste après l'inhalation de l'héroïne. Ce joint est alors appelé « la goutte », et permet de faire monter le produit.

Le rachacha

Appelé « opium du pauvre », ce produit est, semble-t-il, essentiellement fabriqué dans le sud de la France. Il apparaît sur le marché de façon saisonnière, en fonction

24. La chasse au dragon consiste à faire chauffer sur un bout d'aluminium la poudre d'héroïne et à aspirer la fumée qui se dégage. Elle peut être préparée n'importe où et très rapidement.

des récoltes, dans une périodicité proche de celle des champignons hallucinogènes. C'est un produit considéré comme peu dangereux, bien qu'il s'agisse, comme le souligne certains interlocuteurs, d'un opiacé. D'une façon générale, ce produit semble peu visible, et assez méconnu des acteurs des milieux répressif et sanitaire. On ne recense qu'une seule affaire le concernant il y a deux ans et quelques signalements dans le cadre de fêtes techno. Cependant, même dans ce cadre, c'est un produit qui resterait rare, sauf peut-être dans les teknivals. Ce serait un produit peu vendu : les consommations seraient plutôt personnelles, les usagers amenant le produit avec eux en soirée. Lorsque le rachacha est vendu en milieu festif, on rapporte qu'une boulette coûterait 20 F et que le prix du gramme oscillerait entre 50 et 100 F. La rareté du produit fait qu'il est difficile de repérer un prix courant.

Le Subutex®

Le Subutex® représente un volume de 127 672 boîtes sur le département du Rhône²⁵, soit 26,4 boîtes pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans. Le taux de croissance des ventes de Subutex® est en hausse de 21,5 %, ce qui laisse entendre une augmentation globale de sa consommation sur le département. La quantité de Subutex® qui circule dans un marché parallèle aux traitements prescrits est globalement évaluée par les structures de soins et de prévention comme assez importante en milieu urbain. L'enquête en milieu hospitalier²⁶ indique que sur les 200 personnes qui déclarent consommer du Subutex®, 3 le font hors prescription, et 20 (soit 15 % de ceux qui suivent un protocole) complètent leur consommation officielle en s'en procurant sur le marché parallèle. Par ailleurs, l'enquête quantitative en boutique montre que parmi les 67 usagers interrogés, 13 (soit 19 % des consommateurs de Subutex®) s'en procurent entièrement ou en partie hors prescription médicale. Selon les acteurs sanitaires, les personnes sous substitution avec ce produit utiliseraient des stratégies consistant à aller voir plusieurs médecins en empruntant l'identité d'autres personnes afin de pouvoir, d'une part, augmenter leur dose personnelle et, d'autre part, en revendre. De ce fait, les prix auraient baissé, car il y aurait plus de marchandises sur le marché parallèle.

Le prix d'un comprimé de 8 mg oscillerait entre 15 et 40 F en milieu urbain, vendu couramment 20 F, tandis qu'une boîte de 7 comprimés de 8 mg se vendrait entre 50 et 150 F, et couramment 100 F. En milieu techno, on rapporte des prix allant de 20 à 50 F le comprimé de 8 mg.

Le Subutex® circulerait également sous forme de dépannage entre usagers, qui mettraient de plus en plus au point un « système de filet » pour éviter d'être à court. L'enquête OPPIDUM recense 7 personnes qui déclarent que le Subutex® consommé leur est donné. Un psychiatre estime que parmi ceux qui consomment du Subutex®, 70 % sont sous traitement et donc 30 % « consomment du Subu comme un produit de défonce ».

Globalement, il y aurait une augmentation de la visibilité du trafic dans la rue, notamment du fait de l'impunité que procure une ordonnance pour la détention de produit. De ce fait, on verrait également des boîtes vides dans la rue. Certains considèrent que c'est le trafic de stupéfiants le plus visible (en dehors du cannabis). De plus, on relate à Rillieux des scènes de shoot de Subutex® dans les escaliers d'immeubles.

La primo-consommation d'opiacés au Subutex® semble relativement peu répandue : en milieu techno, ce produit circule très peu, considéré comme le produit des toxicomanes, image à laquelle les adeptes du milieu techno ne s'identifient pas. Il est toutefois utilisé parfois en descente de produits stimulants. On nous signale par contre en milieu urbain l'apparition de situations de shoot sans initiation, qui se traduirait par une mauvaise manipulation du garrot qui ne serait pas enlevé après l'injection. Ces situations pourraient alors constituer des cas de primo-injection au Subutex®. Notons que des acteurs du soin signalent que certains usagers d'ecstasy ou même d'alcool se voient prescrire par des médecins de ville ce produit alors qu'ils n'ont jamais pris d'opiacés. D'autre part, il est noté que certaines toxicomanes démarrent au Subutex® en milieu carcéral.

Le Subutex® est toujours injecté en intraveineuse dans des proportions importantes : l'enquête quantitative en boutique montre que sur les 38 personnes qui déclarent consommer du Subutex®, 29 se l'injecteraient, soit plus des trois quarts d'entre eux ; l'enquête OPPIDUM fait état de 26 personnes se l'administrant par intraveineuse sur les 119 suivant un protocole de substitution, soit pratiquement 22 %. Par contre, il y aurait une amélioration concernant sa préparation du fait des messages de prévention : il serait écrasé plus fin et mieux filtré (utilisation plus importante de Stéricup). La question du dévoiement du mode d'administration du Subutex® a été soulevée par les acteurs du groupe focal sanitaire. Il est supposé que l'habitude du geste de l'injection intraveineuse puisse être un élément d'explication. De plus, il apparaît que la prise sublinguale recommandée pour le Subutex® dosé à 8 mg est de 10 minutes sous la langue, ce qui entraîne des désagréments liés au goût extrêmement amer. Des situations de vomissements incoercibles ont été rapportées de la part des usagers. Les gélules de 2 mg poseraient moins de problème de prise sublinguale, mais seraient très peu prescrites, car étant plus solubles, les

25. Enquête ILIAD, données 2000.

26. Enquête OPPIDUM, données octobre 2000.

médecins pensaient qu'elles étaient aussi plus souvent shootées, phénomène qui n'est pas démontré actuellement²⁷. D'un autre côté, plusieurs usagers relatent que, outre le goût très désagréable, ce produit rendrait malade lorsqu'il est pris par voie sublinguale (nausées, impossibilité de manger, ballonnements) et que ces dysfonctionnements disparaîtraient lors d'administration intraveineuse.

Par ailleurs, il est signalé, dans le cadre d'une structure de première ligne, que quelques usagers qui s'injectent le Subutex[®] se plaignent d'avoir un point dans le cœur après le shoot.

La méthadone

Sa circulation n'est signalée qu'en milieu urbain, par une boutique, où un groupe d'usagers de Subutex[®] se serait nouvellement constitué. La consommation de méthadone se serait développée, en particulier auprès des femmes. La plus grande diversité de la population sous traitement en ferait, par ailleurs, un produit plus courant sur le marché parallèle. On peut relativiser cette perception aux vues des résultats produits par l'enquête quantitative auprès des usagers fréquentant une boutique : sur 67 personnes, 9 consomment de la méthadone et parmi elles, 3 s'en procurent hors prescription médicale. L'enquête OPPIDUM va dans ce sens : 1 seule personne déclare obtenir de la méthadone par deal sur les 51 qui en consomment. Notons que le contexte sanitaire de recueil de données entraîne un biais important. Les patients qui consomment de la méthadone comme traitement de substitution ne sont « que » 27 % sur ce site, contre 42 % au niveau national²⁸.

Le prix de vente de ce produit, appelé aussi « sirop » ou « sucre », serait *a priori* en baisse. Cependant, il reste un peu plus cher que le Subutex[®] : un flacon de 60 mg serait vendu entre 30 et 70 F, et couramment 50 F. De la méthadone dont on ignore le prix viendrait de Belgique.

Les stimulants

Les stimulants recensés sur le site sont au nombre de quatre : la cocaïne, qui se répand de plus en plus, le crack, qui pourrait évoluer de façon masquée, l'ecstasy, toujours aussi populaire mais qui semble poser de plus en plus de questions aux usagers et les amphétamines ou speed, dont l'image reste assez peu valorisée.

27. Une enquête menée par Rupture5 sur 30 usagers de Subutex[®] montre que parmi les 10 usagers qui prenaient du 2 mg, 8 utilisaient la voie sublinguale, tandis que parmi les 20 autres qui prenaient du 8 mg, voire du 16 mg, tous se l'injectaient.

28. Enquête OPPIDUM, « Petite analyse comparative », OPPIDUM n° 12, octobre 2000, B. Bellemin, N. Bernard, CEIP de Lyon.

La cocaïne

Les informations sur la cocaïne concordent dans le sens d'une augmentation de la quantité de ce produit sur le marché, s'accompagnant d'une baisse des prix. Pourtant, sa consommation est annoncée par l'enquête OPPIDUM comme étant en recul au niveau local et national, après une stabilisation en 1999. On peut se demander s'il s'agit alors d'une augmentation réelle en 2001 (qui n'apparaîtrait pas dans les données de l'enquête n° 12) ou si le contexte de consommation, dans un cadre festif par exemple, la rendrait invisible à ce type de recueil de données en milieu hospitalier.

Annoncée très disponible en milieu urbain et techno, y compris en club et discothèque, son prix varierait suivant les contextes. En milieu festif, il oscillerait entre 400 et 800 F le gramme, et en milieu urbain, il serait compris entre 200 et 400 F (suivant la quantité achetée et la qualité), le prix le plus pratiqué étant de 300 F le gramme. Dans le cadre de rassemblement techno, ce produit est de plus en plus directement proposé aux néoconsommateurs. Parmi les usagers qui fréquentent les boutiques²⁹, la cocaïne est le produit psychoactif qui, en dehors du cannabis, est consommé par le plus de monde (46 %). Néanmoins, les structures de soins semblent ne relever que peu de cas de patients cocaïnomanes³⁰.

Si elle reste pure de 85 % à 90 % dans les saisies effectuées lors de son arrivée sur le territoire français, la cocaïne qui est mise en circulation est fortement diluée, avec par exemple des anesthésiques locaux ou des sucres³¹.

Une question se pose concernant l'origine végétale ou synthétique de la cocaïne, produit considéré comme « le champagne de la drogue ». Si la cocaïne d'origine synthétique est très peu présente dans les saisies qui sont analysées par le Laboratoire scientifique de la police, il semblerait pourtant qu'elle soit majoritairement en circulation en milieu festif et urbain ou au moins vendue comme telle, aux prix les plus intéressants. La cocaïne végétale serait au contraire de bien meilleure qualité et vendue environ 1 000 F le gramme. La non-concordance des informations sur l'origine de la cocaïne en circulation laisse à penser qu'il y a peut-être un sens différent sous le terme « cocaïne synthétique » : elle pourrait en fait ne pas être de fabrication entièrement synthétique, mais coupée avec de nombreux produits de synthèse, d'où son appellation de « synthétique » malgré une origine végétale. Cette

29. Sur la base des résultats produits dans le cadre de l'enquête quantitative administrée à 67 usagers qui fréquentent Rupture5.

30. Cf. le tableau de la file active des CSST année 2000 dans le plan départemental de prévention des dépendances : 46 personnes sur les 2 121 accueillies ont comme produit principal la cocaïne, ce qui représente 2,1 % des effectifs des patients recensés.

31. Laboratoire scientifique de la police de Lyon.

hypothèse permettrait d'expliquer les prix pratiqués, et une corrélation entre les quantités perçues par les différents acteurs et celles saisies et analysées par les acteurs du système répressif.

Le crack

Le crack, ou cocaïne base, est obtenu à partir de la cocaïne chlorhydrate, à savoir le produit dont on signale une augmentation de la disponibilité sur le marché. Du point de vue du secteur répressif, les affaires concernant le crack seraient rares. De fait, peu de cas de consommateurs de crack sont rapportés, que ce soit du point de vue des soignants ou des acteurs de prévention en milieu urbain. L'enquête quantitative auprès d'usagers d'une boutique³² ne relève que quatre cas. Quelques cas ont été ponctuellement signalés dans des quartiers d'habitat social de l'agglomération lyonnaise, mais apparemment le produit « n'a pas pris ». Pourtant, sous l'appellation « freebase » ou « caillou », les interlocuteurs des milieux festifs techno parlent d'une disponibilité relative en teknival, alors qu'ils disent ne pas avoir vu circuler de crack. La description des modes de fabrication et d'administration du freebase correspond pourtant à celle du crack (cocaïne mélangée avec de l'ammoniac ou du bicarbonate, puis chauffée. Le caillou ainsi obtenu est fumé, mélangé avec de la cendre de cigarette). Il semblerait donc que le crack soit consommé dans les rassemblements festifs sous le nom de « freebase », moins connoté que l'appellation « crack » autour de laquelle l'information a été très diabolisante.

L'ecstasy

Ce produit continue d'être perçu comme très disponible dans les rassemblements techno et, dans une moindre mesure, en soirées privées et en discothèques. En population générale, ce produit a été expérimenté chez les 17-18 ans uniquement pour 3 % des garçons et 2 % des filles. Il arrive en quatrième position dans le hit des produits consommés de l'enquête en boutique : 37,3 % déclarent en avoir pris dans le mois précédant l'enquête. L'enquête en milieu hospitalier ne fait état que de 4 usagers sur 279 déclarant avoir consommé de l'ecstasy. Ce résultat, très faible par rapport à celui obtenu dans l'enquête en boutique, pourrait s'expliquer de deux façons : d'une part, par une grande différence de population entre les deux enquêtes et, d'autre part, par l'hypothèse que la consommation de ce produit relève d'activités ludiques pour la plupart des usagers rencontrés qui, de fait, ne font pas état

de cette consommation à moins que la question ne leur soit posée³³. Cette réflexion a été développée lors du groupe focal sanitaire : selon leur propre constat, les soignants n'interrogent pas explicitement la consommation d'ecstasy chez les usagers qu'ils rencontrent.

On noterait par ailleurs une apparition de ce produit dans les quartiers d'habitat social de l'agglomération lyonnaise, auprès d'un public méconnaissant ses effets puissants, ce qui aurait donné lieu cette année à quelques situations où les effets du produit se seraient prolongés au-delà du temps habituel (ils sont « restés perchés » quelques jours).

Toujours plus souvent présentée sous forme de cachet que sous forme de poudre, la composition de l'ecstasy serait moins dosée en amphétamines que l'année dernière : les amphétamines seraient vendues comme telles. L'ecstasy contient plus souvent de la MDMA comme produit psychoactif. Donc, les pilules semblent globalement plus souvent dosées en principe actif et les effets seraient plus longs (notamment la 2CT7). Il est également constaté de plus en plus de consommations cumulées de cachets, jusqu'à trois dans la même soirée, en dehors des produits favorisant la montée ou apaisant la descente. Cela correspondrait à un comportement nouveau visant à être de plus en plus longtemps et de plus en plus fortement dans un état modifié de conscience.

D'autre part, par téléphone ou lors d'actions de prévention, les intervenants recensent beaucoup de questions de filles à propos de l'ecstasy concernant les conséquences de l'usage de ce produit sur les cycles menstruels et la fertilité. Ces questions ne ressemblent pas à celles qui ont été posées sur le même thème au début de la substitution par les hommes et les femmes qui consommaient de la buprénorphine : dans le cas des jeunes filles, les questions posées semblaient plus correspondre à des situations vécues. L'absence d'études épidémiologiques sérieuses empêche les professionnels de répondre précisément aux questions posées. Les cliniciens locaux n'ont que des données isolées pour répondre aux conséquences de l'usage d'ecstasy dans ce domaine.

Les prix de l'ecstasy seraient, *a priori*, en baisse depuis plusieurs années, ils seraient compris entre 50 et 150 F. Certains estiment que le prix courant est de 70-80 F, d'autres qu'il est de 100 F. Le prix courant d'un gramme de poudre se négocierait à 600 F. La perception de l'usage de ce produit resterait très bonne : peu dangereux et « cool ».

On relève quelques « arnaques » où des pilules auraient été vendues sous l'appellation « ecstasy » alors qu'il s'agissait de Nivaquine®, semblable au niveau de

32. Sur la base des résultats produits dans le cadre de l'enquête quantitative administrée à 67 usagers qui fréquentent Rupture5.

33. En effet, il n'y a pas de liste de produits préétablie dans le questionnaire de l'enquête OPPIDUM ; le nom de chaque produit est rempli en clair. On peut donc imaginer que l'ecstasy ait été oublié par les usagers.

l'aspect et du goût. D'autre part, certains des buvards saisis contenant habituellement du LSD étaient imprégnés d'ecstasy et de caféine. On ignore sous quel nom était vendu le produit. Peut-être est-ce une nouvelle présentation de ce produit ?

Les amphétamines et le speed

Moins répandues que l'ecstasy, les amphétamines semblent s'en distinguer plus clairement : auparavant, elles intervenaient dans la composition des pilules d'ecstasy ; actuellement, elles seraient vendues en tant que telles, généralement sous forme de poudre, ce qui permet une distinction plus claire. Elles resteraient rares dans les raves officielles, les soirées privées, ne se trouveraient pas en discothèques mais parfois dans certains bars. Il serait nécessaire de connaître les réseaux pour s'en procurer. Plutôt sniffé, on recense pourtant quelques cas où le produit aurait été injecté. Il peut également être consommé par voie orale : la poudre est alors placée dans un papier et avalée. Le terme employé pour désigner ce mode d'administration serait « le parachute ».

Le prix se situerait entre 100 et 200 F pour un gramme de poudre (prix courant : 150 F) et entre 150 et 200 F pour un gramme de pâte (prix courant : 200 F).

La perception de ce produit n'est pas très bonne : il serait plutôt considéré comme un produit de secours de la cocaïne, il n'aurait pas une image de « produit de bonne qualité » (« c'est de la merde »). Les effets ne correspondraient pas à la dimension festive recherchée dans les rassemblements techno (« c'est sauvage »). On remarquera par ailleurs que plus d'un quart (26, 6 %) des usagers fréquentant les boutiques³⁴ consomment des amphétamines et du speed de façon plutôt ponctuelle.

Les hallucinogènes

On recense six produits sur le site : le LSD, qui reste présent ; la kétamine, dont les usagers sont de plus en plus visibles ; les champignons hallucinogènes et leur apparition saisonnière ; le protoxyde d'azote, dont le phénomène tendrait à s'atténuer ; et de façon très marginale quelques informations sur le GHB et le PCP.

Le LSD

Le LSD resterait disponible en milieu festif techno, tout en n'étant pas constant, dépendant en partie des arrivages. Ce produit serait rare en soirées privées (bien que les acteurs du répressif en aient parfois saisi dans ce contexte), il ne serait pas

présent en discothèque. Il est consommé par le public de milieu urbain qui fréquente les boutiques³⁵ dans pratiquement un tiers des cas³⁶. Selon les acteurs de la répression, le conditionnement sous forme de « micro-pointe³⁷ » se développerait aux dépens de l'habituel « buvard ». Selon les saisies analysées par le Laboratoire de la police scientifique, certains buvards ne contiendraient aucun produit actif, alors qu'habituellement le dosage oscille entre 25 et 300 microgramme de LSD. Un type de buvard était plus particulièrement connu en 2000 : le « Hoffman 2000 ».

En milieu festif techno, le timbre serait couramment vendu à 50 F et globalement entre 20 et 70 F. La goutte liquide serait négociée entre 50 et 100 F (100 F en général), et la micro-pointe vendue au minimum 50 F, couramment 100 F. La micro-pointe serait réputée pour avoir des effets plus forts que les autres supports.

Les modes d'administration varient suivant la présentation du produit. Lorsqu'il s'agit d'un buvard, il peut être mâché. L'usager crache ou avale ensuite le carton, au choix. Apparemment, le fait de le mâcher poserait des problèmes de dents, raison pour laquelle il serait plus souvent avalé. Le buvard est également parfois placé dans une bouteille d'eau, ce qui permet un partage entre personnes et minimise les effets (c'est plutôt le cas d'une utilisation comme produit secondaire). Lorsqu'il se présente en goutte, le LSD peut être mis sur un sucre, dans un liquide ou sur un buvard. Nos interlocuteurs n'ont pas constaté de présence de LSD en poudre. Une rumeur ferait état de la circulation de LSD sous forme de gel.

Globalement, la perception de ce produit est duelle : considéré comme une « vraie » drogue, avec un aspect mythique et légendaire, il est très populaire. Mais la possibilité d'un « *bad trip* » le rend également effrayant.

La kétamine

Bien que très peu de saisies aient été effectuées, il semble que la kétamine apparaisse depuis trois ans sur le site lyonnais. On en entendait surtout parler mais, depuis un an, le phénomène serait visible, spécifiquement en milieu techno. Prise généralement en descente, elle est déclarée disponible en *free-party* par les observateurs des milieux techno, voire très disponible dans les teknivals. Les raves payantes, les clubs et les discothèques ne seraient pas concernées, la présence de ce produit en soirée privée est relativement rare, avec une seule soirée privée recensée par les acteurs du répressif en périphérie de Lyon. Les usagers qui se l'administrent par voie intraveineuse seraient très peu nombreux : ils fréquenteraient à la

35. Sur la base des résultats produits dans le cadre de l'enquête quantitative administrée à 67 usagers qui fréquentent RuptureS.

36. *Idem*.

37. La micro-pointe ressemble à un bout de mine de crayon.

34. Sur la base des résultats produits dans le cadre de l'enquête quantitative administrée à 67 usagers qui fréquentent RuptureS.

fois les milieux techno et urbain. À part le cas de ces personnes, on ne recense pas particulièrement de consommateurs en milieu urbain.

Une rumeur rapporte qu'il circulerait des ecstasys à la kétamine. D'autre part, une distinction serait faite entre deux sortes de kétamine : « la vétérinaire », dosée à 1 000 mg, la plus forte, et « l'humaine », dosée à 10 mg. Cette information ne peut être confirmée par des analyses en laboratoire en raison du très faible nombre de poudres de kétamine analysées : on ne recense que cinq échantillons étudiés au niveau national par les laboratoires de la police scientifique.

La kétamine se présente généralement sous forme de poudre, parfois sous forme liquide. Dans ce dernier cas, elle serait chauffée dans une poêle, afin de réduire le produit et obtenir de la poudre qui est ensuite sniffée. Ce serait alors plutôt une activité collective. Ce produit pourrait exister en cachet mais aucun des informateurs n'en a jamais vu.

Les informations sur le prix restent très incertaines, notamment du fait de la rareté relative du produit. En milieu festif, il oscillerait entre 200 et 400 F le gramme, le prix courant étant de 250 F.

Si la perception de ce produit est plutôt bonne de la part des personnes qui fréquentent les boutiques (notamment du point de vue de la qualité), elles s'en méfieraient tout de même car les effets semblent très forts. En milieu festif techno, l'image est différente selon qu'on sera ou non consommateur : les usagers en auraient une bonne perception, tandis que les autres qualifieraient le produit de « tue-la-teuf » car il rend trop amorphe. Il y aurait même eu des soirées « anti-kéta », pour lesquelles les tracts annonçant le rassemblement spécifiaient que ce produit n'était pas le bienvenu.

Les champignons hallucinogènes

On ne dispose que de très peu d'informations sur ce produit. Seuls les observateurs du milieu festif en font cas. Sa disponibilité est saisonnière, elle semble dépendre plus du temps qu'il fait que du marché des produits. Rarement vendus, les champignons hallucinogènes sont accessibles et très disponibles en automne dans les rassemblements techno. Par contre, ce ne serait pas un produit que l'on trouve en club ou en discothèque. En population générale³⁸, les 17-18 ans seraient respectivement 6 % et 3 % de garçons et de filles à les avoir expérimentés, ce qui est le pourcentage de produits illicites consommés le plus important, en dehors du cannabis.

Les variétés étrangères importées se vendent entre 100 et 200 F les 10 unités (1 unité = 1 champignon). Consommés généralement en groupe, en infusion, en

punch ou en omelette, ils sont « assaisonnés » avec du miel et du yaourt. Ils sont perçus comme conviviaux et peu dangereux, notamment parce qu'il s'agit d'un produit « naturel ».

Le protoxyde d'azote

Même si on en entend beaucoup parler, il semblerait que ce produit soit de moins en moins présent en *rave* depuis un an et demi. Il reste disponible en *free-party* à très disponible en teknival mais rare en *raves* payantes, en soirées privées, et n'existe pas en discothèque. L'observation en est aisée, ce qui donne à ces informations une certaine validité par rapport aux autres produits.

Le GHB

Ce produit resterait très rare, pratiquement introuvable, y compris en teknival. On ne recense qu'un consommateur de GHB dans l'enquête quantitative menée auprès d'usagers de boutique.

Le PCP (phencyclidine)

Réapparition de cette substance selon un acteur du domaine répressif. Nous ne disposons pas d'information précise sur la question.

Le cannabis

Le cannabis est un produit consommé par 61 personnes sur les 67 qui ont répondu à l'enquête quantitative en boutique. Parmi elles, plus des trois quarts en consomment quotidiennement. Dans l'enquête OPPIDUM, les usagers de cannabis ne sont « que » 31 % (n = 87), mais cela constitue tout de même 61 % des produits illicites consommés. Parmi eux, 71 % en consomment quotidiennement. En Rhône-Alpes, 54 % de garçons et 44 % de filles de 17 et 18 ans ont expérimenté le cannabis³⁹. Parmi eux, respectivement 48 % et 35 % en ont consommé plus d'une fois dans l'année, dont 35, 4 % et 17,1 %, 10 fois ou plus dans le mois (soit 17 % et 6 % de la population des 17-18 ans). On constate parmi les usagers réguliers une proportion de garçons plus importante (+ 18 points), ce qui fait du cannabis un produit plutôt masculin. Ce constat se retrouve aux différents niveaux de consommation, y compris en population spécifique, où il est accentué⁴⁰.

39. Enquête ESCAPAD 2000-2001.

40. Les hommes sont 6 fois plus souvent consommateurs de cannabis dans l'enquête OPPIDUM, et 4,5 fois plus dans l'enquête en boutique.

38. ESCAPAD 2000-2001.

Par ailleurs, les interlocuteurs du milieu festif techno font état d'une consommation banalisée, constituant « la drogue de tout le monde ». Les acteurs du système répressif qui ont été interrogés constatent pour leur part une visibilité plus grande des fumeurs de cannabis pour lesquels la fabrication des joints et leur consommation ne seraient plus dissimulées. Ce produit, largement consommé, subirait néanmoins quelques modifications au niveau de sa composition, avec l'apparition du tabasla et de la nederwit.

Le tabasla

Selon les sources du système répressif, on constate depuis trois ans une diminution de la résine de cannabis au profit du tabasla, ou pollen. C'est un produit travaillé différemment (même s'il s'agit toujours de résine de cannabis) qui serait généralement plus dosé que la savonnette de résine de cannabis, sur laquelle est habituellement visible une empreinte (des lettres : BOSS, un sigle : Renault...) et dont le taux en delta-9-THC est en moyenne de 8 à 10 %. Le tabasla (TBS) se présente sous forme de plaquette, présentant parfois une empreinte et pour lequel le taux en delta-9 est généralement plus élevé (pouvant atteindre 18 %), mais il arrive également que le taux soit moins élevé (5 % et parfois moins). Bien que le tabasla ne soit pas cité par les informateurs sanitaires, ceux-ci relatent en revanche des situations de crises de distorsion de perception très importantes, voire des crises de panique (vérifiées dans plusieurs structures), dans certains cas après la consommation d'un seul joint. Ceci laisse à penser que les produits en circulation pourraient être très concentrés en principe actif. Depuis un an, le tabasla se serait généralisé. Dans un cas, il se présentait sous la forme d'un boudin, dont le principe actif atteignait 26 %. D'autre part, dans le cadre d'une consultation en milieu hospitalier, le cas d'une femme est signalé : l'analyse de ses urines aurait révélé des traces d'opiacés alors qu'elle pensait avoir consommé seulement du cannabis.

La marijuana

Selon les acteurs du système répressif, il semble que soit arrivée sur le marché français une herbe transgénique, baptisée « nederwit », qui serait cultivée en serre en Hollande à la place de l'herbe habituelle. On arriverait de ce fait à 19 % de THC, seulement sous forme d'herbe. Ce type de produit nécessite un matériel sophistiqué pour la culture : serre, hydrométrie surveillée, etc. Aucune saisie n'aurait été faite sous forme de résine, les têtes, haut de la plante femelle, se vendent telles quelles. Sur un cas datant de l'année dernière, il semblerait qu'il y ait des risques de coma de plusieurs jours.

La présence de cette herbe fortement dosée n'est pas signalée par les acteurs du champ sanitaire, même si certains indiquent une légère augmentation de la présence d'herbe sur le marché (produit qui resterait assez rare), notamment due au développement de la culture personnelle.

En outre, les services de répression observent des situations nouvelles de crise de manque lors de garde à vue chez de « gros » consommateurs de cannabis (usagers de 15/16 joints par jour). Ils attribueraient cette observation au dosage important des produits, qui finirait par induire une dépendance. Dans le même sens, l'enquête OPPIDUM fait état de 56 % d'usagers de cannabis présentant des signes de souffrance, morale ou physique à l'arrêt du produit et de 41 % d'usagers de cannabis pour lesquels on décèlerait une certaine pharmacodépendance.

Les médicaments psychotropes

Les médicaments psychotropes constituent, en population générale, le seul produit psychoactif plus consommé par les femmes que par les hommes. À 17-18 ans, les rhodaniennes sont 29 % à avoir déjà expérimenté ce type de produits, contre 12 % des garçons. Bien que cette consommation se situe dans la moyenne nationale, le chiffre semble très élevé en comparaison des autres produits psychoactifs expérimentés par les filles : seul l'alcool et le cannabis sont plus souvent essayés. Cette répartition sexuée n'est pas forcément vérifiée dans le cas d'usage abusif de ce type de médicaments⁴¹.

Cinq médicaments ont été nommément cités : le Rohypnol[®], le plus prisé dans cette catégorie ; le Néocodion[®], de plus en plus marginal ; l'Artane[®] ; le Skenan[®] et le Valium[®], sur lesquels les informations sont succinctes.

Le Rohypnol[®]

Les observations concordent à propos d'une baisse de la consommation de Rohypnol[®], attribuée en grande partie à la modification du cadre législatif qui a été posé depuis un an et à la vigilance des pharmaciens sur la cohérence des ordonnances. Les nouveaux consommateurs, devant la réticence des médecins, seraient enclins à exercer des pressions pour avoir leur prescription.

Dans l'enquête quantitative menée en boutique⁴², ce produit occupe le premier rang parmi les médicaments psychotropes, avec 13 personnes consommatrices (soit

41. L'enquête quantitative en boutique donne des comportements équivalents entre hommes et femmes concernant les médicaments psychotropes détournés de leur usage.

42. Sur la base des résultats produits dans le cadre de l'enquête quantitative administrée à 67 usagers qui fréquentent Rupture5.

19,4 %), dont 8 dans le cadre d'une prescription médicale. Aucune d'entre elles ne le fume, une seule le sniffe. Le mode d'administration est généralement la voie orale (n = 9) et l'injection (n = 5). Neuf d'entre elles disent avoir eu des difficultés à se procurer le produit au cours des six derniers mois, principalement parce que les médecins n'en prescrivent plus. Ceci confirme les hypothèses formulées ci-dessus concernant la disponibilité de ce produit.

L'enquête OPPIDUM annonce qu'à Lyon, cette benzodiazépine n'occupe « que » la huitième place des consommations de médicaments psychotropes, alors qu'elle reste à la première place au niveau national. Il faut préciser tout de même que la catégorie des benzodiazépines à laquelle le Rohypnol® appartient reste placée en première position dans la consommation des médicaments psychotropes⁴³. Les résultats reposent sur des effectifs restreints : 7 des 279 enquêtés, soit 5 % qui l'ont signalé comme faisant partie de leurs consommations.

Il semblerait que la représentation de ce produit n'a pas changé : elle reste excellente. Même si le produit n'est plus là, sa présence demeurerait très forte dans l'imaginaire des usagers. En même temps, un sentiment de peur persiste, lié à la dépendance qu'il entraîne. Ceux qui ne sont pas consommateurs de ce médicament trouvent que c'est un produit qui « robotise », ils surnomment les usagers de Rohypnol® des « schtroumfs », à cause du colorant bleu des cachets qui teinte la peau.

Nos interlocuteurs de la boutique RuptureS considèrent que la consommation de ce produit est inquiétante. Ils recensent d'abord de plus en plus de consommateurs, plus jeunes qu'avant. Les pathologies associées à ce produit, dont l'accrochage physique et psychologique est violent, sont importantes, notamment la dénutrition (car les usagers oublient de manger) ou les hépatites médicamenteuses. De plus, il semblerait que certains « gonflent ». Le mélange avec l'alcool est très courant malgré des dangers importants, tandis que l'association Rohypnol® et Subutex®, également pratiquée, entraînerait des problèmes d'insuffisance respiratoire. Les effets secondaires physiques favorisent une perte de contrôle et de vigilance qui serait la cause d'accidents. De plus, ce désinhibiteur entraîne des comportements très violents lorsqu'il est surdosé.

Le Néocodion®

Les avis s'accordent pour constater une faible consommation de Néocodion®. On signale tout de même quelques cas de jeunes de 20 ans primo-consommateurs à ce produit, ainsi que quelques cas de consommation en intraveineuse. Toutefois,

43. On peut se poser la question de savoir si sa prescription n'aurait pas été remplacée par un autre benzodiazépine, ce qui expliquerait le recul du Rohypnol® mais le maintien de l'usage de cette catégorie de médicament.

cela n'apparaît pas parmi les 6 consommateurs recensés chez les usagers de la boutique enquêtée, ni parmi les 6 autres relatés par l'enquête OPPIDUM. Les CSST semblent en accueillir de moins en moins⁴⁴.

L'Artane®

On dispose de peu d'informations sur la question, et, qui plus est, divergentes. Certains perçoivent ce produit comme plus disponible et d'autres observent l'inverse. Ceci ne permet pas d'établir de constat clair. On ne recense que 4 cas dans le cadre de l'enquête quantitative en boutique. Globalement, il ne semble pas y avoir de changement majeur concernant ce produit.

Le Skenan®

Les membres d'une boutique estiment que ce produit est moins disponible dans la mesure où il y a moins d'ordonnances délivrées le concernant depuis une réactualisation de la circulaire de limitation de la prescription. Mais il existerait quelques médecins qui continueraient à en prescrire. Le Skenan® serait plus souvent échangé que vendu, et cela contre des produits recherchés.

Le Valium®

Il n'y aurait pas de circulation de Valium® : ce produit ne s'obtiendrait que sur prescription et par vol. Il resterait très marginal.

Divers

Le datura

Un seul cas de datura a été recensé cette année à l'occasion d'une demande d'information sur la législation concernant ce produit. Il s'agissait d'une fille qui avait avalé 20 graines. Néanmoins, cette plante serait très accessible dans la mesure où elle pousserait librement sur le bord du Rhône, ou même au parc de la Tête d'Or (Lyon).

Les solvants

On constaterait une disparition pratiquement complète des solvants et des discussions en faisant état. Quelques cas seraient signalés à propos d'enfants d'environ

44. L'analyse produite dans le document « Petite analyse comparative », OPPIDUM n° 12, octobre 2000, de B. Bellemin et N. Bernard, CEIP de Lyon, confirme cette tendance au recul de la codéine tant au niveau local que national.

10 ans, résidants dans des quartiers d'habitat social de l'agglomération lyonnaise. Un autre cas est relaté d'une femme en soin qui prend de l'éther, situation que les soignants n'avaient plus vu depuis 10 ans.

Le poppers

Ce produit en vente libre semble circuler dans les soirées privées et les clubs ou les discothèques, mais ne se trouverait pas dans les rassemblements techno.

Apparition de situations non recensées liées à l'usage de drogues

Plusieurs participants du groupe focal sanitaire relatent des entretiens avec des personnes qui leur font part d'expériences de trous de mémoire de quelques heures, durant lesquelles elles auraient eu des rapports sexuels non désirés, et faisant l'hypothèse de médicaments consommés à leur insu : « J'étais dans un café, j'ai bu, et je me suis retrouvé ailleurs, déshabillé... » Les victimes, marquées d'un fort sentiment de honte, ne portent pas plainte, ce qui rend le phénomène difficile à cerner.

À Lyon, un bar aurait été identifié, suite aux témoignages d'une personne accueillie aux urgences d'un hôpital et de cas relatés dans le cadre d'accueil en CSST. Un médecin rapporte que ses patients disent garder leur verre avec eux en soirée de peur qu'on y dépose une drogue à leur insu. Dans le milieu techno, c'est une crainte que l'on retrouve, mais qui ne semble pas vraiment vérifiée. Les usagers parlent du GHB (Gamma OH) comme « drogue du viol ». Pourtant, une seule personne parmi les interlocuteurs du groupe focal sanitaire dit avoir vu un consommateur de GHB une fois en *rave* depuis trois ans parmi les milliers d'usagers rencontrés. La question est donc de savoir avec quel produit les faits relatés sont-ils accomplis ? Cela relève-t-il d'un fantasme collectif ?

CONCLUSION ET QUESTIONS

L'étude des tendances récentes en matière de consommation des drogues est la première à être réalisée sur le site de l'agglomération lyonnaise. Il s'agit d'un état des lieux qui est encore largement influencé par les observations indirectes effectuées par les membres des équipes spécialisées et par les usagers fréquentant les institutions. Les informations sont néanmoins abondantes et brossent un premier tableau de la situation du site.

Concernant les produits présents sur le site, on ne relève pas de nouvelles substances à proprement parlé. Par contre, on peut voir, pour un certain nombre d'entre eux, des modifications quant à leur disponibilité, le mode d'administration, la représentation que les usagers s'en font ou les caractéristiques des usagers eux-mêmes. Le statut des données recueillies sur ces questions est difficile à établir, et par là même, les informations produites très relatives. Néanmoins, quelques phénomènes apparaissent comme émergents.

Concernant l'héroïne, on constaterait un développement de la « chasse au dragon », forme d'administration par inhalation de la fumée produite par l'héroïne. Par ailleurs, la cocaïne continuerait sa diffusion dans tous les milieux. Le crack, peu cité en tant que tel, pourrait avancer masqué sur l'appellation « free-base » en milieu techno. L'ecstasy, toujours aussi populaire dans les rassemblements festifs techno, serait très peu interrogé par les soignants des centres de soins, tandis que les patients n'en feraient que peu de cas, banalisant cette consommation considérée comme ludique. La diffusion du LSD sous forme de micro-pointes persisterait depuis trois ans, sans noter une augmentation globale significative de ce produit perçu comme « mythique » et plutôt inquiétant du fait des potentiels « *bad trip* ». Les usagers de kétamine deviennent visibles dans les rassemblements techno, alors que jusqu'à présent cette consommation restait du domaine du récit. En milieu urbain, le Rohypnol® continuerait d'être présent, mais on constaterait une baisse de la consommation de Néocodion®. Le cannabis, dont la consommation aurait une visibilité croissante, se diffuserait de plus en plus fréquemment sous la forme de tabasla, sorte de résine généralement plus dosée que les savonnets, et sous sa forme première, à travers la nederwit, herbe de Hollande transgénique dont le taux de

delta-9-THC serait plus fort que la marijuana qui circulait jusqu'à présent. On peut supposer un lien entre ces produits plus dosés, la consommation très importante de certains usagers et les crises de manques observées lors de garde à vue pour les consommateurs de ce produit.

Outre les phénomènes liés directement aux produits, un certain nombre de constatations et de questions viennent émailler ce rapport.

On relève tout d'abord l'apparition sur le plan sanitaire de quelques cas de tuberculoses. Les boutiques font par ailleurs état d'une parasitologie très importante parmi les usagers qui fréquentent leur lieu. Elles ont décelé en outre quelques cas du phénomène « gant de boxe ».

Lorsque son usage est détourné, le Subutex® continue d'avoir des effets désastreux sur la santé de ses consommateurs. Les acteurs de soins s'interrogent sur le mésusage de ce produit en partie induit par les modes de soins et de prise en charge : le dosage et le mode d'administration du Subutex® semblent jouer un rôle important qu'il s'agirait d'éclaircir.

Dans une perspective de compréhension des comportements des usagers, une demande est formulée de la part des acteurs sanitaires pour que soit objectivée la question des trajectoires des usagers lors de la prise en charge et de l'analyse des situations. En effet, il semble que les toxicomanes qui viennent consulter présentent la particularité d'avoir des trajectoires géographiques et culturelles fragmentées, particulièrement pour les personnes issues de l'immigration maghrébine.

L'accent est mis sur l'augmentation des pathologies relevant du psychiatrique, auxquelles sont confrontées de plus en plus fréquemment les boutiques ou les centres de soins. La difficulté réside dans le fait qu'ils ne disposent pas de moyens réels pour traiter ces problèmes. Par ailleurs, le partenariat avec les hôpitaux psychiatriques locaux ne semble pas évident. En effet, ces derniers conçoivent mal qu'une personne dépendante à des produits psychotropes ait également une pathologie psychiatrique relevant d'un soin spécialisé.

Enfin, on recense une augmentation rapide du nombre de personnes fréquentant les boutiques depuis juin 2001, pour lesquelles les nouveaux effectifs sont principalement constitués d'usagers vivant en « tribu ». Devant cette affluence, et aux vues des capacités des structures de première ligne, la boutique RuptureS propose qu'un autre lieu soit ouvert, en réponse au problème auquel elle est confrontée.

À partir de mars 2002, le programme SINTES (Système d'identification national des toxiques et substances) débutera sur le site de l'agglomération lyonnaise. Ce dispositif de recueil d'échantillons de produits de synthèse constitue un volet complémentaire au programme TREND, puisqu'il renseigne sur l'évolution de la composition des produits psychoactifs en circulation et leurs contextes.

Il permet ainsi de repérer l'émergence de nouvelles substances dans des délais courts.

Ce rapport constitue le résultat d'une première année de recueil de données sur les phénomènes liés aux usages de drogues. La participation des différents acteurs de terrain et l'intérêt qu'ils portent au programme laissent présager son développement dans les années à venir. Sur ce point, la méthodologie du programme TREND visant à développer le recueil de données au niveau local porte ses fruits, trouvant un écho certain chez les acteurs de terrain du champ de la toxicomanie.

BIBLIOGRAPHIE

Boutahra (F.), *Historique des aspects de l'usage de stupéfiants dans l'agglomération lyonnaise des années 1960 à nos jours*, CHS Le Vinatier, Service médico-psychologique régional, prisons de Lyon, Antenne toxicomanies (CSST en milieu fermé), mars 2000.

Bellemin (B.), Bernard (N.), *Petite analyse comparative*, OPPIDUM n° 12, CEIP de Lyon, 2000.

Comité de Pilotage de la lutte contre la drogue et de la prévention des dépendances, *Plan départemental de prévention des dépendances, préfecture du Rhône, corps de texte et annexes*, 2001.

Miachon (C.) (CNDT), Moglia (A.) (TEMPO), coordination, *La prévention de l'usage et de l'abus de substances psychoactives et des comportements liés aux rassemblements musicaux*, sur une initiative du Conseil régional de la région Rhône-Alpes, 2000.

MARSEILLE

CONTRIBUTIONS AU PROJET	389
REMERCIEMENTS	390
REPÈRES	391
LE SITE ÉTUDIÉ	391
LES ESPACES ÉTUDIÉS	393
LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES	394
PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS 2001	395
NOUVELLES POPULATIONS D'USAGERS ?	395
PROBLÈMES DE COMORBIDITÉ	396
LES MODES D'ACQUISITION DES PRODUITS	397
LES CONTEXTES DE CONSOMMATION	399
LES MODES D'ADMINISTRATION DES PRODUITS	401
LES PERCEPTIONS RELATIVES AUX PRODUITS ET AUX MODES D'ADMINISTRATION	402
LES COMPORTEMENTS VIS-À-VIS DE LA RÉDUCTION DES RISQUES	404
CONSOMMATIONS ÉMERGENTES	405
ÉTAT DES LIEUX DÉTAILLÉ	425
2001	425
LES USAGERS DE PRODUITS	425

CONTRIBUTIONS AU PROJET

Présentation du dispositif TREND

Pour l'espace urbain, nous avons choisi de travailler avec l'ensemble des dispositifs bas-seuil de la ville de Marseille dans le cadre du dispositif TREND¹.

Dans l'espace festif techno, sur le site de Marseille, une seule association, Le Tipi, intervient sur les drogues, une équipe de Nice, la Mission Rave de la Mutualité, a donc été associée pour enrichir le recueil.

Durant cette année 2001, huit équipes de terrain différentes ont donc été associées au dispositif TREND avec la volonté d'améliorer la couverture géographique du site de Marseille et d'impliquer le plus grand nombre d'acteurs de terrain.

Responsable de l'étude et rédaction du rapport

Marie Jauffret-Roustide (*Observatoire régional d'épidémiologie – Centre de recherche psychotropes, Santé mentale, Société*)

Coordination scientifique du projet

Marie Jauffret-Roustide (*Observatoire régional d'épidémiologie – Centre de recherche psychotropes, Santé mentale, Société*)

Dr Xavier Thirion (*Laboratoire de santé publique*)

Principaux partenaires associés à TREND durant l'année 2001

Observation régionale d'épidémiologie

Laboratoire de santé publique

Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances

AIDES

Point écoute – SOS Drogue international

Transit-Ampt

Sleep-in – SOS Drogue international

Médecins du Monde

1. Exception faite pour ASUD, association liée à l'OFDT par une convention nationale. Nous n'avons donc pas pu travailler directement avec ASUD cette année, mais nous avons pu exploiter les données issues de leur questionnaire qualitatif. En 2002, il est prévu d'intégrer ASUD dans le dispositif local TREND dans le cadre d'un groupe focal.

Le Tipi

Mission Rave-Mutualité française de Nice

ASUD-Marseille (dans le cadre d'une convention nationale ASUD-OFDT)

Enquêteurs TREND

Équipe de proximité AIDES : Hervé Richaud, Cédric Chater, Patricia Crépin, Nordine Frizi, Stéphanie Lombardo

Recueil qualitatif

Boutique Transit-AMPT : Bruno Tanche, Hervé Sue, Marc Bastide, Chantal Forterre, Mami Timricht, Kamel Akroun

Sleep-in – SOS Drogue international : Pierre Prual, Dominique Gilles, Lakhdar Benchabane, Kader Chabbal

Médecins du Monde : Didier Febvrel, Carole Belingher, Djamel Ben Mohamed, Solen Deligny, Mansour Hamadi, Stéphane Rolland

Le Tipi : Nicole Ducros, Hélène Bannani, Françoise Mansy, Guillaume, Gwen

Mission Rave-Mutualité française de Nice : Jérôme Reynaud

ASUD-Marseille : Hamid, Nasser, Omar, Sylvie, Laurent

Documentation

Béatrice Bessou (CIRDD)

Florence Chevallet (CIRDD)

Anne Ferenczi (CIRDD)

Comité de suivi TREND

Marie Jauffret-Roustide (Observatoire régional d'épidémiologie – Centre de recherche psychotropes, Santé mentale, Société)

Pr Jean-Louis San-Marco (Laboratoire de santé publique)

Bruno Tanche (Association méditerranéenne de prévention de la toxicomanie)

Dr Xavier Thirion (Laboratoire de santé publique)

Étienne Zurbach (CIRDD)

REMERCIEMENTS

Dr Julien Emmanuelli (Institut national de veille sanitaire)

Marie-Thérèse Pacchioni (OREP)

Françoise Sabre (OREP)

Carine Saillard (Laboratoire de santé publique – Centre associé CEIP PACA)

Dr Pierre Toubiana (Mission Sida-Toxicomanie)

REPÈRES

LE SITE ÉTUDIÉ

Description du site

Marseille est une ville portuaire qui compte environ 800 000 habitants située dans le département des Bouches-du-Rhône qui totalise 1,8 millions de personnes. Marseille se caractérise par une importante diversité ethnique et culturelle avec une immigration venant principalement des pays du Bassin méditerranéen.

Autour du centre-ville se sont développées plusieurs cités construites à partir des années 1960 et 1970, appelées « les quartiers ». Les quartiers nord constituent l'espace le plus défavorisé économiquement, tandis que les quartiers sud connaissent une plus grande diversité sociale où vit une population majoritairement aisée, mais subsistent également quelques îlots de pauvreté.

Dispositif de prise en charge spécialisé

La ville de Marseille s'est impliquée depuis plusieurs années dans les questions d'usage de drogues à travers la création de la Mission toxicomanie-sida qui participe au financement d'un certain nombre d'initiatives de réduction des risques en direction des usagers de drogues. Si Marseille connaît une forte prévalence en matière de toxicomanie, le dispositif de prise en charge et de réduction des risques y est particulièrement développé, surtout dans l'espace du centre-ville. Marseille dispose de centres de soins spécialisés gérés par le secteur associatif ou hospitalier, de plusieurs dispositifs de dispensation de substitution dont un Bus méthadone, d'un *sleep-in*, de nombreuses équipes de proximité et d'associations d'autosupport.

Données sur les consommations de produits psychoactifs

En 1999, le nombre d'usagers d'opiacés et de cocaïne à Marseille serait estimé à 5 758, soit une prévalence de 10,60/1000² plutôt élevée comparée à celle d'autres villes comme Toulouse (6,50), Lille (10), Lens (7), mais plus basse que celle de Nice (15,30), autre ville de la région PACA.

En 2000, le taux d'interpellation des usagers d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy a augmenté de 13,7 % par rapport à l'année 2000 dans les Bouches-du-Rhône, une augmentation plus importante que la moyenne nationale se situant aux alentours de 4,7 %³.

Données sur la consommation de cocaïne

En 2001, l'étude ESCAPAD (portant sur les jeunes de 17-18 ans) met en évidence que le taux d'expérimentation de la cocaïne est le plus important à Marseille, comparé aux dix autres sites TREND de métropole. À Marseille, 4 % des garçons et 3 % des filles déclarent avoir expérimenté la cocaïne. Ce taux est un des indicateurs de la disponibilité de la cocaïne sur Marseille, dans la mesure où Marseille se situe dans la moyenne pour les expérimentations d'autres produits.

D'autres indicateurs confirment cette tendance. En région PACA, les demandes de prise en charge liées à la cocaïne (5,7 %) sont plus nombreuses que dans le reste de la France (moyenne nationale de 3,6 %⁴).

Les interpellations pour usage-revente de cocaïne sont également plus fréquentes puisque les régions PACA et Ile-de-France représentent la moitié des interpellations ayant lieu sur le territoire français, elles sont de l'ordre de 21 % pour PACA⁵.

Données sur la consommation de Subutex®

Dans le département des Bouches-du-Rhône, sur 1 835 407 habitants, 2 078 patients seraient en traitement Subutex® prescrits par un médecin et remboursés par la sécurité sociale. Si on estime que 86 % des prescriptions de Subutex® sont l'objet de remboursement, on peut estimer approximativement entre 2 200 et 2 500 le nombre d'usagers consommateurs de Subutex® dans les Bouches-du-Rhône⁶.

En 2000, dans les Bouches-du-Rhône, les ventes de Subutex® ont augmenté de 17,1 % (pour une augmentation de 14,8 % au niveau national⁷).

LES ESPACES ÉTUDIÉS

Le site de recueil TREND concerne la ville de Marseille et non le département des Bouches-du-Rhône ou la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Toutefois, dans le cadre de l'espace festif, la Mutualité française de Nice a été sollicitée pour répondre au questionnaire qualitatif espace festif car, lors des événements techno, la ville de Marseille ne constitue plus l'espace pertinent dans la mesure où ces fêtes se déroulent souvent en dehors des villes.

Les espaces étudiés dans le cadre du dispositif TREND-Site de Marseille concernent essentiellement l'espace urbain, plus particulièrement le centre-ville (quartier Noailles, Cours Julien, quartier de la Gare...) et les lieux dans lesquels se situent les structures de réduction des risques.

Dans une moindre mesure, d'autres lieux plus excentrés, comme les quartiers nord, ont également été investigués grâce à la présence d'intervenants de proximité dans ces espaces.

Pour l'espace festif, les lieux d'observation sont plus vastes, ils dépassent largement le centre-ville de Marseille car ils se superposent aux différents événements festifs techno ayant eu lieu dans la région PACA en 2001. Des espaces festifs du centre-ville ont également été des lieux d'observations, comme les bars et les boîtes ainsi que certaines fêtes de quartier comme la Fête du Plateau.

En 2001, la couverture spatiale du dispositif TREND reste partielle tout particulièrement pour l'espace urbain. En effet, les observations portent principalement sur les usagers de drogues fréquentant les dispositifs bas seuil ou rencontrés dans la rue, c'est-à-dire sur les usagers les plus précaires. Certains quartiers (quartiers sud de Marseille) et certaines populations (les usagers plus insérés socialement) ne font donc pas partie de notre recueil de données. Cet élément est à prendre en considération pour la lecture de ce rapport qui ne prétend en aucune manière donner des éléments sur l'ensemble des usagers de drogues sur Marseille, mais uniquement sur une population d'usagers plutôt précarisée socialement et en contact avec le dispositif de réduction des risques.

2. E. Chevallier, *Estimations locales de la prévalence d'usage d'opiacés et de cocaïne en France. Une étude multicentrique à Lens, Lille, Marseille, Nice et Toulouse*, OFDT, 2001.

3. Données ILIAD (Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions), OFDT.

4. DRESS - DGS, 1999, *Enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et social*.

5. OFDT, *Drogues et dépendances - Indicateurs et tendances*, 2002.

6. Données extraites par Xavier Thirion de la base CPAM - Données sur la prescription de buprénorphine, 2000.

7. Données ILIAD (Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions), OFDT.

LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES

Les méthodes utilisées dans le cadre de TREND sont essentiellement qualitatives, elles reposent principalement sur des observations ethnographiques effectuées par les équipes de rue de AIDES lors de leurs interventions dans le centre-ville et lors de certains événements festifs comme la Fête du Plateau ; et par le recueil de données qualitatives recueillies auprès d'équipes de réduction des risques auprès des usagers de drogues en milieu urbain (Boutique Transit-AMPT, Médecins du Monde, *sleep-in*-SOS Drogue international, ASUD-Marseille) et en milieu festif (Tipi, Mission *rave* de la Mutualité française de Nice).

Les données relatives aux consommations de produits psychoactifs présentées dans ce rapport sont principalement le reflet des observations des professionnels et des militants intervenant auprès d'usagers de drogues dans le cadre de la réduction des risques. Si certaines des tendances semblent pouvoir être confirmées, d'autres mériteraient d'être objectivées par d'autres données (par des études ou des données d'activité d'autres types de dispositifs intervenant auprès des usagers de drogues), ces tendances pourront être suivies les années suivantes.

Nous avons complété les données issues du dispositif spécifique TREND-Site de Marseille par les données de l'étude OPPIDUM-Site PACA grâce à une extraction effectuée par Xavier Thirion et Carine Saillard sur l'année 2001. OPPIDUM-Site PACA est une étude quantitative portant sur des usagers vus dans les centres de soins suivants : l'Intersecteur des pharmacodépendances, le CSST de l'AMPT à Marseille, le CSST de l'Ampt à Martigues, le CSST des Baumettes, Addiction-Sud. En 1999, 390 sujets ont été inclus, 341 en 2000 et 355 en 2001.

Nous allons présenter maintenant de manière plus détaillée l'ensemble des tendances rencontrées lors de l'année 2001 à Marseille avec le classement suivant :

1) Pour les phénomènes émergents :

- les produits émergents,
- les tendances émergentes relatives à des produits déjà répandus les années précédentes.

2) Suivi d'un état des lieux détaillé des autres produits classés selon la catégorie à laquelle ils appartiennent : opiacés, stimulants, hallucinogènes, médicaments psychotropes et cannabis.

PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS 2001

NOUVELLES POPULATIONS D'USAGERS ?

Dans l'espace urbain

Les consommateurs « traditionnels » d'héroïne semblent de plus en plus rares. L'héroïne tendrait à acquérir un statut proche de celui de la cocaïne quelques années auparavant et attirerait ainsi de nouvelles catégories de consommateurs. Ainsi, il semblerait qu'émerge une nouvelle population d'héroïnomanes plus jeune, plus aisée appartenant souvent aux milieux dits « branchés ».

La cocaïne (et la MDMA dans une moindre mesure) connaîtrait un processus inverse. La cocaïne ne serait plus réservée aux populations aisées, elle se diffuserait dans l'ensemble de la population et plus particulièrement chez les anciens consommateurs d'héroïne parfois marginalisés socialement.

De jeunes usagers âgés de 18 à 25 ans entreraient dans la toxicomanie⁸ par le biais d'un traitement de Subutex[®] prescrit par leur médecin généraliste.

Quelques dispositifs bas seuils font remarquer que récemment des usagers plutôt insérés socialement fréquenteraient les dispositifs bas seuils pour venir s'y approvisionner en seringues.

La consommation de cannabis concernerait des usagers de plus en plus jeunes, parfois âgés de 12-13 ans.

Dans l'espace festif techno

La population tend à se diversifier de plus en plus, avec un clivage de plus en plus apparent entre les événements autorisés (*raves* payantes, bars, discothèques)

8. Il est toujours difficile de dater l'entrée dans la toxicomanie. Ces jeunes consommateurs de Subutex[®] étaient certainement des consommateurs d'alcool, de médicaments et/ou de cannabis lorsqu'ils se sont faits prescrire du Subutex[®] par leur généraliste. Ce qui semble nouveau, c'est qu'ils n'étaient pas consommateurs d'héroïne.

et les événements non-autorisés (*free-party*, teknivals) qui ne drainent généralement ni les mêmes populations, ni les mêmes rapports aux produits.

Des produits comme la kétamine ou le free-base/crack, autrefois réservés à des populations très marginalisées, commenceraient à se banaliser et à se diffuser dans l'ensemble de la population fréquentant les événements festifs techno.

PROBLÈMES DE COMORBIDITÉ

Les problèmes sanitaires rencontrés par les usagers de drogues sont liés soit aux produits, soit à leur mode d'administration. L'évolution des pratiques de consommation déplace les dommages sanitaires dont sont victimes les usagers.

Dommages sanitaires liés aux produits

Dans l'espace urbain, les manifestations psychiatriques liées à l'abus des médicaments comme le Rohypnol® ou l'Artane®, mais également à l'abus de cocaïne, sont de plus en plus fréquemment rapportées par les intervenants. Aux effets des produits s'ajoutent ceux de la grande précarité dans laquelle vivent ces usagers qui favorise certainement l'apparition de ces manifestations psychiatriques. Toutefois, dans le cas des manifestations psychiatriques, il est toujours difficile de définir précisément si ce sont les produits ou le mode de vie qui sont à l'origine de ces problèmes ou si celles-ci préexistaient avant la prise de produits psychoactifs ou sont révélées par cette consommation.

Dans l'espace festif, ces manifestations psychiatriques seraient également fréquentes, elles sont qualifiées de «*bad trips*» et sont souvent liées à l'utilisation de stimulants (MDMA, free-base/crack, cocaïne, amphétamines/speed) ou aux hallucinogènes (LSD, kétamine, *salvia divinorum*, datura). Dans cet espace, l'apparition des «*bad trips*» est fortement liée à la fragilité de certains consommateurs, mais également au contexte de la prise. En effet, les plus jeunes, souvent inexpérimentés, sont les plus touchés. Dans l'espace festif techno, les dommages sanitaires tels que les «*états dépressifs*» survenant quelques jours après les prises de produits peuvent également être liés à l'arrêt de la fête et au retour à la «*vie normale*».

Dommages sanitaires liés au mode d'administration des produits

En 2001, si les abcès liés aux injections sont toujours présents, s'y ajoutent d'autres problèmes évoqués de plus en plus fréquemment, comme la détérioration

du capital veineux lié en partie à la répétition des injections de cocaïne et de Subutex®. Les usagers font part de «*veines qui deviennent dures*», ce qui rend complexe la pratique d'injection. Dans les cas extrêmes, la détérioration de l'état veineux serait telle qu'elle contraindrait les usagers à abandonner l'usage intraveineux pour utiliser la voie nasale ou pulmonaire.

La diffusion du mode nasal peut s'accompagner de saignements des cloisons nasales. Ces problèmes semblent s'accroître, et des cas graves de «*nécrose nasale*» sont rapportés, plus particulièrement en milieu festif.

En 2002, nous devons être attentifs aux conséquences sanitaires liées à la diffusion progressive du mode pulmonaire, car nous ne disposons pas de données suffisamment conséquentes pour 2001.

LES MODES D'ACQUISITION DES PRODUITS

Dans l'espace urbain, selon les intervenants de terrain, l'organisation du trafic serait en train d'évoluer. Les scènes ouvertes de *deal* seraient moins visibles et le trafic moins organisé. Toutefois, les types d'organisation du trafic varient selon les produits.

Une organisation du marché diversifiée selon le caractère légal ou illégal du produit

Si la vente des produits illégaux est généralement peu visible et s'effectue dans le cadre de réseaux organisés et hiérarchisés, la vente des médicaments (Subutex®, benzodiazépines, Artane®...) répond à d'autres normes.

Pour les médicaments, le *deal* ne serait pas si organisé, il s'effectuerait à petite échelle, le plus souvent de manière individuelle. La vente de médicaments comme le Rohypnol® ou le Subutex® est très visible, elle peut même se faire «*à la criée*». La majorité des vendeurs de benzodiazépines sont des usagers de drogues qui se font prescrire un traitement par un ou plusieurs médecins et qui en revendent ensuite une partie pour pouvoir consommer d'autres produits.

Il semblerait toutefois que des vendeurs non-usagers soient de plus en plus présents sur le marché de la vente des médicaments, soit des personnes âgées qui demandent des prescriptions de buprénorphine ou de benzodiazépines à leur médecin, soit des très jeunes qui dérobent ces médicaments dans l'armoire à pharmacie parentale. Dans les deux cas, ces prescriptions sont revendues sur le marché parallèle.

Les prix des médicaments semblent sujets à des variations plus importantes que ceux des substances illégales. Par exemple, contrairement aux substances illégales, les prix du Subutex® seraient extrêmement fluctuants en fonction de l'offre du produit (nombre de vendeurs, ouverture des pharmacies et des cabinets médicaux...). Ainsi, à minuit, un comprimé de Subutex® peut atteindre des prix allant jusqu'à 100 ou 200 F, alors que dans la journée, si de nombreux vendeurs sont présents, le prix du comprimé peut descendre jusqu'à 10 F.

Une concurrence entre les différents types de vendeurs et les techniques de vente

La cohabitation entre les différents types de vendeurs peut dégénérer en conflits tant dans l'espace urbain que festif.

- Dans l'espace urbain, l'apparition de nouveaux vendeurs très jeunes est dénoncée par des vendeurs plus anciens comme étant la cause de la désorganisation du marché local et des problèmes avec les riverains. Ces nouveaux venus sont accusés par les vendeurs plus âgés de rendre le trafic plus visible en interpellant les usagers de manière très directe : « Toi t'es tox, tu veux des produits ! » De plus, cette technique de vente augmenterait les tensions voire l'agressivité d'acheteurs potentiels ne souhaitant pas être interpellés de manière si directe.
- Dans l'espace festif, le même type de phénomène s'observe avec les vendeurs de protoxyde d'azote accusés par les vendeurs d'autres produits (MDMA par exemple) et par les habitués des fêtes de contribuer à la dégradation de la réputation des événements festifs techno. En effet, les ballons de protoxyde d'azote sont généralement dérobés dans les hôpitaux pour être vendus et les cartouches vides sont laissées par terre dans l'espace festif après la vente.

La volonté de stigmatiser certains types de vendeurs peut être liée en partie à la méconnaissance de ces « entrants » vis-à-vis des codes admis dans les techniques de vente locale, mais elle est principalement le symptôme d'une concurrence entre les différents types de vendeurs, motivée par la crainte de voir leur territoire occupé par de nouveaux venus et donc de perdre une partie de leurs bénéfices.

Les rumeurs autour du trafic

Il est toujours délicat de délivrer des informations sur le trafic et plus particulièrement sur son organisation dans les quartiers qui sont plus fréquemment l'objet de rumeurs que le reste de l'espace urbain.

Par exemple, les intervenants évoquent souvent qu'un produit n'est pas disponible sur Marseille, mais, en même temps, ils mettent en avant l'existence de rumeurs quant à sa présence dans les quartiers. Par exemple, la MDMA et le free-base/crack ont été l'objet de ce type de discours au moment où ils sont apparus comme des phénomènes émergents.

LES CONTEXTES DE CONSOMMATION

Consommer discrètement

Dans l'espace urbain, la consommation est plus visible en centre-ville que dans les quartiers. Les usagers résidant dans « les quartiers » auraient tendance à s'approvisionner et à consommer au sein du centre-ville afin de ne pas être identifiés comme des « toxicomanes » par leur entourage.

Évolution des consommations selon les moments de la journée

Les intervenants de proximité font remarquer que le choix des produits tend à s'organiser en fonction des moments de la journée en tenant compte toutefois de la disponibilité de ces produits sur le marché. Ainsi, le matin, pour démarrer et « se donner du courage », les usagers utiliseraient plutôt le Subutex®, le Rohypnol® et l'alcool et s'approvisionneraient ensuite en cocaïne ou en Artane® consommés plutôt dans l'après-midi et la soirée.

Dans l'espace festif, certains produits peuvent également être consommés à des moments spécifiques durant la fête. Des produits comme les amphétamines/speed peuvent être utilisés pour pouvoir rester éveillé et danser toute la nuit. À l'inverse, d'autres sont plutôt consommés après la fête, comme le rachacha, qui peut faire office de somnifère pour récupérer.

Effets recherchés et associations de produits

Il est difficile de qualifier précisément les effets recherchés par les usagers lorsqu'ils choisissent de consommer un produit plutôt qu'un autre. En dehors des propriétés pharmacologiques des produits, chaque usager peut être amené à ressentir des effets subjectifs et particuliers selon sa personnalité, ses attentes ou le contexte de consommation.

■ Dans l'espace urbain, les usagers seraient de plus en plus attirés par les effets stimulants des produits, ce qui pourrait expliquer la relative désaffection des usagers vis-à-vis de l'héroïne et l'attrait pour la cocaïne et la MDMA. Ce phénomène peut en partie être expliqué par la meilleure accessibilité des traitements de substitution depuis le milieu des années 1990.

■ Dans l'espace festif, les effets attendus et les produits disponibles peuvent varier suivant le caractère de l'événement festif. Les produits aux effets les plus «durs», comme la kétamine, le yaba ou le free-base/crack ne sont généralement disponibles que dans les événements festifs non autorisés comme les *free-party* ou les teknivals fréquentés par des populations souvent plus expérimentées vis-à-vis de l'usage de produits. Toutefois, certains de ces produits peuvent être consommés par des consommateurs plus jeunes et plus insérés, à la recherche de toutes sortes d'expérimentations nouvelles tant du point de vue de la musique que des produits psychoactifs.

Il n'est pas toujours évident de distinguer précisément les modalités d'associations de substances dans les cas de polyusages massifs où l'ensemble des produits s'ajoutent en fonction de la disponibilité des produits.

La polyconsommation continue de progresser. Sur le site de Marseille, les données issues d'OPPIDUM mettent en évidence, une augmentation de la polyconsommation : la proportion d'usagers déclarant consommer plus de trois produits (auxquels peuvent s'ajouter alcool et tabac) passe de 13 % en 1999, à 18 % en 2000 et à 21 % en 2001⁹.

Certains produits comme le cannabis et l'alcool sont quasi-systématiquement associés aux autres produits. D'après les données OPPIDUM, la dépendance alcoolique augmenterait chez les usagers de drogues, passant de 15 % en 1999, à 23 % en 2000 et à 26 % en 2001. Les données OPPIDUM nationales font état d'une augmentation moins importante, de 15 % en 2000 à 17 % en 2001¹⁰. La consommation de tabac est toujours à un niveau très élevé, de l'ordre de 96 % des usagers de drogues interrogés dans l'enquête OPPIDUM.

LES MODES D'ADMINISTRATION DES PRODUITS

Une diminution des pratiques d'injection ?

Plusieurs indicateurs locaux et nationaux laissent percevoir une diminution des pratiques d'injection, mais ce phénomène reste compliqué à évaluer :

■ L'enquête OPPIDUM met en évidence une diminution progressive et continue des pratiques d'injection sur Marseille, la proportion d'injecteurs passant de 18 % en 1999, à 15 % en 2000, à 11 % en 2001¹¹.

■ Le nombre de seringues vendues en pharmacie diminue¹². Par exemple, sur Marseille, la vente de Stéribox se situe au 9^e rang des départements français et, en 2000, la vente de Stéribox diminue par rapport aux années précédentes, une diminution de - 16,5 %, plus importante que celle observée au niveau national de l'ordre de - 8,9 %. Parallèlement à cette baisse, les autres indicateurs liés à la toxicomanie sont en hausse : le taux de croissance des ventes de Subutex[®] est de 17,1 % (taux national de 14,8 %) et le taux de croissance des interpellations d'usagers d'héroïne, cocaïne et ecstasy est de 13,7 % (4,7 % au national¹³).

■ En 2001, le nombre global de seringues distribuées par les automates est en diminution par rapport à l'année 1999. De janvier à août 2001, le nombre de seringues distribuées par les automates est en diminution par rapport à l'année 2000 suivie d'une augmentation les quatre derniers mois de 2001.

■ Seuls, les PES déclarent distribuer le même nombre de seringues, le budget alloué à l'achat de seringues est même parfois supérieur en 2001 par rapport à l'année 2000. De plus, les équipes de proximité présentes sur le terrain sont plus nombreuses. Cette relative augmentation des seringues distribuées par les PES ne couvrirait pas la baisse des ventes en pharmacie dans la mesure où la part des PES représenterait moins de 10 % du total des seringues distribuées.

À la fin de l'année 2001, plusieurs dispositifs de réduction des risques font part d'une diminution de la proportion des injecteurs dans leur file active. Toutefois, le nombre de seringues distribuées reste le même car lors de chaque passage, les usagers auraient tendance à demander un nombre plus important de seringues, ce qui pourrait s'expliquer par l'augmentation de la consommation de cocaïne ou de

11. CEIP - Centre associé PACA, 2001, Enquête OPPIDUM n° 13. Résultats du centre de Marseille (extraction effectuée par Xavier Thirion et Carine Saillard).

12. Les seringues vendues en pharmacie représentent approximativement 90 % du total du matériel d'injection utilisé par les usagers de drogues.

13. L'ensemble de ces données est issu de la base de données ILIAD, OFDT, 2000.

9. CEIP - Centre associé PACA, 2001, Enquête OPPIDUM n° 13. Résultats du centre de Marseille (extraction effectuée par Xavier Thirion et Carine Saillard).

10. *Idem*.

Subutex® au détriment de l'héroïne. Le nombre d'injecteurs diminuerait en même temps qu'augmenterait le nombre d'injections par injecteur.

Au niveau national, les dernières données du dispositif SIAMOIS mettent en évidence une diminution importante et surtout brutale des ventes de seringues en pharmacie. Initiée en 2000, cette baisse, de l'ordre de - 25 % du nombre de seringues vendues en pharmacie, se poursuit en 2001, avec une nouvelle baisse de l'ordre de - 25 %¹⁴.

Plusieurs hypothèses peuvent être élaborées autour de la baisse de la vente des seringues :

- la diminution de l'injection chez les anciens héroïnomanes ;
- et en particulier l'abandon de l'injection en raison de la détérioration de l'état veineux ;
- moins d'entrée dans l'usage de drogues par voie intraveineuse chez les jeunes consommateurs ;
- ou alors, un phénomène plus préoccupant, la reprise des pratiques de partage du matériel d'injection.

En 2002, il conviendra d'être vigilant sur cette question des modifications des pratiques des usagers.

Une augmentation des autres modes d'administration ?

La diminution des pratiques d'injection s'accompagnerait depuis quelques années d'une augmentation de l'utilisation de la voie nasale, et encore plus récemment du recours au mode pulmonaire. Le mode pulmonaire serait en augmentation pour l'ensemble des produits. Même s'il reste encore marginal, il est souvent présenté comme le mode émergent en 2001.

LES PERCEPTIONS RELATIVES AUX PRODUITS ET AUX MODES D'ADMINISTRATION

1) Les produits sont rarement l'objet de perceptions homogènes. La plupart du temps, ces représentations sont ambivalentes et liées à un ensemble de facteurs :

- *Le mode d'administration* : l'injection tend à stigmatiser un produit surtout chez les nouveaux consommateurs alors que le mode nasal ou pulmonaire peut l'anoblir.

14. Dispositif SIAMOIS (Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution) géré par Julien Emmanuelli, Institut de veille sanitaire.

■ *Les caractéristiques sociales des consommateurs* : si un produit est majoritairement consommé par des usagers marginalisés, le produit tend à être dévalorisé, à l'inverse, un produit consommé par des usagers insérés socialement ou « branchés » est automatiquement valorisé.

■ *Le nom* donné au produit peut permettre de démystifier les craintes liées à cette substance. Dans le milieu festif, les appellations « rabla » pour désigner l'héroïne ou « free-base » pour le crack permettent d'attirer des consommateurs.

■ *Le degré d'expérimentation* : les représentations liées à un produit sont souvent très diversifiées entre les non-consommateurs, les expérimentateurs ou les utilisateurs réguliers. Toutefois, certains produits comme l'Artane®, le Rohypnol®, la datura ou le free-base/crack restent perçus de manière relativement homogène par la majorité des usagers réguliers, occasionnels ou expérimentateurs car ils sont associés à la « folie ».

2) Concernant les modes d'administration, l'injection est l'objet de représentations très négatives chez les jeunes consommateurs qui, parfois, ont été confrontés au décès de proches plus âgés, héroïnomanes injecteurs contaminés par le VIH. Ces jeunes usagers affirment plutôt opter pour le mode nasal. Toutefois, il apparaît parfois au cours des discussions que ces jeunes usagers peuvent avoir occasionnellement des pratiques d'injection, mais ils préfèrent les taire en raison de leur caractère stigmatisant. Il peut être important de se distinguer des injecteurs en les disqualifiant « moi, je touche jamais à ça, c'est une honte d'injecter ».

L'injection peut également être perçue comme une pratique stigmatisante, chez ceux qui la pratiquent régulièrement. Ce phénomène semble s'être accentué avec la diffusion du Subutex® et de la cocaïne qui amènent à augmenter la fréquence des injections et peuvent alors entraîner des abcès et une détérioration du système veineux des usagers. Chez certains injecteurs, l'arrêt de l'injection peut constituer un objectif à atteindre en soi « arrêter l'injection, c'est réussir quelque chose de fort » sans qu'y soit associée une volonté d'arrêter la consommation de produits. Le changement de produit de substitution (du Subutex® à la méthadone) peut entrer dans une stratégie progressive d'arrêt de l'injection.

La disqualification de la pratique d'injection semble encore plus prononcée dans l'espace festif que dans l'espace urbain.

LES COMPORTEMENTS VIS-À-VIS DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

Concernant l'adoption des pratiques de réduction des risques chez les usagers de drogues, les constats des intervenants sont partagés.

L'utilisation des outils de prévention

■ D'un côté, de plus en plus d'usagers utiliseraient des outils de prévention comme le Stéricup, même si certains usagers se plaignent de la non-adéquation de cet outil : mauvaise qualité du filtre accusé de favoriser l'apparition de «poussières», fragilité de l'aiguille... Par ailleurs, la plupart des usagers rencontrés sur le terrain déplorent le changement des seringues disponibles dans les kits. La mauvaise qualité de l'aiguille de ces nouvelles seringues complexifierait la pratique d'injection surtout chez les usagers dont l'état veineux est détérioré par la fréquence des injections de Subutex® et de cocaïne.

■ Chez les usagers utilisant la voie nasale, le partage des pailles serait en diminution en raison de l'apparition de l'usage du kit sniff même si, une fois encore, certains usagers se plaignent de la non-adéquation de cet outil de prévention : « Quand tu sniffes, t'as pas besoin d'avoir un préservatif en plus. Et la paille est trop longue, le produit pour le nez pique et ne sert à rien puisque les usagers sont habitués à se nettoyer le nez avec de l'eau même s'il paraît que ça sert à rien, mais on change pas ses habitudes. »

En 1999, l'étude menée par l'ORS-PACA¹⁵ mettait en évidence que le partage du matériel d'injection était une pratique plutôt rare dans la mesure où seuls 5,3 % des usagers interrogés déclaraient avoir emprunté le matériel d'injection d'un tiers dans le dernier mois, avec une surreprésentation des usagers les plus marginalisés socialement. Il est probable qu'existe un biais de sous-déclaration dans la réponse à cette question, car il n'est jamais évident d'avouer conserver des pratiques à risques dans un contexte de meilleure accessibilité du matériel d'injection.

La persistance de certaines pratiques à risque

■ D'un autre côté, les intervenants pointent que les injections sont de plus en plus répétées (principalement pour la cocaïne et le Subutex®) et s'effectuent par-

tout sur le corps (cou, sexe, front...) avec comme conséquence de nombreux dommages sanitaires (infections, abcès, détérioration de l'état veineux).

■ Malgré l'amélioration de l'accès au matériel stérile, la pratique de la réutilisation de la seringue tendrait à se poursuivre.

Il est difficile en revanche de se prononcer sur la question du partage. Les usagers mettent simplement en avant qu'avec la cocaïne, la fréquence des injections et les effets stimulants de cette substance peuvent constituer des facteurs de risque supplémentaires. Pour éviter le partage du matériel, certains usagers marquent leur seringue en brûlant le bout du piston.

CONSOMMATIONS ÉMERGENTES

Dans l'espace urbain

En 2001, les principales tendances repérées par les intervenants des dispositifs bas seuil sont les suivantes :

- désaffection des usagers habituels d'héroïne vis-à-vis de ce produit et diffusion de l'héroïne dans les milieux «branchés» ;
- poursuite de la diffusion massive du Subutex® et de la cocaïne ;
- fréquence des injections de cocaïne et de Subutex® qui induisent une dégradation de l'état veineux des usagers ;
- poursuite de la dévalorisation de l'image de la cocaïne et du Subutex® ;
- **augmentation de la consommation des produits de synthèse et en particulier du MDMA en dehors de l'usage festif ;**
- **réapparition et diffusion progressive de l'Artane® ;**
- stabilisation, voire légère diminution, de la consommation du Rohypnol® liée à la baisse des prescriptions et à l'augmentation relative du prix sur le marché noir ;
- poursuite de l'alcoolisation massive des usagers et plus particulièrement de ceux en situation de grande précarité sociale ;
- poursuite de l'augmentation des polyusages massifs et développement de ce phénomène en banlieue.

15. ORS-PACA, 2000, *Prévalence des toxicomanies dans les agglomérations de Marseille et de Nice*, 67 p.

Dans l'espace urbain, sur les quatre équipes rencontrées (MDM, *Sleep-in* – SOS Di, Transit-Ampt, AIDES, ASUD, Point écoute SOS-DI), les remarques sur les phénomènes les plus marquants rencontrés dans l'année ont été très diversifiées. Seuls les phénomènes de **consommation de produits de synthèse en dehors du milieu festif** et la **réapparition de l'Artane®** ont été évoqués par l'ensemble des équipes.

Dans l'espace festif

En 2001, dans l'espace festif, les événements les plus marquants seraient les suivants :

- augmentation voire banalisation de l'usage de MDMA ;
- diffusion et amélioration de l'image de l'héroïne en milieu festif par le recours à la voie nasale et pulmonaire ;
- poursuite du développement de la cocaïne et diffusion progressive du free-base/crack ;
- développement de l'usage d'amphétamines/speed dans les événements festifs non-autorisés et chez les consommateurs appartenant à la mouvance « *hard-core* » ;
- désaffection relative du LSD au profit de la kétamine ;
- diffusion et démocratisation relative de l'usage de kétamine ;
- usage problématique du datura ;
- apparition de nouveaux produits : *salvia divinorum*, ice et yaba dont l'usage reste très rare.

L'usage de datura en milieu festif

Une plante recherchée pour ses effets hallucinogènes

Le datura est une plante hallucinogène courante en région PACA, car elle pousse à l'état sauvage. Elle semble se diffuser progressivement dans l'espace festif techno essentiellement dans les événements non autorisés.

Les consommateurs de datura auraient des caractéristiques proches des usagers de LSD ou de champignons hallucinogènes :

- des usagers très jeunes sont à la recherche de nouvelles expériences et « sont prêts à tout essayer ». Le datura serait alors consommé pour son effet « grosse claque », mais comme pour d'autres produits (le LSD, par exemple), ce type d'usagers en resterait souvent au stade de l'expérimentation suite à des « *bad trips* »,

- des usagers plus âgés (plus de 25 ans) ont une bonne connaissance des produits et de leurs effets et consommeraient le datura ou d'autres substances pour leurs effets hallucinogènes dans le cadre d'une « recherche quasi-mystique » associée également au contexte festif techno. Ce type de consommateurs regroupe généralement une proportion d'hommes et de femmes équivalente.

Un produit naturel qui peut « rendre fou »

Comme d'autres produits « naturels » tels que le rachacha ou les champignons hallucinogènes, le datura serait rarement vendu, il serait plutôt donné. Le datura se consommerait la plupart du temps par voie orale, soit directement, soit en infusion. Il pourrait toutefois être associé à des alcools forts tels que la vodka dans le cadre de la préparation du produit.

Les dommages sanitaires associés au datura sont des pertes de connaissance et des amnésies pouvant entraîner des accidents graves. Dans les cas extrêmes, un dosage trop élevé peut provoquer un empoisonnement conduisant à la mort, mais ces cas restent très rares.

À l'instar d'autres produits comme la kétamine, l'Artane® ou le free-base/crack, le datura est perçue comme un produit « qui rend fou ».

Ce produit est l'objet de représentations ambivalentes car il peut exercer une forme d'attrait auprès de certains usagers et en effrayer d'autres en raison du danger et des « sensations fortes » associées à ce produit.

L'usage de *salvia divinorum* en milieu festif

La *salvia divinorum* est présentée comme l'un des phénomènes émergents de l'espace festif techno en 2001 par l'ensemble des intervenants en milieu festif techno. La disponibilité de ce produit reste très rare et les informations sur le sujet également.

Ce produit serait pour le moment consommé dans le cadre de groupes restreints « d'initiés ».

Il appartient à la catégorie des plantes hallucinogènes, se présente sous forme de feuilles séchées ou de poudre d'aspect « végétal » et serait fumé seul ou mélangé à du tabac dans une pipe.

La *salvia divinorum* produirait un effet hallucinogène très puissant de courte durée, généralement d'une dizaine de minutes, les usagers repérant six étapes progressives permettant d'atteindre un « état de conscience supérieur ». Les effets rapportés par les consommateurs seraient une « déconnexion totale avec la réalité » et pourraient être perçus comme « perturbants » par les usagers.

Les dommages sanitaires associés à ce produit seraient des pertes de conscience ainsi que des risques de type accidents.

L'usage d'ice en milieu festif

L'ice est un produit qui émerge dans le milieu festif, mais qui reste très rare quel que soit l'espace festif considéré.

Les consommateurs d'ice seraient plutôt jeunes, âgés de 20 à 30 ans, généralement marginalisés ou alors issus de milieux artistiques.

L'ice serait consommé soit par voie orale, soit par voie nasale.

Les effets recherchés seraient l'excitation et l'endurance.

Les dommages associés à ce produit sont une fatigue générale, un délire paranoïaque, des difficultés respiratoires et une détérioration des sinus liée à l'usage du produit par voie nasale.

L'ice se vendrait aux alentours de 80 F le gramme.

L'usage de yaba en milieu festif

Le yaba est un produit extrêmement rare, il a été observé uniquement dans les *free-party*.

Les échantillons de yaba rencontrés se présentaient sous forme de comprimés de forme arrondie et de couleur rouge venant d'Asie.

Ces comprimés seraient ingérés et procureraient un sentiment de « surpuissance » pouvant provoquer des comportements agressifs envers les autres ou autodestructeurs.

Les dommages sanitaires liés à l'utilisation du yaba seraient proches à la fois de ceux des amphétamines et des stimulants, principalement d'ordre psychique.

L'usage d'Artane® en milieu urbain

Une présence cyclique de la consommation d'Artane® à Marseille

L'Artane® est un anticholinergique, prescrit soit pour lutter contre les effets liés à la maladie de Parkinson, soit comme correcteur des effets secondaires associés aux neuroleptiques. Il peut être détourné par les usagers pour ses effets hallucinatoires et désinhibants. Le développement de la consommation d'Artane® apparaît comme l'un des faits marquants de l'année 2001. L'Artane® est un produit qui est présent par cycles, disponible en 1997 sur Marseille, il avait ensuite quasiment disparu. La réapparition très récente de cette substance nécessite d'être prudent vis-à-vis des observations recueillies. De plus en plus disponible vers la fin de l'année 2001, l'Artane® est présenté comme le « remplaçant du Rohypnol® » et une forte progression est redoutée par les intervenants dans les prochains mois.

La voie orale semble pour le moment le seul mode utilisé avec des dosages allant jusqu'à « 40 comprimés d'Artane® par jour ».

Comme tous les produits, l'Artane® est associé à l'alcool et/ou au cannabis, le Rivotril® pourrait s'ajouter à cette combinaison.

Il semblerait également que certains usagers utilisent l'Artane® pour se sevrer du Rohypnol®.

Des usagers « border-line »

L'Artane® séduirait plutôt les traditionnels « consommateurs de cachets » qui présentent des caractéristiques sociales similaires à celles des usagers de Rohypnol®, c'est-à-dire plutôt marginalisés socialement.

Toutefois, l'Artane® aurait comme particularité d'attirer des usagers aux traits psychologiques spécifiques : « Ceux qui ont le plus de problèmes psy », « ce sont les excités, les personnes soupe au lait, les personnes qui ont des changements d'humeur. »

Il peut être intéressant de préciser que l'Artane® est généralement prescrit aux personnes souffrant de psychoses et est utilisé comme correcteur des neuroleptiques.

Les dommages sanitaires majeurs signalés avec l'Artane® seraient d'ordre psychique tels que des comportements étranges, violents et agressifs. Les consommateurs d'Artane® seraient facilement repérables, ils parleraient seuls ou s'assiéraient sur une chaise imaginaire ou se serviraient dans un verre qui n'existe pas... La prise d'Artane® pourrait conduire assez rapidement en service de psychiatrie pour des problèmes de décompensation.

« À Marseille, ils disent que c'est le plus fou qui injecte et lui s'est retrouvé à injecter ça et a décompensé très vite. » « Ils deviennent complètement psy, ils sont pas loin de l'enfermement, de la folie. »

Des problèmes neurologiques tels que des blocages, des paralysies, ou des cas d'amnésie seraient également observés et quelques cas de coma suite à des prises d'Artane® ont été rapportés¹⁶. L'Artane® est généralement prescrit pour contrer les blocages et les paralysies, et si ce médicament produit ce type d'effets, il pourrait s'agir soit d'effets paradoxaux, soit d'effets liés à la prise d'autres médicaments tels que les neuroleptiques, pour lesquels ces effets secondaires (blocages, paralysies) sont répertoriés.

Un médicament importé de « l'étranger » ?

L'Artane® serait rarement obtenu par le biais de prescriptions médicales sur Marseille. Les modalités d'approvisionnement se feraient essentiellement par le biais de pays du Bassin méditerranéen où l'Artane® est plus souvent prescrit. Cette

16. Concernant les dommages sanitaires, il est toujours délicat d'incriminer un produit plus qu'un autre dans les cas où les usagers associent de nombreux produits à la fois.

information est présentée comme fiable par la majorité des intervenants. Une seule association lui attribue pour le moment le statut de rumeur.

L'organisation du trafic de l'Artane® semble proche de celle du Rohypnol® :

- des usagers-consommateurs qui revendent pour « survivre » ou se procurer ensuite d'autres produits comme de la cocaïne,
- des non-consommateurs qui se font prescrire ce médicament par un médecin pour le revendre ensuite et qui sont qualifiés de « profiteurs¹⁷ ».

Le trafic d'Artane® se concentrerait plutôt autour du centre-ville et souvent à proximité des dispositifs spécialisés. Des usagers habitant dans les quartiers viendraient s'approvisionner puis consommer dans le centre-ville : « C'est loin de chez eux et ils osent plus consommer. »

Peu d'informations sont encore disponibles sur la vente de ce produit, mais pour le moment, il se vendrait principalement à l'unité par comprimé de 5 mg au prix de 10 F.

Des représentations très disqualifiantes

La perception de l'Artane® est particulièrement négative, tant chez les usagers que chez les professionnels. L'Artane® est perçu comme un produit dangereux, souvent qualifié d'« effrayant » de par les effets de décompensation psychique qu'il peut induire chez ses utilisateurs. Les représentations liées à cette substance sont similaires à celles du crack dans le monde des usagers :

« L'Artane®, c'est le crack Marseillais. » « Les usagers en ont la même perception que celle du crack. Tu perds tes repères, tu crois que t'es le plus fort. » « C'est perçu comme le produit le plus dangereux. Il a mauvaise réputation. »

De leur côté, les intervenants sont très inquiets et redoutent les effets de ce produit sur les usagers :

« C'est une saloperie, ça tord les gens face à leurs repères. Ils ont des hallucinations, ils sont déboussolés. Ça en fait des cas très lourds à gérer. On ne peut pas tenir dans le cadre d'une structure. »

Dans le cadre de la modification des règles de prescription du Rohypnol®, les intervenants craignent que l'Artane® se substitue progressivement au Rohypnol®. Mais, à l'instar du Rohypnol®, les intervenants disqualifient les pratiques des prescripteurs : « Les médecins ne devraient pas prescrire ce produit n'importe comment. »

17. Ce point est développé dans la partie sur l'apparition de nouveaux modes d'organisation du trafic de Subutex®, car les circuits de vente du Subutex® et du Rohypnol® sont proches.

L'usage de free-base/crack en milieu festif

L'existence « mystérieuse » du free-base/crack à Marseille

Sur Marseille, la disponibilité du crack reste empreinte de mystère dans la mesure où les usagers et les intervenants reconnaissent que le free-base est présent et décrivent avec précision son mode de préparation, mais ils affirment en même temps que le crack est absent de l'espace urbain.

Comme le crack est toujours présenté comme un produit quasi-inexistant sur Marseille par les intervenants et les usagers, les données dont nous disposons concernent principalement l'espace festif. Dans l'espace festif, le free-base/crack reste rare, mais ce produit semble toucher progressivement une population plus nombreuse et plus hétérogène.

L'appellation free-base pour désigner le crack permet de rassurer les consommateurs potentiels et valorise également ceux qui le consomment. Le même type de phénomène a pu être observé et s'observe encore aujourd'hui avec le changement d'appellation de l'héroïne en rabla dans l'espace techno.

Il conviendra de suivre cette tendance en 2002.

Vers une diversification des usagers de free-base/crack

Dans l'espace festif, les consommateurs de free-base/crack seraient plutôt marginalisés (certains d'entre eux appartiennent par exemple à la mouvance punk), et/ou d'origine étrangère (pays du Maghreb ou d'Europe de l'Est). La majorité des consommateurs seraient des hommes ayant une bonne connaissance des produits psychoactifs et des réseaux de distribution. Les rares femmes consommatrices de crack dans l'espace festif auraient comme particularité d'être très jeunes.

Toutefois, il semblerait que récemment, le free-base/crack rencontre progressivement une population de plus en plus diversifiée.

La transformation de la cocaïne en free-base/crack

Dans l'espace festif, la préparation du free base/crack s'effectue en deux temps :

1) La transformation de la cocaïne en free-base/crack : dans une cuillère à soupe, les usagers mélangent la cocaïne avec une petite quantité d'ammoniaque, ce mélange est chauffé jusqu'à ce qu'il prenne une coloration légèrement jaune et que le chlorhydrate de cocaïne se concentre en son centre. Les résidus d'ammoniaque sont enlevés avec un Sopalin®. Dès que la cuillère refroidit et que le résidu de chlorhydrate de cocaïne est solidifié, les usagers la raclent avec un couteau. La préparation du free-base/crack nécessite 5 à 15 minutes de préparation.

2) La consommation : une fois le mélange prêt, les usagers consomment le free-base/crack à l'aide d'une pipe. Ils déposent de la cendre de cigarette sur la grille, y placent le « caillou », l'allument et le fument. Le free-base/crack serait toujours fumé dans une pipe et « jamais dans une cigarette de peur de voir une partie du produit se consumer inutilement ». Cette pipe est souvent fabriquée sur place avec les moyens du bord avec un doseur de pastis, ou une petite bouteille d'eau minérale avec un stylo Bic® comme embout.

Le free-base/crack est consommé pour obtenir des effets proches de ceux obtenus avec la cocaïne, mais plus rapidement et avec plus d'intensité.

En milieu festif, le free-base/crack est associé au cannabis, comme l'ensemble des autres produits. Il peut également être consommé en descente de LSD pour « booster » l'effet de celui-ci.

De plus en plus fréquemment, les usagers de cocaïne consommeraient une partie de la cocaïne sous sa forme initiale et en « baseraient » l'autre partie.

Les problèmes liés à la consommation de crack semblent proches de ceux engendrés par la cocaïne avec toutefois plus d'intensité. S'y ajoutent des maux de tête et des tremblements.

Des circuits de distribution identiques à ceux de la cocaïne

1) Dans l'espace urbain, malgré les réticences à reconnaître que le free-base/crack est un produit disponible sur Marseille, certains intervenants évoquent des rumeurs autour de la présence de ce produit dans les quartiers. Le free-base/crack s'obtiendrait toutefois dans le cadre de réseaux très fermés, essentiellement composés d'usagers parisiens qui s'approvisionneraient sur Paris et redescendraient ensuite sur Marseille. Le free-base/crack rapporté essentiellement pour une consommation personnelle pourrait alors donner lieu à quelques cas de revente.

2) Dans l'espace festif, le crack serait rarement disponible dans les événements festifs non autorisés et inexistant dans les événements festifs autorisés.

Dans l'espace festif, la cocaïne serait vendue et parfois transformée pour partie en free-base/crack. Le prix du free-base/crack est directement lié à la qualité de la cocaïne, plus la qualité de la cocaïne est bonne, plus le prix du « caillou » baisse. Généralement, un gramme de cocaïne vendu en milieu festif permet de faire 10 à 15 pipes de crack et avec un gramme de cocaïne vendu 400-500 F, le prix du « caillou » coûte aux alentours de 50 à 60 F.

Un produit plutôt « diabolisé »

1) Dans l'espace urbain et festif, le free-base/crack est toujours « diabolisé » :
■ Par les caractéristiques psychologiques d'agressivité attribuées à ses consommateurs : « Les usagers ont peur du crack car nos usagers à Marseille sont moins violents, ils ne veulent pas ressembler aux consommateurs de crack... Ça n'arrive pas parce que c'est lié à la peur. Ici, on n'a pas d'Antillais donc pas de trafic. Il y en a juste quand certains redescendent de Paris avec. »

■ Par les effets incontrôlables et « effrayants » associés à ce produit :
« Même s'ils ne connaissent pas le produit, c'est le produit qui rend fou, meurtrier et qui est absolument incontrôlable. Ça fait plutôt peur. Pour les usagers de drogues qui vont bien, ils ont peur de ressembler aux usagers qui ont des problèmes psychiatriques. »

Ces explications données par des intervenants et des usagers concernant l'absence du free-base/crack dans l'espace marseillais sont révélatrices des stéréotypes produits autour de cette substance. Établir un lien de causalité entre la « présence d'Antillais » et la disponibilité du free-base/crack n'a plus de sens actuellement dans la mesure où sur Paris, ville dans laquelle le free-base/crack est disponible, le marché n'est plus tenu par des Antillais mais plutôt par des personnes originaires d'autres pays.

Autre type d'explication avancé, l'absence de free-base/crack sur Marseille pourrait être liée à des facteurs météorologiques : « On ne consomme pas de crack à Marseille parce qu'il fait beau. » Cette relation a certainement été avancée pour « plaisanter » dans la mesure où le free-base/crack est également présent en Martinique ou en Guyane, des pays où « il fait beau ».

2) En milieu festif, les intervenants font remarquer que les perceptions du free-base/crack sont plus ambivalentes :

■ D'un côté, à l'instar de l'espace urbain, les consommateurs de free-base/crack sont stigmatisés par les non-usagers et même par certains usagers qui baseraient la cocaïne sans être conscients de consommer du crack, car « les gens fument du crack sans le savoir ».

Pour cette catégorie de participants aux événements techno : « Le crackeur, c'est la lie de l'humanité, même pire que les usagers de drogues par voie intraveineuse d'héroïne. »

■ D'un autre côté, les consommateurs de free-base/crack démystifieraient ce produit, car ils diffuseraient une information inhabituelle autour de ses effets après l'avoir expérimenté « le crack, mais, c'est que ça ! »

L'usage de kétamine en milieu festif

La diffusion de la kétamine en milieu techno constitue l'un des phénomènes émergents de 2001. Lors de son apparition dans les événements techno en 1997, ce produit était marginal et l'objet de représentations très négatives, aujourd'hui, la kétamine serait l'un des produits les plus recherchés dans le milieu techno *underground*.

La kétamine semble disponible essentiellement en milieu festif. Aucune observation n'a pu être rapportée sur ce produit dans l'espace urbain.

La kétamine est un produit disponible dans les événements festifs non autorisés, rares dans les événements légaux et payants.

Les prix de la kétamine oscillent entre 50 F (prix le plus bas) et 300 F (prix le plus haut). Le prix généralement pratiqué se situerait entre 100 et 200 F le gramme.

La kétamine et ses effets hallucinogènes puissants

Déterminer les profils de l'utilisateur de kétamine reste complexe en raison de son développement récent :

- Dans les années 1997-1998, ce produit était consommé essentiellement par des usagers marginalisés et polyconsommateurs, appartenant au milieu techno *underground*. Ces usagers seraient toujours les principaux consommateurs de kétamine.
 - Actuellement, la kétamine se diffuserait dans d'autres populations moins marginalisées, comme « des jeunes étudiants insérés, qui n'hésitent plus à prendre, à l'instar de la cocaïne, de petits rails de kétamine le week-end », mais aussi des usagers plus âgés consommateurs réguliers de LSD qui expérimenteraient la kétamine pour ses effets psychédéliques.
- La kétamine serait majoritairement inhalée, les voies veineuse et pulmonaire seraient très rares.
- Pour pouvoir être inhalée, la kétamine sous forme liquide nécessite une préparation particulière. Elle est chauffée au bain-marie et se cristallise en une croûte blanchâtre que les usagers raclent pour obtenir une forme de poudre. La kétamine est ensuite inhalée grâce à une paille ou un billet de banque enroulé sur lui-même.
 - Quand elle est fumée, la kétamine est généralement mélangée à du tabac.
 - Quelques rares cas d'injections intramusculaires concerneraient « des initiés qui souhaitent faire un voyage astral ».
 - La kétamine serait fréquemment associée à d'autres produits stimulants comme la cocaïne, la MDMA ou les amphétamines pour faciliter la « descente » des produits stimulants.
 - La kétamine peut aussi être associée au LSD pour renforcer les effets psychodysléptiques des deux produits.

- Associée au Valium®, elle permettrait alors d'obtenir un effet « planant », particulièrement apprécié au petit matin.
- De plus en plus fréquentes, les associations kétamine et alcool seraient particulièrement dangereuses car elles entraîneraient violence et agressivité.

Les risques de « décorporation » et de « désynchronisation »

Certains usagers comparent les effets de la kétamine à une combinaison entre héroïne et LSD : des effets psychodysléptiques de type « décorporation » proches du LSD associés à une sensation de bien-être plus proche des opiacés. « La kétamine, c'est partir, partir loin, mais loin. »

- Les principaux dommages sanitaires liés à la kétamine sont les accidents liés à ces effets de « décorporation » et de « désynchronisation » comme les chutes avec risques de fracture. Des pertes de connaissance allant jusqu'au coma, des difficultés respiratoires importantes sont également rapportées.
- Pendant la prise de kétamine, des problèmes d'ordre psychique comme l'incapacité à se situer dans l'espace et dans le temps, ou après la prise comme la survenue de sentiments dépressifs apparaîtraient fréquemment. Ces phénomènes surviennent également avec d'autres produits hallucinogènes ou stimulants, ils seraient plus intenses avec la kétamine.

Entre diabolisation et goût du risque

Comme pour de nombreux produits, la kétamine fait l'objet de représentations très diversifiées entre les utilisateurs et les non-utilisateurs de ce produit.

- Chez les non-consommateurs, la kétamine est diabolisée, perçue comme une substance extrêmement dangereuse, de par la puissance de ces effets hallucinogènes ce qui a pour conséquence la stigmatisation des consommateurs de cette substance :

« Chez la plupart des personnes qui n'en ont pas consommé, la kétamine apparaît comme une substance de malade, qui ne produit que des zombies, incapables de réfléchir, complètement inconscients du contexte dans lequel ils se trouvent et surtout extrêmement dégradant chez les personnes qui en consomment. Tableau typique du kétaminé au lever du jour, dans sa voiture, complètement anesthésié, l'œil révulsé et le flot de bave au coin des lèvres. »

De plus, ces effets sont considérés comme antinomiques avec le milieu techno car « c'est un produit qui tue la fête, qui n'est pas naturel » qui aurait plutôt tendance à « renfermer sur soi-même ».

Toutefois, récemment, la kétamine exercerait un attrait plus important chez les non-utilisateurs, en raison de l'attrait de la nouveauté et le risque associé à cette substance.

■ Chez ses utilisateurs, la kétamine est considérée comme un produit très actif qui permettrait d'obtenir des effets hallucinogènes plus puissants qu'avec le LSD. Ainsi, le consommateur de kétamine peut être perçu parfois comme un « fou », mais aussi comme un usager qui ose expérimenter des sensations fortes, la kétamine étant comparée à un « super LSD ».

Ce produit peut également être valorisé par des usagers qui ne lui attribuent ni caractère d'accoutumance, ni effets secondaires.

L'usage de MDMA en milieu urbain

Si la MDMA est un produit consommé depuis plusieurs années dans le cadre du milieu festif, elle peut être considérée comme un phénomène émergent dans l'espace urbain en 2001. En effet, la MDMA semble se diffuser progressivement dans l'espace urbain et attirer de nouveaux types de consommateurs.

Une structure bas seuil évalue à 15 % le nombre d'usagers de drogues (fréquentant leur structure) et consommateurs d'ecstasy alors qu'il était quasiment inexistant dans cet espace les années précédentes. Dans l'étude OPPIDUM, la part représentée par l'ecstasy parmi l'ensemble des substances illicites est en légère hausse, de 1 % en 1999, elle passe à 7 % en 2000 et à 8 % en 2001. La tendance observée à Marseille est supérieure à la tendance nationale où, en 2001, l'ecstasy représente 4 % parmi l'ensemble des substances illicites, les effectifs restant faibles, il convient d'être prudent¹⁸.

Ce phénomène étant émergent, les données collectées reposent sur des périodes d'observation très courtes et sont à interpréter avec précaution. Cette tendance devra être suivie en 2002.

Évolution des consommateurs et des contextes de consommation de MDMA

1) En 2001, la MDMA se démocratise et se banalise dans l'espace festif. Cette population qui se serait initiée à l'usage de MDMA en milieu festif techno poursuivrait de plus en plus souvent cet usage en dehors de l'espace festif techno, parfois même dans le cadre d'une activité professionnelle.

2) Dans l'espace urbain, la MDMA serait de plus en plus souvent consommée par d'anciens héroïnomanes ayant délaissé l'héroïne au profit de produits stimulants comme la cocaïne dans un premier temps, auquel s'ajouterait la MDMA aujourd'hui.

Malgré ce début de diversification des usages, la majorité des usages de MDMA concerne toujours l'espace festif.

Globalement, cette diversité des consommateurs de MDMA concerne également le rapport aux produits. En effet, les usagers de MDMA en milieu festif ne se considéreraient pas comme des « toxicomanes » et déclareraient ne consommer que de manière occasionnelle et gérer leur usage. À l'inverse, les usagers de MDMA en milieu urbain peuvent plus facilement se reconnaître comme « toxicomanes » car ils sont avant tout consommateurs d'autres substances plus stigmatisantes comme l'héroïne ou le Subutex®. En milieu urbain, ce nouveau type de consommateurs aurait plutôt des pratiques de polyconsommation, la MDMA ne serait alors qu'un produit consommé parmi d'autres.

Nouveaux réseaux de distribution

Dans l'espace urbain, la MDMA serait plus disponible sur le marché qu'en 2000. Elle ferait une entrée progressive dans trois nouveaux espaces : dans les lieux liés au monde de la nuit (hors milieu techno) sur le marché de rue au centre-ville et dans les quartiers.

Dans l'espace urbain, la vente de MDMA serait plutôt discrète, elle s'organiserait dans le cadre de petits réseaux de connaissance, souvent par téléphone pour le premier contact et ensuite dans un café ou à domicile, pour la tractation.

Plusieurs types de revendeurs coexisteraient autour de la MDMA :

- des « voyageurs », qui peuvent passer le relais à d'anciens usagers d'opiacés ;
- les « jeunes errants » ;
- le « milieu de la nuit ».

Précisons, cependant, que si l'accessibilité de la MDMA augmente, actuellement, celle-ci ne fait pas partie des produits les plus disponibles sur le marché de la rue. Les réseaux resteraient assez fermés, car ce trafic se ferait à petite échelle et de manière peu visible.

Dans l'espace urbain, les prix de la MDMA auraient baissé en 2001. En 2000, il était difficile d'en trouver en dessous de 150 F dans la rue. Actuellement, le prix courant se situerait entre 50 et 100 F, le prix le plus bas pouvant aller jusqu'à 30 F le comprimé ou la gélule. Dans l'espace urbain, seule cette forme (gélule ou comprimé) serait vendue.

Moins de méfiance vis-à-vis de la MDMA

Dans l'espace urbain, les anciens héroïnomanes ont été longtemps méfiants vis-à-vis de la MDMA car « ils avaient peur de rester collés au plafond ». Ces usagers

18. CEIP - Centre associé PACA, 2001, Enquête OPPIDUM n° 13. Résultats du centre de Marseille (extraction effectuée par Xavier Thirion et Carine Saillard).

discutaient souvent de ce produit pour s'informer sur ses effets avant de l'expérimenter. Depuis que son usage s'est banalisé, il fait moins l'objet de discussions entre usagers. « Les anciens usagers de drogues en ont moins peur, ils se laissent plus tenter. Ils voient que tous leurs amis en prennent quand ils vont en boîte. »

L'usage d'héroïne en milieu urbain et festif

La raréfaction de l'héroïne

1) Dans l'espace urbain, en 2000 déjà, une tendance à la raréfaction de l'héroïne se dessinait sur Marseille. Ce phénomène se poursuivrait en 2001, l'héroïne serait peu disponible sur le marché car peu recherchée par les usagers. Dans l'étude OPPIDUM sur le site de Marseille, le pourcentage d'usagers d'héroïne ne représente que 5 % en 2001¹⁹.

Cette diminution est en partie liée à la diffusion des traitements de substitution comme le Subutex®, qui amène les usagers à rechercher d'autres sensations plus stimulantes par l'utilisation de cocaïne voire de MDMA. Toutefois, une très légère remontée de l'héroïne a été perçue en début et fin d'année 2001 par quelques intervenants. Actuellement, le faible attrait pour l'héroïne expliquerait en partie sa moindre disponibilité sur le marché.

En 2001, il paraît plus difficile de se procurer de l'héroïne car les réseaux de distribution semblent moins visibles. Les modalités de vente de cette substance confirment les tendances esquissées en 2000 : le petit trafic de rue aurait tendance à diminuer au profit d'une vente dans des lieux plus discrets. Ce type de vente s'organiserait par téléphone et les numéros de téléphone des distributeurs ne s'échangeraient pas facilement. Ces modalités d'échange constituent un frein à la diffusion de l'héroïne sur Marseille.

Quelques intervenants ont évoqué la présence de l'héroïne dans les quartiers nord de Marseille, mais, en même temps qu'ils livrent cette information, ils lui attribuent le statut de rumeur plutôt que d'information fiable²⁰.

2) Dans l'espace festif, l'héroïne en revanche poursuivrait un chemin inverse. Produit diabolisé pendant de nombreuses années au sein du milieu festif techno, l'héroïne bénéficierait aujourd'hui d'une meilleure image liée aux premières expériences positives avec d'autres opiacés comme le rachacha ainsi qu'à la prise de

conscience des usagers du milieu techno de la possibilité de consommer l'héroïne par voie pulmonaire ou nasale.

Vers une diminution des pratiques d'injection de l'héroïne ?

1) Dans le milieu urbain, l'injection reste la pratique la plus courante chez les consommateurs les plus âgés, même si elle tendrait à diminuer.

La diminution de l'injection concernerait plus particulièrement les consommateurs d'héroïne les plus jeunes qui associent tout particulièrement l'injection au risque de contamination au VIH, et pour lesquels la pratique du sniff paraît alors un moyen de consommer de l'héroïne sans risques²¹ : « Ces jeunes ont connu l'hécatombe des morts des aînés par le Sida. C'est une pratique qu'ils évaluent comme ayant moins de risque, moins stigmatisante. »

La voie nasale tendrait à se développer et quelques cas de consommation d'héroïne par voie pulmonaire ont été rapportés.

2) Dans le milieu festif, la voie nasale resterait majoritaire, mais la voie pulmonaire et injectable se diffuserait progressivement.

Dans le milieu urbain et festif, le speed-ball, un mode de préparation (déjà connu) s'est répandu en 2001. Contrairement aux années précédentes où le speed-ball était plutôt lié à la disponibilité de l'héroïne, son développement actuel est lié cette fois-ci à la disponibilité récente de la cocaïne sur Marseille. La diffusion de cette pratique pourrait être un moyen de réintroduire l'héroïne sur le marché en la faisant passer par le marché de la cocaïne.

Une diffusion dans des milieux « branchés »

En même temps qu'elle se raréfie, l'héroïne se diffuse dans d'autres milieux :

- 1) En milieu urbain de nouveaux types d'usagers semblent faire leur apparition :
- de nouveaux usagers plus jeunes, âgés de moins de 25 ans, déclarent utiliser uniquement la voie nasale,
 - l'héroïne étant un produit plus rare sur le marché, il semblerait qu'elle touche de plus en plus les milieux « branchés » de Marseille où elle aurait acquis le statut réservé à la cocaïne il y a quelques années. Le prix moyen de l'héroïne se situant autour de 700 F le gramme la rend plus difficilement accessible aux populations moins favorisées socialement.

19. CEIP - Centre associé PACA, 2001, Enquête OPPIDUM n° 13. Résultats du centre de Marseille (extraction effectuée par Xavier Thirion et Carine Saillard).

20. Le trafic dans les « quartiers » semble d'ailleurs plus fréquemment sujet aux rumeurs que dans le reste de la ville.

21. Il n'est toutefois pas évident d'évaluer réellement les modes d'administration des produits chez les jeunes consommateurs dans la mesure où la voie injectable est dévalorisée, donc plus difficilement mise en avant.

2) En milieu festif, deux types d'usagers émergent :

- des usagers «branchés» qui consomment de l'héroïne par voie nasale, comme ils le faisaient avec la cocaïne autrefois,
- des usagers plutôt jeunes, en grande précarité sociale, qui expérimentent l'usage d'héroïne en milieu festif et développent par la suite une pharmacodépendance aux opiacés.

La revalorisation de l'héroïne

La raréfaction de l'héroïne, l'apparition de nouveaux modes de consommation et de nouveaux types d'usagers s'accompagnent d'une revalorisation de ce produit.

1) Dans l'espace urbain, l'image de l'héroïne se serait considérablement améliorée. Ce produit autrefois diabolisé, car assimilé à la dépendance, au manque, et au VIH en raison de l'injection, serait actuellement l'objet de représentations plus positives. L'héroïne serait perçue comme un «produit propre».

- L'amélioration de l'image de l'héroïne est certainement liée à la dégradation concomitante de l'image de la cocaïne et du Subutex®. L'image de l'héroïne semble aujourd'hui meilleure que celle de la cocaïne car l'héroïne nécessitant des injections plus espacées, elle «esquinte» moins que la cocaïne.

Ce processus concerne également le Subutex® qui était perçu en 2000 comme un produit qui «permet de prendre moins de risque», alors qu'en 2001 l'injection devient une pratique plus noble avec l'héroïne qu'avec le Subutex®.

- Les anciens usagers d'héroïne ont tendance à idéaliser ce produit et mettent en avant qu'il est plus facile de décrocher de l'héroïne que des produits de substitution ou des benzodiazépines. Apparaît également un discours nostalgique sur la qualité de l'héroïne du temps où les usagers se shootaient de la «marseillaise», héroïne particulièrement pure.

- L'évolution des représentations des usagers vis-à-vis de l'héroïne s'applique également aux intervenants. Actuellement, les consommateurs d'héroïne sont décrits comme des «débrouillards», des «connaisseurs», le «haut du panier» de la toxicomanie.

2) Dans l'espace festif, si l'héroïne semble de plus en plus présente, les représentations de ce produit évolueraient moins que dans l'espace urbain. Toutefois, la possibilité de pouvoir consommer l'héroïne par voie nasale ou pulmonaire anoblit dans une certaine mesure l'usage d'héroïne, car les craintes liées à l'usage d'héroïne

sont liées non seulement à son pouvoir d'accoutumance mais également aux pratiques d'injection qui ont été associées à ce produit pendant longtemps.

La possibilité d'utiliser l'héroïne comme un «produit régulateur» pour faciliter la descente des produits stimulants ou hallucinogènes confère un aspect plus rassurant à cette substance.

L'usage de cocaïne en milieu urbain et festif

La cocaïne semble connaître un processus inverse à celui de l'héroïne : sa banalisation s'accompagnerait d'une dévalorisation du produit.

La diffusion progressive de la cocaïne fumée

1) Dans l'espace urbain, l'injection reste le mode de consommation de la cocaïne le plus courant, mais parfois l'injection n'est plus possible en raison de la détérioration de l'état veineux, et les usagers sont contraints à passer au mode nasal.

La pratique du «sniff» de cocaïne serait, en revanche, plus répandue et choisie par les jeunes consommateurs comme dans le cas de l'héroïne.

L'utilisation de la voie pulmonaire pour la cocaïne est décrite comme le mode de consommation émergent en 2001²², même si les usagers hésitent encore à l'utiliser à cause d'un taux de perte élevé du produit.

Deux principales manières de consommer la cocaïne en la fumant sont décrites :

- la «chasse au dragon» sur du papier aluminium,
- les usagers feraient chauffer la cocaïne avec de l'eau. La coke monte alors sous forme de boulettes qui sont chauffées à nouveau. Le produit obtenu est alors mis dans un bang et fumé. Les usagers rapportent que ce mode de consommation permettrait d'obtenir des effets plus rapides, mais augmenterait en même temps les comportements agressifs²³.

2) Dans le milieu festif, le mode pulmonaire se diffuse également dans l'espace festif, mais, dans ce cas, la cocaïne est mélangée à du tabac et/ou du cannabis.

Quand la cocaïne est «basée», les doseurs de pastis servent souvent de pipe²⁴.

22. Le mode pulmonaire quasi-inexistant auparavant serait d'ailleurs en augmentation pour l'ensemble des produits.
23. Ce mode de préparation ressemble à celui du crack, même si n'est pas mentionnée l'adjonction d'ammoniaque ou de bicarbonate.

24. Se reporter à ce sujet à la partie sur le free-base/crack dans les phénomènes émergents en 2001.

Une dévalorisation de la cocaïne en lien avec la démocratisation du produit et le changement du mode d'administration

Dans l'espace urbain, la perception de la cocaïne a changé, elle s'est considérablement dégradée en raison tout d'abord de changements dans le mode d'administration du produit. L'utilisation de plus en plus courante du mode intraveineux pour consommer la cocaïne dévalorise le produit. Les usagers se plaindraient souvent de la fréquence des injections et d'une consommation abusive de cocaïne dans les termes suivants : « J'en peux plus, j'en ai marre de me massacrer. »

Ensuite, en se diffusant dans l'ensemble de la population des usagers de drogues, la cocaïne perdrait son image de produit réservé aux couches sociales les plus favorisées et au milieu du « *showbiz* » et de la nuit. « La cocaïne est descendue dans la rue. » Cette « démocratisation » touchant aujourd'hui des usagers très marginalisés s'accompagnerait d'une dévalorisation de ce produit qui apparaît comme un produit pouvant entraîner une dépendance.

L'usage de Subutex® en milieu urbain

Vers un abandon contraint de l'injection ?

Si l'injection est toujours le mode dominant de consommation du Subutex®, la voie nasale semble en être le mode d'administration émergent.

L'abandon de l'injection au profit de la voie nasale pourrait être motivé par :

- une détérioration de l'état veineux qui peut contraindre les usagers à avoir recours à la voie nasale ou à changer de produit comme dans le cas de la cocaïne ;
- dans certains cas, l'utilisation de la voie nasale n'est pas une contrainte, mais un choix qui s'inscrit dans une stratégie de sevrage progressif. Pour arrêter le Subutex®, des usagers mettent en œuvre une stratégie en deux phases, au geste puis au produit ;
- quelques cas d'utilisation du Subutex® par voie pulmonaire sont évoqués, mais de manière exceptionnelle.

Apparition de nouveaux modes d'organisation du petit trafic et réactions des riverains

1) Les vendeurs non usagers

Les circuits de distribution du Subutex® semblent évoluer. Au début de la mise en place du Subutex®, les principaux revendeurs étaient des usagers de drogues expérimentés qui se faisaient prescrire des posologies très importantes afin de pouvoir à leurs besoins en termes de substitution et de contribuer au financement de leur consommation d'autres substances telles que la cocaïne.

Actuellement, il semblerait qu'à côté de ces usagers-revendeurs existent des vendeurs non-consommateurs généralement très jeunes ou très âgés exerçant en centre-ville et dans les quartiers²⁵. En 2000, les intervenants marseillais affirment que le Subutex® était « vendu par tout le monde²⁶ » en faisant référence à l'ensemble des usagers de drogues, en 2001, cette dénomination de « tout le monde » concerne également les non-consommateurs. « Ce produit est disponible à tout moment, dans tout lieu et chez tout médecin », « il suffit d'aller dans la rue » pour s'en procurer.

2) Le don

Phénomène émergent pour le Subutex®, la vente tendrait à laisser de temps en temps la place au « don ». Ce don ne serait toutefois pas totalement gratuit dans la mesure où l'objectif serait d'introduire une relation de réciprocité. « Dépanner » du Subutex®, c'est aussi un moyen de « prévoir de pouvoir demander à celui à qui on le donne de nous en donner aussi quand on n'en aura plus ». Cette forme d'échange est certainement liée à la chute du prix du Subutex® sur le marché noir et sa meilleure accessibilité par le recours au médecin. Si, en 2000, le prix moyen d'un comprimé de 8 mg de Subutex® était estimé à 30 F, les prix oscillent aujourd'hui entre 10 et 25 F le comprimé.

3) Les riverains face au trafic de médicaments

Le trafic très visible du Subutex® dans certains quartiers du centre-ville et la présence d'usagers qui « shootent » dans les halls d'immeuble peuvent entraîner des réactions agressives des riverains face aux usagers. Des « milices » s'organiseraient parfois dans les quartiers les plus exposés et s'efforcent de chasser ces usagers par tous les moyens. À titre individuel, des riverains peuvent chasser les usagers de leur quartier en « balançant des seaux d'eau de Javel quand ils sont en train de se faire un shoot. Ça calme ! ».

Même si le Subutex® paraît être un des produits les plus impliqués dans ces « révoltes » de riverains, il est difficile de distinguer précisément quel produit est à l'origine de ces désagréments plutôt qu'un autre.

25. Des rumeurs circulent autour des motivations de certains de ces non-consommateurs à vendre du Subutex® : « Certains usagers conseillent à d'autres de vendre du Subutex® pour pouvoir s'acheter un billet pour retourner chez eux. »

26. Rapport TREND-OFDT, juin 2001, p. 31.

Les intervenants attribuent en partie l'agressivité des riverains au statut d'impunité dont bénéficierait le Subutex® vis-à-vis des forces de l'ordre :

«Les dealers sont toujours au même endroit. La police est au courant, mais les dealers disent à la police que c'est un médicament et que c'est pas grave : "C'est que du Subutex®, c'est pas de la drogue". Même le shit ne se vend pas aussi facilement que le Subutex®.»

ÉTAT DES LIEUX DÉTAILLÉ

2001

Quelques tendances se confirment depuis plusieurs années, elles sont regroupées dans cet état des lieux.

LES USAGERS DE PRODUITS

Dans l'espace urbain, les usagers de drogues fréquentant les dispositifs bas seuils ou rencontrés par les équipes de rue sont principalement des polyconsommateurs. La plupart sont des anciens héroïnomanes qui consomment régulièrement du Subutex®, des benzodiazépines et de l'alcool ; et plus occasionnellement des stimulants quand ils trouvent l'argent nécessaire pour s'en procurer. Les usagers les plus visibles sont plutôt marginalisés socialement. La précarisation d'une partie de ces usagers de drogues semble en effet se confirmer :

«C'est les usagers historiques d'héroïne qui, après la substitution, ont commencé les cachets dans tous les sens et à l'heure actuelle des consommations centrées sur les médicaments et qui se détériorent vachement vite, que se soit au niveau social, au niveau médical, à tous les niveaux en fait.»

Dans l'espace festif, les caractéristiques des usagers sont plus diversifiées, généralement en lien avec le caractère autorisé ou non autorisé de ces fêtes. Dans les espaces festifs autorisés (bars, boîtes de nuit et parfois *raves* payantes), il est impossible de définir un type d'usagers, les consommateurs présents le sont souvent à titre occasionnel. Dans les espaces festifs non autorisés (*teknivals*, *free-party*), la population semble moins diversifiée, plus marginalisée (à l'instar des *tribes* et des *travellers*) et les usages se portent souvent sur des produits aux effets plus «violents» et intenses comme le crack ou la kétamine.

Problèmes de comorbidité (données sur la prévalence VIH, VHC)

Les principaux problèmes de santé auxquels sont confrontés les usagers de drogues restent encore aujourd'hui les infections virales et plus particulièrement le VIH et le VHC.

Sur Marseille, la prévalence du VIH est toujours élevée, de l'ordre de 28,9 % (moyenne nationale entre 12,1 % et 15,8 %), celle du VHC est de l'ordre de 48,9 % (moyenne nationale entre 52,3 et 66,3 %²⁷). Dans les PES, la prévalence du VHC est encore plus élevée, de l'ordre de 57 %²⁸.

À Marseille, la prévalence élevée du VIH chez les usagers de drogues peut s'expliquer partiellement par l'âge moyen des usagers injecteurs qui y est de l'ordre de 32 ans alors que dans les régions où la prévalence est plus faible, l'âge moyen des usagers injecteurs est de 28-29 ans²⁹.

Les opiacés (héroïne, rachacha, Subutex®, sulfate de morphine, méthadone, Néocodion®)

L'usage d'héroïne en milieu urbain et festif

Un produit qui reste majoritairement injecté

En milieu urbain, si de nouveaux usagers ont fait leur apparition, la majorité se compose toujours d'anciens usagers d'héroïne qui ont expérimenté sans succès un traitement de substitution et qui reviennent à leur produit «de choix».

Dans le milieu urbain, l'injection reste la pratique la plus courante même si elle tend à diminuer. Pour certains intervenants, la pratique de l'injection est appréhendée comme une forme de «destin» pour les usagers qui s'y sont initiés : «L'injection, c'est dans la culture, les gens qui ont arrêté y reviennent toujours.»

Cette affirmation est à nuancer car elle laisserait supposer que les usagers ne choisissent jamais leurs pratiques vis-à-vis des produits. Certes, ceux ayant recours à l'injection reconnaissent qu'il est parfois tout aussi difficile de décrocher des produits que

27. ORSPACA, 2000, *Prévalence des toxicomanies dans les agglomérations de Marseille et de Nice*. L'InVS mène actuellement une étude exploratoire portant sur «La prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues et les déterminants des pratiques à risque» sur la ville de Marseille. Cette étude permettra d'obtenir des données plus récentes sur le VIH et le VHC dans le courant de l'année 2002.

28. Extraction base de données marseillaise (Transit-Ampt, MDM, AIDES) issue de J. Emmanuelli, F. Lert, M. Valenciano, *Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues*, InVS-INSERM, 1999.

29. OFDT, *Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances*, 2001.

de se désaccoutumer du geste, mais les pratiques des usagers sont loin d'être figées, elles évoluent non seulement selon les générations, les régions, mais également durant le parcours d'un consommateur. Un usager peut mettre en œuvre des stratégies vis-à-vis de sa consommation de produits psychoactifs, et choisir de substituer un produit à un autre (de l'héroïne au Subutex® ou à la méthadone) ou de continuer à consommer les mêmes produits en modifiant ses pratiques de consommation (abandonner l'injection) ou même de moduler ses pratiques en fonction des produits (un même usager peut injecter l'héroïne, sniffer de la cocaïne, fumer du cannabis et prendre du Rohypnol® par voie orale).

Les associations de produits

1) Dans l'espace festif, les usagers utilisent l'héroïne pour la descente d'ecstasy ou d'amphétamines. L'héroïne devient alors un produit régulateur qui permet de «redescendre en douceur» et de limiter les effets indésirables des stimulants comme la crispation des mâchoires ou les crises d'angoisse.

2) Dans l'espace urbain, les benzodiazépines sont associées à l'héroïne pour un effet «booster», et cette association d'un produit peu onéreux permet de limiter le coût lié à la consommation d'héroïne.

Les dommages sanitaires et sociaux

Les dommages liés à l'injection comme les abcès tendent à diminuer puisque la pratique de l'injection semble moins fréquente chez les consommateurs d'héroïne. «C'est plus noble de shooter de l'héro que du subu car on a moins d'abcès.»

Parallèlement, l'augmentation de l'utilisation de la voie nasale contribue à la détérioration de l'état des cloisons nasales chez les usagers réguliers.

Enfin, le risque de surdose est toujours présent et il semble plus fréquent quand l'héroïne est associée aux benzodiazépines.

La raréfaction de l'héroïne

1) Dans l'espace urbain, l'héroïne blanche serait la plus disponible sur Marseille. L'héroïne brune reste très rare. La qualité de l'héroïne semblerait plutôt en baisse, le produit étant de plus en plus «coupé³⁰».

En milieu urbain, le prix de l'héroïne semble relativement stable. Certains intervenants ont noté une légère baisse, d'autres au contraire ont évoqué l'augmentation

30. Cette affirmation autour de la baisse de la qualité de l'héroïne a été avancée par bon nombre d'intervenants. Précisons, toutefois, que les discours sur la qualité des produits sont fréquemment sujets à des variations suivant les interlocuteurs.

du prix pour obtenir une héroïne de bonne qualité (prix supérieur à 1 000 F le gramme). Il est difficile d'évaluer précisément l'évolution du prix de l'héroïne sur le marché en raison de sa moindre disponibilité cette année. Les estimations rapportées par les intervenants portent sur un nombre très restreint de consommateurs, plus particulièrement pour l'héroïne brune.

Prix 1999 : 600 F (blanche), 300 F (brune)

Prix 2000 : 766 F (blanche), 550 F (brune)

Prix 2001 : 700 F (blanche), 400 F (brune)

2) Dans l'espace festif, il est difficile d'avancer des prix, car même si le produit semble se diffuser dans cet espace, les usagers en parlent peu en raison de son caractère stigmatisant. Il semblerait que le gramme d'héroïne blanche se vende aux alentours de 300-400 F.

L'héroïne semble être de plus en plus présente dans l'ensemble des espaces festifs qu'ils soient autorisés ou pas.

L'héroïne toujours perçue comme une substance au fort pouvoir addictif

Dans l'espace festif, si l'héroïne semble de plus en plus présente, ses représentations semblent peu évoluer. L'usage d'héroïne en milieu festif reste encore un sujet tabou. Les dealers continuent d'ailleurs à utiliser le terme « rabla » pour désigner l'héroïne et en faciliter la vente chez les consommateurs les moins expérimentés.

L'héroïne est toujours considérée comme synonyme de dépendance, « l'héroïne, ça accroche très vite » et de « déchéance ». Contrairement à d'autres produits qui circulent dans l'espace festif et pour lesquels s'observe une distinction entre les représentations négatives des non-utilisateurs de la substance et les représentations positives des consommateurs, l'héroïne serait perçue de manière plutôt négative par les deux groupes.

L'usage de rachacha en milieu festif

Un produit plutôt présent dans les événements festifs non autorisés

L'opium et le rachacha ne semblent pas être présents dans l'espace urbain. Les observations ci-après ne concernent qu'une partie de l'espace festif techno, les événements non autorisés (teknivals et *free-party*) et portent essentiellement sur le rachacha.

Les consommateurs de rachacha ne semblent pas avoir de caractéristiques sociales particulières. Ils ressembleraient aux consommateurs d'autres substances et apprécient tout particulièrement les opiacés.

Le rachacha serait généralement ingéré. Dans ce cas, le produit peut être ingéré directement, enveloppé dans une feuille de papier-cigarette ou encore mélangé à une boisson chaude comme du thé. Le rachacha serait très rarement injecté car ce mode d'administration entraînerait fréquemment l'apparition de « poussières » et nécessiterait un filtrage très minutieux et complexe.

Le rachacha est souvent utilisé pour faciliter la « descente » des psychostimulants. Il permettrait alors de diminuer le stress, ses conséquences somatiques (insomnie, crispation, contracture) et pharmaco-psychologiques (agressivité, dépression...).

Le rachacha peut aussi être utilisé seul chez les amateurs d'opiacés qui considèrent que « ce produit se suffit à lui-même ».

Il peut généralement entraîner des problèmes de sédation, des démangeaisons et des troubles hépatiques et intestinaux. Toutefois, dans l'espace festif, aucun cas de surdose suite à la consommation de rachacha n'a été observé. Le rachacha serait parfois associé à la kétamine, association particulièrement dangereuse car elle pourrait entraîner des dépressions respiratoires.

Une substance rarement vendue et plutôt donnée

Le rachacha serait disponible dans les événements festifs non autorisés, plus rare dans les lieux festifs autorisés. La disponibilité du rachacha est saisonnière, le produit se consomme frais deux-trois mois par an durant l'été, il se présente alors sous la forme d'une pâte friable de couleur marron, et peut se consommer ensuite sous forme liquide durant le reste de l'année.

Le rachacha est en général donné ou échangé, il est très rarement vendu. Dans les rares cas de vente, les prix couramment pratiqués se situeraient autour de 50 F le gramme et ne dépasseraient jamais 100 F.

Une substance « naturelle et biologique »

Le rachacha serait perçu comme un produit peu dangereux en raison de son caractère naturel et « biologique, qui ne ressemble pas à une défonce ».

La perception positive du rachacha serait également liée à ces effets qui permettraient de faire redescendre dans le cas de « *bad trips* » et de récupérer car le rachacha semble être un excellent somnifère. « C'est presque un médicament, ça apaise, c'est un antalgique assez naturel. À mettre d'urgence dans la trousse des teufeurs. »

L'usage de Subutex® dans le milieu urbain

Le Subutex® reste le produit le plus accessible sur le marché

Dans l'espace urbain, le Subutex® reste certainement le produit le plus accessible sur le marché et le plus fréquemment consommé par les usagers à Marseille. Dans l'étude OPPIDUM, la proportion d'usagers sous buprénorphine est plus importante à Marseille de l'ordre de 51 % alors qu'elle est à 45 % au niveau national³¹. À sa bonne disponibilité sur le marché légal s'ajoute une présence très importante de ce produit sur le marché parallèle.

En revanche, le Subutex® ne serait pas disponible dans l'espace festif.

Les quatre catégories d'usagers de Subutex® évoquées en 2000 restent d'actualité en 2001 :

- les « principalement substitués » pour lesquels le Subutex® constitue un traitement de substitution et reste le produit principalement consommé ;
- les « principalement héroïnomanes » qui utilisent le Subutex® lorsque l'héroïne n'est pas disponible sur le marché ou pour apaiser le manque ;
- les « polyconsommateurs de médicaments » pour lesquels le Subutex® n'est qu'un produit qui s'ajoute aux autres ;
- les « consommateurs de stimulants et hallucinogènes » qui utilisent le Subutex® pour « redescendre ».

Une tendance évoquée l'année dernière semble se confirmer et peut constituer cette année une cinquième catégorie de consommateurs. De jeunes usagers âgés de 18 à 25 ans entreraient dans la toxicomanie³² par le biais d'un traitement de Subutex® prescrit par leur médecin généraliste.

Toutefois, en 2001, la catégorie des consommateurs de Subutex® la mieux représentée est celle des anciens héroïnomanes.

Dans les polyusages « massifs », le Subutex® est associé à divers médicaments psychotropes (en particulier Rohypnol® et Artane®) et à l'alcool. Dans ces populations qualifiées de « cachetonneurs », l'effet recherché serait la potentialisation de tous les produits consommés : « Je consomme ce qui vient, ce qui me passe par la tête », c'est « la défonce, la déconnexion totale, partir, échapper à la dureté de la vie... »

Les dommages liés à la persistance de l'injection de Subutex®

Même si de nouveaux modes de consommations comme le sniff de Subutex® semblent se diffuser, l'injection serait toujours le mode d'administration dominant.

La multiplication des injections concourt à la détérioration de l'état veineux de ces usagers qui peut les réduire à trouver de nouveaux points d'injection tels que « le cou, le front et le sexe », voire parfois un cathéter posé pour les soins liés à leur infection VIH, même si ces usagers déclarent être conscients des risques encourus.

La fréquence de l'injection de Subutex® serait due, selon certains intervenants, au fait que « c'est une molécule qui n'étant pas satisfaisante entraîne un leurre. Le recours à l'injection peut être plus fréquent... les usagers recherchent un bien-être que le produit ne procure pas ».

Les principaux dommages sanitaires du Subutex® sont dus à l'injection. Les abcès et les infections concerneraient à la fois les usagers âgés dont l'état veineux est détérioré et les jeunes consommateurs inexpérimentés qui « se massacrent ». Les pratiques d'injection se repèreraient facilement chez les consommateurs de Subutex® car « les mains deviennent des pelles », phénomène qualifié de « syndrome de popeye ».

Toutefois, des stratégies de réduction des risques peuvent être déployées par les usagers afin de limiter les risques sanitaires liés à l'injection du Subutex® :

« Un truc qu'on constate aussi, c'est que les injecteurs de Subutex® ont des tactiques justement pour éviter les risques. Quand on a fait parler des gens, les gens qui ont des possibilités, un logement, ils font la préparation, ils mettent la seringue verticale et ils attendent qu'il y ait du dépôt dans le fond de la seringue et ils l'envoient sans le dépôt. Il y a un mec qui nous a montré toute une tactique avec des seringues 5cc, tout est stérile, il touche rien avec les doigts, il touche le comprimé pour le mettre dans le Stéricup et après c'est fini, il touche plus avec les doigts. »

Comme toujours lors de la modification de la voie d'administration (de la voie veineuse à la voie nasale), de nouveaux dommages sanitaires émergent comme la détérioration des cloisons nasales.

Un produit à la fois souvent consommé et dévalorisé

Le Subutex® est l'objet de représentations ambivalentes liées au mode d'administration du produit.

- Déjà perceptible en 2000, la perception du Subutex® se serait considérablement dégradée en 2001. De traitement de substitution, le Subutex® est aujourd'hui quasi exclusivement considéré comme un « produit de défonce » extrêmement banalisé. « Ils appellent ça une drogue maintenant et pas un traitement. »

L'ensemble des intervenants mettent en avant le discours récurrent des usagers vis-à-vis du Subutex® : « Le Subutex®, c'est de la merde. » Le Subutex® serait

31. CEIP - Centre associé PACA, 2001, Enquête OPPIDUM n° 13. Résultats du centre de Marseille (extraction effectuée par Xavier Thirion et Carine Saillard).

32. Même si, comme nous l'avons déjà évoqué, il n'est pas évident de dater précisément l'entrée dans la toxicomanie.

perçu à travers le remplacement d'une dépendance par une autre (comme nous l'avons évoqué, le Subutex® est perçu comme un produit dont il est plus difficile de décrocher que l'héroïne), et ensuite à travers les dommages sanitaires liés à l'injection : « Pour ceux qui s'injectent le Subutex®, ils s'abîment, ils sont pleins d'abcès, ils ont les mains qui ressemblent à des pelles. »

Si les perceptions des usagers vis-à-vis du Subutex® se dégradent, ce processus s'applique également à certains intervenants qui souhaiteraient une mise sur le marché de la forme injectable de ce produit pour limiter les dommages sanitaires liés au Subutex®.

■ D'un autre côté, les usagers qui parviennent à prendre le Subutex® par voie orale auraient une représentation légèrement plus positive de ce produit que les injecteurs.

L'usage de sulfates de morphine en milieu urbain

Une substance complexe à acquérir...

Les sulfates de morphine semblent quasiment absents de l'espace festif.

Dans l'espace urbain, les sulfates de morphine seraient toujours très peu disponibles sur Marseille, la majorité des intervenants ne dispose d'aucune information sur ce produit. Les rares informations délivrées sont donc à prendre avec précaution car elles reposent sur un nombre restreint d'observations.

Les sulfates de morphine sont très peu accessibles à la fois sur le marché légal et illégal. Les quelques médecins prescripteurs s'efforceraient de rester discrets et n'hésiteraient pas à cesser brutalement toute prescription dès que leur file active d'usagers augmente, d'où l'intérêt des usagers qui en bénéficient de garder le « secret » sur l'origine de leur prescription.

La proposition de prescription de sulfates semble rarement liée à une demande de l'usager, le médecin déciderait de choisir ce médicament de substitution uniquement en dernier recours après avoir constaté l'échec du Subutex® et de la méthadone.

En raison de sa moindre accessibilité sur le marché légal, la vente de sulfates de morphine au marché noir serait rarissime. Seuls quelques usagers accepteraient d'en faire profiter quelques proches pour un « dépannage », sans échange d'argent.

... qui serait réservée à « l'aristocratie » des usagers de drogues

En 2000, le rapport national TREND distinguait trois catégories de consommateurs de sulfates de morphine : « des usagers très marginalisés », « des usagers insé-

rés socialement » et « des usagers de l'espace festif techno ». À Marseille, il semblerait que seuls les usagers les plus insérés socialement aient accès aux sulfates de morphine.

TREND étant prioritairement axé sur les usagers vus dans les dispositifs bas seuils ou lors du travail de rue, il ne nous permet pas d'obtenir d'informations précises sur les populations les plus insérées ou alors seulement dans les cas où elles fréquentent l'espace festif.

Au-delà de leur insertion sociale, les usagers de sulfates de morphine auraient une bonne connaissance du réseau de soins marseillais. La faible diffusion des sulfates de morphine serait liée aux réticences de médecins à les prescrire renforcée par le « secret » gardé par les rares usagers qui en bénéficient sur l'identité de leur médecin. Ces usagers « privilégiés » « ont tout intérêt à ne pas dire où ils le trouvent pour garder leur médecin ».

Les sulfates de morphine seraient l'objet de perceptions plutôt positives, en partie liées aux propriétés pharmacologiques qui les rendraient plus facile à injecter que le Subutex® et à cette occasion permettrait l'obtention d'un « flash ».

Les effets liés aux sulfates de morphine retentissent sur les consommateurs qui sont valorisés et positionnés aux meilleures places dans la hiérarchie propre au monde des usagers.

« Le Skenan®, c'est l'aristocratie des usagers. Celui qui réussit à avoir du Skenan®, c'est celui qui se débrouille bien. Le Subutex®, c'est le produit des pauvres. Celui qui a du Skenan® est vu comme celui qui a des arguments pour convaincre un médecin et sait bien où se trouvent les prescripteurs dans Marseille. »

L'usage de méthadone en milieu urbain

La méthadone, un produit très accessible sur le marché légal mais quasiment absent du marché parallèle

À l'inverse des sulfates de morphine, la méthadone est un produit disponible dans le circuit légal. En effet, Marseille est l'une des villes où ce traitement est particulièrement accessible, du plus haut au plus bas seuil.

Dans l'espace urbain, la méthadone est disponible dans quatre centres fixes (CSST-AMPT, CSST-Danièle Casanova, Unité méthadone Addiction-Sud, Intersecteur des Pharmacodépendances) et dans le Bus Méthadone de Médecins du Monde. Il est également possible de poursuivre un traitement à la méthadone lors d'une incarcération au sein de l'Antenne toxicomanie de la maison d'arrêt des Baumettes. L'étude OPPIDUM montre que la proportion de patients sous méthadone

done progresse régulièrement, passant de 24 % en 1999, à 26 % en 2000 et à 28 % en 2001³³.

À l'instar des sulfates de morphine, la méthadone est un produit toujours très rare sur le marché parallèle et qui semble absent de l'espace festif.

La moindre accessibilité de la méthadone sur le marché parallèle serait due en partie à sa bonne disponibilité dans le circuit légal, et à son caractère non injectable. La création récente du Bus méthadone a considérablement amélioré l'accès à la méthadone pour les personnes les plus marginalisées.

Comme en 2000, la méthadone serait rarement l'objet d'échanges marchands³⁴, elle serait très occasionnellement cédée en « dépannage ».

Toutefois, des rumeurs de revente occasionnelle dans les quartiers ont circulé durant l'année 2001. Mais comme nous l'avons déjà évoqué, les rumeurs sont fréquentes au sujet des trafics de substances dans les quartiers.

Un produit contraignant et « sécurisant » à la fois

Les usagers de méthadone sont généralement des anciens héroïnomanes. Le cadre plus contraignant de la méthadone (comparé au Subutex®) sélectionnerait un public particulier, plutôt âgé, susceptible d'accepter ces contraintes.

La méthadone est toujours administrée par voie orale. Des rumeurs circulent sur la possibilité d'injecter le produit : « On entend dire que c'est injectable, mais on n'a jamais vu personne le faire », mais la procédure étant très compliquée, elle semble avoir découragé les quelques usagers susceptibles de vouloir y recourir.

Les usagers substitués à la méthadone seraient toutefois particulièrement prudents et conscients des dangers des associations avec la méthadone.

Deux principaux problèmes de santé sont rapportés lors de la substitution à la méthadone :

- un sentiment dépressif,
- des effets négatifs sur le foie, plus particulièrement chez les usagers porteurs de l'hépatite C.

La plupart des usagers se plaindraient « d'être souvent malades » en début de traitement.

En 2001, les usagers demanderaient plus fréquemment un sevrage de méthadone en raison des effets secondaires du produit et du caractère trop contraignant

de la dispensation. Ces usagers qui souhaiteraient arrêter leur traitement déplorent de ne pas être entendus par leur médecin prescripteur qui leur objecterait : « C'est trop tôt, attendez un peu. »

La méthadone est un produit dont les usagers parleraient peu dans les dispositifs bas seuils, mais ce produit aurait une mauvaise réputation imputable à :

- ses effets secondaires qui peuvent donner aux usagers « l'impression d'être sous camisole chimique », que la méthadone « fait gonfler et rend malade », « transforme en légume et a trop d'effets négatifs sur la sexualité » ;
- aux contraintes liées au cadre de dispensation perçu comme « astreignant car il faut être inscrit dans un programme, aller à des rendez-vous et ça peut perturber les gens qui travaillent dans leur emploi du temps » ;
- au discours récurrent sur le pouvoir « addictif » de la méthadone : « C'est plus facile de décrocher de l'héroïne que de la métha. »

Comparée au Subutex®, la méthadone apparaîtrait comme plus sécurisante dans la mesure où elle limiterait le recours à la voie injectable (du moins pour l'utilisation de cette substance) ce qui la rendrait plus facile à gérer au quotidien. La méthadone est d'ailleurs perçue comme « un produit propre » qui peut être utilisée dans le cadre d'une stratégie d'abandon progressif de la pratique d'injection.

Toutefois, depuis la mise en place des traitements de substitution, la méthadone est fréquemment associée à la cocaïne, association qui permettrait de ne pas « faire le deuil des sensations psychoactives », d'obtenir des « petits effets de défonce », de « retrouver les montées et les descentes » et de poursuivre l'injection.

L'alcool et les benzodiazépines seraient de plus en plus utilisés pour potentialiser les effets de la méthadone, ou alors dans le contexte de polyusages massifs où la méthadone n'est qu'un produit consommé parmi tant d'autres.

L'usage de Néocodion® en milieu urbain

Un médicament très accessible mais délaissé par les usagers

Dans l'espace urbain, le Néocodion® est un produit toujours très accessible chez le pharmacien. Le Néocodion® serait présent par cycles dans l'espace urbain. Le seul indice permettant de détecter son accessibilité est « le nombre de boîtes qui traînent dans la rue ». Le Néocodion® semble ne jamais faire l'objet de revente, car il est très facilement accessible en pharmacie.

Ce moindre recours au Néocodion® est certainement lié à la meilleure accessibilité aux traitements de substitution (méthadone, Subutex®). En effet, le Néocodion®

33. CEIP - Centre associé PACA, 2001, Enquête OPPIDUM n° 13. Résultats du centre de Marseille (extraction effectuée par Xavier Thirion et Carine Saillard).

34. Sur Marseille, la méthadone aurait fait l'objet de revente uniquement en 1995 lors de sa mise en place.

était plus présent avant 1995. À l'époque où l'héroïne était l'un des produits les plus fréquemment consommés, une technique appelée « sevrage marseillais » consistait à prendre du Néocodion® toutes les quatre heures pour pallier le manque.

Les usagers parlent peu de leur consommation de Néocodion® car ils ne semblent pas lui accorder le statut de drogue. Ce produit serait avant tout perçu comme un « produit de dépannage » pour des anciens héroïnomanes aujourd'hui habitués à d'autres traitements de substitution plus « efficaces ».

Néocodion®, alcool et problèmes hépatiques

Le Néocodion® peut également être perçu comme le « bas de gamme des produits » quand il est consommé par des usagers très précaires socialement. En effet, les consommateurs de Néocodion® seraient plutôt :

- des usagers socialement isolés et ayant une mauvaise connaissance du dispositif de soins spécialisés pour les toxicomanes ;
- des usagers « clochardisés » qui seraient avant tout dépendants de l'alcool et y associent occasionnellement le Néocodion® ;
- des anciens usagers d'héroïne qui continueraient à utiliser le Néocodion® comme autosubstitution malgré la mise sur le marché d'autres produits comme la méthadone ou le Subutex®, par goût pour les effets de la codéine.

Dans l'étude OPPIDUM, les données recueillies sur Marseille mettent en évidence que la moyenne d'âge des usagers de codéine est beaucoup plus élevée que celle des autres consommateurs : 42 ans en moyenne (30,5 ans pour les consommateurs d'autres opiacés, et 30,6 ans pour les consommateurs de benzodiazépines³⁵).

Le Néocodion® serait essentiellement consommé par voie orale. Les usagers rincent généralement les cachets pour enlever la première couche de sucre, considérée comme étant un élément nocif pour le foie.

L'alcool resterait le principal produit associé au Néocodion®.

L'utilisation abusive de Néocodion® aurait pour conséquence d'aggraver les problèmes liés à l'hépatite C, et de provoquer des troubles digestifs et des réactions allergiques (de type gonflements et démangeaisons). En effet, le Néocodion®, généralement utilisé pour soulager le manque d'opiacés, nécessite d'être absorbé en quantités importantes pour obtenir l'effet attendu.

Les stimulants (MDMA, amphétamines/speed, cocaïne, poppers)

Globalement, la consommation de stimulants augmente et plus particulièrement celle de MDMA et de cocaïne tant dans l'espace urbain que dans l'espace festif.

Le free-base/crack a été intégralement traité dans la partie « phénomènes émergents » de ce rapport.

L'usage de MDMA en milieu festif et urbain

La MDMA toujours dominante dans l'espace festif

La MDMA est toujours l'un des produits phares de l'espace techno, mais, en 2001, elle toucherait des usagers de plus en plus nombreux. Cette démocratisation s'accompagne d'une diversification des caractéristiques de ces consommateurs à la fois dans l'espace festif techno et urbain.

Dans l'espace festif, deux principaux types d'usagers peuvent être distingués :

- la majorité des usages se déroule au sein de l'espace techno et concerne une population plutôt jeune (18-30 ans) issue de tous milieux sociaux,
- une population de tous âges et de milieux plutôt aisés consomme de la MDMA dans l'espace festif hors techno, dans le cadre de fêtes privées ou de boîtes de nuit.

Dans la majorité des cas, la MDMA est administrée par voie orale, elle est « gobée », avec parfois un fractionnement de la prise.

Quelques cas d'expérimentation de prise par voie nasale sont rapportés, mais de manière exceptionnelle. Cette pratique serait rarement poursuivie en raison d'effets désagréables lors du passage du produit dans les voies nasales.

La pratique d'injection serait rare et concernerait principalement des publics habituellement injecteurs et qui poursuivraient cette pratique quel que soit le produit consommé.

La meilleure accessibilité de la MDMA s'accompagnerait d'une baisse des prix au sein de l'espace festif. Un comprimé ou une gélule coûterait entre 75 et 150 F (prix courant), le prix le plus haut pouvant aller jusqu'à 200 F et le plus bas jusqu'à 30 F.

Le gramme de poudre se vendrait généralement à 400 F.

Dans l'espace festif, les prix varieraient en fonction des lieux, ils resteraient plus élevés dans les fêtes plus « institutionnalisées » comme les *raves* payantes, les clubs et les discothèques.

35. CEIP - Centre associé PACA, 2000, Enquête OPPIDUM n° 12. Résultats du centre de Marseille (extraction effectuée par Carine Saillard).

Les effets empathiques de la MDMA l'éloignent du statut de drogue

Les effets attendus par les usagers de MDMA sont l'empathie appelée le «*smiley*» ainsi qu'un effet «*booster*». Quand l'usage devient plus régulier, ces effets tendraient à s'estomper et ne serait perçu alors qu'un effet de stimulation proche des amphétamines.

De plus, comme des produits vendus pour de la MDMA seraient parfois coupés aux amphétamines ou aux hallucinogènes³⁶, certains usagers attendraient désormais en priorité les effets de ces deux dernières substances lorsqu'ils consommeraient de la MDMA, c'est-à-dire «*speed*» et hallucinations.

Chez les consommateurs les plus jeunes qui consomment ce produit dans le cadre festif, la MDMA serait utilisée seule ou occasionnellement associée à de l'alcool et/ou du cannabis.

Chez les autres types de consommateurs :

- la MDMA serait associé à la cocaïne pour potentialiser les effets de la cocaïne. Avec cette association, «les usagers ne touchent plus le sol»,
- l'héroïne serait utilisée pour la «descente», mais cette association semble rare étant donnée la faible disponibilité de l'héroïne et son prix élevé sur Marseille.

Pour la plupart des usagers, la MDMA reste associée au milieu festif, aux sorties, et à l'amusement. Les consommateurs occasionnels semblent généralement persuadés que ce produit n'est pas dangereux et qu'il n'entraîne pas d'accoutumance, ce qui lui permet de ne pas être considéré comme une «drogue». Les utilisateurs plus réguliers de MDMA lui attribueraient, quant à eux, plus facilement le statut de drogue, mais sa perception reste très positive en raison de ses effets empathiques.

Des dommages sanitaires liés au produit et au contexte festif

1) Dans l'espace urbain, les dommages sanitaires associés à la MDMA sont difficiles à évaluer dans la mesure où son usage hors cadre festif techno est assez récent. Les principaux dommages observés sont d'ordre psychique, liés à une consommation compulsive de MDMA : «Ils gobent tellement qu'ils ne descendent plus», «il est difficile de remettre pied dans la réalité».

2) Dans l'espace festif techno, à ces dommages s'ajoutent d'autres tels que :

- la déshydratation, mais il est difficile d'évaluer la place réelle de la MDMA dans ce processus, quand les usagers passent une nuit à danser sans s'hydrater ;

- un état dépressif, qui peut encore une fois être attribué à d'autres facteurs liés à la fête comme le manque de sommeil et le retour ensuite à «la vie normale» ;
- dans des cas extrêmes qui restent exceptionnels sont rapportés des hyperthermies, hépatites fulminantes ou dépressions respiratoires. Il serait toutefois important de les valider avec des données plus objectivées.

L'usage d'amphétamines/speed en milieu festif et urbain

Un produit de plus en plus disponible dans l'espace festif techno

La disponibilité des amphétamines/speed est meilleure dans l'espace festif que dans l'espace urbain.

1) Les amphétamines/speed seraient très difficiles à acquérir en dehors du cadre festif techno. Cette substance serait visible par vagues, mais ne concernerait à chaque fois que quelques personnes.

Dans l'espace urbain, les prix semblent stables depuis des années, autour de 200 F le gramme de poudre.

Dans l'espace urbain, les amphétamines/speed vendues seraient de fabrication souvent artisanale, ce qui contribuerait à la circulation de rumeurs autour de la présence de «poison», d'où une méfiance des usagers à les consommer. L'étude OPPIDUM laisse entrevoir une légère évolution de la consommation d'amphétamines en milieu urbain, la proportion d'usagers passant de 1 % en 1999, à 4 % en 2000 et en 2001. Toutefois, les effectifs restent tellement faibles (2/390 usagers en 1999, 12/341 en 2000, 14/355 en 2001) qu'il est difficile de conclure à une réelle augmentation, cette tendance pourra être suivie en 2002³⁷.

2) Dans l'espace festif, les amphétamines/speed sont très disponibles dans les événements festifs autorisés, un peu moins disponibles dans les événements festifs non autorisés.

Un comprimé ou une gélule se vendrait aux alentours de 75 F (prix courant) avec des variations allant de 50 F (prix le plus bas) à 100 F (prix le plus haut).

Un gramme liquide est vendu aux alentours de 250 F (prix courant), entre 200 F (prix le plus bas) et 400 F (prix le plus haut).

36. Selon la base SINTES, il semblerait que, globalement, les produits vendus pour de l'ecstasy soient de meilleure qualité et auraient une teneur en MDMA meilleure que les années précédentes.

37. CEIP - Centre associé PACA, 2001, Enquête OPPIDUM n° 13. Résultats du centre de Marseille (extraction effectuée par Xavier Thirion et Carine Saillard).

Un gramme de poudre est vendu aux alentours de 150 F (prix courant), entre 100 F (prix le plus bas) et 300 F (prix le plus haut).

La forme la plus couramment vendue se présenterait sous forme de poudre ou de liquide.

Dans l'espace festif, les représentations sont ambivalentes :

- la plupart des usagers n'apprécieraient pas les effets liés aux amphétamines/speed qu'ils qualifient de trop « durs », dénués de sentiment et lui préfèrent généralement la MDMA aux effets plus « empathiques »,
- à l'inverse, les usagers réguliers appartiennent à la mouvance identitaire la plus radicale du milieu techno et apprécient donc ce type d'effets. De plus, les amphétamines/speed sont perçues comme une substance particulièrement adaptée au milieu festif dans la mesure où celle-ci permet de rester éveillé et de danser toute la nuit.

Des usagers difficiles à qualifier

1) Dans l'espace urbain, les rares usagers d'amphétamines/speed seraient très marginalisés. Vivant en squat ou « faisant la route », qualifiés de « galériens » et/ou « d'aventuriers », ces usagers seraient généralement « de passage » sur Marseille, désignés comme « des gens qui viennent d'ailleurs ». Une tendance au rajeunissement serait perceptible chez les consommateurs.

2) Dans l'espace festif, les usagers d'amphétamines/speed sont plus difficiles à qualifier, mais peuvent être distingués ceux qui utilisent ce produit à leur insu ou volontairement :

- en effet, des usagers consommeraient des amphétamines/speed sans le savoir dans la mesure où parfois des cachets vendus pour de l'ecstasy sont coupés aux amphétamines,
- les usagers qui consommeraient « en toute conscience » des amphétamines/speed sont soit des usagers âgés de plus de 40 ans qui consommaient déjà des amphétamines par injection dans les années 1970 et retrouvent ces sensations dans le cadre de l'espace festif ; soit des usagers âgés de 25-30 ans ayant une appartenance identitaire forte au milieu techno, « travellers » ou « tribes » et qui découvrent les effets de ce produit dans cet espace.

La recherche de l'effet « speed »

1) Dans l'espace urbain, les amphétamines/speed seraient consommées soit par inhalation, soit par injection, sans qu'il soit possible de discerner la pratique la plus courante. Les amphétamines/speed seraient utilisées pour « passer un bon moment. On se fait deux ou trois jours de speed ».

2) Dans l'espace festif, le mode d'administration dominant serait la voie orale dans les trois quarts des cas, puis, par ordre décroissant de fréquence, le mode nasal, pulmonaire et veineux.

Quand les amphétamines/speed se présentent sous la forme de pâte, les usagers l'enroulent dans une feuille de papier à rouler avant de l'ingérer.

Les usagers qui consomment des amphétamines/speed attendraient comme effet le nom qu'ils donnent à ce produit c'est-à-dire le « speed ».

Les amphétamines/speed peuvent être associées aux stimulants comme la MDMA ou la cocaïne pour potentialiser le sentiment de puissance et d'énergie sur une longue durée. Les amphétamines/speed seraient alors utilisées comme un « produit de rallonge » ajouté à la préparation d'autres produits afin d'en prolonger les effets. Le prix peu élevé des amphétamines/speed permet d'économiser une partie de la MDMA ou de la cocaïne.

Plus rarement, les amphétamines seraient associées au LSD pour potentialiser alors l'effet « speed » du LSD.

Les dommages sanitaires des amphétamines seraient plutôt liés à une prise régulière, pourraient alors apparaître perte de poids et de vitamines, ulcères gastriques, mais aussi des troubles psychiques tels que la dépression, l'agressivité, voire une forme de psychose appelée « psychose amphétaminique ».

L'usage de cocaïne en milieu urbain et festif

Une substance qui se démocratise

1) En 2001, la cocaïne poursuit sa diffusion dans l'espace urbain. La cocaïne est toujours très disponible, voire encore plus disponible pour la majorité des intervenants. Elle occuperait la place de l'héroïne cinq ou six années auparavant. « La cocaïne est arrivée en force avec la substitution et a pris le marché de l'héro. Ça fait moins d'overdoses, mais ça massacre. »

Dans l'enquête OPPIDUM, à Marseille, la proportion de consommateurs de cocaïne est en augmentation, de 12 % en 1999 et 2000, elle passe à 16 % en 2001, la proportion nationale étant de 8 % en 2001 ; alors que l'héroïne connaît une situation inverse, elle est en baisse sur Marseille de 6 % en 2000, elle passe à 5 % en 2001, la proportion nationale étant de 14 % en 2001³⁸.

38. CEIP - Centre associé PACA, 2001, Enquête OPPIDUM n° 13. Résultats du centre de Marseille (extraction effectuée par Xavier Thirion et Carine Saillard).

Une structure bas seuil émet un avis toutefois plus nuancé et met en évidence que la cocaïne serait un peu moins disponible qu'en 2000 et tendrait à être remplacée par la MDMA. Cette tendance sera suivie en 2002.

Dans l'espace urbain, il semble toujours aussi facile voire de plus en plus facile de se procurer de la cocaïne. Fait relativement nouveau, la cocaïne semblerait plus disponible dans les quartiers que dans le centre-ville.

Toutefois, l'acquisition de cocaïne reste encore aujourd'hui plus complexe que celle du Subutex® ou des benzodiazépines, les réseaux de distribution de la cocaïne étant plus fermés. Contrairement à la vente de ces médicaments, le trafic de cocaïne ne se déroule pas « à la criée ». Il est plus discret et plus organisé, il se déroulerait principalement par contacts téléphoniques.

La qualité de la cocaïne serait en baisse, une cocaïne de mauvaise qualité actuellement sur le marché est décrite ainsi : quand le produit « est chauffé, il se liquéfie comme de l'eau ». La cocaïne serait de plus en plus coupée avec du lactose, de la caféine, du manicol, des amphétamines et de la strychnine.

La baisse de la qualité et la bonne disponibilité de la cocaïne continuent à faire baisser les prix. La diffusion et le prix de la cocaïne semblent fortement liés à la mise à disposition des traitements de substitution. Avant 1996, le gramme de cocaïne se vendait autour de 800 F, le prix courant se situe aujourd'hui entre 250 et 400 F, les prix les plus élevés n'excédant pas 500-600 F.

2) Dans l'espace festif, la cocaïne est un produit également très disponible, plus fréquemment consommé dans les soirées privées et les discothèques que dans les événements festifs non autorisés. Dans les *free-party* et les *teknivals*, la cocaïne serait toutefois le second produit disponible après la MDMA et tendrait ainsi à supplanter le LSD.

Dans l'espace festif, les prix de la cocaïne oscillent entre 250 F (prix le plus bas) et 600 F (prix le plus haut). Généralement, un gramme de cocaïne vaut aux alentours de 400-500 F. La cocaïne la plus recherchée serait une catégorie dénommée « écailles de poisson » en raison de son aspect brillant.

En 2001, le phénomène de diffusion de la cocaïne se poursuit et s'accompagne d'une plus grande diversification des populations concernées qui rend particulièrement difficile le repérage de populations spécifiques. Les populations les plus concernées par la cocaïne seraient :

- les anciens héroïnomanes en traitement de substitution âgés aujourd'hui entre 35 et 45 ans qui utiliseraient la cocaïne en complément à la méthadone ou au

Subutex®³⁹. Cette population aurait facilement accès à la cocaïne en raison de sa connaissance des réseaux de distribution ;

- plus récemment, tendrait à se développer une consommation de cocaïne chez les plus jeunes et les femmes en milieu festif ;
- existe également une population dite cachée, qui ne fréquente pas les dispositifs spécialisés et qui utilise la cocaïne comme stimulant pour travailler, plus particulièrement dans les métiers du spectacle ou de la restauration.

Injection et speed-ball

1) Dans l'espace urbain, l'injection reste le mode de consommation de la cocaïne le plus courant, surtout chez les anciens héroïnomanes injecteurs qui « ne peuvent pas se passer de l'injection ». Les effets de la cocaïne étant plus éphémères que ceux de l'héroïne, le nombre d'injections quotidiennes est alors plus élevé que l'héroïne. Cette répétition des injections est qualifiée de phénomène « impressionnant » par les intervenants qui reconnaissent toutefois que « c'est important pour certains de passer par la shooteuse ».

Ces intervenants font part de l'augmentation du nombre de seringues demandées par usager : « Il n'est pas rare de voir des usagers nous demander cent seringues pour la semaine pour eux-mêmes. »

Dans l'espace urbain, la cocaïne serait généralement associée au Subutex® ou à la méthadone en compensation et pour la « recherche du plaisir ».

- Le « speed-ball », qui consiste à associer cocaïne et héroïne, serait plus fréquent en raison du moindre coût de la cocaïne.
- L'association cocaïne-MDMA se développerait pour potentialiser les effets de l'ecstasy.
- Le Rohypnol®, le cannabis ou l'héroïne peuvent être utilisés pour faciliter la « descente » des stimulants et en particulier de la cocaïne.
- Plus généralement, l'état d'excitation associé à la cocaïne et/ou le contexte de consommation en milieu festif pousseraient les usagers à augmenter leur consommation d'alcool et de tabac.

2) Dans le milieu festif, le mode d'administration le plus courant de la cocaïne reste la voie nasale, avec certains rituels comme « les cocaïnomanes aiment avoir des pailles en argent » et l'utilisation d'eau distillée pour se nettoyer le nez « chez les plus consciencieux ».

39. Voir à ce sujet, les parties consacrées au Subutex® et à la méthadone.

La cocaïne est généralement consommée pour ses effets stimulants, permettant parfois d'éprouver un sentiment d'énergie voire de puissance. Ainsi, pour les usagers les plus insérés socialement, la cocaïne reste un produit associé à la fête ou à l'amélioration des performances dans le travail. Pour les usagers plus marginalisés, la cocaïne se consommerait en fonction de l'argent disponible.

Comme pour tous les produits, le contexte de consommation exerce une influence sur les effets recherchés.

Dans l'espace festif, à ces associations s'ajouterait la combinaison cocaïne et LSD pour potentialiser les effets du LSD.

- La cocaïne serait également utilisée pour la « descente d'ecstasy », « la descente de cocaïne étant chez beaucoup d'usagers plus gérable que celle de l'ecstasy ».
- Une pratique appelée « trou colombien » consisterait à utiliser la cocaïne entre deux produits afin que ceux-ci puissent déployer leurs effets sur le long terme.

Dommages liés à la fréquence des injections et problèmes psychiques

Les dommages sanitaires de la cocaïne sont soit liés au produit soit à son mode d'administration :

- les dommages sanitaires liés au produit lui-même sont principalement d'ordre psychiatrique, comme les épisodes psychotiques de type paranoïde qualifiés prosaïquement de « pétages de plomb ». Sont également rapportés un sentiment de grande fatigue, des ulcères à l'estomac, des problèmes dentaires et, dans les cas extrêmes, des arrêts cardiaques. Les demandes de sevrages de cocaïne venant d'usagers « épuisés par leur consommation » seraient de plus en plus nombreuses,
- d'autres dommages sanitaires sont liés à l'injection de cocaïne. En effet, la cocaïne nécessitant des injections très fréquentes, la détérioration du capital veineux est parfois décrite comme une « sclérose de tout le corps » car, pour certains usagers, l'ensemble des parties du corps peuvent devenir des lieux d'injection.

Dans les cas où la cocaïne est administrée par voie nasale, des cas de « nécrose nasale » liés à la répétition du « sniff » sont alors signalés⁴⁰.

Des représentations positives quand la cocaïne est consommée en milieu festif

Dans l'espace festif, la cocaïne serait l'objet de représentations plus positives que dans l'espace urbain.

40. Les dommages sanitaires liés au mode d'administration de la cocaïne sont proches de ceux rapportés pour le Subutex®. On peut donc également se reporter à la partie consacrée au Subutex® ou à celle plus générale sur les phénomènes émergents.

■ À l'instar de la MDMA, la cocaïne serait toujours considérée comme moins dangereuse que d'autres produits tels que l'héroïne, le LSD ou la kétamine. « Pour la plupart des usagers, consommer de la cocaïne, c'est pas trop grave, c'est un produit inoffensif. »

■ L'utilisation de la voie nasale pour consommer la cocaïne en milieu festif conférerait au produit un effet « branché » qui permettrait de se distinguer des injecteurs et de valoriser ainsi le produit et ses consommateurs.

Les hallucinogènes (LSD, champignons hallucinogènes, protoxyde d'azote)

L'usage de LSD en milieu festif

Le LSD concurrencé par d'autres hallucinogènes

En milieu urbain, le LSD semble très rare et il n'a pas été possible d'obtenir d'informations fiables.

Le LSD est encore très disponible dans les événements festifs non autorisés et moins disponible dans les espaces autorisés. Toutefois, la disponibilité du LSD serait en nette diminution : « C'est la pénurie totale, y en a plus du tout. » Des contre-façons (photocopies de buvards) circuleraient de plus en plus.

La concurrence actuelle de la kétamine aux effets psychodysléptiques plus puissants, mais également la relative mauvaise qualité du LSD disponible en 2001 font du LSD une substance moins recherchée par les usagers.

Les prix du LSD semblent relativement stables :

- un timbre/buvard serait vendu entre 10 F (prix le plus bas) et 100 F (prix le plus haut), le prix courant se situant aux alentours de 50 F ;
- une goutte liquide serait vendue aux alentours de 100 F (prix courant), les prix pouvant descendre jusqu'à 10 F (prix le plus bas) ;
- une micro-pointe serait généralement vendue aux alentours de 50 F ;
- dans la région PACA, le LSD ne se vendrait pas sous forme de poudre.

Les curieux et les habitués

Les profils des consommateurs de LSD sont variés, ils se distinguent en fonction de l'âge et du degré de connaissance du produit :

- de jeunes usagers âgés de moins de 20 ans expérimenteraient l'ensemble des drogues associées à la techno (dont le LSD fait partie) en même temps qu'ils découvrent cet espace festif. Le LSD est un des produits les plus fréquemment

consommés par ces jeunes expérimentateurs en raison de sa bonne accessibilité qui n'implique pas d'avoir une bonne connaissance des réseaux de distribution ; et de son faible coût qui en fait une drogue bon marché. Toutefois, généralement, dès l'apparition de premiers «*bad trips*», ce type d'usagers abandonnerait ce produit ;

- des usagers marginalisés habitués des *free-party* iraient au-delà de l'expérimentation et consommeraient régulièrement du LSD en raison de son faible coût et de la durée de ses effets qui lui confèrent le statut de produit « économique » ;

- des usagers plus âgés (40-60 ans) et plus avertis utiliseraient le LSD ni par curiosité, ni pour son caractère économique, mais par goût et connaissance pour ses effets psychédéliques. Ces usagers retrouveraient alors au sein de l'espace festif techno des sensations qu'ils ont pu éprouver dans les années 1960-1970.

« L'accès aux portes de la conscience »

Les effets recherchés sont les hallucinations, la créativité, « l'accès aux portes de la conscience ». Le contexte de consommation influe sur les effets ressentis et sur les dommages sanitaires associés à cette substance.

- Quand il se présente sous forme de goutte, le LSD est consommé par voie orale, sur un sucre ou dans un jus de fruit.
- Sous forme de buvard, le LSD ne nécessite pas de préparation spécifique, excepté un éventuel fractionnement de la prise qui nécessite de le découper.
- Quelques cas de prise par voie cutanée sont rapportés : le LSD serait alors ajouté à l'eau du bain ou appliqué sur les muqueuses sexuelles.
- Le LSD serait plus rarement associé à d'autres produits, car « c'est une substance qui semble se suffire à elle-même ».
- La cocaïne peut toutefois y être associée pour réactiver l'effet du LSD lors de la « descente ».
- Le rachacha peut également être utilisé, mais à l'inverse, pour « redescendre en douceur » du LSD.

Les «*bad trips*»

Les principaux dommages liés à la prise de LSD sont d'ordre psychique appelés généralement «*bad trip*» :

« L'usager ne supportant plus la force de l'effet psychodysléptique de la substance cherche alors à la contrôler sans y parvenir. S'ensuit une phase de panique qui, selon les cas, peut s'arrêter avec un simple travail de réassurance (menés par des intervenants qualifiés comme par des pairs) ou nécessiter une prise en charge médi-

cale adaptée (injection de Valium®) voire chez des personnes psychologiquement instables une hospitalisation. »

Ces «*bad trips*» seraient relativement fréquents, surtout chez les usagers non expérimentés, souvent en raison de la difficulté à doser les effets du produit, d'un contexte inadapté et de la personnalité du consommateur.

Des « remontées » des effets du LSD pourraient survenir parfois plusieurs mois après la prise.

Des problèmes dentaires, digestifs ou d'inflammation des muqueuses (quand le LSD y est appliqué directement) ont également pu être observés sur le terrain.

Le LSD est l'objet de représentations très différenciées liées au degré de connaissance de la substance :

- chez les non-consommateurs ou les jeunes expérimentateurs, le LSD peut être « redouté » en raison des «*bad trips*», c'est une drogue qui peut laisser son consommateur « chéper », d'autant plus que le LSD est un produit délicat à doser. « On connaît mal le dosage du trip, c'est souvent la surprise », surtout avec les buvards ;
- chez les consommateurs avertis, la perception est au contraire très positive. Consommer du LSD dans le milieu festif peut aussi être un moyen de « se distinguer » des autres participants et de montrer sa connaissance des produits et sa capacité à les gérer. Ces connaisseurs valorisent les effets du LSD qui leur permettraient d'accéder à un état de conscience que seuls les initiés auraient la possibilité d'expérimenter.

L'usage de champignons hallucinogènes en milieu festif

Curiosité ou goût pour les effets psychédéliques

En 2001, les champignons hallucinogènes seraient essentiellement disponibles dans l'espace festif. Les champignons hallucinogènes seraient plutôt disponibles dans événements festifs illégaux, plus rares dans les fêtes légales et payantes.

La logique du marché de cette substance est spécifique et rarement l'objet de revente. Quelques usagers cueillent des champignons hallucinogènes avant tout pour leur consommation personnelle et celle de leurs proches et peuvent occasionnellement en céder une partie contre de l'argent.

Le prix d'un sachet de 10 unités de champignons de variété étrangère peut se vendre aux alentours de 200 F, les sachets de 10 unités de variété française aux alentours de 100 F, 50 F étant le prix le plus bas et 200 F le prix le plus haut.

Les consommateurs de champignons hallucinogènes auraient des caractéristiques proches de celles des consommateurs de LSD liées à l'âge et au degré de connaissance de cette substance :

- de jeunes consommateurs de moins de 20 ans expérimenteraient ce produit par curiosité,
- la majorité des consommateurs de champignons hallucinogènes serait plus âgée et plus expérimentée. Amateurs de substances hallucinogènes, ils choisiraient de consommer des substances principalement pour leurs effets psychédélics. Les usagers de champignons hallucinogènes seraient souvent proches du milieu artistique et appartiendraient plutôt à la tendance « transe » du milieu techno alors que les usagers d'amphétamines ou de kétamine se reconnaîtraient plutôt dans la tendance « *hardcore* ».

Une substance « naturelle et conviviale »

Les champignons hallucinogènes sont uniquement ingérés, soit directement après avoir été nettoyés, soit dans le cadre d'infusions, d'omelettes, de confiture ou de miel.

Comme tous les autres produits, les champignons hallucinogènes sont généralement consommés seuls ou en association avec l'alcool, le cannabis ou le tabac.

Les effets recherchés lors de la consommation de champignons hallucinogènes sont les hallucinations, mais aussi la désinhibition et la gaieté.

Peu de problèmes sanitaires semblent directement liés à l'ingestion de champignons hallucinogènes.

Quelques cas de nausées et de maux de ventre sont rapportés. Comme avec le LSD, des « *bad trips* » pourraient survenir en raison d'un mauvais dosage, du contexte inadapté et de la personnalité du consommateur. Toutefois, les cas de « *bad trips* » suite à l'ingestion de champignons hallucinogènes serait plus rares.

Les attributs « naturel » et « convivial » sont associés aux champignons hallucinogènes et lui confèrent une représentation très positive.

Ce produit serait considéré comme anodin tant pour ceux qui l'ont consommé que pour ceux qui ne l'ont jamais expérimenté : « Pourquoi se méfier d'un produit naturel donc peu ou pas nocif pour la santé. »

De plus, les effets rapportés par les usagers au sujet des champignons hallucinogènes en renforcent la perception « conviviale » : « Tu ries, tu vois des couleurs... »

L'usage de protoxyde d'azote en milieu festif

Une disponibilité en légère baisse liée à la volonté d'éloigner les revendeurs du milieu techno

Actuellement, le protoxyde d'azote semble toujours très disponible en milieu festif, mais en diminution récemment. Le protoxyde d'azote reste pour le moment très disponible dans les *free-party*, les teknivals et les *raves* payantes, un peu moins dans les soirées privées, discothèques.

Un ballon de protoxyde d'azote serait toujours vendu au prix de 10 F.

Actuellement, une concurrence existerait entre les revendeurs de MDMA et les revendeurs de protoxyde d'azote, les premiers stigmatisant les deuxièmes qui sont extérieurs au milieu techno et ne se rendraient dans les fêtes que pour « écouler leur stock ». De plus en plus souvent, les revendeurs de protoxyde d'azote seraient chassés hors des fêtes, ce qui risque de diminuer l'accessibilité de ce produit.

En effet, les revendeurs de protoxyde d'azote seraient très mal perçus dans le milieu techno. Ils déroberaient le produit dans les hôpitaux et lorsque les ballons seraient vendus, ils laisseraient les cartouches vides traîner sur le site. Les habitués des fêtes techno craignent que le vol et la pollution liés à la revente de protoxyde d'azote concourent à la dégradation de la réputation du milieu techno et souhaiteraient que ces revendeurs ne soient plus présents dans cet espace.

Une substance plutôt prisée par les usagers les plus jeunes

Le protoxyde d'azote serait fréquemment consommé dans les événements festifs par l'ensemble des participants :

- la bonne accessibilité et le très faible coût de cette substance attirent plus particulièrement les plus jeunes,
- les autres types d'usagers plus expérimentés consommeraient occasionnellement cette substance, mais jamais comme produit principal.

Généralement conditionné dans des ballons, le protoxyde d'azote est inhalé en petite quantité, ce qui permet d'obtenir un étourdissement de quelques minutes.

Comme tous les produits, et plus particulièrement chez les plus jeunes, le protoxyde d'azote serait associé au cannabis et à l'alcool pour un effet de potentialisation des effets.

Chez les plus âgés, le protoxyde d'azote serait associé aux stimulants (MDMA, cocaïne, amphétamines) pour augmenter les effets lors de la « montée » des stimulants voire pour les réactiver lors de la « descente ».

Les dommages sanitaires liés au protoxyde d'azote sont principalement d'ordre respiratoire.

Des gelures des muqueuses de la bouche et des voies respiratoires peuvent survenir de manière exceptionnelle et seraient liées au conditionnement du protoxyde d'azote.

Dans les cas de consommations très régulières, des rumeurs circulent autour de la survenue d'effets à long terme comme la détérioration de la moelle épinière ou des troubles de métabolisation de la vitamine B12.

Les représentations du protoxyde d'azote seraient influencées par l'âge :

- le protoxyde d'azote serait plutôt perçu de manière positive chez les consommateurs très jeunes pour lesquels ce produit anodin et sans danger ne serait pas une « drogue ». Les effets décrits comme une « sensation de partir » seraient particulièrement appréciés par les plus jeunes ;
- chez les usagers plus âgés et plus expérimentés, le protoxyde d'azote n'est pas considéré comme un produit « sérieux » dans les deux sens du terme. En effet, ces usagers ne le consommeraient que pour potentialiser les effets des autres produits et ils stigmatiseraient les effets de ce produit chez les plus jeunes, « c'est stupide et ça donne l'air con ».

Les médicaments psychotropes (Rohypnol®, Valium®)

L'usage de Rohypnol® en milieu urbain

Un produit toujours disponible malgré le changement du cadre de prescription

La disponibilité du Rohypnol® semble stable, malgré les restrictions du cadre de prescription. Dans les derniers mois de 2001, le Rohypnol® serait toutefois concurrencé par l'Artane®.

Sur le marché légal, la disponibilité du Rohypnol® serait en légère baisse, une baisse attribuée en partie au changement de législation qui incite les médecins à diminuer leurs prescriptions. De plus en plus souvent serait affiché devant les cabinets médicaux : « Je ne prescris pas de Rohypnol®. »

Sur le marché parallèle, le Rohypnol® serait toujours fortement présent, « il y en a partout », même si une légère tendance à la baisse semble se dessiner, liée en partie à la présence plus importante d'Artane® ces derniers mois.

L'étude OPPIDUM met en évidence une baisse de la consommation de Rohypnol® sur Marseille, la proportion d'usagers consommant cette substance passant de

17 % en 2000 à 10 % en 2001, mais le Rohypnol® reste surreprésenté à Marseille puisqu'au niveau national, la proportion est de 3 % en 2001⁴¹.

Sur le marché parallèle, les prix du Rohypnol® varient en fonction des caractéristiques de l'acheteur, ils peuvent considérablement monter si « le vendeur voit que le client a de l'argent ou en a vraiment besoin ».

Le prix courant d'un comprimé de 1 mg se situe aux alentours de 10 à 20 F. Les prix courants de la plaquette varient entre 30 et 100 F, ils peuvent monter jusqu'à 300 F.

Le trafic de Rohypnol® n'est pas structuré, il se déroule à petite échelle dans la rue et peut être vendu « à la criée » comme pour le Subutex®. L'importance et la visibilité de la vente de Rohypnol® dans la rue engendrent des problèmes dans l'espace public. Les riverains du centre-ville se plaignent des vols, de la violence et des « embrouilles entre usagers » qu'ils attribuent à la vente de ce produit.

- Première catégorie de vendeurs, les consommateurs eux-mêmes vendent du Rohypnol® pour gagner un peu d'argent, destiné à survivre ou à acheter d'autres produits.
- Une deuxième catégorie de vendeurs tendrait à se développer : il s'agirait de non-consommateurs, soit des personnes du troisième âge qui se feraient prescrire des doses importantes de Rohypnol® par leur médecin pour les revendre ensuite⁴², soit des mineurs qui déroberaient le Rohypnol® de l'armoire à pharmacie familiale. Ce double phénomène tendrait à se répandre surtout dans les quartiers.
- Dans la majorité des cas, le Rohypnol® serait consommé par voie orale, ils « laissent fondre le produit dans la bouche ».
- Des rumeurs émergent de plus en plus autour de l'augmentation de la voie intraveineuse « Une seule fois, on a entendu dire que quelqu'un avait injecté du rup, mais on l'a pas vu », et plus récemment de la voie pulmonaire.
- Des spécificités culturelles importées du Bassin méditerranéen s'appliqueraient à la consommation de Rohypnol®. En effet, chez des consommateurs plutôt âgés, les prises de Rohypnol® peuvent être fractionnées et mélangées à du café ou des gâteaux. Et, pendant le Ramadan, la consommation de Rohypnol® augmenterait à la tombée de la nuit « pour faire la fête ».

41. CEIP - Centre associé PACA, 2001, Enquête OPPIDUM n° 13. Résultats du centre de Marseille (extraction effectuée par Xavier Thirion et Carine Saillard).

42. Ce phénomène a d'ailleurs donné lieu à un fait divers à Marseille. Un homme âgé qui vendait du Rohypnol® depuis plusieurs années dans son quartier s'est fait assassiner à son domicile.

Les dommages sanitaires et sociaux liés au Rohypnol®

La plupart des usagers de Rohypnol® seraient des polyconsommateurs plutôt marginalisés qui ne se contentent pas de la seule consommation de Rohypnol® et qui l'associent au Subutex®, à l'alcool et au cannabis.

Mais en 2001, il est de plus en plus difficile de qualifier cette population usagère de Rohypnol® en raison de la diffusion massive de ce produit.

Le Rohypnol® serait quasi-systématiquement associé à l'alcool, ce qui permet d'obtenir l'effet « Tarzan » appelé effet « Hulk » ou « Rambo » à Paris. La recherche de cette impression d'invincibilité peut faciliter le passage à l'acte : « Ça donne le courage d'aller voler, ça permet d'oublier la peur. » L'étude OPPIDUM confirme cette association massive du Rohypnol® et de l'alcool, association en augmentation, de 31 % en 1999, elle passe à 48 % en 2000 et à 53 % en 2001⁴³.

L'association Rohypnol®-Subutex® serait également fréquente en raison de la bonne disponibilité de ces deux produits : « Un truc qui est apparu en posant des questions aux gens est qu'avec les benzo, sniffer du Subutex® après ça fait un effet particulier. Le témoignage est que c'est très bon, avec le benzo avalé. »

Le Rohypnol® permettrait également de faciliter la « descente » de cocaïne.

Plus récemment serait apparue une consommation simultanée de Rohypnol® et d'Artane® qui permettrait d'avoir des hallucinations. Ces effets sont qualifiés « d'impressionnants » par les intervenants : « C'est explosif, il faut les attacher. »

Nombreux sont les problèmes psychiques qui découleraient de la prise excessive de Rohypnol® : nervosité, agressivité, sentiment d'invincibilité, confusion... Des problèmes de décompensation psychiatrique pourraient également survenir lors du sevrage, ce qui ne favorise pas l'envie de se sevrer chez les usagers ayant expérimenté l'arrêt de ce produit.

Des cas de contractions musculaires sont également rapportés.

Comme pour le Subutex®, les représentations du Rohypnol® sont ambivalentes mais elles restent très négatives : « C'est de la merde, mais c'est bon. » L'appellation « bouches bleues » ou « fraises » liée à l'évolution des couleurs du cachets ne confère pas au produit un caractère anodin.

Les consommateurs de Rohypnol® sont eux aussi stigmatisés, ils sont perçus comme « le bas du panier » de la toxicomanie car le Rohypnol®, « c'est la défonce du pauvre, le gobeurs, les caves, les imbéciles ».

Les usagers sont conscients des effets dévastateurs du Rohypnol® et « c'est important de dire qu'on n'en prend pas pour se distinguer ». D'ailleurs, certains

usagers en vendraient sans le consommer, cette vente étant destinée à l'achat d'autres substances comme la cocaïne.

Les intervenants se déclarent très inquiets face à la consommation du Rohypnol®, « ça pose de vrais problèmes, ça massacre, ça démolit », ils qualifient le laboratoire qui fabrique le Rohypnol® et les pharmaciens qui le vendent de « dealers ».

Mais ils redoutent encore plus la substitution du Rohypnol® par l'Artane®, médicament encore plus diabolisé : « Le jour où ils enlèveront le Rohypnol® et qu'ils se tourneront vers l'Artane®, ça sera pire. » « Si on enlève, il va y avoir un rattrapage sur d'autres produits, c'est systématique, quand il y a quelque chose qui est enlevé, les usagers se rabattent sur ce qu'ils trouvent. »

L'usage de Valium® en milieu urbain

En 2001, le Valium® est décrit comme un produit quasi inexistant. Ce produit semble avoir toujours été plutôt rare sur Marseille. Il serait utilisé par défaut en cas de pénurie, quand plus rien n'est disponible sur le marché.

Les quelques utilisateurs de Valium® sont des usagers précaires, « le bas des usagers, les plus proches de la psychiatrie ».

Ce produit serait généralement consommé par voie orale.

Il est facilement prescrit par des médecins, mais ne ferait pas l'objet d'échange marchand sur le marché parallèle.

Le Valium® serait perçu comme un produit peu attrayant mais utile : « C'est banal. C'est l'aspirine de l'utilisateur. C'est dans la trousse de secours. Le Valium®, c'est le cannabis synthétique. »

Le cannabis: observation des usages sortant de la norme de consommation ordinaire en milieu urbain et festif

Le cannabis se diffuse et se banalise...

Le cannabis est un produit très disponible tant dans l'espace urbain que festif, il est pratiquement autant consommé que l'alcool ou le tabac. Les observations effectuées dans l'espace festif corroborent celles de l'espace urbain. Contrairement aux autres produits, aucune particularité ne semble pouvoir être relevée dans l'espace festif.

En 2001, le cannabis serait encore plus disponible qu'en 2000, « il y en a partout ».

43. CEIP - Centre associé PACA, 2001, Enquête OPPIDUM n° 13. Résultats du centre de Marseille (extraction effectuée par Xavier Thirion et Carine Saillard).

■ Dans l'espace urbain, les discours sur la qualité du cannabis sont contradictoires, pour certains, elle s'est améliorée, pour d'autres, au contraire, elle s'est détériorée.

Les prix semblent plutôt stables, entre 50 et 100 F la barrette de 2-3 g et 100 F le sachet d'herbe de 5 g, mais l'herbe est très peu disponible.

Le trafic de cannabis deviendrait de plus en plus dispersé. Les réseaux importants qui regroupaient plusieurs quartiers de vendeurs de cannabis auraient laissé la place à des réseaux de taille plus restreinte éphémères rapidement remplacés par d'autres. Ces revendeurs seraient souvent des mineurs utilisés dans les réseaux pour échapper aux interpellations en raison de leur âge.

Des rumeurs circulent autour de familles entières dans lesquelles chaque membre occuperait une place spécifique dans le circuit de vente de cannabis et qui vivraient grâce à ce trafic.

Dans le centre-ville, le *deal* et la consommation visibles de cannabis ne semblent pas poser de problèmes aux riverains. En revanche, dans les quartiers, les rassemblements de jeunes liés au trafic de cannabis créeraient des tensions.

■ Dans l'espace festif, les prix du cannabis auraient baissé légèrement au cours des cinq dernières années. Pour un prix identique, le poids de la barrette serait passé de 2 à 3 g en raison de la multiplication des réseaux de distribution qui a contribué à l'augmentation importante de l'offre.

Le cannabis vendu en milieu festif est majoritairement d'origine marocaine, la barrette de 3 g est vendue aux alentours de 100 F (prix courant), oscillant entre 60 F (prix le plus bas) et 150 F (prix le plus haut). Le sachet de 3 g d'herbe se vend au même prix.

L'usage de cannabis continue à être très banalisé, il concerne quasiment tous les usagers de drogues et plus particulièrement les jeunes.

L'âge de l'initiation au cannabis serait de plus en plus précoce, il ne serait pas rare de commencer vers 12 ou 13 ans.

Le cannabis est généralement consommé par voie pulmonaire. L'ingestion reste marginale, le cannabis est alors mélangé à des infusions ou à des gâteaux.

Les effets recherchés sont l'euphorie, la détente et la relaxation.

Le cannabis est généralement consommé comme produit de base, l'ensemble des autres produits pouvant ensuite s'y ajouter.

Plus spécifiquement, le cannabis peut être associé à l'alcool et aux benzodiazépines pour « être défoncé, avoir la tête pleine ».

Avec la MDMA, pour « donner un coup d'accélérateur ».

... sans être perçu comme une drogue la plupart du temps malgré l'apparition de dommages liés à une consommation excessive

Le cannabis est l'objet de représentations très positives. Il ne semble pas avoir le statut de drogue car « tout le monde fume » et est considéré comme moins nocif que le tabac.

Le cannabis peut s'intégrer au quotidien et être utilisé comme un produit de détente « le soir, je me fais un bon film, un bon repas et un bon joint », comme somnifère « j'en ai besoin pour me calmer, pour dormir. Il me faut mon pétard ». Dans l'espace festif, le cannabis est parfois qualifié de « laxatif cérébral ».

Chez les usagers utilisant d'autres substances comme les opiacés, le cannabis serait idéalisé, il est considéré comme le produit de substitution parfait : « Pour un usager de drogues, le summum, c'est d'arriver à ne consommer que du cannabis. »

Récemment, les vertus thérapeutiques du cannabis sont mises en avant par certains usagers afin de valoriser ce produit qui permettrait de retrouver l'appétit et de calmer les douleurs.

Les dommages sanitaires liés à la consommation de cannabis sont difficiles à repérer, certains dommages pouvant plutôt être attribués aux produits de coupe qu'au cannabis lui-même.

Des problèmes liés à l'adjonction de tabac tels que des problèmes respiratoires ou de circulations sanguine sont à relever.

Concernant la santé psychique, une baisse de motivation et des pertes de mémoire sont rapportés. Chez les gros consommateurs de cannabis, des demandes de sevrages commencent à être élaborées quand un sentiment de dépendance vis-à-vis de ce produit se fait sentir.

MARTINIQUE

PRÉFACE	461
CONTRIBUTIONS AU PROJET	463
REMERCIEMENTS	464
INTRODUCTION	465
REPÈRES	467
LE SITE ÉTUDIÉ	467
LES ESPACES ÉTUDIÉS	469
LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES	469
ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001	473
LES USAGERS DE PRODUITS	473
LES PRODUITS	478
CONCLUSION	487
BIBLIOGRAPHIE	489
LISTE DES SIGLES	491

PRÉFACE DU CHEF DE PROJET TOXICOMANIE

La société civile inquiète, les élus interpellés, les parents déboussolés, l'errance, une réalité. L'ensemble de ces situations a pour cause un phénomène qui, depuis une dizaine d'années, s'affirme comme un fléau majeur en Martinique : la toxicomanie.

C'est elle qui peut donner à la délinquance un visage très inquiétant, celui de la violence, c'est elle qui nécessite une évolution du travail social de terrain par le développement des équipes de rue, c'est elle qui a donné à la Mangrove une connotation d'insécurité, c'est elle aussi qui a mis en exergue la comorbidité psychiatrique dont souffre un grand nombre de toxicomanes.

Face à cette situation, les pouvoirs publics, les professionnels de la santé, de l'action sociale, les élus, les associations se mobilisent pour intervenir sur les différents champs de la lutte contre la toxicomanie et les conduites addictives : prévention, soins, prise en charge, lutte contre le trafic, répression.

Les résultats de cette mobilisation sont encourageants, qu'il s'agisse du travail réalisé par les deux CSST de Clarac et de l'UEJD, par l'antenne mobile de réduction des risques, par les actions de formation du CIFAD, par les actions de prévention auprès des jeunes et des moins jeunes de la Brigade de prévention de la délinquance juvénile, de différentes municipalités et de l'Éducation nationale, par l'aide apportée aux parents confrontés au problème de la toxicomanie, par différentes associations, par la politique volontariste du parquet en matière d'injonctions thérapeutiques, par les audiences collectives de rappel à la loi.

Toutefois, pour progresser dans l'action sur les divers volets de la lutte contre la toxicomanie, il convient de connaître le plus précisément possible le phénomène, tant sur les produits utilisés que sur leurs usages. À cet égard, un outil existe : le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) destiné à détecter les phénomènes émergents, à comprendre les contextes, les modalités d'usage et les implications diverses de la consommation des substances, à suivre dans le temps les évolutions de la consommation pour en dégager les tendances.

Ce dispositif a été mis en œuvre en Martinique en 2001, laquelle fait partie des 13 sites TREND répartis sur l'ensemble du territoire français.

La coordination du site a été confiée à l'OSM et ce premier rapport, dont la qualité est à souligner, permet de mettre à disposition des décideurs, des professionnels et des usagers, des éléments de connaissance qui seront très certainement susceptibles de modifier leurs décisions ou leurs pratiques.

TREND, comme son nom l'indique, nous apporte des informations sur les tendances nouvelles de consommation. Cette enquête nous permet d'anticiper en mettant en place et en orientant les actions de prévention afin d'infléchir le processus d'augmentation de la consommation, de la violence et de la délinquance.

Mme Flore Thérond-Rivani,
Directrice de la Santé et du Développement social de la Martinique

CONTRIBUTIONS AU PROJET

Coordinatrice du site

Sylvie Merle, directeur de l'OSM

Rédaction du rapport

Vanessa Boudan, chargée d'étude OSM

Sandrine Chatenay, chargée de mission OSM/CIRDD

Sylvie Merle, directeur de l'OSM

Jacques Rosine, chargé d'étude OSM

Mise en forme du rapport

Annie Dufeal, secrétaire de l'OSM

Enquêteur ethnographique

Roland Marie-Anne

REMERCIEMENTS

Sylvie Abel, CHU de Fort-de-France
Daniel Aglaé, CSRM-USSARD
Major Allain, Brigade de recherche drogues et dépendances
Marcellin Alonzo, Unité d'Écoute
Nicolas Ballon, CHU de Fort-de-France
Lieutenant Bahy, Police de l'air et des frontières
Aimé Charles-Nicolas, CHU de Fort-de-France
François Dambo, douanes
Roland Davidas, Unité d'Écoute
Bruno Desbois, CSRM, APEX
Hassan Dib, OCRITIS
Julie Elana, Unité d'Écoute
René Fardin, CH du Saint-Esprit
Jean Gouvard, CIFAD
Pierre Guillard, Unité d'Écoute, SMPR
Jeannine Ketterle, CHU de Fort-de-France
Jérôme Lacoste, CHU de Fort-de-France
Daniel Lagier, APEX
MDL-Chef Larrieu, Brigade de prévention de la délinquance juvénile
Murielle Lombart, Unité d'Écoute
François Mathie, Unité d'Écoute, Injonctions thérapeutiques
Marie-Elise Nebon, APEX
Patrick Oliny, Police nationale de Fort-de-France
Viviane Petit Jean Roget, DSADS
Françoise Rentz, Unité d'Écoute
Michel Ripert, DSADS
Serge Samuel, CH du Lamentin
Eric Thobor, APEX

INTRODUCTION

TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) est un dispositif récemment mis en place par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) pour identifier et décrire les phénomènes émergents liés à l'usage de produits psychoactifs. Le premier rapport TREND en 2000 concernait uniquement la situation en France métropolitaine. Suite à une mission exploratoire de l'OFDT dans les départements d'outre-mer en juin 2000, les caractéristiques de ces départements ont été prises en compte dans le deuxième rapport TREND. Depuis 2001, il existe 13 sites TREND répartis sur le territoire français dont 3 en outre-mer (Guyane, Martinique, Réunion). En Martinique, la coordination du site TREND a été confiée à l'Observatoire de la santé de la Martinique (OSM) en raison des travaux d'observation sur la toxicomanie menés depuis plusieurs années. L'année 2001 a également été pour l'OSM l'année de la mise en place du Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances conformément aux directives du plan triennal de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

REPÈRES

LE SITE ÉTUDIÉ

La Martinique est un des quatre départements d'outre-mer. Située dans la zone Caraïbe, c'est une petite île de 1 100 km² fortement peuplée. Le dernier recensement de l'INSEE en 1999 a dénombré 381 500 habitants dont 29,5 % ont moins de 20 ans, 53,9 % entre 20 et 59 ans et 16,6 % 60 ans ou plus. L'évolution démographique de la Martinique est marquée par un net vieillissement de la population même si la structure d'âge de la population reste plus jeune que celle de la France métropolitaine. Malgré un solde naturel fortement positif (plus de naissances que de décès), la progression du nombre d'habitants est modérée car les départs restent supérieurs aux arrivées (solde migratoire négatif). Contrairement à la Guadeloupe (avec les îles du Nord) et surtout à la Guyane, la Martinique n'est donc pas confrontée à une explosion démographique.

La population martiniquaise est essentiellement issue du métissage des populations amérindiennes, noires, blanches et indiennes qui ont occupé l'île au fil des siècles. Contrairement à ce qui existe dans d'autres îles de la Caraïbe, il ne subsiste pas de population indigène (Amérindiens) en Martinique. La population d'origine étrangère reste très minoritaire, 1 % de la population totale, et est constituée principalement d'Haïtiens et de Saint-Luciens. La densité de population est élevée (338 habitants au km² en 1999), mais les zones de peuplement sont inégalement réparties. Ainsi, 4 communes du centre regroupent près de 44 % de l'ensemble de la population alors que certaines zones du nord de l'île sont presque inhabitées. Les communes de Martinique sont en général étendues et peuplées puisque sur 34 communes, 12 comptent plus de 10 000 habitants et 2 un peu moins de 1 000 habitants.

La Martinique comptait 131 000 résidences principales au recensement de 1999, soit 23 % de plus qu'en 1990. Le renouvellement des logements, l'augmentation du nombre de ménages (décohabitation, développement démographique...) expliquent la forte demande en logements. La tendance est à la résorption de l'habitat insalubre. Par ailleurs, des mesures fiscales (défiscalisation) stimulent la construction de nouveaux logements et l'offre en logements locatifs sociaux est en progression.

Ce besoin en logements, alors que les terrains disponibles se raréfient, a conduit à construire des ensembles immobiliers qui regroupent parfois jusqu'à 1 500 ou 2 000 personnes. Cette concentration amène les jeunes inactifs à se regrouper et est parfois source de conflits pour le voisinage.

L'économie de la Martinique est en croissance mais reste fragile car fortement dépendante des apports extérieurs (France métropolitaine, Communauté économique européenne). Le secteur primaire, très minoritaire, repose principalement sur la culture de la canne à sucre et de la banane. On dénombre un peu plus de 21 000 entreprises des secteurs de l'industrie, du commerce et des services. Ces entreprises se caractérisent par leur petite taille, plus de la moitié n'ont aucun salarié et seules 2 % ont plus de 20 salariés. Le tourisme est un secteur clé de l'économie, essentiellement grâce à l'hôtellerie, mais la clientèle touristique provient en majorité de France métropolitaine (80 %) et l'attraction sur les autres pays est faible (10 % de touristes originaires de la Caraïbe, 5 % d'Europe et 5 % du reste du monde).

Le Produit intérieur brut par habitant a fortement progressé : en 1997, il était de l'ordre de 85 700 F, soit une progression moyenne annuelle de 9 % par rapport à la fin des années 1980. Malgré cela, il reste inférieur à celui de toutes les autres régions de France métropolitaine. Par contre, il est 3 à 4 fois plus élevé que celui des îles voisines.

Le taux de chômage est élevé (26 %) et touche plus particulièrement les femmes (31 %) et les jeunes de moins de 25 ans (49 %). L'INSEE relève également que l'emploi précaire, c'est-à-dire les contrats de courte durée, le travail intérimaire et les stages rémunérés, est en progression. En partie conséquence des plans de lutte contre le chômage, il touche près de 10 % des actifs occupés.

Les difficultés économiques de la Martinique se reflètent également à travers la forte proportion de personnes bénéficiant d'une allocation d'assistance (Revenu minimum d'insertion, allocation parent isolé, minimum vieillesse). Par ailleurs, l'enquête Budget des familles 1994-1995 de l'INSEE a permis d'établir que 15 % des ménages, ou 1 Martiniquais sur 6, vivent en dessous du seuil de pauvreté.

L'état de santé des Martiniquais s'est globalement amélioré et est désormais très proche de celui des habitants des régions de France métropolitaine. Des quatre départements d'outre-mer, c'est en Martinique que l'espérance de vie est la meilleure avec même un niveau supérieur à celui de la métropole pour le sexe masculin. Les problèmes de santé sont pratiquement les mêmes qu'en France métropolitaine (hypertension artérielle, diabète, cancers...) avec quelques particularités. Les problèmes de santé spécifiques à la région sont peu nombreux, on peut citer notamment la drépanocytose, la dengue et l'infection par le virus HTLV I.

LES ESPACES ÉTUDIÉS

Classiquement, le dispositif TREND étudie deux espaces : l'espace urbain et l'espace festif. L'espace urbain correspond en France métropolitaine à des zones urbanisées ou fortement urbanisées (ex. : Marseille, Lille, Toulouse). L'espace festif désigne les lieux où est diffusé un certain style de musique (dite « techno »), ainsi que les établissements de nuit. Cette dichotomie n'est pas aussi nette pour la Martinique. En effet, l'observation porte sur l'ensemble du département même si les zones fortement peuplées fournissent la majorité des informations. Par exemple, les structures spécialisées qui prennent en charge les toxicomanes sont implantées à Fort-de-France, mais le public accueilli provient de l'ensemble des communes de l'île. Par contre, les données recueillies en 2001 par l'enquêteur ethnographique portent essentiellement sur des communes du Sud.

Selon les critères de l'INSEE, 92 % de la population martiniquaise réside dans des communes urbaines et seulement 8 % dans des communes rurales. Mais ces notions d'urbain et de rural ne correspondent pas tout à fait aux réalités métropolitaines, et les banlieues des villes centres de Martinique ne sont pas les mêmes que celles de métropole. Par exemple, Saint-Joseph est une banlieue de Fort-de-France et Trinité celle de Sainte-Marie.

L'espace festif a été peu investigué en 2001 en Martinique. La musique techno ne correspond pas tellement aux goûts de la jeunesse locale et le phénomène *rave party* est très peu développé. Par contre, quelques informations sur les boîtes de nuit ont été recueillies. À l'avenir, il pourrait être intéressant d'enquêter lors de certains rassemblements musicaux propres aux Antilles : *sound system*, concerts de reggae ou de ragga...

Les thèmes principaux investigués en 2001 sont relatifs à la disponibilité, au prix, aux modes d'administration, aux contextes de consommation, au profil des usagers et aux problèmes sanitaires relatifs à l'usage de substances.

LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES

En Martinique, le site TREND s'est mis en place progressivement au cours de l'année 2001. L'efficacité du dispositif repose sur un réseau d'observateurs qui s'améliorera et se renforcera au fil du temps. Pour l'année 2001, les informations proviennent essentiellement de quatre grandes sources :

L'observation ethnographique de l'usage

À partir de juillet 2001, Roland Marie-Anne a été recruté en tant qu'enquêteur ethnographique. Son activité de prévention de la toxicomanie dans certaines communes du sud de l'île l'amène à être en contact avec les jeunes et les usagers. Par ailleurs, il soutient certains toxicomanes qui ont décidé d'entrer dans un processus de prise en charge et les accompagne dans leur parcours. Il rend compte régulièrement de ces observations par écrit ou par oral (cassettes enregistrées) et réalise également des entretiens.

Les groupes focaux

Pour la première fois en 2001, des groupes focaux ont été réalisés dans chacun des sites TREND pour améliorer les connaissances dans deux domaines : l'état de santé des toxicomanes et l'organisation du trafic. Un groupe focal est un groupe de discussion qui rassemble une douzaine de personnes sélectionnées sur leurs compétences et leurs expériences dans un domaine donné pour permettre l'identification d'opinions convergentes sur des phénomènes émergents dans le champ des dommages sanitaires (groupe focal sanitaire) ou dans celui du trafic (groupe focal répressif). Les deux groupes focaux ont été organisés à la fin du mois de janvier 2002. Les synthèses de ces deux groupes figurent en annexes au présent rapport.

Le recueil qualitatif

Chacune des trois structures principales qui prennent en charge les toxicomanes en Martinique, c'est-à-dire l'APEX, le Centre de soins et de réinsertion de Clarac et l'Unité d'Écoute, ont rempli un questionnaire qualitatif commun à tous les sites TREND en collaboration avec la coordinatrice TREND Martinique. Ces questionnaires portent, pour 17 produits ou groupes de produits, sur 11 thématiques différentes :

- les groupes de consommateurs ;
- le mode d'administration ;
- l'état de santé ;
- la disponibilité ;
- l'accessibilité ;
- le prix ;
- la préparation ;
- la perception ;

- la régulation ;
- le petit trafic ;
- l'existence d'une scène ouverte.

Un phénomène émergent étant en général flou et difficile à cerner, il a été demandé aux informateurs d'apprécier les évolutions par rapport aux années précédentes telles qu'ils les ressentaient, et non de rapporter uniquement des informations validées. Chaque structure a également relevé les deux éléments les plus marquants qui ont eu lieu au cours de l'année écoulée.

L'enquête transversale « bas seuil »

En juillet et août 2001, une enquête nationale a été réalisée auprès de toutes les structures de première ligne prenant en charge des toxicomanes, dites aussi structures de « bas seuil ». Il a été demandé à ces structures de remplir, pour tous les utilisateurs vus au cours de la période d'enquête, un questionnaire anonyme recueillant des informations sur leurs caractéristiques et leurs consommations. À la demande de la Direction générale de la santé, l'enquête 2001 comportait un volet spécifique pour le Rohypnol®. Chaque structure devait recueillir entre 50 et 100 questionnaires. En Martinique, l'APEX et l'action « Bus mangrove » sont des structures de première ligne, mais cette action dans la mangrove n'ayant lieu qu'un après-midi par semaine, seule l'APEX a été retenue pour cette enquête. La réalisation au cours de l'été n'a pas facilité le bon déroulement de l'étude et seuls 30 questionnaires ont pu être exploités.

Autres sources d'informations

D'autres informations ont été recueillies auprès de personnes fréquentant ou travaillant dans le milieu de la nuit. Des entretiens ont eu lieu avec des toxicomanes ou d'anciens toxicomanes. Des visites sur le terrain (mangrove du Lamentin) ont été réalisées dans le cadre de l'action « Bus mangrove » grâce à l'OMASS et à l'Unité d'Écoute et dans les rues de Fort-de-France avec l'APEX mobile de l'APEX.

ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001

LES USAGERS DE PRODUITS

État des lieux du site

Les consommateurs de crack représentent la très grande majorité des usagers dépendants de substances psychoactives. On observe toujours une forte proportion d'hommes (9 hommes pour 1 femme) et la tranche d'âge la plus souvent touchée est celle des 25-39 ans. Les premières consommations se situent en moyenne entre 20 et 25 ans, presque toujours après celles d'herbe de cannabis. Parmi les consommateurs de crack vus à l'APEX dans le cadre de l'enquête transversale « bas seuil », les consommations ont débuté le plus souvent entre 18 et 30 ans mais aussi dès 11 ans pour l'un d'entre eux.

Socialement, tous les milieux peuvent être touchés, mais les consommateurs de crack, le plus souvent repérés par les services sanitaires ou répressifs, proviennent des catégories socioprofessionnelles les moins favorisées. Certains usagers arrivent à maintenir leur insertion sociale et familiale tout en consommant du crack. Fréquemment, on constate que leurs consommations restent modérées ou non quotidiennes et que le produit est consommé surtout sous forme de black-joint. Mais cet équilibre est fragile et une augmentation de la consommation peut conduire rapidement à la perte d'un emploi ou à la rupture des liens familiaux.

Le profil type du toxicomane au crack suivi par le Centre spécialisé de soins pour toxicomanes (CSST) de Clarac est un homme de 32 ans, célibataire, le plus souvent non diplômé ou titulaire d'un CAP, ayant un logement et dont les ressources sont de moins de 5 000 F par mois. Ce profil type a été établi à partir de la clientèle des consommateurs de crack pris en charge au CSST de Clarac de 1997 à 2000 (N = 520 sujets). Étant donné le faible nombre de structures prenant en charge des toxicomanes en Martinique (principalement les CSST de l'Unité d'Écoute et de Clarac), cette analyse de clientèle fournit des informations

intéressantes qui doivent tenir compte du fait que les toxicomanes ayant un entourage familial financièrement aisé sont souvent pris en charge en dehors de la Martinique.

Les usagers de cannabis sont les plus nombreux même si leur nombre exact n'est pas connu avec précision. Le plus souvent ils ne sont repérés ni par les structures sanitaires ni par les structures répressives.

L'usage chez les jeunes est en progression avec toujours une plus forte proportion chez les garçons que chez les filles. Les CSST voient assez peu d'usagers principaux de cannabis, mais l'Unité d'Écoute reçoit de plus en plus de jeunes dont la consommation de cannabis traduit souvent des difficultés relationnelles. Des prises en charge psychiatrique peuvent aussi être nécessaires, dans le cadre d'un CSST ou non, pour des psychoses cannabiques ou des patients schizophrènes dont la consommation de cannabis va révéler la maladie.

La majorité des usagers « non problématiques » de cannabis n'est connue ni du domaine sanitaire ni du domaine répressif. Fin 2000, une procédure originale a été mise en place par le Parquet de Fort-de-France, il s'agit des « audiences collectives de rappel à la loi ». Tout sujet pris en flagrant délit d'usage de cannabis est convoqué à une audience au cours de laquelle un représentant du procureur, un intervenant du champ sanitaire et un intervenant du champ répressif lui expliquent les risques encourus pour sa santé et le cadre légal rattaché à l'usage de cannabis.

Un questionnaire anonyme permet d'obtenir quelques renseignements sur les personnes qui se rendent à cette convocation. Sur une année d'activité (janvier 2001 à janvier 2002), 110 questionnaires ont été recueillis. Il s'agit presque toujours d'hommes (1 seule femme), plutôt jeunes, l'âge moyen est de 24 ans (14 à 49 ans). Le plus souvent ils vivent seuls ou chez leurs parents. Un sur quatre est toujours scolarisé et un sur trois est à la recherche d'un emploi. Lorsqu'ils travaillent, une fois sur deux il s'agit d'un emploi précaire. Ils rapportent avoir fumé de l'herbe en moyenne vers 16,5 ans (extrêmes : 8 ans et 47 ans).

En ce qui concerne leur consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours, un tiers fume 1 à 2 fois par semaine, un tiers fume plus souvent et un tiers moins souvent. Les signes traduisant un certain degré de dépendance psychique sont retrouvés dans une proportion non négligeable : 25 % fument souvent le matin ou à midi, 42 % fument souvent lorsqu'ils sont seuls. Par contre, les autres produits illicites ont rarement été expérimentés (crack : 8 cas, cocaïne : 1 cas, autres produits : 0 cas).

La population d'origine étrangère, peu nombreuse en Martinique, 1 % au recensement de 1999 (INSEE), est composée essentiellement de Saints-Luciens ou d'Haïtiens. Ceci explique probablement que la très grande majorité des usagers de

substances psychoactives soit de nationalité française et originaire de Martinique (par exemple, 92 % des toxicomanes au crack suivis par le CSST de Clarac sont nés en Martinique).

La population d'origine métropolitaine qui vit en Martinique est peu nombreuse (de l'ordre de 5 à 8 % de la population) et peut se répartir schématiquement en deux groupes. Le premier, numériquement le plus nombreux, est composé de fonctionnaires dont la durée moyenne de résidence sur l'île est de quatre ans ou de professions intermédiaires et supérieures qui sont venues occuper des postes assez spécialisés avec un niveau de rémunération confortable. Le deuxième groupe, probablement en augmentation même si ses effectifs sont encore faibles, est composé de personnes plus bohèmes (gens de la mer, « artistes »...) ou parfois beaucoup plus marginales et qui peuvent rapidement se retrouver en situation d'exclusion lorsqu'elles sont confrontées aux difficultés du marché de l'emploi en Martinique.

Les consommateurs de substances psychoactives sont plus nombreux dans le deuxième groupe, ce sont soit des usagers de cannabis qui conservent leurs habitudes une fois installés dans l'île, soit d'anciens usagers d'opiacés qui s'adaptent au marché local (crack / alcool / médicaments) ou qui sont pris en charge dans un programme de substitution.

En Martinique, comme dans d'autres îles de la Caraïbe, une petite proportion de la population adhère aux valeurs du rastafarisme. Traditionnellement, l'herbe de cannabis fait partie du mode de vie des « rastas » et a souvent justifié leur mise à l'index. Pour eux, l'usage de la « ganja » est à resituer dans le cadre plus large d'une opposition entre la maîtrise d'une pharmacopée traditionnelle et le développement d'une médecine moderne, tributaire de l'industrie chimique. De fait, la « ganja », en tant que « création divine et naturelle permettant l'union mystique du corps et de l'esprit », a pour eux un statut différent des autres substances psychoactives. La diffusion du crack dans les années 1980 n'a pas, dans un premier temps, touché cette communauté. Actuellement, on observe que certains rastas consomment et/ou revendent du crack, avec même pour certains une justification de cette consommation dans les écrits bibliques.

Comorbidité

Les troubles mentaux sont probablement la pathologie comorbide la plus fréquente chez les toxicomanes au crack. Des études sont en cours sur ce sujet en Martinique, mais d'ores et déjà il apparaît que 20 % des toxicomanes pris en charge souffriraient de comorbidité psychiatrique et que 30 % des patients comorbides suivis en psychiatrie consomment du crack. Les complications psychiatriques liées

à la consommation de crack se traduisent le plus souvent par des troubles délirants marqués par des épisodes persécutifs et des comportements de recherche stéréotypée (le sujet scrute le sol des lieux où il a fumé à la recherche de petits morceaux de crack qui auraient pu lui échapper).

Devant certains tableaux psychiatriques, il est parfois difficile de savoir si c'est la consommation de crack qui est responsable de la symptomatologie ou si les troubles psychiatriques préexistaient et que la consommation de crack les a révélés. Le plus souvent, on observe une disparition des manifestations pathologiques après quelques mois d'abstinence ; mais, si les troubles persistent, on est alors amené à poser le diagnostic de schizophrénie.

Globalement, les toxicomanes au crack présentent assez peu de symptômes lorsqu'ils consomment, ceci s'explique probablement par l'effet anesthésiant du crack. Par contre, lors des périodes d'abstinence les symptômes apparaissent, notamment les phénomènes douloureux. Les principaux problèmes de santé sont essentiellement traumatologiques (fractures, cicatrices, amputations) et dermatologiques (plaies surinfectées, mycoses) en lien avec le mode de vie. On peut observer également des manifestations pulmonaires : toux, bronchite chronique, recrudescence d'un asthme chez les sujets prédisposés ou plus rarement des cas d'emphysème. La symptomatologie cardio-vasculaire est également fréquente, se manifestant par des douleurs thoraciques, mais les examens complémentaires ne retrouvent pas d'atteinte organique, le crack entraîne des spasmes sur des artères coronaires normales. L'état nutritionnel est rarement satisfaisant et l'arrêt de la consommation se traduit par une reprise de poids rapide (jusqu'à un kilo par jour). Les consommateurs de crack ont souvent des problèmes dentaires. Les dents de devant (incisives supérieures surtout) peuvent être très abîmées, voir absentes, alors que les autres dents ne présentent pas ces altérations. Cette dégradation serait liée à l'effet vasoconstricteur du crack qui, à la longue, déchausserait et casserait les dents.

Le faible recours à l'injection intraveineuse ne favorise pas la diffusion des maladies infectieuses transmises par le sang. Le plus souvent, les toxicomanes martiniquais ne connaissent pas leur statut sérologique vis-à-vis des virus du Sida, de l'hépatite B et de l'hépatite C. La Martinique fait partie des régions fortement touchées par le virus du Sida, mais le mode de transmission prédominant est la voie sexuelle (hétérosexuelle principalement). Les contaminations suite à une injection intraveineuse de produits psychoactifs sont de l'ordre de 4 % chez les femmes et de 7 % chez les hommes. Parmi la file active des consommateurs de crack de l'USSARD à l'hôpital Clarac, environ 1 sur 10 est séropositif pour le virus du Sida. Parmi les 16 consommateurs de crack recrutés lors de l'enquête transversale « bas seuil », 11 avaient déjà fait un test de dépistage et un seul était séropositif.

On sait qu'il existe une prostitution surtout hétérosexuelle mais aussi homosexuelle autour de l'usage de crack. Les usagers rapportent également que lorsqu'ils consomment la nuit ou dans la mangrove, la prise de crack va entraîner un rapport sexuel rapide avec la personne qui sera là (homme ou femme) le plus souvent sans préservatif. L'usage du préservatif n'est donc pas systématique, tout dépend du contexte. Les intervenants auprès des toxicomanes, par exemple l'OMASS et l'Unité d'Écoute dans le cadre de l'opération « Bus mangrove », sont conscients de ces situations à risques et distribuent largement des préservatifs.

Phénomènes émergents

On ne peut pas à proprement parler d'émergence de nouvelles populations d'usagers en Martinique au cours de l'année 2001, mais les deux phénomènes les plus notables sont probablement une progression des consommateurs dans les tranches d'âge les plus jeunes (moins de 20 ans) et une féminisation un petit peu plus marquée. Ces deux tendances peuvent également s'appliquer au trafic, mais correspondent toujours à de faibles proportions.

Chez les jeunes, on observe notamment une banalisation du cannabis, qui est même parfois un rite de passage de l'adolescence, en rapport probablement avec le discours ambiant autour de la dépénalisation. Par ailleurs, l'argent facilement gagné avec le *deal* et l'exemple des aînés attirent certains jeunes vers ce milieu, le marché du travail en Martinique étant difficilement accessible aux plus jeunes et aux moins diplômés.

On voit également apparaître chez quelques jeunes filles certains comportements violents ou de « rébellion » qui étaient auparavant plutôt l'apanage des garçons. Ces jeunes filles peuvent ainsi quitter très tôt (14-15 ans) le domicile familial et s'organiser en bandes avec des garçons, vivre dans des squats et être impliquées dans l'usage et/ou le *deal* de substances psychoactives.

Les années passant, le nombre de toxicomanes au crack ayant une certaine ancienneté de consommation (10-15 ans) augmente. Ils sont les premiers à se plaindre de troubles comme des pertes de mémoire et les soignants remarquent aussi cette altération des fonctions supérieures chez ces usagers.

L'exclusion sociale progresse en Martinique et se traduit notamment par une population en situation d'errance plus visible dans les rues de Fort-de-France. Parmi ces exclus, les plus âgés sont très souvent des consommateurs excessifs d'alcool, alors que parmi la tranche des 20-40 ans on observe une forte proportion de toxicomanes au crack et/ou de personnes présentant des troubles psychiatriques. Ces constatations ont motivé la mise en place d'une unité mobile (l'APEX mobile) par

L'Association de prévention de l'exclusion sociale (APEX) qui, trois soirs par semaine, va au contact de ces personnes et les incite à venir chercher aide et prise en charge auprès des structures adaptées.

Enfin, dans le milieu des usagers et surtout dans le milieu du *deal*, on assiste de plus en plus à une accentuation de la violence qui se traduit régulièrement par des agressions, des coups et blessures et même des morts.

LES PRODUITS

État des lieux

Le cannabis

Le cannabis est pratiquement la seule substance psychoactive interdite par la loi utilisée à titre d'expérimentation ou régulièrement chez les jeunes martiniquais scolarisés. Des enquêtes menées depuis 1994 en milieu scolaire montrent également une augmentation de son usage (11 % des lycéens ayant utilisé au moins une fois le cannabis en 1994 contre 22 % en 2000).

Les différences de consommation selon le sexe sont nettes. Au collège (moyenne d'âge 15 ans), 22 % des garçons contre 9 % des filles ont déjà consommé au moins une fois du cannabis. Au lycée (moyenne d'âge 18 ans), ces proportions atteignent 30 % chez les garçons et 14 % chez les filles. Au collège, et chez les filles au lycée, un jeune sur deux est expérimentateur, c'est-à-dire qu'il a essayé l'herbe, le plus souvent par curiosité, mais qu'il n'a pas renouvelé l'expérience. Par contre, chez les garçons lycéens, deux tiers sont des consommateurs occasionnels ou réguliers et les expérimentateurs ne représentent plus que le tiers des consommateurs.

La réalisation pour la première fois de l'enquête ESCAPAD 2001 dans les départements d'outre-mer a permis d'avoir des informations sur les consommations des jeunes qui participent à la Journée d'appel de préparation à la défense. Chez ces sujets, qui ont 17-18 ans, on retrouve encore une différence garçons-filles et des expérimentations rarissimes pour les autres substances psychoactives que le cannabis. En 2001, un garçon sur quatre (24 %) et une fille sur huit (12 %) déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, en moyenne vers 15 ans pour les garçons et 16 ans pour les filles. Ces niveaux de consommation sont très inférieurs à ceux qui sont déclarés par les jeunes en métropole dans le cadre de la même enquête.

En population générale adulte, peu d'informations sont disponibles sur l'usage du cannabis. Lorsque l'on a demandé, dans le cadre de l'enquête « Santé mentale », à un échantillon de 900 personnes représentatives de la population martiniquaise de 18 ans et plus, « Avez-vous consommé au cours des 12 derniers mois, une ou plusieurs fois, un produit dans le but de planer, changer votre humeur ou vous défoncer ? », 4,4 % déclarent avoir pris du cannabis. Cette proportion atteint presque 8 % quand on ne considère que les réponses de ceux qui ont entre 18 et 45 ans.

La probable progression de l'usage de cannabis se retrouve aussi dans les statistiques des interpellations. L'Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants recense 62 interpellations pour usage et usage-revente de cannabis en 1992 contre 481 en 2000.

En Martinique, le cannabis est presque exclusivement consommé sous forme d'herbe. Il existe une petite production locale, mais la majorité provient de deux îles voisines : Sainte-Lucie et Saint-Vincent. L'herbe de Saint-Vincent (la « rouge ») est d'ailleurs réputée pour sa qualité auprès des consommateurs. La production locale d'herbe est souvent le fait de « rastas » qui la font pousser plus pour leur consommation personnelle et l'approvisionnement de leurs relations que pour alimenter un véritable réseau de distribution.

Depuis deux ou trois ans, on voit apparaître également une consommation de résine de cannabis (shit), laquelle n'est pas fabriquée dans la zone Caraïbe mais arrive probablement de France métropolitaine. Il s'agit de plus en plus d'un marché qui s'organise et non pas simplement d'un approvisionnement en fonction des déplacements vers la métropole.

Tous les modes de préparation peuvent se voir : l'herbe seule ou mélangée avec du tabac, le shit mélangé avec du tabac et aussi un mélange des trois : herbe + shit + tabac.

Le cannabis est très souvent consommé en association avec de l'alcool, de la bière surtout chez les plus jeunes.

Les prix sont restés stables en 2001, environ 100 F pour une enveloppe de 10 g, 50 F pour une demi-enveloppe. Au-dessus de 10 g, le conditionnement se fait en sachets plastiques de 25, 50 ou 500 g.

Le produit est relativement accessible, mais dans certains quartiers il est parfois plus facile de trouver du crack que de l'herbe.

Le shit est plus facilement disponible dans les communes ou les lieux fréquentés par la population d'origine métropolitaine.

Le crack

Le crack est arrivé en Martinique comme dans les autres îles de la Caraïbe dans les années 1980. La situation de la Martinique, à proximité des grands pays producteurs d'Amérique du Sud et sur les voies de distribution vers les grosses zones de consommation (Amérique du Nord, Europe), a favorisé le développement d'un marché local.

Le nombre de consommateurs de crack n'est pas connu avec précision. L'enquête « Santé mentale » réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 900 personnes de 18 ans et plus ne retrouve qu'une seule personne déclarant avoir consommé du crack au cours des 12 derniers mois. Mais les enquêtes en population générale ne sont pas la méthode appropriée pour mesurer des prévalences de consommation pour de tels produits. La file active du CSST de Clarac, qui fonctionne depuis février 1997, recense près de 700 consommateurs de crack au 31 décembre 2001. Le nombre total de consommateurs de crack pour la Martinique n'est pas connu avec précision mais on sait qu'il a augmenté régulièrement au cours des années 1990, comme en témoignent l'activité des structures de prise en charge ou les statistiques de la prison ou encore celles des interpellations. Par exemple, l'OCRIS recense 25 interpellations pour usage et usage-revente de crack en 1992 contre près de 200 en 1999 et 2000.

Chez les jeunes scolarisés, l'expérimentation est très rare (< 0,5 %, collégiens ou lycéens) et se fait plutôt sous forme de black-joint. L'enquête ESCAPAD 2001 a également retrouvé très peu de jeunes ayant consommé ce produit. Ceci est en concordance avec l'âge aux premières consommations déclaré par les usagers pris en charge et le fait qu'ils sont souvent sortis du circuit scolaire dès le collège. Si la tendance actuelle du rajeunissement des consommateurs se confirme, cela devrait se retrouver dans les prochaines enquêtes menées en milieu scolaire.

Le crack consommé en Martinique arrive le plus souvent « prêt à l'emploi » comme en témoignent les saisies, alors que le chlorhydrate de cocaïne est rarement intercepté. Sa fabrication ne nécessite pas de gros moyens techniques et le crack consommé ici est fabriqué en ajoutant du bicarbonate de sodium au chlorhydrate de cocaïne. Les usagers se plaignent que la qualité du crack a diminué. Les effets après consommation ou l'odeur peuvent être différents d'un caillou à un autre, ce qui les amène à dire qu'il y aurait plus de mélange dans le crack qui se vend maintenant. Certaines substances (ammoniaque, kérosène...) seraient ajoutées pour augmenter le volume. On voit également apparaître du faux crack, à base de savon, de cire ou d'autres substances. Certaines personnes attirées par l'argent facile le fabriquent en utilisant parfois une petite quantité de vrai crack, mais ensuite elles doivent faire face à la colère des usagers et des dealers.

Le crack est fumé sous forme de black-joint en émiettant les morceaux de crack dans un joint d'herbe ou plus souvent de tabac. Il semble que l'utilisation du tabac soit préférée à celle de l'herbe, car ainsi les effets du produit sont moins imprévisibles. Ceci s'expliquerait par le fait que certains effets du crack pourraient être potentialisés par l'herbe.

On consomme aussi le crack « à la pipe », soit avec une pipe (tuyau de plomberie récupéré), une cannette de bière ou de soda, ou une pipe à eau. Dans ce dernier cas, on a observé que l'eau pouvait être remplacée par de l'alcool (rhum) qui était bu une fois le crack consommé. Cette association crack-alcool est très souvent retrouvée ; certains usagers mentionnent que le fait de boire de l'alcool leur donne une envie irrésistible de fumer du crack, alors que d'autres ont envie de boire de l'alcool après avoir fumé du crack. Certains nouveaux consommateurs utilisent aussi des doseurs à pastis en verre pour fumer le crack alors que cette boisson est peu consommée en Martinique. Il semble aussi que chez ces nouveaux consommateurs l'échange de matériel soit moins répandu que chez les anciens.

De manière générale, la consommation de crack sous forme de black-joint donne moins de violence et de paranoïa, alors que la consommation à la pipe est plus compulsive et entraîne une augmentation des doses. On appelle « huile » ce qui reste au fond d'une pipe lorsqu'on a fumé plusieurs cailloux de crack dedans. Certains pensent que cette huile est beaucoup plus forte qu'un caillou et que sa consommation pousse à commettre des actes délictueux comme des vols ou des agressions.

Les prix sont variables en fonction du consommateur, de ses moyens financiers et des conditions du marché. Généralement, un caillou permettant de tirer deux ou trois taffes sera vendu 100 F ; un black-joint 10 F. Les périodes de « pénurie » entraînent une diminution des doses ou une augmentation des prix. Lorsque des opérations de « nettoyage » se produisent dans les îles voisines ou que, comme en 2001, un réseau est démantelé localement, les prix flambent.

Le marché local a longtemps été dominé par des fournisseurs saint-luciens qui s'appuyaient sur des chefs de *deal* martiniquais. Actuellement, on observe *a priori* deux organisations : l'une plutôt dominée par les Martiniquais, l'autre plutôt dominée par les Saint-Luciens. Dans le premier cas, il s'agit de Martiniquais qui ont voulu reprendre à leur propre compte ce que faisaient les Saint-Luciens, tout en gardant des liens avec les îles anglophones pour s'approvisionner mais en se méfiant des « Anglais », car des règlements de compte parfois mortels ont eu lieu entre ressortissants des deux îles. Dans le second cas, on remarque que la simplification des formalités administratives pour les ressortissants de Sainte-Lucie (suppression des

visas) facilite les déplacements des originaires de cette île qui viennent déposer leur marchandise, repartent et reviennent plus tard chercher leur argent. Certaines jeunes femmes également font des séjours d'une semaine chez des compatriotes en Martinique.

Il est désormais possible de s'approvisionner en crack dans pratiquement toutes les communes de la Martinique alors qu'autrefois ce produit était vendu dans des lieux particuliers : la Savane à Fort-de-France, la Mangrove et le Lareinty au Lamentin. Les opérations de « nettoyage » menées sur ces sites ont conduit à un essaimage des lieux de *deal* sur toute la Martinique. Ceci s'est accompagné d'une multiplication des petits dealers, très mobiles sur leur scooter ou leur moto, allant parfois jusqu'à livrer à domicile leurs clients les plus aisés. L'organisation est certes pyramidale mais à petite échelle et avec de multiples petits réseaux.

La cocaïne

L'essentiel de la consommation de cocaïne se fait sous forme de free-base ou crack, cocaïne du pauvre. Mais il existe un petit marché de « sniffeurs » de cocaïne qui sont le plus souvent d'un milieu socioprofessionnel favorisé. Ces usagers pensent d'ailleurs être « au-dessus » des consommateurs de crack. Les forces répressives estiment que deux ou trois personnes font entrer le produit sur l'île et alimentent ainsi 200 à 300 consommateurs réguliers. C'est un marché très discret avec le plus souvent livraison à domicile, il serait aussi possible d'en trouver dans certaines boîtes de nuit. La consommation se fait généralement au cours de fêtes entre amis et s'accompagne souvent d'alcool (whisky, Champagne). Les prix se négocient autour de 700 à 800 F le gramme et les réseaux aussi bien pour le trafic que pour les consommateurs sont nettement séparés entre cocaïne et crack. La quantité circulant en Martinique serait en augmentation.

L'ecstasy et les amphétamines

Ces produits de synthèse ne correspondent pas aux attentes des usagers locaux et leur consommation est peu développée. On commence cependant à trouver plus facilement de l'ecstasy, notamment au cours de la période estivale. L'approvisionnement est fonction des déplacements vers la métropole. La clientèle serait plus volontiers métropolitaine, adepte des milieux de la nuit et le comprimé se négocierait autour de 250 F. Pour l'instant, ce marché reste très peu visible et il est nécessaire d'être connu du milieu pour s'approvisionner.

Les opiacés

Les usagers d'héroïne sont très peu nombreux à la Martinique. Ce sont des métropolitains venus chercher une rupture avec le produit ou des Martiniquais ayant vécu en métropole et qui ont commencé à consommer là-bas. On assiste aussi à l'apparition d'usagers qui fument de l'héroïne, *a priori* plutôt dans des milieux favorisés, les prix étant plus élevés que ceux du crack. Il a également été rapporté l'usage d'héroïne et de cocaïne, sniffées, au cours de fêtes dans des milieux plutôt métropolitains.

À condition de connaître les bonnes personnes, il est possible de trouver de l'héroïne. L'héroïne disponible localement est la blanche, elle serait vendue entre 200 et 400 F le gramme. La brune ne serait pas sur le marché alors qu'il y en a en Guyane.

Il n'existe qu'une seule structure pour les usagers de méthadone, le centre de substitution de l'hôpital Clarac. En 2001, 15 personnes y ont été suivies, il s'agit presque toujours de personnes ayant commencé leur substitution en métropole. Le plus souvent ce sont des hommes entre 25 et 35 ans. Certains consomment aussi du crack (moins de 1 sur 4) en y associant de l'alcool et des médicaments. La méthadone est parfois utilisée comme monnaie d'échange mais n'est pas *a priori* vendue. Les usagers ont tendance à faire des stocks, plus pour leur consommation personnelle (ne jamais être à court de produit) que dans un objectif de trafic.

La prescription de Subutex® est assez faible. Les usagers qui acceptent les mêmes contraintes de prise en charge que celles de la méthadone peuvent obtenir leur prescription du centre de substitution de l'hôpital Clarac (5 personnes ont été régulièrement suivies en 2001), sinon quelques médecins généralistes ou les urgences du CHU de Fort-de-France en prescrivent également. La très grande majorité du Subutex® est délivrée par une pharmacie du Marin, commune du sud de l'île où est installée une grande marina. Il semble que le trafic autour de ce produit soit très faible, tout d'abord parce que les quantités circulant sont faibles et puis parce qu'il n'attire pas les consommateurs locaux de crack. On peut parfois en trouver dans la mangrove où il n'est pas vendu mais troqué contre du crack et utilisé alors pour gérer la descente après la consommation de crack.

Le Néocodion® fait parfois l'objet de quelques demandes dans les pharmacies par une clientèle métropolitaine, alors que l'utilisation de Skenan® et de Moscontin® n'a pas été rapportée.

Les hallucinogènes

L'usage de LSD reste anecdotique mais on commence à en reparler et il semblerait qu'il soit possible de se procurer des produits présentés sous forme de buvard dans certaines boîtes de nuit.

Le datura, qui pousse localement, ainsi que les champignons hallucinogènes, appelés ici « champignons bouse de vache », ne semblent plus en vogue actuellement. Le datura a probablement été délaissé car son maniement est délicat, la marge entre la dose produisant les effets recherchés et celle provoquant des effets toxiques est en effet très faible.

Les autres hallucinogènes dont l'usage progresse en métropole : kétamine, protoxyde d'azote et gamma OH, ne sont *a priori* pas disponibles sur le marché martiniquais.

Les médicaments psychotropes

L'usage détourné de benzodiazépines ou d'Artane®, un médicament utilisé dans le traitement de la maladie de Parkinson, est très peu présent en Martinique. Il a été rapporté qu'en prison certaines prescriptions de neuroleptiques ou de psychotropes étaient détournées pour être fumées. Par ailleurs, il n'a été retrouvé aucun consommateur de Rohypnol® au cours de l'enquête transversale « bas seuil ».

Phénomènes émergents

Les tendances émergentes des deux ou trois dernières années concernent essentiellement le développement du marché de la résine de cannabis et l'apparition, en quantités encore minimes, d'autres produits comme l'ecstasy ou peut-être l'héroïne fumée ou sniffée. Le cannabis se banalise chez les jeunes et les effets négatifs du crack commencent à être mieux connus. Les nouveaux utilisateurs, soit ne sont pas attirés par ce produit et associent alors cannabis et alcool, soit se laissent prendre au piège, et il semblerait qu'ils commencent plus souvent par consommer directement avec des pipes au lieu de passer par les black-joint.

On remarque aussi que désormais toutes les communes de l'île sont concernées et que les lieux autrefois stratégiques d'approvisionnement cèdent la place à des endroits plus éloignés des villes et moins contrôlés par les forces répressives. On a assisté à une multiplication de petits dealers dont les outils de travail essentiels sont le scooter ou la moto et le téléphone portable.

Ces dealers ont un « esprit business » et n'ont pas d'états d'âme vis-à-vis de leurs clients. L'arrivée de jeunes antillais ayant longtemps vécu en métropole amène de nouvelles manières de faire, souvent beaucoup plus brutales. La violence entre dealers ou entre dealers et usagers est importante et les règlements de compte se multiplient. Certains dealers utilisent également les toxicomanes « non solvables » pour commettre des petits larcins en échange de quelques cailloux de crack. On constate aussi moins de crainte et de respect pour les forces de l'ordre aussi bien de la part des dealers que des habitants dans certains quartiers, ce qui ne facilite pas la tâche des policiers et des gendarmes.

Les perceptions

Le cannabis bénéficie d'une image plutôt favorable auprès de la majorité des jeunes, qu'ils consomment ou non. Ceux-ci justifient son innocuité par la médiatisation qui est faite autour de son utilisation en tant que « médicament » et pensent que l'alcool est nettement plus dangereux pour la santé. Lorsqu'ils sont interpellés pour consommation sur la voie publique, ils sont souvent surpris de savoir que son usage est interdit par la loi. Mais on note aussi qu'il existe une petite proportion de jeunes qui, pour expliquer que la consommation de cannabis puisse avoir des effets négatifs, raconte que l'herbe serait cultivée sous serre et que l'on pulvériserait du crack dessus.

Le haschich, qui est disponible en Martinique depuis peu, bénéficie *a priori* d'une image moins favorable que l'herbe. Son mode de présentation, compressé, fait qu'on suspecte l'ajout d'autres produits au cannabis. Certains jeunes pensaient même qu'il s'agissait d'un produit totalement différent de l'herbe de cannabis les premières fois où ils ont été en contact avec le produit.

Le crack n'a pas la même aura que le cannabis, certains disent que « l'herbe c'est la magie blanche, alors que le crack c'est la magie noire, le diable ». Il semble cependant que l'influence du magico-religieux soit moins marquée, le risque de dépendance liée à la consommation est mieux connu.

Mais tout dépend des usagers. Certains, surtout ceux dont la situation sociale est la plus difficile, trouvent que le crack leur donne la force pour affronter chaque jour la société et qu'il les aide à tenir le coup. En revanche, lorsqu'ils ont décidé d'arrêter, ils disent que ce produit est maléfique, ils le diabolisent pour mieux pouvoir s'en détacher.

Les plus jeunes ont pu remarquer les effets de la consommation sur leurs aînés et ne se sentent pas attirés par ce produit. En fonction du mode de consommation, black-joint ou pipes, les utilisateurs définissent une gradation dans la toxicomanie comparable à ce que l'on observe en métropole entre usagers non-injecteurs et usagers injecteurs.

Les dealers également sont conscients de la dangerosité du crack, d'ailleurs, le plus souvent, ils n'en consomment pas ou alors quelques black-joint, mais ils disent que ce produit leur donne « le pouvoir » sur les autres (les usagers). Certains petits dealers, attirés au début par l'argent facile que procure le crack, finissent par en prendre en pensant pouvoir gérer leur consommation.

Les autres produits, peu consommés, sont souvent méconnus. Mais, d'une manière générale, en dehors de l'herbe et de l'alcool, tous les autres produits ne bénéficient pas d'une image favorable pour les consommateurs de crack. Par exemple, ils ne sont pas attirés par les médicaments détournés de leur usage comme cela est observé chez les consommateurs d'opiacés en métropole. Les nouvelles drogues de synthèse également sont regardées avec méfiance : « Ce ne sont pas des produits naturels, on ne sait pas ce qu'il y a dedans. »

Globalement, les produits qui « plaisent » aux usagers en Martinique sont des produits que l'on peut fumer. L'héroïne, notamment, fait peur car elle s'injecte.

Chez les jeunes on n'assiste pas, comme en métropole, au développement des drogues de synthèse lié aux *rave-party*. Même si on commence à trouver un peu d'ecstasy en Martinique, le fait que ce soit un produit synthétique, présenté sous forme de comprimé et associé à une musique qui n'est pas en accord avec la culture locale, ne conduira probablement pas à une utilisation large chez les jeunes martiniquais.

Une enquête réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population générale adulte de Martinique montre que les perceptions diffèrent selon le statut licite ou illicite du produit consommé.

En effet, 79 % des personnes interrogées considèrent que quelqu'un qui prend régulièrement des drogues est anormal et 83 % le jugent dangereux. Ils ne sont plus que 67 % à considérer comme anormal quelqu'un qui boit régulièrement des boissons alcoolisées et 69 % à le juger dangereux.

CONCLUSION

Les éléments présentés dans ce rapport ne prétendent pas donner une image parfaite et exhaustive de la situation de la toxicomanie en Martinique. Étant un phénomène illégal, impliquant de nombreuses personnes, il n'est pas toujours facile d'en avoir une vision exacte. Ce premier rapport TREND ne pourra que s'améliorer au fil du temps grâce notamment à toutes les personnes qui fournissent des informations et que nous remercions pour leur collaboration.

Les principaux éléments d'observation pour la Martinique font ressortir un éventail plus restreint de produits utilisés par rapport à d'autres territoires géographiques, avec toujours une large prépondérance du cannabis et du crack. La cocaïne connaît une certaine vogue dans des milieux assez fermés et aisés. L'héroïne serait plus utilisée qu'auparavant, principalement sous forme fumée ou sniffée, mais malgré cela l'usage des opiacés reste globalement minoritaire. Même si on commence à parler de plus en plus d'ecstasy, les produits de synthèse ne font pas de percée, probablement parce qu'ils ne correspondent pas aux attentes des utilisateurs locaux.

L'image des produits évolue également, le cannabis se banalise chez les jeunes et les effets négatifs du crack commencent à être mieux connus avec un recul du discours magico-religieux.

Chez les usagers, la tendance serait au rajeunissement avec un abaissement de l'âge des premières consommations. On observe également une augmentation du nombre de consommateurs avec une offre qui concerne désormais l'ensemble du territoire de la Martinique.

Le trafic se caractérise toujours par une multiplicité de petits réseaux, mais avec une augmentation de la violence entre dealers ou entre dealers et usagers.

BIBLIOGRAPHIE

- N. Ballon, D. Soffer, F. Bouisse, S. Merle, F. Slama, A. Charles-Nicolas, « Profil de toxicomanes au crack suivis à Fort-de-France », *Le courrier des addictions* (2), n° 4, décembre 2000.
- P.-Y. Bello, A. Toufik, M. Gandilhon, *Tendances récentes*, rapport TREND, OFDT, juin 2001.
- A. Charles-Nicolas, *Crack et cannabis dans la Caraïbe*, L'Harmattan, 1997.
- S. Merle, J. Rosine, G. Urselet, « La santé mentale en population générale : image et réalité », *OSM Flash*, n° 27, Observatoire de la santé de la Martinique, octobre 2001.
- S. Merle, « Conduites addictives chez les jeunes martiniquais », in *Actes de la 6^e Conférence régionale de santé*, Direction de la santé et du développement social de la Martinique, 14 décembre 2001.
- OCRTIS, *Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2000*, Direction générale de la police nationale, Direction centrale de la police judiciaire, 2001.
- P. Peretti-Watel, F. Beck, S. Legleye, *Les consommations de produits psychoactifs à la fin de l'adolescence en Martinique. Exploitation locale de l'enquête ESCA-PAD 2001*, OFDT, décembre 2001.
- C. Ragoucy-Sengler, V. Cirimele, M. Simonetti, G. Mevel, J.-L. Perie, P. Kintz, « Caractéristiques cliniques de la toxicomanie au crack », *Toxicorama*, vol. XI, n° 4, 1999.
- F. Slama, R. Slama, N. Ballon, B. Dehurtevent, J. Lacoste, N. Merle, J.-D. Even, A. Charles-Nicolas, « Toxicomanie et comorbidité psychiatrique à la Martinique : une spécificité, le crack », *Le Courrier des addictions* (3), n° 3, oct.-nov.-déc. 2001.
- P.-A. Yerro, « À partir du mouvement rastafari de Martinique : Système discursif, ethnicité et retour du refoulé », in *Des îles créoles aux sociétés plurielles*, Mélanges offerts à Jean Benoist, Ibis Rouge Éditions, 2000, Petit Bourg-Guadeloupe, p. 115-135.

LISTE DES SIGLES

APEX : Association martiniquaise de prévention de l'exclusion sociale
CAP : Certificat d'aptitude professionnelle
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIFAD : Centre interministériel de formation antidrogue
CIRDD : Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances
CISIH : Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine
CSRM-USSARD : Centre de soins et de réinsertion de la Martinique - Unité spécialisée de soins ambulatoires et recherche sur les dépendances
CSST : Centre spécialisé de soins pour toxicomanes
DSDS : Direction de la santé et du développement social
ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations de drogues lors de la Journée d'appel de préparation à la défense
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
HTLV 1 : Human T-cell Lymphotropic Virus type 1
OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OCRTIS : Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants
OMASS : Office des missions d'action sociale et de santé
OSM : Observatoire de la santé de la Martinique
SMPR : Service médico-psychologique régional
TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues
UEJD : Unité d'écoute pour jeunes en détresse
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001
Rapports locaux des sites TREND - Juin 2002

METZ

INTRODUCTION	499
DESCRIPTION DU SITE	501
SITUATION GÉOGRAPHIQUE	501
SITUATION DÉMOGRAPHIQUE	502
SITUATION DE L'EMPLOI	503
LA ZONE URBAINE DE METZ	504
MÉTHODOLOGIE D'OBSERVATION	507
HISTORIQUE DE LA CONSOMMATION DE PRODUITS	509
CONSOMMATION DE DROGUES	511
CANNABIS	511
HÉROÏNE	511
SUBUTEX®	512
MÉTHADONE	513
COCAÏNE	514
ECSTASY	515
PROTOXYDE D'AZOTE	515
CHAMPIGNONS HALLUCINOGENES	516
LSD	516
PRODUITS DONT LA CONSOMMATION S'ESTOMPE	517

CONTRIBUTIONS AU PROJET

Coordination :

CMSEA (Comité Mosellan de sauvegarde de l'enfance, de l'adolescence, et des adultes)

Responsable de site TREND Metz : Olivier Romain, directeur du CSST «Porte des Allemands »

Référent médical : Sylvie Balteau, médecin au Point de Contact de la «Porte des Allemands »

Coordinateur : Catherine Bray-Tomassi, animatrice au service « En Amont », Prévention des toxicomanies

Soutien méthodologique :

ORSAS-Lorraine (Observatoire régional de la santé et des affaires sociales)
Yvon Schléret, directeur de l'ORSAS

Structures participantes :

ASUD - Lorraine

Association Pushing

«Le Point Contact - Porte des Allemands », CMSEA 2001

INTRODUCTION

Le rapport du site de Metz ne comporte qu'une partie des réponses attendues par rapport au protocole d'observation défini à l'échelon national. En effet, le réseau local d'observation a connu, en 2001, une restructuration dans son organisation et sa mise en œuvre qui est intervenue au cours du dernier trimestre de l'année.

De manière générale, les observateurs mobilisés soulignent, avec un certain consensus, un rajeunissement des consommateurs de drogues et, pour certains produits, la poursuite de l'accroissement de la féminisation du public concerné.

Ils notent aussi une baisse des prix pour la plupart des produits les plus fréquemment consommés, qui est assez souvent liée à une diminution de la qualité et à un coupage des produits proposés.

Le développement de la consommation de cocaïne, déjà constaté les années précédentes, se confirme en 2001. La polytoxicomanie s'accroît également, notamment dans les milieux festifs où la prise de produits différents est programmée avec une planification temporelle des effets ressentis, l'alcool étant alors le premier d'une succession de consommations. La consommation de produits alcoolisés, liée à une offre générale de boissons ayant un degré d'alcool de plus en plus fort, est vivement soulignée par les observateurs des milieux festifs. Pour autant, le questionnement habituel sur la consommation de drogues n'inclut pas ce type de produits dans son protocole d'observation.

DESCRIPTION DU SITE

L'enquête TREND menée sur le site messin porte plus particulièrement sur la zone urbaine. Mais pour comprendre les phénomènes de consommation de drogues que l'on peut y observer, il est nécessaire de resituer le site dans son environnement départemental et transfrontalier.

SITUATION GÉOGRAPHIQUE

La Moselle est un des rares départements français à être triplement frontalier et à jouxter ainsi trois pays : la Belgique, le Luxembourg et l'Allemagne. Pour des raisons historiques, mais aussi économiques et actuelles, le Luxembourg et la Sarre (Land allemand frontalier de la Moselle) exercent une attraction importante sur la Moselle dans les domaines de l'emploi, de la consommation et des loisirs. Aujourd'hui, à son tour, Metz déploie une attraction sur ces deux pays dans les domaines résidentiels, commercial et, dans une moindre mesure, des loisirs et de l'enseignement supérieur.

La ville de Sarrebruck, capitale du Land de Sarre, distante de 70 km de Metz, compte 183 000 habitants *intra-muros* et 351 000 avec son groupement de communes. Quelquefois présentée comme la « capitale de l'Est mosellan » (Forbach, Saint-Avold, Sarreguemines), elle accueille chaque jour de nombreux travailleurs frontaliers mosellans. De la même manière, mais à un degré moindre, la ville de Luxembourg est un pôle attractif pour les habitants de la zone de Thionville, c'est-à-dire pour le nord-ouest mosellan. La capitale luxembourgeoise (82 000 habitants) est à 63 kilomètres de Metz et à une trentaine de Thionville.

Du point de vue de l'observation de la consommation de drogues, ces caractéristiques géographiques sont importantes à prendre en compte. Car elles placent les grandes villes de la Moselle dans une grande proximité de trois pays, voire quatre avec les Pays-Bas, où la réglementation et la législation sur les stupéfiants sont différentes, tout comme les pratiques d'approvisionnement et de consommation de drogues.

La desserte autoroutière et ferroviaire place le département à la croisée de deux axes européens essentiels : Nord-Sud, avec l'axe Amsterdam-Barcelone et ses accès rapides à Bruxelles, Lyon et Marseille ; Est-Ouest, avec l'axe Paris-Berlin qui donne accès à Strasbourg, la Suisse et l'Europe de l'Est.

SITUATION DÉMOGRAPHIQUE

Au dernier recensement général de la population, en mars 1999, la Moselle comptait plus d'un million d'habitants pour 390 000 ménages, ce qui en fait le département lorrain le plus peuplé. Malgré une baisse sensible des naissances, la population mosellane a continué de croître entre 1990 et 1999. Pour autant, les différents secteurs de Moselle ne sont pas tous à la hauteur de ces résultats. Ainsi, les bassins miniers et sidérurgiques connaissent une baisse sensible de la population entre les deux recensements, alors que celle-ci est en hausse à Metz et ses alentours.

La Moselle est le département lorrain le plus jeune : la répartition par âge des mosellans indique que les moins de 20 ans représentent 25,3 % de la population totale. Les communes rurales de la périphérie de Metz sont devenues les zones les plus jeunes du département. L'installation de nombreuses familles, désireuses d'être propriétaires de maisons individuelles, pas trop éloignées de leur lieu de travail et à un coût raisonnable, explique cette évolution. En revanche, les secteurs les plus à l'est (arrondissements de Sarrebourg et de Sarreguemines), et au nord le bassin sidérurgique, n'ont pu retenir les plus jeunes et comptent la population la plus âgée.

Les cantons mosellans proches des zones transfrontalières connaissent, depuis une dizaine d'années, des installations d'habitants originaires d'Allemagne (de 7,7 % à 5 % de résidents de nationalité allemande dans les cantons frontaliers avec l'Allemagne). L'arrivée de ces nouveaux lorrains participe à l'augmentation du nombre des navettes quotidiennes domicile-travail qui s'intensifie toujours plus avec le Luxembourg et l'Allemagne.

Sur les 390 000 ménages que compte la Moselle, un quart est composé d'une seule personne. Les ménages d'une seule personne situés en milieu urbain sont plutôt jeunes. Metz, par exemple, compte plus de 40 % de personnes seules. La présence de l'Université est la principale raison de cette concentration sur Metz. Les ménages d'une seule personne vivant en milieu plutôt rural sont caractérisés par une forte représentation des femmes de plus de 60 ans.

SITUATION DE L'EMPLOI

La population active mosellane, âgée entre 15 et 59 ans, s'élève en 1999 à 443 000 personnes. Ce nombre est en progression de 9 % depuis le recensement de 1990. Toutes les zones d'emploi du département bénéficient de ce regain d'activité. C'est pour les zones d'emploi de Thionville et de Sarreguemines qu'on enregistre les plus fortes progressions du taux d'activité.

Cette augmentation du nombre des actifs est presque exclusivement imputable aux femmes, dont le nombre d'actives a augmenté de près de 20 % alors que celui de leurs homologues masculins ne progresse que d'un peu plus de 2 %.

Les crises des industries traditionnelles mosellanes (sidérurgie, houillères) à partir de 1975 se sont traduites, jusqu'à récemment, par une augmentation du chômage plus forte que la moyenne nationale. Mais, entre 1990 et 1999, le taux de chômage mosellan est passé en dessous du taux national.

Le nombre de chômeurs est toutefois en augmentation de plus de 12 % par rapport au recensement de 1990. Ce sont les zones d'emploi de l'est mosellan qui sont les plus touchées : + 26 % à Sarrebourg et + 25 % à Sarreguemines. Les hommes sont plus atteints par la dégradation du marché de l'emploi, notamment dans la zone d'emploi de Thionville et dans celle du Bassin Houiller. Les importantes compressions d'effectifs de mineurs ont entraîné une croissance du chômage plus importante chez les hommes du Bassin Houiller qu'au niveau départemental (+ 30 %).

La zone d'emploi de Metz a connu une augmentation importante de l'emploi et une poursuite de l'accroissement du nombre d'actifs. Elle a, en outre, développé une attraction sur les actifs des zones adjacentes. Son économie se caractérise essentiellement par une activité tertiaire de services et de commerces qui s'est notamment développée au moment de la restructuration de l'activité sidérurgique par un redéploiement de ce type d'activités autour de Metz.

Près de 50 000 Mosellans actifs âgés de 15 à 59 ans travaillent dans un pays frontalier : Luxembourg, Allemagne. Ce nombre a plus que doublé depuis 1990. Environ la moitié d'entre eux se tourne vers l'Allemagne et l'autre moitié vers le Luxembourg.

LA ZONE URBAINE DE METZ

L'enquête TREND porte plus particulièrement sur la zone de Metz qui a connu, au cours de ces dix dernières années, une urbanisation plus importante qu'ailleurs en Lorraine.

La commune de Metz compte 123 776 habitants au dernier recensement de 1999. Elle est le pôle attractif d'une zone urbaine qui comprend désormais entre 322 500 et 430 000 habitants, selon la définition du territoire urbain que l'on prend en compte. Les *unités urbaines* sont censées représenter la «ville» au sens classique du bâti. Elles reposent essentiellement sur un critère de continuité d'habitat. Les *aires urbaines* considèrent la ville, non pas seulement comme un pôle d'habitat, mais comme un pôle d'emplois dont l'influence s'étend sur de nombreuses communes alentour par le jeu des trajets quotidiens domicile-travail. On sait, en outre, que les limites entre territoire urbain et rural sont redéfinies lors de chaque recensement. Or, avec les résultats du recensement de 1999, l'INSEE a été amené à reconsidérer les limites de ses zonages urbains pour la Lorraine et à officialiser une réalité démographique et économique ressentie depuis longtemps.

La plus spectaculaire des transformations urbaines constatées par l'INSEE concerne l'*unité urbaine* de Metz qui constitue désormais une seule grande agglomération de 47 communes et 322 500 habitants. Elle talonne ainsi celle de Nancy (331 400 habitants), dont les contours n'ont pas changé et dont le nombre d'habitants n'a que peu augmenté depuis 1990. Au niveau national, l'agglomération messine se classe au 16^e rang en terme de population (l'agglomération nancéienne est au 15^e rang).

Dans le nouveau zonage en *aires urbaines*, l'aire de Metz passe au premier rang des aires urbaines de Lorraine, juste devant celle de Nancy. La grande aire urbaine de Metz, avec 237 communes et près de 430 000 habitants, est la 16^e des 354 aires urbaines de France.

Du point de vue démographique et économique, on ne peut toutefois pas opposer aussi facilement ces différents découpages entre eux. En effet, la Lorraine est marquée par un axe vertical, le sillon mosellan, qui réunit la plus grande partie de la population et de l'activité économique. Cet axe concentre, sur une ligne nord-sud, cinq aires urbaines (Thionville et Metz en Moselle, Pont-à-Mousson et Nancy en Meurthe-et-Moselle, Épinal dans les Vosges). Les quatre premières aires urbaines sont contiguës. Il y a donc, sur un axe long de 150 km, une concentration urbaine importante qui caractérise en quelque sorte «l'épine dorsale» de la Lorraine, avec une ramification vers l'Est et vers l'Allemagne (aires urbaines de Forbach et Sarreguemines qui pourraient presque appartenir à l'aire urbaine de Sarrebruck s'il n'y avait les limites des frontières entre les pays).

La ville de Metz comprend deux quartiers relevant de la définition des quartiers sensibles au sens où l'entend la politique de la ville : Borny et le chemin de la Moselle (Metz-Nord). On peut y ajouter Woippy, commune jouxtant celle de Metz.

Le quartier de Borny-Les Hauts de Blémont, construit entre 1962 et 1976, est aujourd'hui le seul quartier de Lorraine à avoir été classé en Zone franche urbaine en raison du cumul des problèmes sociaux et économiques qu'on y rencontre. La population de ce quartier présente des caractéristiques particulières. La forte proportion de familles, et notamment de familles nombreuses, en fait un quartier jeune. La proportion des moins de 20 ans est de 39 % à Borny contre 24 % pour l'ensemble de la ville de Metz. Elle approche même les 50 % pour certains îlots du quartier. Un quart de la population de Borny est de nationalité étrangère (42 % pour certains îlots). Le quartier est aussi fortement touché par le chômage (30 % de la population active). Enfin, comme dans les autres quartiers de France ciblés par la politique de la ville, on y trouve une proportion plus élevée de familles monoparentales, de bénéficiaires de l'allocation de parent isolé et du RMI que dans les autres quartiers de la ville.

MÉTHODOLOGIE D'OBSERVATION

En 2001, le site de Metz a connu une modification importante de l'équipe d'observation dans le cadre du dispositif TREND. Les années précédentes, l'équipe s'appuyait sur une association entre l'Intersecteur de pharmacodépendance de la Moselle (IPM) et le Service « En Amont » du CMSEA¹, avec des collaborations soutenues de différents organismes issus des secteurs du soin, de la prévention, de l'éducation, de groupes techno ou d'usagers de drogues. L'Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP) était chargé de collecter les informations ainsi recueillies pour les confronter et les synthétiser.

Dans le cadre d'une réorganisation du système de recueil d'informations TREND par l'OFDT, le réseau messin d'observation a été recomposé au courant de l'année 2001. Il est désormais animé par le Centre de soins spécialisés pour toxicomanes de la « Porte des Allemands à Metz » (CMSEA), qui assure également la responsabilité du dispositif TREND à l'échelle locale. La coordination du réseau d'observation est assurée par un professionnel du secteur des intervenants en toxicomanie partiellement détachée à cet effet par le « Service en amont », Prévention des toxicomanies du CMSEA. Le travail de synthèse des observations est mené par l'Observatoire régional de la santé et des affaires sociales (ORSAS) en concertation avec le responsable du dispositif local et sa coordinatrice.

Le réseau d'observation mobilisé reste le même que celui des années antérieures. Mais les modifications intervenues dans l'organisation du dispositif local ont entraîné, au moins temporairement, des retraits de professionnels qui jusqu'à présent contribuaient, avec d'autres, à l'observation minutieuse et continue de la consommation de drogues. C'est dire que le réseau messin subit actuellement une restructuration profonde qui est encore en cours. C'est pourquoi le rapport 2001 présenté par l'équipe de Metz n'aborde pas tous les aspects prévus dans le protocole d'observation par l'échelon national et ne présente qu'une synthèse des questionnaires qualitatifs adressés aux structures concernées. Il ne traite notamment pas de l'approche ethnographique dans

1. Comité mosellan de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence.

les milieux festifs et urbains et n'aborde pas les informations recueillies auprès des groupes focaux («groupe application de la loi», «groupe santé»), dont la première réunion est programmée pour le premier semestre 2002. Cette réduction du champ d'observation s'explique non seulement par les effets de la restructuration déjà évoquée, mais aussi par le fait que sa mise en œuvre n'a été effective qu'au dernier trimestre de l'année 2001. Le réseau messin d'observateurs, remobilisé et partiellement reconstruit, ne pourra être pleinement efficace que pour l'année 2002.

HISTORIQUE DE LA CONSOMMATION DE PRODUITS²

Le cannabis a fait son apparition dans les années 1970 en Moselle. Sa consommation s'est fortement développée dans les décennies suivantes pour se banaliser à la fin des années 1990. Au niveau de sa représentation chez ses consommateurs, le cannabis est devenu un produit de «bien-être» plus qu'un produit de «défonce» dont on ne s'inquiète guère des effets secondaires.

Le développement de la consommation d'héroïne remonte également, en Moselle, aux années 1970. Si la diffusion de ce produit s'est stabilisée au cours des années 1980 et au début des années 1990, elle s'est par la suite accrue de manière sensible.

La progression de cette consommation est d'abord liée à la situation géographique du département de la Moselle qui le rend plus perméable aux phénomènes internationaux de diffusion de l'héroïne. La proximité des frontières en fait un lieu de transit international du produit. Elle facilite aussi l'approvisionnement individuel dans les trois pays frontaliers ou encore aux Pays-Bas (Maastricht est à 262 km de Metz). Les migrations journalières de travailleurs transfrontaliers vers le Luxembourg et l'Allemagne peuvent aussi, dans une certaine mesure, contribuer à ce type d'approvisionnement.

Le prix des doses d'héroïne a fortement baissé au cours de ces dix dernières années, ce qui a contribué à sa diffusion, en touchant notamment un nouveau type de public, plus jeune, qui montre et exprime un rapport différent au produit. Le développement des *raves* a également contribué à ce rajeunissement du public consommateur d'héroïne.

Pour l'agglomération messine, où TREND recueille les informations, les quartiers dits «sensibles», comme Borny ou Woippy, connus comme des lieux d'approvisionnement possible, sont aujourd'hui également touchés par la consommation de l'héroïne. Ce qui marque un changement. Jusqu'alors ces quartiers étaient présentés comme des points de vente du produit pour des clients originaires d'autres quartiers, voire d'autres communes ou d'autres départements, sans pour autant que

2. Pour la rédaction de cette partie, nous nous sommes largement inspirés du rapport présenté en 2000 par l'IPN, le « Service En Amont » et l'IREP.

la consommation touche les jeunes de ces cités. Aujourd'hui, différents constats montrent que ces quartiers, toujours concernés par le *deal* de ce produit et par l'économie souterraine qu'il favorise, le sont aussi par sa consommation.

Certaines observations soulignent le développement d'un double marché de l'héroïne : un marché « pauvre », où l'on écoule à prix plus modiques un produit de moins bonne qualité, côtoie un marché où s'approvisionnent des gens plus mobiles pour se déplacer en Belgique ou aux Pays-Bas et disposant de moyens financiers plus élevés.

En Moselle, comme ailleurs, la consommation de cocaïne était pendant longtemps concentrée sur des réseaux très discrets. À partir des années 1980, elle a commencé à se développer de manière irrégulière dans les réseaux de distribution de l'héroïne. Aujourd'hui, elle est beaucoup plus disponible que par le passé, mais son prix constitue encore un frein pour des consommations plus habituelles.

La disponibilité de l'ecstasy s'est accrue à la fin des années 1990, notamment avec le développement des *raves* et du mouvement techno.

CONSOMMATION DE DROGUES

CANNABIS

La banalisation de la consommation du cannabis semble s'accélérer. Dans les milieux festifs, par exemple, les observateurs ne se posent plus la question de connaître la proportion de consommateurs de cannabis. Ils cherchent plutôt à repérer la proportion de ceux qui ne fument pas ce produit.

La question de la différence de qualité dans la résine de cannabis proposée sur le marché est toujours d'actualité. Elle se double aujourd'hui avec une suspicion sur des pratiques de coupage de la résine avec des amphétamines. Quelques signalements, mais plutôt rares, vont dans ce sens. Un témoignage évoque un nouveau produit, le « groupmf », présenté et acheté comme un mélange de différentes sortes de résine de cannabis. Son contact avec le feu provoque des crépitements et de petites étincelles. Sa consommation laisse supposer qu'il contient aussi des amphétamines, car elle procure des hallucinations. Ce qui entraîne le doute sur la nature même de la résine achetée.

HÉROÏNE

La consommation d'héroïne connaît un double mouvement : une réduction parmi les populations les plus habituées à ce produit, en raison du développement des pratiques de substitution, mais, en même temps, elle continue d'atteindre de nouveaux publics, tant au niveau des groupes d'âge que des territoires concernés ou des catégories socioprofessionnelles. L'âge moyen des consommateurs nouveaux est à la baisse parmi les 18-25 ans, de nouveaux quartiers sont touchés. La consommation d'héroïne est aujourd'hui signalée dans des entreprises de plus de 100 salariés par des employeurs qui sollicitent des demandes d'intervention d'équipes de prévention. Ces demandes sont le plus souvent formulées dans la gêne par les responsables des entreprises concernées, car ils sont peu habitués à ce phénomène nouveau pour eux.

Dans les milieux festifs, on signale une acuité de la diffusion de ce produit où il est le plus souvent sniffé et utilisé comme régulateur par rapport à l'ecstasy.

Les préoccupations des consommateurs les plus anciens de l'héroïne portent sur la pureté du produit acheté. L'inexpérience des nouveaux venus à ce type de produits les conduit à ne pas partager ce genre de question, car ils ne peuvent pas aussi facilement repérer la différence. Les inquiétudes exprimées portent sur la coupe de l'héroïne avec du Subutex® ou tout autre type de médicament. Ce qui entraîne des problèmes pratiques pour l'injection : le produit se gélifie rapidement.

Le constat d'une baisse de la qualité du produit modifie sa perception par les usagers de plus longue date. Les effets ressentis sont diminués, voire inexistantes. La perception même de la qualité s'en trouve également changée : une « bonne poudre » se dit aujourd'hui d'une poudre bien coupée, et pas seulement bien dosée.

Pour les nouveaux venus dans la consommation d'héroïne, ces questions ne se posent pas. Ce qui marque aussi un signe de distinction entre les générations de consommateurs d'héroïne.

Le prix du gramme d'héroïne est assez difficile à évaluer, car il dépend des relations que les consommateurs entretiennent avec les revendeurs. Plus un usager habituel est introduit dans le milieu et plus il aura accès à un produit moins cher pour lui. De manière générale, on estime, en 2001, à 400 F le prix le plus bas pour l'héroïne blanche et à 800 F le prix le plus élevé. Pour la brune, les prix s'évaluent de 200 à 400 F. L'accès au produit semble assez stable par rapport aux années précédentes, tant pour la brune que pour la blanche. On signale que l'héroïne est aujourd'hui plus accessible en milieu rural que par le passé.

SUBUTEX®

Peu de variations par rapport à l'année précédente pour la consommation de Subutex® soit en sniff, soit en intraveineuse, si ce n'est la poursuite d'une tendance à l'accroissement de son usage en dehors du cadre d'un programme de substitution. On signale une féminisation en augmentation du public et un rajeunissement des consommateurs occasionnels qui l'essaient par curiosité sans pour autant consommer d'autres drogues. L'accroissement de sa consommation dans les milieux festifs semble également se poursuivre.

Les problèmes de santé signalés pour ceux qui consomment le Subutex® en injection sont toujours du même ordre : une fréquence préoccupante des abcès aux points d'injection (syndrome de Popeye).

Plus nouveau est peut-être le constat proposé par l'association ASUD qui repère un isolement social et psychologique accru pour le groupe des consommateurs habituels de Subutex® par rapport aux autres types de consommateurs de drogues. Ce constat conduit ASUD à formuler l'hypothèse que les usagers réguliers de ce produit se renferment dans des états de déprime et s'isolent davantage que d'autres types de consommateurs de drogues.

Le prix du Subutex®, sur le marché du trafic, varie en fonction du nombre de personnes sous traitement qui assurent l'approvisionnement. Le prix du comprimé de 8 g varie de 25 à 50 F, avec un prix le plus courant qui est autour de 25 à 30 F. Il est plus cher le week-end que la semaine, pour des raisons d'approvisionnement. On observe aussi une augmentation de son prix chaque fin de mois.

Lorsque le Subutex® est pris dans le cadre d'un programme de substitution par les personnes les plus dépendantes à l'héroïne, les personnels des dispositifs d'accueil constatent que ces personnes ont souvent appris à gérer leur dépendance en jonglant habilement entre l'usage des deux produits, Subutex® et héroïne. Leur observation confirme en outre l'importance du rituel du geste de l'injection qui constitue une autre forme de dépendance, à tel point que certains n'arrivent pas à s'en défaire s'injectent une infime quantité de produit en la diluant avec une dose importante d'eau (environ 99 % d'eau). Les personnels de ces dispositifs de première ligne soulignent également que le trafic de Subutex® est en baisse chez les personnes dépendantes à l'héroïne.

La représentation du Subutex® par ses usagers est en évolution constante. Les années précédentes, ce produit était déjà perçu comme la drogue « du pauvre ». Les complications de santé liées à son injection en font aujourd'hui un produit plutôt mal perçu avec des sentiments de rancœur de plus en plus prononcés.

MÉTHADONE

La méthadone est mieux perçue par le public dépendant à l'héroïne. Cette perception est d'autant plus positive qu'elle permet plus facilement de se défaire du rituel de l'injection. C'est peut-être ce qui explique l'augmentation du nombre de personnes qui demandent à être initiées à ce produit. D'autres aspects peuvent aussi être évoqués pour expliquer l'accroissement de cette demande et notamment le fait que la méthadone soit perçue comme appartenant au registre des soins.

La proximité de la région messine de la Belgique entraîne une forme de trafic local sur ce produit. En Belgique, la méthadone est prescrite par les médecins de ville pour des durées d'un mois, ce qui augmente les possibilités de revente. En outre, l'industrie pharmaceutique belge commercialise le Méphénon®, de la méthadone en comprimé prescrite en Belgique et au Luxembourg.

COCAÏNE

Le développement de la consommation de cocaïne s'est confirmé en 2001. Tous les observateurs rencontrés le soulignent. En milieu festif, on note également une offre plus importante du produit et une plus grande consommation que par le passé. Auparavant, dans les *raves*, le produit était plutôt consommé en dehors de la fête, sur les aires de stationnement des véhicules. Aujourd'hui, il est plutôt consommé sur le lieu même de la fête. S'il y a ce changement de pratique dans la consommation, il ne faut pas pour autant en déduire une banalisation du produit, même si cet aspect est également partiellement présent. Le changement dans les pratiques de consommation s'explique de manière plus prosaïque : les aires de stationnement sont aujourd'hui plus surveillées que par le passé, d'où un repli des consommateurs vers les lieux de la fête.

Plus important est certainement, en milieu festif, le changement du regard porté sur la cocaïne qui apparaît de plus en plus comme un produit « propre ». Ce qualificatif doit cependant être précisé. C'est une drogue perçue comme « propre » par les jeunes qui la consomment parce que ses effets se repèrent moins facilement que ceux de l'ecstasy qui provoque des crampes, une tension des muscles, notamment au niveau du visage. Autrement dit, l'utilisation de l'ecstasy contraint ses consommateurs à une gestion plus difficile de leur corps. La cocaïne apparaît alors comme un produit alternatif. En outre, cette substance est un stimulant physique apprécié pour soutenir les efforts physiques rendus nécessaires par une nuit de danse techno.

Pour expliquer l'extension de l'offre de cocaïne sur le marché des drogues, des intervenants en toxicomanie avancent une hypothèse. Les programmes de substitution ont entraîné une baisse globale de la demande d'héroïne, même si par ailleurs de nouveaux usagers sont apparus pour ce produit. Cette baisse serait, en partie au moins, à l'origine du développement du marché de la cocaïne, jusque-là réservé à des milieux plus fermés.

La consommation de cocaïne est donc en expansion continue. Son prix constitue cependant un frein relatif à cette expansion. Mais cette limite est contournée par la coupe de la cocaïne avec d'autres produits, ce qui réduit son prix sur le marché

du trafic. Une estimation de son prix en 2001 reste toutefois soumise à des appréciations différentes, car il est fonction de la pureté du produit. Les prix avancés vont de 200 à 400 F le gramme pour les offres les plus basses. Et de 500 à 800 F pour les offres les plus élevées. Le prix le plus courant se situe autour de 500 F.

ECSTASY

L'ecstasy touche aujourd'hui un public de plus en plus jeune et de plus en plus diversifié. Certains observateurs ont constaté une consommation de ce type de produit chez des mineurs de 15 ans. On signale son extension dans les quartiers sensibles de la périphérie urbaine. L'accroissement de cette consommation se traduit aussi par une propagation du produit dans d'autres milieux que celui des adeptes de la techno, dans la mesure où les *raves* attirent de plus en plus d'autres publics. Le débat sur leur autorisation en 2001, et la polémique qui s'en est suivie, les auraient transformées en lieux symboliques de rassemblement de groupes contestataires. Il faut d'ailleurs souligner que l'évolution de la consommation d'ecstasy est à mettre en lien avec l'évolution même des *raves* comme phénomène social. Les soirées techno organisées de manière privée avec un nombre plus restreint de participants sont en augmentation. Ce qui rend d'ailleurs plus complexe l'observation continue de ce phénomène et des consommations de produits illicites qui peuvent y avoir lieu, dans la mesure où il s'agit de milieux fermés d'accès plus difficile.

Le prix du cachet d'ecstasy est présenté comme étant en baisse : 30 à 50 F le cachet contre 80 à 100 F l'an passé.

La perception du produit par les jeunes consommateurs varie en fonction de leur parcours personnel dans le milieu des consommateurs. En début de consommation, l'image est plutôt positive. Mais, par la suite, elle se dégrade progressivement.

PROTOXYDE D'AZOTE

Les observateurs en milieu festif soulignent également une augmentation de la consommation de protoxyde d'azote. Il est utilisé comme produit secondaire pour densifier les effets des autres psychotropes consommés. Son usage permet une meilleure aération du corps et neutralise les effets indésirables de l'ecstasy au niveau musculaire. En ce sens, il est perçu comme apportant « une plus grande aisance et une grande liberté du corps ». Plus généralement, son usage est perçu comme inoffensif, festif et ludique.

Sa consommation se fait en utilisant des cartouches ou petites bonbonnes qui contiennent le produit et à l'aide de ballons qui facilitent son inhalation. Certains organisateurs de *raves* mettent d'ailleurs les ballons à la disposition du public sous la forme d'une décoration festive.

Une autre forme de ce type de consommation est l'utilisation de plus en plus répandue des aérosols employés pour nettoyer les claviers d'ordinateur.

Le prix d'une cartouche de protoxyde d'azote est de 10 F.

CHAMPIGNONS HALLUCINOGENES

La région messine est proche du département des Vosges où l'on trouve des psilocybes, champignons hallucinogènes dont la cueillette s'étend de septembre à novembre. La ville est également relativement proche des Pays-Bas où d'autres types de champignons hallucinogènes sont en vente libre (notamment des champignons importés du Mexique).

La consommation de ce type de champignons est signalée en milieu festif, surtout dans les *raves* payantes et les soirées privées. Le prix varie de 50 à 100 F les 25, en fonction de leur provenance.

Les effets semblent assez dévastateurs avec de fortes hallucinations, des angoisses. Mais il semble qu'en dépit de ces conséquences, ce produit soit assez apprécié par leurs consommateurs qui y voient « une substance végétale et naturelle ».

LSD

En milieu festif, les caractéristiques des consommateurs de LSD semblent assez proches de celles de l'ecstasy. Là, également, on observe un rajeunissement du public qui reste cependant, pour le LSD, presque exclusivement de sexe masculin. C'est un public qui a connu ce produit au cours de *raves* et qui éprouve des difficultés à gérer ses effets.

L'offre de LSD sur le marché local du trafic est cependant très variable. Il était plus fourni au cours du premier semestre 2001 et beaucoup moins au cours du second. Les prix pratiqués sont en baisse. Le LSD se vend entre 30 et 50 F.

PRODUITS DONT LA CONSOMMATION S'ESTOMPE

Le crack semble connaître une consommation qui serait en voie de disparition. Rares sont les signalements recueillis sur ce produit. Il en va de même pour les amphétamines dont la disponibilité s'est restreinte. La vigilance par rapport à ce produit ne doit pas pour autant s'émousser. Des informations donnent à penser que cette substance est encore en circulation limitée, mais présentée comme de la cocaïne. En fait, il s'agirait d'un mélange de speed, d'ecstasy et de Subutex®, coupé avec un faible dosage de cocaïne. Le tout est présenté par les revendeurs comme de la cocaïne.

Enfin, il semble que le Néocodion® (codéine) ne soit plus d'actualité dans la mesure où les toxicomanes peuvent satisfaire leur manque avec du Subutex® ou de la méthadone.

RENNES

REMERCIEMENTS	522
INTRODUCTION	523
OBJECTIFS	523
FONCTIONNEMENT	523
REPÈRES	525
LE SITE ÉTUDIÉ	525
LES ESPACES ÉTUDIÉS	530
LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES	533
ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001	535
LES USAGERS DE PRODUITS	535
LES PRODUITS	537
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	555

REMERCIEMENTS

Le dispositif TREND s'appuie sur des personnes ressources sans qui l'observation des sites serait impossible ; qu'elles en soient ici sincèrement remerciées :

M. Baert, Centre antipoison de Rennes

Mme Béatrix, infirmière, Centre d'accueil de jour le Puzzle

Étienne Blin, délégué de prévention, AIDES Bretagne, enquêteur de terrain TREND

Magguy Coulouarn, psychologue, Centre de soins en pharmacodépendances et toxicomanies, Rennes

Anne-Lise Gueguen, responsable de Médecins du Monde Grand Ouest

Mylène Guillaume, déléguée de prévention, AIDES Bretagne

Manuella Hachet, présidente de Techno-Plus Grand Ouest

Jacques Jutel, infirmier psychiatrique, Centre de soins en pharmacodépendances et toxicomanies, Rennes

M. Kerbœuf, substitut du procureur, tribunal de grande instance, Rennes

Philippe Leferrand, psychiatre, Centre de soins en pharmacodépendances et toxicomanies, Rennes

Mme Orgeas et M. Brégé, de l'équipe de liaison psychiatrique, Centre hospitalier Guillaume Rénier

Guillaume Poulingue, coordinateur/logisticien du collectif de prévention l'Orange Bleue, enquêteur de terrain TREND

M. Pouyollon, psychiatre, Centre hospitalier Guillaume Rénier

Jean-Pierre Poras, infirmier psychiatrique, Centre de soins en pharmacodépendances et toxicomanies, Rennes

Claude Vedeilhé, psychiatre, chef de service du Centre de soins en pharmacodépendances et toxicomanies, Rennes

Groupement de gendarmerie d'Ille-et-Vilaine

Brigade de prévention de la délinquance juvénile

Service des douanes

Police nationale, sécurité publique

Groupe des sapeurs-pompiers de Rennes

INTRODUCTION

En 2000 et en 2001, les deux premiers rapports TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) ont présenté des analyses et des tendances issues d'un dispositif d'observation qui est encore en cours de développement. L'objectif de ce dispositif est d'identifier et de décrire des phénomènes émergents liés à l'usage de produits psychoactifs. Les espaces d'investigation privilégiés sont les espaces urbains et les espaces festifs.

OBJECTIFS

Mettre à disposition des décideurs, des professionnels et des usagers des éléments de connaissance sur les phénomènes émergents liés aux usages de drogues.

Phénomènes émergents :

- nouvelles drogues apparues sur le site ;
- nouveaux usages observés ;
- nouvelles catégories d'usagers observés.

FONCTIONNEMENT

Il s'agit d'un réseau d'observateurs situés dans :

- neuf sites en France : Lille, Metz, Paris, Rennes, Dijon, Lyon, Bordeaux, Toulouse et Marseille,
- trois sites dans les DOM-TOM : Martinique, Réunion, Guyane.

Le dispositif est pérenne et repose sur des enquêtes semestrielles ou un recueil continu d'informations auprès des intervenants dans le domaine de l'usage de drogues. Dans chaque site, chacun des partenaires fournit des informations. Les données recueillies sont qualitatives et quantitatives, relatives aux produits circulants,

la description des usagers, les modes d'usage, le retentissement sanitaire et social de l'usage de drogues ainsi que la perception de cet usage par les habitants. L'ensemble des informations est regroupé et analysé.

Le fonctionnement en réseau permet un retour d'informations rapide auprès d'un grand nombre de professionnels concernés.

À Rennes, le dispositif TREND est coordonné par le Centre d'information et de ressource sur les drogues et les dépendances (CIRRD), qui s'appuie sur les ressources locales pour mutualiser les informations.

REPÈRES

LE SITE ÉTUDIÉ

La géographie étudiée

Le département d'Ille-et-Vilaine compte, au dernier recensement de 1999, 868 000 habitants ; ce département est en pleine croissance démographique, avec une augmentation de 9 % de la population entre 1990 et 1999. Entre les deux recensements, le solde naturel est de + 34 874, et le solde migratoire de + 34 388.

Le département compte deux agglomérations : Rennes, dixième ville française avec 206 000 habitants et Saint-Malo, avec 51 000 habitants. Les principales autres unités urbaines sont Fougères (22 000 habitants), Dinard (10 500 habitants), Vitré (15 000 habitants) et Redon (9 500 habitants).

Concernant l'évolution des territoires, les phénomènes de regroupements de communes donnent lieu, d'une part, à la naissance d'agglomérations d'une autre échelle (Rennes Métropole, 36 communes, 364 000 habitants) et, d'autre part, à la naissance des pays, qui définissent actuellement des projets politiques communs en matière d'éducation, de transports, de développement économique et touristique, etc.

La situation économique est dans l'ensemble favorable, avec un taux de chômage de 10,5 % sur l'ensemble des actifs ; le département est plutôt jeune, avec 25 % de moins de 19 ans. On doit souligner, sur ce thème, l'importance de la population étudiante et lycéenne rennaise, qui s'élève à près de 55 000 personnes.

La vocation touristique du département est importante au sein de la Bretagne, deuxième région touristique de France.

Concernant les déplacements de population, le département – comme la région – attire des flux saisonniers, notamment de populations jeunes, liés aux festivals, dont les plus célèbres sont les Transmusicales (décembre, à Rennes), la Route du Rock (août, à Saint-Père-Marc-en-Poulet), Quai des Bulles (Saint-Malo), et Les tombées de la Nuit (juillet, à Rennes). Les départements voisins attirent également de

nombreuses foules de festivaliers, notamment l'été (Festival Interceltique de Lorient, Les Vieilles Charrues à Carhaix, le Pont du Rock à Saint-Brieuc, etc.). Dans le domaine plus *underground*, des *free-party* ont lieu régulièrement, quasiment chaque semaine, dans un rayon de 200 km, de même que des soirées plus officielles (ex. : lors des Transmusicales à Rennes, Astropolis à Brest, Panoramas à Morlaix...).

Les principaux problèmes de santé publique repérés sont, d'une part, les conduites suicidaires et, d'autre part, la consommation excessive d'alcool. Ces deux thèmes ont donné lieu à deux programmes régionaux de santé, élaborés l'un en 1996, l'autre en 1998.

Les consommations de psychotropes

Au regard de l'ensemble des critères utilisés par l'OFDT pour classer les départements en fonction de la consommation de psychotropes, l'Ille-et-Vilaine se situe parmi les 13 départements les moins touchés (84^e rang). Toutefois, la position du département est variable selon les produits utilisés :

- concernant les drogues illicites, le département est en situation plus favorable que la moyenne, sa place variant du 70^e au 87^e rang ;
- concernant le tabac, il se situe entre le 78^e et le 94^e rang ;
- concernant l'alcool, la situation est moins privilégiée (16^e rang). Malgré la baisse de tous les indicateurs existant concernant l'alcool, ce produit demeure l'un des problèmes sanitaires majeurs en Bretagne. Même si, globalement, la consommation diminue chez les jeunes, elle reste supérieure à celle des adolescents français.

Malgré une situation locale plutôt « favorable », tous les professionnels s'accordent pour dire que les problèmes de consommation et de trafic vont en augmentant, notamment pour ce qui concerne la cocaïne, la kétamine et, dans une moindre mesure, l'héroïne (excepté pour le milieu festif techno où l'on a remarqué que sa consommation était grandissante). Comme partout ailleurs, l'usage de cannabis est banalisé, et des trafics organisés semblent apparaître autour des établissements scolaires, avec des fluctuations dans les arrivages. De même, comme ailleurs, le phénomène de polyconsommation est observé, notamment parmi les plus jeunes, en milieu festif mais pas uniquement, et les consommations d'ecstasy ainsi que de LSD poursuivent leur essor. Enfin, en milieu urbain, l'usage et la circulation de Subutex® augmentent sensiblement.

Une étude publiée par l'OFDT¹ portant sur cinq académies, sur le thème des conduites déviantes des lycéens, présente l'académie de Rennes comme ayant les taux les plus élevés de consommateurs d'alcool, de cannabis et d'ecstasy parmi les lycéens, même si ces comportements ne sont pas corrélés à l'absentéisme scolaire, ni aux conduites violentes.

Enfin, le traitement régional de l'enquête ESCAPAD révèle que les prévalences observées en Bretagne auprès des adolescents âgés de 17-18 ans se situent à des niveaux plus élevés que celles mesurées sur le reste de la France métropolitaine. Ceci est vrai pour toutes les formes d'usage du tabac, pour l'expérimentation de l'ivresse, et surtout pour le cannabis, produit pour lequel les écarts sont particulièrement importants.

En revanche, pour l'usage répété d'alcool, les taux observés en Bretagne sont très proches de ceux du reste de la France. Les seuls produits pour lesquels la prévalence est inférieure en Bretagne sont les médicaments psychotropes, et ce uniquement pour les filles, les garçons déclarant un niveau d'usage très similaire à ceux de leurs homologues du reste de la France. Enfin, pour les autres substances psychoactives, les expérimentations de champignons hallucinogènes et de produits à inhaler se situent à des niveaux plus élevés en Bretagne, pour les garçons comme pour les filles. Tous les autres produits font l'objet d'usages similaires dans le reste de la France (ecstasy, amphétamines, speed, LSD, cocaïne, crack, héroïne, poppers).

Le dispositif de prévention et de prise en charge

Concernant la **prévention**, de nombreuses institutions ou structures sont impliquées, qu'elles mènent elles-mêmes des actions de prévention ou qu'elles apportent un soutien financier ou technique aux acteurs locaux. On trouve les partenaires habituels des Comités départementaux de prévention des drogues et des dépendances, présidé en Ille-et-Vilaine par le préfet, en collaboration avec le chef de projet toxicomanies, le médecin inspecteur de la DDASS ; on note des liens importants entre ce comité et les acteurs associatifs.

Parmi les **institutions**, on peut citer : l'Inspection académique et la direction diocésaine de l'enseignement catholique, la Direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports (un conseiller assure une mission d'accueil et d'orientation, un médecin assure le lien avec la lutte contre le dopage), la Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse, la police nationale avec des policiers formateurs antidrogues (PFAD, 2 policiers sur 20 % de leur

1. Rapport Ballion.

temps), la gendarmerie nationale avec la Brigade de prévention de la délinquance juvénile (BPDJ) et les Formateurs relais antidrogue (FRAD : 6 gendarmes, dont un spécialisé sur les toxicomanies), les douanes, les parquets de Rennes et de Saint-Malo, la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, les services de la médecine du travail et les Comités d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), les organismes de protection sociale et les mutuelles, le Conseil général d'Ille-et-Vilaine, les villes (notamment celles de Rennes et de Saint-Malo).

Parmi les **associations** engagées dans la prévention ou la prise en charge des toxicomanes, on peut citer : l'AATPF, (l'Association d'aide aux toxicomanes, de prévention et de formation), le CDPA (Comité départemental de prévention de l'alcoolisme), Liberté Couleurs, associations fédérées au sein du collectif l'Orange Bleue (réduction des risques en milieu festif), AIDES Bretagne, le CODES (Comité départemental d'éducation pour la santé), le CIRDD (Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances), le CIJB (Centre d'information jeunesse Bretagne), les missions locales (cinq dans le département), les clubs de prévention spécialisée (le Relais), les structures de loisirs.

Concernant la **prise en charge sanitaire et sociale** des consommateurs, financée par l'État, l'action est principalement organisée par le Centre spécialisé de soins aux toxicomanes, géré par le Centre hospitalier spécialisé Guillaume-Régner ; ce centre touche actuellement 840 personnes, au travers de plusieurs unités :

- le centre d'accueil, à Rennes, qui propose des consultations spécialisées à travers des permanences médicales, psychologiques et sociales pour usagers de produits, toxicomanes ou anciens toxicomanes ;
- le centre a des antennes de consultations à Saint-Malo, Fougères et Vitré ; il intervient également dans le département voisin des Côtes-d'Armor ;
- le centre de séjour « L'envol », centre d'hébergement de 10 lits, assurant des cures de sevrage et de la postcure ;
- le centre méthadone, qui accueille les toxicomanes ou pharmacodépendants aux opiacés pour des traitements de substitution ;
- trois appartements thérapeutiques à Rennes ;
- interventions également dans les trois établissements pénitentiaires du département, ainsi qu'au sein de l'association AIDES.

En 1999, on comptait 807 usagers de drogues suivis en Ille-et-Vilaine ; si le centre d'accueil a vu sa fréquentation légèrement diminuer, le centre méthadone a connu l'effet inverse ; la population est essentiellement masculine (à 74 %), les usagers majoritairement âgés de 20 à 39 ans. En 1999, sur 807 accueils, 507 étaient des nouveaux usagers pris en charge.

En 2000, on comptait 733 usagers de drogues suivis en Ille-et-Vilaine ; la population est essentiellement masculine (à 70 %), les usagers majoritairement âgés de 25 à 29 ans.

Concernant la **réduction des risques**, deux structures assurent l'échange de seringues en Ille-et-Vilaine :

- AIDES Bretagne anime ce dispositif d'échange de seringues depuis 1996 ; installé auparavant au sein du local de l'association, le dispositif rebaptisé « interm'Aides » dispose désormais d'un local indépendant, en vue de renforcer l'accessibilité et la confidentialité. Pour l'année 2000, 99 consommateurs ont été enregistrés, sur 875 passages, pour 17 000 seringues et aiguilles distribuées. Il s'agit d'hommes à 68 %, âgés de 18 à 29 ans dans 65 % des cas. 70 % de ces usagers sont en situation d'errance, sans domicile, et dans un contexte de très grande marginalité. Les produits utilisés par ces usagers sont principalement des médicaments détournés de leur usage initial et injectés (Skenan[®], Moscontin[®] et Subutex[®]) ;
- un échangeur de seringues a été installé à Rennes, en octobre 2000, sur l'initiative de l'AATPF Bretagne en partenariat avec la ville de Rennes et la DDASS. Il fonctionne en dehors des heures d'ouverture d'interm'Aides et des pharmacies, soit de 18 h à 9 h, et le week-end en continu.

En dehors de ce dispositif, les médecins généralistes interviennent également dans la prise en charge, quelques-uns d'entre eux faisant partie du réseau ville-hôpital toxicomanies.

Concernant la **prise en charge des consommateurs abusifs d'alcool**, elle est assurée par un dispositif non spécialisé, de droit commun (médecins généralistes, médecins du travail et établissements de soins), ainsi que par des structures spécialisées :

- centres de cure ambulatoire de Rennes, Saint-Malo, Redon, Vitré et Fougères (gestion hospitalière) ;
- unités hospitalières de cure : au Centre hospitalier régional universitaire de Rennes (5 lits), au centre hospitalier spécialisé Guillaume Régner (10 lits), au Centre hospitalier de Saint-Malo (4 lits) ;

- l'équipe de liaison hospitalière au Centre hospitalier de Saint-Malo ;
- le foyer de postcure « L'escale », à Rennes, orienté vers la réinsertion sociale et professionnelle ;
- l'unité pour conduites addictives au SMPR de Rennes.

En 2000, 1 723 personnes ont été accueillies dans l'ensemble des centres de cure ambulatoire en Alcoologie du département, dont 773 nouveaux consultants (parmi lesquels 537 buveurs, les autres étant des proches de buveurs). 58 % des consultants ont entre 30 et 49 ans, et 72 % sont des hommes.

Concernant **la prise en charge du tabagisme**, les consultations spécialisées d'aide au sevrage tabagique sont encore rares ; elles sont au nombre de trois : service pneumologie du CHU de Rennes, clinique Saint-Laurent à Rennes, Centre hospitalier de Saint-Malo.

Concernant **la prise en charge du dopage**, il est prévu la création d'une antenne médicale régionale de lutte contre le dopage.

LES ESPACES ÉTUDIÉS

Quatre types d'espaces ont fait l'objet des observations présentées dans ce rapport :

- l'espace urbain du centre-ville de Rennes ;
- les quartiers périphériques de la ville de Rennes ;
- les espaces festifs (festivals, teknivals, *free-party*, concerts, clubs) ;
- les espaces ruraux, du ressort de la gendarmerie.

Nous parlerons, parce que les informations y sont plus nombreuses, principalement de l'espace du centre-ville et des espaces festifs ; les données sur les quartiers périphériques sont précises, mais peu nombreuses. Les observations en milieu rural permettent uniquement de dégager quelques grandes tendances.

L'espace urbain

Les investigations ont lieu dans les espaces publics et dans deux structures : le Centre de soins aux toxicomanes, et le dispositif d'échanges de seringues mis en œuvre par l'association AIDES. Les enquêteurs, concernant les espaces publics, disposent d'informations émanant soit de leurs propres observations (festivités, sor-

ties nocturnes, déambulations), soit d'informateurs usagers et connaissant bien ce milieu à Rennes. Ces informations concernent tant les pratiques en centre-ville que le phénomène général de la drogue dans les quartiers périphériques.

Après un ou deux faits divers dramatiques, un discours d'insécurité est apparu en 1999 sur la ville, relayé par les médias locaux puis par la campagne municipale.

Ce discours a ensuite été alimenté par la venue et la présence de jeunes parisiens sur la ville et stationnant sur certaines places ou dans des rues à fortes fréquentations. Plus que des faits, la présence de ces groupes a nourri la grogne des commerçants et de certains riverains se sentant insécurisés par ces attroupements.

Le trafic de proximité continue mais il n'est pas le monopole de ces jeunes. Il est très aisé, en se promenant dans le centre-ville, de trouver quelques vendeurs à la sauvette, de se faire proposer un produit ou un autre, ou de se procurer certains produits.

Le shit et l'herbe sont très présents, très faciles à trouver et on peut croiser de temps en temps une personne ou un groupe en train de se rouler un joint sans se faire inquiéter.

L'ecstasy et le speed sont accessibles dans la rue, même s'ils ne sont pas proposés spontanément ; les revendeurs ciblent leur clientèle essentiellement sur l'âge et le look.

La cocaïne est aussi accessible mais dans certains groupes exclusivement. Des consommateurs parlent de « CC » de bonne qualité en provenance de Paris ; elle serait cependant souvent coupée avec du lait en poudre pour bébés.

Les acides ou trips doivent également circuler, mais il n'existe pas de données fiables sur ce sujet, si ce n'est une certaine pénurie depuis septembre 2001.

Concernant les quartiers périphériques, nous nous sommes plus particulièrement intéressés, pour des raisons liées à l'enquête, à un quartier. C'est une zone de grands ensembles et d'immeubles, regroupant de nombreux logements HLM, concentrant environ 20 000 habitants. La population du quartier a diminué entre les deux derniers recensements. L'ambiance n'y est pas spécialement dégradée et le lieu ne fait pas penser à une zone de « non-droit » évoquée dans d'autres villes. De par sa concentration de population et de bâtiments à 15 ou 20 étages, le lieu, toutefois stigmatisé par les Rennais, peut véhiculer une image péjorative. On ne parle pourtant pas plus d'insécurité dans ce quartier qu'ailleurs à Rennes.

Selon les informateurs, les produits circulant dans ce quartier sont le cannabis, l'héroïne et la cocaïne. Ils estiment que l'usage d'héroïne et de cocaïne s'est amplifié depuis plusieurs années sur le quartier. L'héroïne y est fumée, rarement injectée. La coke sniffée, parfois fumée.

Les amphétamines (speed), le LSD (acide) ou encore l'ecstasy seraient très peu présents sur le quartier ; alors qu'ils sont plus courants dans d'autres milieux ou zones géographiques.

L'espace festif

Il existe sur ce site un observateur en milieu festif ; les types de rassemblements étudiés relèvent autant du phénomène techno (soirées publiques, privées, teknivals) que d'autres mouvements musicaux (reggae, rock, etc.).

Le phénomène techno, en développement à Rennes depuis 1992, a pris une ampleur considérable dans la région Bretagne ; actuellement, les intervenants en contact avec des organisateurs de soirées ou de teknivals estiment que chaque week-end sont organisés entre un et cinq rassemblements répartis sur les quatre départements bretons ; ces pratiques festives étant, par définition, très mobiles, les intervenants rennais sont particulièrement présents sur les départements de l'Ille-et-Vilaine et du Morbihan.

Concernant les autres mouvances musicales, les recueils d'informations se sont concentrés sur les abords des grandes salles de concerts rennaises : la Liberté (ancienne salle omnisports, cap. 15 000 personnes), la salle de la Cité (cap. 5 000 personnes).

Enfin, des recueils d'observations sont réalisés dans des espaces privés, pour de petites fêtes réunissant quelques dizaines de personnes.

L'intervention en milieu festif, qui se développe actuellement (professionnels et bénévoles), a pour objectifs de :

- mettre à disposition du public des informations et du matériel de prévention sur les risques liés aux consommations ;
- favoriser le dialogue autour des conduites à risques avec des professionnels de prévention, de soin ou des bénévoles ;
- proposer écoute et orientation vers des structures d'accompagnement ;
- assurer une présence sanitaire.

Les structures intervenant en 2001 sont les suivantes :

- Le collectif l'Orange Bleue, pour la réduction des risques et des dommages sur les événements festifs en Bretagne, qui regroupe le DRPA (Délégation régionale de prévention de l'alcoolisme de Bretagne), l'AATPF et Liberté Couleurs, est présent sur les rassemblements festifs, avec un stand de prévention, du matériel de prévention et une équipe de professionnels et de bénévoles. Les objectifs sont d'amener les jeunes à dialoguer sur leur consommation de produits psychoactifs et leur sexualité, et de proposer des modalités visant à réduire les risques liés aux drogues et à la sexualité.

- Le collectif du Sid Koz, intervient lors des Transmusicales, en proposant, sur trois sites (village des Trans, rue Saint-Malo, et *free-party*), une équipe de professionnels et de bénévoles, ainsi que du matériel de prévention (éthylotests, préservatifs, etc.).

- Techno Plus Grand Ouest, association de *ravers* qui met en place un espace de réduction des risques (plaquettes d'information sur les produits, distribution d'eau, de goûters, espace de repos, *testing* : contrôle rapide des produits).

- Médecins du Monde Grand Ouest intervient souvent en partenariat avec Techno Plus ou ASUD afin d'assurer une présence sanitaire préventive, d'urgence et de « bobologie » ; cet organisme représente la seule présence médicale dans ces espaces non autorisés ; non implanté en Ille-et-Vilaine, Médecins du Monde se déplace dans ce département à l'occasion des grands rassemblements ; ne propose pas de *testing*. Lors du teknival des Transmusicales de 2000, regroupant entre 8 000 et 10 000 personnes, on recense 24 interventions de Médecins du Monde (un tiers dû à des prises de produits, un tiers de soins courants, un tiers de traumatologie).

- ASUD Paris est une association d'autosupport (association d'usagers œuvrant dans le champ de la réduction des risques) ; non implantée en Ille-et-Vilaine, ASUD se déplace dans ce département à l'occasion des grands rassemblements ; propose du *testing*.

LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES

Une organisation commune à l'ensemble des sites TREND permet de recueillir des informations par différents biais :

- **Observation ethnographique de l'usage** : des enquêteurs de terrain au plus près des usagers (milieux urbain et festif) et des professionnels en lien avec les usagers mènent une enquête ethnologique sur le terrain.

■ Les groupes focaux

Des groupes focaux sont organisés une à deux fois par an. Regroupant des professionnels par secteur d'activité, ces réunions permettent à chacun de s'exprimer sur l'observation des phénomènes de drogues en lien avec sa pratique professionnelle.

- **Un groupe répressif** : police, gendarmerie, douanes, justice, prison...

- **Un groupe sanitaire** : SAMU, pompiers, urgences, infirmiers psy, centre de soins, équipe de liaison, médecins libéraux, CHU, pharmaciens, Réseau ville hôpital, Centre antipoison...

■ **Un groupe social, usagers** : Centre d'accueil, Envol, infirmiers psy, Techno +, Médecins du Monde, AATPF (distributeur), rassemblements musicaux, Aides (Interm'Aides), représentants d'usagers, ASUD...

Le groupe répressif s'est réuni le 30 novembre 2001 en présence de représentants de la police, de la gendarmerie, des douanes et de la justice.

Le groupe sanitaire s'est réuni le 29 novembre 2001 en présence d'un représentant des pompiers, d'un représentant du centre antipoison, l'équipe mobile d'infirmiers psychiatriques, d'un psychologue du Centre de soins et du chef de service de l'intersecteur en psychiatrie.

■ **Recueil qualitatif bas seuil et techno**

Chaque année, les professionnels des services « bas seuil » (Interm'Aides, Programme d'échange de seringues), le Centre de soins en pharmacodépendances et toxicomanies et des structures fréquentant le milieu festif (Orange Bleue, Techno-Plus) remplissent, en collaboration avec le coordinateur, un questionnaire qualitatif qui reprend, produit par produit, les informations nouvelles (usagers, usages, disponibilité...) apparues au cours de l'année.

■ **Enquête transversale bas seuil**

Chaque année, un questionnaire quantitatif est passé auprès des usagers fréquentant les structures bas seuil.

■ **Autres...**

Parallèlement, des investigations spécifiques sont menées à la demande de l'OFDT. Pilotées par une structure extérieure (laboratoire de recherche, par exemple), ces recherches qualitatives peuvent concerner certains sites. En 2001, le site de Rennes a participé à deux investigations spécifiques : l'une sur « Les usagers de Rohypnol® », l'autre sur « Les nouveaux usagers d'héroïne ».

ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001

LES USAGERS DE PRODUITS

Les différentes populations dont nous traitons dans ce rapport sont les suivantes :

- public de rue (usagers du Programme d'échange de seringues et des structures de soins) ;
- public de « ravers » (usagers occasionnels ou réguliers sur quatre types de sites festifs : teknivals, *free-party*, *raves* organisées, clubs et discothèques) ;
- public domestique (usagers plutôt insérés ayant une consommation régulière et faisant appel aux structures de soins ou d'accompagnement) ;
- public scolaire et professionnel : certaines observations concernent le phénomène des drogues dans les établissements scolaires (surtout les lycées), et dans le monde de l'entreprise.

Le « public de rue » est quantitativement important pour la structure bas seuil : en 2001, 50 % des usagers bénéficiant du Programme d'échange de seringues sont sans domicile ou en errance. On note des relations (interconnaissance, approvisionnement de produits) entre ce milieu et le milieu festif. Ce public semblerait rajeunir, et, selon différentes observations recueillies dans d'autres contextes, se féminiser. Le rajeunissement est avéré pour le public du centre d'accueil.

Le public festif, quant à lui, apparaît comme de plus en plus nombreux, de par l'essor important que connaît le mouvement des *free-party* en Bretagne, ce que déplorent les organisateurs. En effet, un nouveau public, non informé sur les produits psychoactifs, se retrouve confronté à une offre de produits importante, sans en connaître les risques et sans initiation. Les comités départementaux de prévention financent désormais des actions de réduction des risques en milieu festif, qui n'étaient en 1999-2000 qu'expérimentales. L'action expérimentale de réduction

des risques en milieu festif, menée durant l'été 2001, a fait l'objet d'une évaluation² qui tire les conclusions suivantes :

« Concernant les pratiques festives, on peut souligner quatre grandes conclusions : les jeunes fréquentant les stands de prévention sont de grands "fêtards" (pratique régulière des festivals, pratiques festives en dehors), participent aussi bien à des soirées organisées, aux teknivals, ou encore à des soirées privées, et sont à 50 % consommateurs de produits illicites³, presque toujours en association avec l'alcool et le cannabis. L'alcool est utilisé de façon occasionnelle, presque uniquement lors d'épisodes d'ivresse, alors que le cannabis l'est beaucoup plus régulièrement, dans la vie quotidienne. Les drogues de synthèse, quant à elles, sont aujourd'hui consommées dans tous les types de soirées, et ne semblent plus être l'apanage des soirées dites "techno". Enfin, les prises de risque sont importantes parmi cette population, tant sur le plan des relations sexuelles (51 % des demandes sur la sexualité concernent les prises de risques) que des expériences avec les psychotropes (peu ou pas d'information lors des premières prises). »

« Autour de la réduction des risques en milieu festif, deux questions sont soulevées par notre travail : mieux connaître les interactions entre l'alcool et les produits de synthèse⁴ pour développer des messages de prévention, et formaliser des principes d'accompagnement éducatif pour les jeunes usagers qui ne trouvent pas de réponse dans les structures d'accueil ou de soins traditionnelles, du fait de polyconsommations festives qui sortent du cadre des pharmacodépendances classiques autour de l'alcool et de l'héroïne. L'intervention en milieu festif semble largement justifiée, notamment du fait que c'est la seule occasion, pour les usagers, d'avoir un premier contact avec les institutions sanitaires, sachant que généralement la seule source d'informations émane des groupes de copains, à 60 %. »

Le public domestique, quant à lui, semble relativement inséré, et plutôt usager de cannabis, d'héroïne et de cocaïne.

Le public scolaire, et professionnel, pour sa part, paraît, selon la gendarmerie, de plus en plus touché par des trafics variés, axés notamment sur le cannabis et les ecstasys.

2. L'évaluation de l'action « réduction des risques en milieu festif », C. Moreau, Chargé de recherches au LARES/Université Rennes 2.

3. Autres que le cannabis.

4. Tant sur le plan physiologique que sur le plan comportemental et social.

LES PRODUITS

Les produits connus sur le site

Le cannabis

Le cannabis, quelle que soit sa forme, est manifestement le produit le plus répandu et le plus usité. Lors des rassemblements de type concert, seul ce produit est visible ; l'offre est importante, y compris à proximité des forces de police, relativement présentes pour certains concerts. Les enquêteurs rapportent une présence importante d'herbe lors de ces rassemblements : herbe locale, d'une part, cultivée soit en extérieur soit en intérieur, et herbes importées de Hollande, au prix de 45 à 60 F le gramme (40 F en grosses quantités). Le hasch est également très disponible, dans l'espace urbain comme dans l'espace festif. On note d'ailleurs une évolution de l'offre vers des produits de meilleure qualité, sous les vocables d'aya, de pollen (constat général) ; l'ancien conditionnement de type « savonnette de marocain » semble avoir disparu ; en conséquence, il semble que les tarifs aient eux aussi légèrement augmenté.

Le public de rue et le milieu des *ravers* utilisent de plus en plus le bang pour fumer le cannabis, car celui-ci procure une « grosse claque », « un bang » dans la tête de celui qui le fume.

Les conséquences de cet usage, si abusif, sont principalement d'ordre social : échec scolaire, démotivation, désinvestissement, problèmes juridiques, délinquance. Les problèmes sanitaires concernent les bronchites chroniques.

Le trafic serait de plus en plus visible dans certains quartiers de Rennes (centre-ville notamment) et occasionne de plus en plus de nuisances. Tous les observateurs évoquent la présence massive de vendeurs originaires de la région parisienne (voir « phénomènes émergents »). Cette évolution s'accompagne de violences répétées dans des lieux ciblés, et d'une augmentation de la petite délinquance en centre-ville. En outre, la vente du cannabis s'accompagne presque toujours d'autres produits, notamment synthétiques.

Le cannabis est associé à l'alcool, ce qui potentialise l'effet des deux produits ; il est associé aux stimulants pour atténuer les mauvais effets de la descente.

Parmi les évolutions notoires, on note aussi le développement de l'autoproduction : un ou des magasins spécialisés proposent l'infrastructure pour la culture d'intérieur, les graines étant achetées par Internet. De même, la culture en extérieur pour l'autoconsommation est identifiée par les forces de sécurité ; ces consommateurs, de type

« usager bio », disposent d'une bonne image auprès des services de sécurité, considérant ces consommateurs comme avertis, initiés, et non impliqués dans le trafic.

Dans les représentations des jeunes usagers, le cannabis est déjà dépenalisé ; le groupe focal répressif note une confusion liée aux différences juridiques entre les pays membres de la CEE.

On note, enfin, l'apparition de ce produit non seulement dans les établissements scolaires, mais aussi dans le monde du travail ; les jeunes ouvriers (marché de l'intérim) auraient apporté avec eux leur culture de l'ivresse, ce qui peut vraisemblablement causer un nombre plus élevé d'accidents du travail, même si les déclarations faites à la médecine du travail, en cas d'accident, ne sont pas systématiques. Malgré la difficulté à contrôler ce phénomène, la gendarmerie affirme qu'elle intervient de plus en plus sur cette question en termes de prévention, dans le monde de l'entreprise (une vingtaine d'interventions cette année).

L'héroïne

Le Centre spécialisé de soins pour toxicomanes (CSST) observe que l'héroïne prend de l'ampleur grâce à des modes d'administration (fumée, sniff) qui échappent à l'image de la toxicomanie symbolisée par l'injection. L'image de l'héroïne, fumée ou sniffée, s'est banalisée.

Le milieu festif a vu se développer une offre sans retenue, ni initiation, qui aurait généré l'apparition de consommateurs mineurs. Pour Techno Plus, l'héroïne serait plus disponible sur tous les sites : *raves* payantes, *free-party*, *teknivals*, clubs discothèques ou soirées privées.

L'héroïne brune, comme la blanche, serait plus disponible en milieu festif (450 F le prix moyen pour la brune, de 600 à 1 000 F pour la blanche), du fait de ses effets régulateurs avec les produits stimulants (ecstasy, cocaïne, LSD), même si la qualité est variable. Le terme de « bourin », tombé en désuétude, réapparaît, aux côtés d'appellations comme « meumeu, meca » ou encore « rabla », terme utilisé par les vendeurs pour « déstigmatiser » l'héroïne.

Le nombre de consultations liées spécifiquement à l'héroïne est en augmentation ; les personnes nouvellement héroïnomanes demandent souvent un traitement de substitution sans sevrage. La qualité du produit semble variable, avec des échantillons vraisemblablement de très bonne qualité, qui génère épisodiquement des malaises ou des surdoses (un incident rapporté en milieu festif).

L'association AIDES, pour sa part, accueille deux types d'usagers : de plus en plus d'usagers socialement intégrés, d'une part, et à 50 % des populations de « marginaux » (public de rue). L'injection est le principal mode d'administration pour

les usagers de la structure. La disponibilité du produit ne semble pas évoluer en milieu urbain, ni son tarif (500 F le gramme en moyenne). On note que, désormais, les injecteurs accueillis utilisent davantage le Subutex® ou le Skenan®, pour des raisons économiques principalement.

Selon le rapport d'un enquêteur de terrain, la consommation d'héroïne se développerait dans un quartier de la périphérie de Rennes. L'héroïne y est fumée, jamais injectée. Ce public de consommateurs semble très hétérogène, allant de jeunes de 15-16 ans, à des adultes, mariés ou parfaitement insérés. Il reste toutefois essentiellement masculin.

Selon F., une consommatrice : « L'image de l'héro s'est largement banalisée grâce aux nouveaux modes de consommation. » L'injection, le « shoot », la seringue et les usagers de drogues par voie intraveineuse sont, par contre, toujours rejetés et revêtent un caractère diabolique. De par leurs pratiques, ces nouveaux consommateurs ne se reconnaissent pas du tout dans le terme de toxicomane, auquel ils associent l'image du « junky ». Ils expriment un certain mépris à l'égard des injecteurs. Cette volonté, cette conception de ne pouvoir être apparenté au « toxicomane » entraînent un déni des dangers de consommations et d'une dépendance possible. Le danger et les risques ne leur apparaissent pas liés au produit mais à la seringue.

L'utilisation d'héroïne ou de cocaïne ne semble pas être liée automatiquement à une appartenance à une bande ou à un réseau de délinquance. Elle concerne des jeunes qui ne sont pas impliqués dans le trafic ou le recel, des personnes ayant un travail ou une famille ; comme des personnes mêlées à différents délits.

En l'absence de produits, certains consommateurs ont recours au Subutex®. Cette démarche n'est pas perçue comme ayant pour fonction de répondre à l'effet de manque, mais plutôt comme un acte visant à palier à l'absence de produit. Les symptômes de manque, même s'ils sont présents, ne sont pas reconnus comme tel.

Le Subutex® est obtenu sur prescription médicale uniquement, auprès d'un médecin du quartier. Il est absorbé de façon ordinaire, par voie orale, le cachet sous la langue ; jamais autrement. D'après F. : « Ça doit être les seuls à prendre le sub correctement. »

L'héroïne semble être peu associée à d'autres produits, et lorsqu'elle l'est, c'est avec du shit ou de l'herbe. Les produits ne sont toutefois pas préparés ensemble ou fumés dans le même support simultanément. L'alcool peut être consommé par les fumeurs d'héroïne, mais les deux produits sont rarement associés dans les mêmes temps.

D'une façon plus générale, les modes d'administration qui se développent sont la fumée et le sniff, de même qu'en milieu festif, ce qui semble redonner une seconde image au produit. Pour fumer l'héroïne, les utilisateurs « chassent le dragon ». Ils

placent le produit sur une feuille d'aluminium qu'ils chauffent à l'aide d'un briquet. La fumée dégagée est aspirée au travers d'une paille, un ticket de bus ou un billet roulé. Elle peut être également sniffée, de la même façon que la cocaïne ou bien encore les deux peuvent être associés (speed-ball) : l'utilisateur ressent alors les effets «cool» de l'héroïne et les effets stimulants de la cocaïne lui permettent de ne pas «piquer du nez».

La qualité et l'approvisionnement de l'héroïne

L'héroïne brune circule davantage que la blanche, plus rare et plus ponctuelle. La montée de ces consommations sur le quartier fait dire à F. qu'«il en vient à être plus facile de trouver de l'héro (sur le quartier) que du shit». La plupart des informateurs (usagers, policiers) s'accordent pour dire que l'héroïne brune, est de moins bonne qualité.

D'après F., la plus grande disponibilité de l'héroïne sur le quartier et la pratique consistant à la fumer sont liées à l'arrivée et à l'installation sur le quartier de ressortissants des pays de l'Est en 1997-1998. Aujourd'hui, elle distingue deux réseaux organisant le trafic et l'approvisionnement d'héroïne dans le quartier, émanant de deux communautés distinctes, en lien avec les pays d'origine. Il n'y a pas de tensions, de conflits ou de concurrence qui ont pu être visibles ou qui ont pu opposer les deux «organisations». Il semble y avoir de la place «pour tout le monde» et le marché est partagé au gré des contacts, des intermédiaires, des réseaux.

La consommation de produits ou le trafic, d'une façon générale, ne semble pas entraîner de tension particulière, de détérioration du climat et de l'environnement sur le quartier. Il n'y a pas de *deal* de rue ou de vente à la sauvette sur le quartier. La proximité de la famille et des communautés peut, sur ce point également, en être une raison.

Les achats et les ventes se font en réseau et par connaissance. Les contacts sont pris par téléphone portable. Des rendez-vous sont pris dans des lieux de rencontre (lieux publics, bars), en appartement ou sont fixés dans un lieu précis.

Héroïne brune : entre 300 et 500 F le gramme.

La rachacha

Ce produit est très rare sur le marché, selon les différentes sources ; les services répressifs n'ont dénombré cette année qu'une ou deux saisies de pâte noire, caoutchouteuse, trouvées chez des sans domicile l'ayant apporté de l'extérieur. Certains usagers parlent de recettes artisanales pour le fabriquer, sans autre précision.

Le commerce du rachacha, hors cadre festif, est inexistant. Malgré sa rareté, le produit est bien apprécié des usagers.

Sur les sites festifs, il semble y avoir moins d'offres que l'année passée. Cette consommation, occasionnelle, concerne soit des consommateurs d'opiacés en manque, soit des polyconsommateurs qui l'utilisent pour faciliter les descentes. Il est soit avalé, soit fumé ; vendu entre 20 et 50 F le gramme.

L'opium, quant à lui, est encore plus rare (vendu entre 200 et 600 F le gramme).

Le Subutex®

Ce produit touche de plus en plus de populations jeunes n'ayant jamais consommé d'héroïne ; on parle d'entrées dans la toxicomanie, de toxicomanes primaires avec le Subutex®. Il touche plutôt des populations marginalisées, ainsi que la population carcérale, parfois initiée en prison, où le Subutex® peut servir de monnaie d'échange.

Le groupe focal «répressif» note l'augmentation des cambriolages de pharmacie et de vols d'ordonnances dans les cabinets médicaux.

Concernant les modes d'administration, le sniff de Subutex® semble se répandre ; il est fréquemment injecté, parfois inhalé et rarement pris par la voie sublinguale.

Sa valeur marchande est quasiment nulle à Rennes ; de nombreux médecins le prescrivent, et particulièrement une partie de «prescripteurs réguliers» : «Une étude faite il y a deux ans montrait qu'en gros dix médecins prescrivent 80 % du Subutex® sur Rennes.» Les cachets sont parfois échangés contre du cannabis ; le prix courant, observé par le centre de soins, est de 10 F le cachet.

Le Subutex® est parfois associé à des tranquillisants, ainsi qu'au Valium® injectable qui a fait une apparition récemment, mais de façon anecdotique.

Le dispositif d'échanges de seringues, quant à lui, accueille des injecteurs de Subutex®, qui peuvent présenter les complications habituelles (gonflements, abcès...). Le nombre d'utilisateurs est dit constant. Sa circulation est aisée, structurée autour de petits réseaux pour les personnes ne bénéficiant pas de la CMU. Le prix courant du cachet en ville est estimé à 20 F (entre 15 et 40 F le cachet, entre 50 et 100 F la boîte de 7 comprimés de 8 mg).

Les consommateurs de Subutex® sont souvent des polyconsommateurs, associant des produits divers et variés sans que l'on puisse distinguer une association privilégiée.

En milieu festif, le Subutex® est fréquemment utilisé en remplacement de l'héroïne, pour calmer les effets des stimulants.

Le Skenan®

50 à 60 % des injecteurs fréquentant le dispositif d'échanges de seringues sont usagers quotidiens de ce produit, qu'il s'agisse de personnes avec ou sans domicile fixe. Son accessibilité est dite facile, uniquement sur prescription médicale, sans trafic environnant. La vente ou l'échange ont lieu exclusivement entre consommateurs (200 F la boîte de 14 comprimés, entre 25 et 50 F la pilule de 100 mg). Les cachets, écrasés, sont dilués dans l'eau avant l'injection. Le Skenan® est mieux perçu que le Subutex® en raison des effets qu'il produit.

Les usagers le considèrent comme plus facilement injectable que le Subutex® et entraînant moins de complications sanitaires.

Par contre, la délivrance médicale à certains et pas à d'autres entraîne des jalousies, des trafics voir des conflits. Le Skenan® est un « bien » à protéger, il est de plus en plus volé entre usagers.

Le centre de soins rapporte que le nombre de consommateurs se développe, y compris chez les mineurs. Les demandes de substitution (méthadone) en lien à l'usage du Skenan® sont en augmentation. S'il bénéficie d'une bonne image (un bon opiacé), le Skenan® a l'inconvénient d'avoir un effet de courte durée, ce qui implique une accoutumance et assez rapidement une dépendance. L'association du Skenan® avec la méthadone permet d'« avoir un truc qui shoote et qui monte vite, sans être en manque le lendemain ».

Le Moscontin®, quant à lui, n'est pas disponible sur le site rennais.

La méthadone

En site urbain, on note une augmentation du nombre de consommateurs du Subutex®, qui s'initient à la méthadone de rue et se présentent au centre pour en avoir. Un peu plus de gens en errance et désinsérés. L'accès à ce produit est beaucoup plus facile désormais, du fait que la méthadone de rue circule. Elle dispose d'une image mythifiée, extrêmement positive. Elle est fréquemment associée à la cocaïne : « Beaucoup de méthadoniens prennent de la cocaïne pour avoir un effet défonce. »

Le produit est presque uniquement disponible sous forme buvable, utilisé comme tel. Accessible essentiellement par voie médicale, il fait peu l'objet de trafic, même s'il existe un peu d'échange, de partage et de revente entre usagers se connaissant.

La vision de la méthadone est assimilée à l'arrêt des pratiques d'injections et/ou à l'amélioration du cadre de vie. Peu de consommateurs l'utilisent dans le but de « défonce » ou de substitut occasionnel (un seul usager du dispositif la consomme

en grande quantité pour se défonce). Un autre l'utilise comme tout autre médicament détourné lorsque l'occasion de s'en procurer se présente.

Prix d'un flacon de 60 mg, le plus courant : 50 F.

Prix d'un comprimé ou gélule importé 100 mg, prix courant : 100 F (quasiment inexistant).

Le Néocodion®

Produit de moins en moins utilisé, tombé en disgrâce par rapport aux autres médicaments détournés. Pas injecté sur le site. Les consommateurs sont soit très jeunes, soit d'anciens toxicomanes. Le Subutex® semble avoir pris le relais de ce produit.

Le Valium®

Le Valium® injectable est un peu disponible, de façon très ponctuelle, utilisé par des usagers de types polyconsommateurs injecteurs. L'usage est lié à une recherche de défonce maximale, à la limite du coma. Les risques sont ceux qui sont habituellement liés à l'injection, avec un problème supplémentaire : le Valium® nécessite une injection lente, sinon il génère une insuffisance respiratoire importante.

La cocaïne

Ce produit poursuit un développement important sur le site rennais ; lors d'une petite soirée privée réunissant vingt personnes, un enquêteur rapporte la présence de cocaïne de trois provenances différentes. L'administration par inhalation (fumée) semble connaître un essor important, et implique des modes de préparation différenciés selon les types de cocaïne : le « free-base » peut-être réalisé de préférence avec de l'ammoniac dans certains cas ou avec du bicarbonate de soude dans d'autres. Certaines cocaïnes, aux dires des usagers, ne peuvent subir ce traitement (cocaïne synthétique ?).

Les préparations sont principalement fumées dans des petites pipes en verre, de type « doseur à anisette ».

On peut parler d'une ritualisation de la préparation du free-base : des personnes se consacrent à la préparation du produit pour leurs amis, jouant en quelque sorte le rôle des « officiants ». Ils avouent être « accrochés » à la fois aux effets euphorisants qui suivent l'inhalation de la fumée, et au protocole de préparation et de consommation (« C'est un peu comme un héroïnomanes avec sa petite cuillère et sa shooteuse »). D'autres informateurs rapportent une augmentation du trafic lié au

« free-base » : « Les dealers ont compris le truc, ils vendent de la coke déjà basée pour être fumée directement. » Cela évite au dealer de se justifier et d'avoir à répondre à la question : « Est-ce qu'elle est basable ? »

Les pratiques d'injection existent en milieu festif, même si elles sont rares.

La cocaïne jouit d'une image très positive auprès des *ravers* ; tous les entretiens montrent que son usage a des causes/conséquences sur le statut social de la personne : « Dans le fait de piper il y a aussi une image que les personnes vont envoyer en retour : il y a de la perte quand tu bases, ça descend vite et il faut des quantités plus importantes de coke, ça montre que tu as les moyens. »

Le produit est également de plus en plus fumé dans les quartiers périphériques ; une informatrice parle de « crack », mais doute que ce soit un produit similaire à celui pouvant circuler en région parisienne sous cette appellation. Le produit se présente sous forme de petits morceaux, de cailloux, désignés sous le terme de « galette ». Sur ce site, on observe une consommation de « free-base » qualifiée de « crack du bourgeois », car il est obtenu à partir de la cocaïne que les utilisateurs diluent dans quelques gouttes d'ammoniaque, puis rincent plusieurs fois à l'eau.

Cette préparation peut s'effectuer dans une cuillère où le caillou est dilué et chauffé avec l'ammoniaque. Pour le fumer, ils se servent de doseurs de bouteille sur lequel est posée une petite grille en laiton. Ces petites grilles sont faites parfois de façon artisanale par les personnes elles-mêmes. Il semble difficile de trouver des doseurs à Rennes. D'autres systèmes peuvent être utilisés :

- un verre d'eau est recouvert d'une feuille d'aluminium percée des deux cotés opposés par trois petits trous, sur lesquels est étalée de la cendre. Le mélange ammoniaque-coke est posé sur les premiers trous et chauffé directement. La fumée est aspirée au travers du verre par les autres trous ;
- une feuille d'aluminium est pliée en deux, en forme de V. La coke est placée dans le creux de la feuille, à l'extrémité. Une ou deux gouttes d'ammoniaque sont versées dessus et l'ensemble est chauffé. À l'aide d'une paille, le consommateur aspire la fumée en laissant glisser le mélange le long de l'aluminium. Quand le produit a glissé à l'autre extrémité de la feuille, de l'ammoniaque est reversée et ainsi de suite ;
- certains consommateurs peuvent utiliser des pailles faites avec de l'aluminium. Le fait de fumer avec celles-ci permet après usage de gratter les résidus de coke qui seraient collés à la paroi lors des aspirations ;
- dans le milieu de la nuit, elle est principalement sniffée, parfois injectée ; on différencie deux types de « sniffeurs » : ceux qui utilisent du speed et qui ont recours à la coke quand l'occasion se présente et ceux qui consomment de la coke et qui ne touchent pas au speed.

La structure d'échange de seringues rencontre essentiellement des injecteurs. Les consommateurs de cocaïne sont davantage des personnes socialement intégrées ou ayant au moins un logement. Les personnes issues « de la rue » utilisent davantage du « speed » et peu de coke. Dans le cadre de ce dispositif, on ne rencontre pas de fumeurs. La cocaïne y est dite plus facile d'accès, présente dans de nombreux réseaux. Sa qualité se serait détériorée, de plus en plus coupée aux amphétamines (speed). Le speed circulant beaucoup, la cocaïne serait considérée aujourd'hui comme un « plus » parmi les injecteurs.

Pour tous les informateurs, le coût de la cocaïne, en milieu urbain, est estimé à 600 F, de 400 à 500 F en étant dans le réseau. La vente de proximité est vraisemblablement de plus en plus visible, causant en centre-ville l'attraction de jeunes et de bandes sur certaines places, qui génèrent le mécontentement des commerçants. Les appellations restent classiques (C, CC, Cess).

Le milieu festif connaît également un accroissement de la consommation de cocaïne : « La demande est toujours importante. Poursuite de la banalisation. Il y a tout type de consommateurs. C'est la drogue que tout le monde prend. »

Les usagers ayant pris conscience des risques associés au partage de la paille, la coke est de plus en plus fumée, même si elle est toujours sniffée ; elle peut aussi être injectée en soirée. « Le free-base devient aussi banalisé que la coke. »

Les problèmes sanitaires qui y sont liés, en milieu festif, impliquent une dégradation de l'ambiance : beaucoup plus de paranoïa, perte de confiance en soi, agressivité, délire, repli sur soi, amaigrissement... même si le produit n'est pas perçu comme dangereux, l'apparition de symptômes est assez rapide, à l'insu des usagers.

Alors que l'année passée la cocaïne était plutôt synthétique et de piètre qualité, elle est maintenant plus fréquente sous forme végétale, et de meilleure qualité. Le prix en milieu festif s'échelonne entre 400 et 500 F le gramme pour de la synthétique, entre 450 et 600 F pour la végétale (prix moyen courant : 500 F).

Le marché de la cocaïne déjà basée est en expansion ; on parle d'une augmentation générale du petit trafic, développé pour financer l'autoconsommation. Cette année a vu progresser le nombre de fumeurs non liés aux groupes de « marginaux » (*explosion de la consommation*).

Lorsque les usagers la préparent eux-mêmes, ils le font dans des endroits éclairés, généralement les camions ou les voitures. Le produit est de plus en plus perçu comme non festif, du fait de ses conséquences (repli sur soi) et de son mode d'administration.

Les anciens *ravers* dénoncent facilement les dangers de cette consommation. Mais, pour une majorité, la cocaïne fumée a plutôt une bonne image, et le terme de crack a quasiment été évacué. La terminologie utilisée est la suivante : « fumer le caillou », « la galette », « piper ».

La cocaïne se consomme avec tout, et plus particulièrement pour réguler l'effet d'autres produits : association à l'héroïne (speed-ball), au mélange alcool/kétamine, au speed.

L'ecstasy

De plus en plus de consommateurs viennent consulter au centre de soins. Le produit est tellement disponible sur le site qu'il est pris par tout type de populations, et jouit d'une très bonne image. Des usagers le consomment régulièrement, même en semaine, même seuls. L'ecstasy n'est plus réservé au cadre festif, mais concerne aussi les scolaires, les étudiants ; la consommation est dite de plus en plus importante chez les mineurs, notamment chez les lycéens. Les consultations pour « décompensation psychiatrique » sont de plus en plus fréquentes.

En milieu urbain, le comprimé est vendu entre 50 et 100 F ; en poudre, entre 250 et 400 F le gramme (prix courant : 300 F).

Chez les injecteurs, l'ecstasy est répandu, quelles que soient les situations sociales des usagers (avec ou sans logement). S'il est principalement administré par voie orale, il est parfois injecté, selon les mêmes procédures que tous les médicaments détournés (pilé et dilué). Les connections entre le milieu de la rue et le milieu festif facilitent l'approvisionnement en ecstasys. Un marché est maintenant présent dans le milieu des squatters et des gens de la rue, visible sur les espaces publics.

L'image du produit est très positive : pas de problèmes de santé, pas de difficultés psychologiques lors des prises ; l'année dernière a connu une montée d'inquiétude par rapport aux produits de coupage ; cette angoisse a aujourd'hui totalement disparu, du fait de *testing* de plus en plus importants et qui ont obligé les vendeurs à proposer des produits non coupés.

Chez les *ravers*, l'ecstasy est souvent réservé aux nouveaux usagers (produit de première initiation ?). La médiatisation à outrance du phénomène des *raves* aurait contribué à démocratiser le produit. Un nouveau public, plus large, non-amateur de musique techno, serait apparu (public des boîtes de nuit) ; pour ces personnes, les expérimentations ont lieu sans accompagnement, sans initiation. Habités à consommer avec abus, les usagers ont peu de conscience des dangers, et on peut s'attendre à de réels problèmes de santé pour ces nouveaux usagers abusifs. L'administration, généralement orale, se développe par voie nasale.

L'ecstasy est disponible en quantités importantes dans les soirées privées (sachets de plus de 100 pilules), et de plus en plus disponible également dans les clubs, discothèques, et *free-party*. Le prix est en baisse, du fait d'une offre très forte : la pilule est communément achetée 50 F (entre 10 et 60 F), la poudre 400 F le gramme.

Les types de cachets rencontrés en teknivals sont :

- type picatchou, avec effigie, très blanc, forts en amphétamines, 50 F pièce, 400 F les 10 ;
- Dollars verts ;
- Marlboro rouge/Motorola rose ;
- Dragons ;
- Poudre de MDMA à 400 F le gramme de très bonne qualité.

Apparemment, les ecstasy seraient dosés assez fortement car les gens ont du mal à gérer les phases aiguës des montées (avec un seul ecstasy). Des comprimés de MDMA purs seraient apparus, selon les usagers.

La polyconsommation devenant une règle en milieu festif, les ecstasys sont consommés avec toutes sortes de produits. « Tout le monde consomme de tout. L'association de produits sert toujours pour la régulation. »

Les services répressifs notent une banalisation de la distribution et de la vente d'ecstasy en milieu rural, principalement aux abords des discothèques.

Le speed, les amphétamines

Les consommateurs d'amphétamines, de speed, sont les mêmes que ceux d'ecstasy. Alors qu'avant on consommait des speeds essentiellement lors de teknivals (plusieurs jours), aujourd'hui, même pour une soirée il y a de la demande ; il est utilisé pour prolonger la période d'éveil et les performances physiques ; la demande est supérieure à l'offre disponible sur le marché.

Les produits sont généralement avalés ou sniffés ; ils commencent à être fumés, mais le phénomène est encore marginal.

Les conséquences physiologiques sont principalement la crispation de la mâchoire et l'amaigrissement.

Le produit est moins disponible dans les *free-party*, stable en teknival, et de plus en plus disponible en club et en discothèque. Lorsque l'offre n'est pas suffisante, les usagers se retournent vers la MDMA.

Le gramme de poudre est vendu 100 F (entre 30 et 150 F).

Les speeds sont associés à la MDMA (qui « réveille »), à la cocaïne. Ces associations semblent être en augmentation en milieu festif.

En milieu urbain, les injecteurs (polyconsommateurs) connaissent ce produit, qui serait de plus en plus disponible, avec un approvisionnement de plus en plus régulier ; il serait de moins en moins sniffé, au profit de l'injection (environ 30 % d'injecteurs). Il permet de palier le manque de sommeil, de se donner un coup de fouet.

Le temps de récupération est assez long, et les usagers connaissent les jours qui suivent un gros coup de fatigue, voire un abattement total.

La disponibilité des amphétamines est, là encore, liée aux passerelles entre le monde de la rue et le monde festif. Les professionnels en milieu urbain en entendent de plus en plus parler.

En ville, le gramme de poudre est vendu 100 F (entre 80 et 250 F).

La kétamine

La kétamine est un produit que certains *ravers* bretons apprécient ; cependant, elle est fréquemment vendue pour du speed. Les dealers ont du mal à écouler leur stock de kétamine (peut-être que de moins en moins de personnes sont intéressées. Ce produit fait peur par rapport à l'image que l'on renvoie lorsque l'on est sous son effet).

On a recensé trois évacuations sanitaires pour malaise au cours de la première nuit du teknival lors des Transmusicales de Rennes. Un grand nombre de personnes étaient néanmoins « défoncées » à la kétamine.

On trouve ce produit sous deux aspects : en poudre (« *hobeone* »), le plus souvent, ou sous forme liquide (kétamine vétérinaire).

L'administration est plutôt nasale, ce serait un des rares produits « où les effets sont meilleurs par sniff que par intraveineuse ». Une prise par intraveineuse, en association avec du speed, aurait provoqué cette année une rupture d'anévrisme.

Concernant les conséquences sociales de cet usage, on parle d'une facilitation des « passages à l'acte », des comportements violents, mettant en danger soit les usagers eux-mêmes soit des tierces personnes. Plusieurs agressions, liées à ce produit, ont été relatées.

En milieu festif, la kétamine est peu répandue et ne fait pas l'objet d'initiation ; elle a une image négative, celle d'une drogue qui n'est pas festive. On rapporte un décès dans la région nantaise dû à un mélange avec de l'alcool. Les dommages produits en site festif sont liés à son pouvoir anesthésiant qui annihile la sensation de douleur : hématomes, brûlures, blessures.

En site festif, la kétamine est vendue entre 200 et 500 F le gramme (300 F en général), entre 2 500 et 3 000 F le litre pour la forme liquide.

Hors milieu festif, les arrivages se font par vague, par période. Il n'y a de toute façon pas beaucoup de kétamine en circulation. Après un arrivage en septembre-octobre 2001, une filière a été démantelée et depuis la kétamine est assez rare. Selon une utilisatrice, on ne trouvait fin 2001 que de la « kéta vétérinaire ».

En ville, la kétamine est vendue entre 250 et 400 F le gramme, 1 000 F le litre pour la forme liquide.

Le produit a plutôt mauvaise réputation, davantage encore depuis la répétition d'actes de violences et de passages à l'acte de certains consommateurs ; les usagers émettent généralement des doutes quant à la composition de la substance. Il règne une forme d'angoisse de la dépendance à ce produit, à cause des pertes de contrôle qu'il engendre, et des pertes de mémoire ; la kétamine est perçue comme une drogue qui fait « péter les plombs », et/ou entraînant des risques psychiatriques importants.

Le LSD

Le LSD semble connaître une certaine baisse ; beaucoup d'usagers n'apprécient pas ses effets hallucinogènes ; il serait de moins en moins disponible, sur l'ensemble des sites festifs. En milieu urbain, le LSD serait supplanté par le speed et la MDMA, qui permettent, au contraire de l'acide, de se sentir « bien et lucide », alors que les acides font « scotcher » et entravent toute autre action.

Il se présente le plus souvent sous forme de buvards, occasionnellement sous forme de micro-pointes, beaucoup plus puissantes, et plus rares (plutôt dans le public de la rue). Le buvard, en *rave*, est toujours vendu 50 F (entre 20 et 50 F). Sous forme liquide, une goutte coûte entre 20 et 100 F (généralement 50 F), et peut être prise sur un sucre, par exemple. Sous forme de micro-pointe, 50 F.

Comme pour les speeds, pour le LSD on constate plus de demandes que d'offres.

Le protoxyde d'azote

Le produit est identifié par les services répressifs, uniquement en site festif ; les douanes l'interceptent très rarement. On parle néanmoins d'un trafic assez important en *rave*, au coût de 10-15 F l'unité. Connue sous le terme de « gaz hilarant », il jouit d'une assez bonne réputation, liée à l'éclat de rire, malgré le problème des déchets (ballons plastique) qui auraient terni son image. En dehors des teknivals, le protoxyde d'azote est indisponible.

Il génère, selon les services répressifs, un trafic très artisanal, de très petite envergure ; néanmoins, on reste attentif aux cambriolages de commerces où ce gaz est utilisé (boulangeries, pour la crème Chantilly).

Le gaz est associé à l'ecstasy pour en augmenter les effets.

Les champignons hallucinogènes

Les champignons ont une réputation contrastée parmi les *ravers* : d'une part, le psilocybe jouit d'une image positive, naturelle, et sûre en termes d'efficacité, d'au-

tre part, il connaît le défaut de son avantage, à savoir qu'on ne peut trop prévoir l'ampleur des effets.

Le prix varie selon la qualité, généralement à 10 F le champignon. Il semble disponible en dehors de la traditionnelle période automnale.

Le GHB

Tous les informateurs s'accordent à dire que ce produit est inexistant sur Rennes.

Le Rohypnol®

Toujours utilisé par certains injecteurs, le produit n'est pas moins disponible qu'auparavant, même s'il paraît moins utilisé. Les consommateurs sont plutôt de type isolé, polyconsommateurs de médicaments psychotropes et autres substances, consommateurs d'héroïne en intraveineuse. Le produit est perçu de façon plutôt négative, désigné comme une drogue qui fait «péter les plombs» (perte de contrôle, absence de souvenirs). Le médicament est prescrit par des médecins de ville, sans faire l'objet d'un trafic.

Nouveaux produits

Pas de nouveau produit recensé sur le site, si ce n'est l'évocation, par un usager de structure, d'une fabrication artisanale et personnelle de LSD :

«Accueil au PES d'une personne parlant d'une recette pour faire du LSD maison à base de pain de seigle fermenté. Décrit longtemps les manipulations à faire : fermentation, cuisson, ajout d'ammoniaque et de citron. Mais ne veut pas que son procédé soit divulgué. Ne vend pas sa mixture. Il dit obtenir deux consistances : de la "confiture", à tartiner sur un aliment, et du "jus", liquide blanchâtre. Mais il consomme lui-même ou avec son entourage. Ne vend pas, trop peur des risques, faisant le truc lui-même de façon artisanale.»

Les phénomènes émergents

Plus qu'en termes de produits (il n'est pas apparu cette année à Rennes de nouveaux produits), nous nous intéressons aux évolutions sociologiques des types d'usagers et des modes de consommation. Les thèmes qui suivent ont été dégagés des observations.

Évolution des produits

Apparition d'une primo-toxicomanie liée au Subutex®, qui touche des publics «jeunes», ainsi que le public carcéral et les populations de rue. Le groupe focal répressif note l'augmentation des cambriolages de pharmacie. Sa valeur marchande est quasiment nulle, et on s'interroge sur les responsabilités de quelques médecins de ville fortement prescripteurs. En milieu festif, ce produit est de plus en plus utilisé également pour réguler les effets de produits stimulants.

Augmentation notoire de la consommation d'héroïne en milieu festif et développement d'une consommation urbaine.

Évolution de l'image de la cocaïne, de moins en moins liée à des univers aisés ou artistiques ; elle semble se diffuser, notamment du fait que le marché de l'héroïne est concurrencé par le détournement de produits de substitution ; en conséquence, les vendeurs diversifient leur offre et proposent de plus en plus de cocaïne.

Valorisation des produits à image écologique, naturelle (herbe, champignons, et, dans une moindre mesure, rachacha).

«C'est une des actions du CIRC que de dire produisez vous-même votre cannabis car vous ne tomberez pas sous le coup de la loi du trafic, de l'inquisition, etc., en faisant fumer votre propre production. On voit l'ouverture de magasins qui ne sont spécialisés que dans ça.

«[...] Moi j'ai vu, c'est pas si vieux que ça, il y a une semaine c'est lundi des jeunes qui disent : "Ben monsieur la culture de cannabis en France c'est autorisé, c'est pas interdit, j'ai dit mais comment ça ?, il m'a dit ben non, il dit ben oui si je veux j'achète mes graines et puis je fais du cannabis chez moi c'est pas interdit". »
Groupe focal répressif.

Demande supérieure à l'offre pour certains produits (speed, LSD)

Développement des résines de cannabis de meilleure qualité

«Dans les quartiers c'est plus souvent les nouvelles résines de cannabis, c'est plus souvent l'haya, ou l'hayala ça arrive pas mal ça c'est de meilleure qualité, ce sont des filières soit ce sont des gens qui vont directement organiser des voyages avec des pays producteurs à l'étranger ou qui vont être en contact avec un grossiste parisien qui viennent vers elle ou eux qui vont le chercher à Paris alors c'est aux douaniers chargés de lutter contre les flux en gros on se sent un peu court-circuité

parce qu'ils savent très bien que les points de contrôle favorisent des services douaniers c'est les péages d'autoroute, etc., et on sait pertinemment que systématiquement dès que ça fait plus de 10 kg la marchandise elle est déposée bien avant. C'est-à-dire qu'elle est déposée entre Laval et la Gravelle. Et ils vont tous les jours ou tous les deux jours la chercher (elle est enterrée) et les 100 ou 200 kg sont planqués là-bas.»

Les produits « festifs » (ecstasy, cocaïne, speed...) sont aujourd'hui consommés dans tous les types de soirées, et ne semblent plus être l'apanage des soirées dites « techno ».

Préparation, mode d'administration

Développement constant de la polyconsommation, y compris parmi les plus jeunes, principalement en milieu festif et chez le public de rue.

Développement de l'usage par inhalation, tant pour l'héroïne que pour la cocaïne ; le fait de fumer l'héroïne écarte de la mauvaise image du toxicomane.

Développement important de l'usage du bang pour le cannabis.

Rôle croissant joué par les voitures, en *rave*, qui permettent de préparer les produits (free-base, notamment), mais qui conduisent à un isolement des consommateurs, à un déclin de l'ambiance festive.

Évolution du marché

Augmentation importante du marché de cannabis : saisies de plus en plus importantes et constantes (jusqu'à 20-30 kg), visibilité croissante, présence dans les lycées et dans le monde de l'entreprise.

Augmentation du trafic transversal, associant notamment la cocaïne à l'héroïne, du fait d'un affaiblissement du commerce d'héroïne (produits de substitution) ; palette de produits de plus en plus variés, et en quantités importantes.

Apparition d'une nouvelle vague de vendeurs, issus de la banlieue parisienne, qui génèrent différents types de conséquences (insécurité du centre-ville de Rennes, implication de jeunes filles naïves dans différentes sortes de difficultés, transver-

salité de l'offre). Selon les services de la police et des douanes, on assiste à une nouvelle vague de dealers en provenance de la région parisienne, qui se sont appropriés le centre-ville de Rennes depuis trois à quatre ans, réalisant un chiffre d'affaires de 3 000 à 5 000 F par jour.

« Ils font maintenant l'objet de sanctions judiciaires assez lourdes avec des interdictions de séjour à l'issue, donc on les retrouve dealers plus loin dans d'autres villes où ils sont là quelques jours et ça c'est un truc qui n'existait pas il y a trois, quatre ans.

« À chaque fois qu'on les interpelle, ils ont entre 3 000, 4 000, 5 000 F sur eux et ça c'est la vente de la journée, c'est-à-dire qu'ils ont vendu 30, 40, 50, 60 barrettes et ils ont toujours sur eux un total de quelques dizaines de grammes de cannabis, ce qui fait qu'ils échappent aux sanctions judiciaires.

« Ils ont peut-être un petit peu chassé les marginaux du centre-ville. Et les marginaux se sont re-spécialisés sur d'autres produits. »

Développement des vendeurs environnant le milieu festif techno

« Si on parle d'ecstasy dans les soirées *raves*, il va y avoir quelques individus qui vont amener des ecstasy en très très grande quantité (plusieurs dizaines de milliers), donc ça la grande catégorie de dealer qui reste en Bretagne qui a le profil de *travellers* qui va chercher ça en Hollande ou en Angleterre, etc. et à la fin de la soirée ils vont revendre à des usagers-revendeurs, des gens qui vont en acheter une centaine, deux cents ou peut-être une dizaine parce que ça fait des cachets d'ecstasy à moitié prix.

« [...] Ils ont vendu 500 cachets d'ecstasy aux Vieilles Charrues à côté, là, ils ont soldé à 5 F le cachet. »

Évolution du profil des consommateurs

Phénomène de rajeunissement des usagers, d'une part, autour des pratiques festives (consommateurs novices qui se lancent dans toutes sortes d'expérimentations sans initiation ni accompagnement) et, d'autre part, autour de la consommation de Subutex® en ville (primo-consommateurs devenant dépendants à ce produit). La médiatisation des *free-party* a attiré vers ces « Zones d'autonomie temporaire » un nouveau public, plus jeune, moins expérimenté en matière de consommation de produits psychoactifs synthétiques et opiacés. Contrairement à ce qui se passait avant cette explosion, l'initiation ne se fait plus par « les anciens », plus expérimentés, et la méconnaissance des risques liés aux consommations et aux polyconsommations, reste un problème majeur.

Il n'est pas exclu que les populations d'usagers, dans la rue et en milieu festif, se féminisent (féminisation avérée pour les usagers des structures de soins).

Phénomène de passerelles entre les univers culturels des usagers de drogues : les liens sont fréquents entre le public de la rue et le public festif ; les publics lycéens sont également en lien avec les sites festifs ; la disponibilité et la diversité des produits consommés seraient en augmentation dans tous les univers de consommateurs.

Le caractère très hétérogène des personnes évoluant dans le milieu de la nuit fait qu'il existe de nombreuses connections avec d'autres milieux ou réseaux. Certains, à sensibilité rock, peuvent avoir des liens avec des squatters, d'autres avec des groupes de *ravers*, d'autres avec des dealers de quartiers, etc. Les produits peuvent arriver par plusieurs circuits. On observe donc que les consommations de produits initialement « festifs » ne se cantonnent plus aux *raves*, mais se développent aussi dans les festivals officiels.

Associations de produits de toutes sortes, même occasionnelles, au sein du public festif. Les actions de réduction des risques en milieu festif montrent que les primo-usagers disposent de très peu d'informations objectives sur les produits et leurs effets ; pour une grande majorité, les informations émanent des groupes de pairs ; les usagers interrogés dans les espaces de prévention sont très demandeurs d'informations de la part du monde adulte sur ces produits et leurs effets.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Parmi les évolutions récentes, présentées dans les pages précédentes, certaines méritent vraisemblablement une attention particulière de la part des pouvoirs publics :

Apparition d'une primo-toxicomanie liée au Subutex® : analyse des réseaux d'approvisionnement, information auprès des médecins prescripteurs.

Augmentation notoire de l'héroïne en milieu festif, pour des publics jeunes et très peu informés ; l'usage de cette substance pour réguler les produits stimulants n'est pas accompagné d'une attention au problème de la dépendance, d'autant que le fait de fumer l'héroïne ou de la sniffer éloigne l'utilisateur de la mauvaise image du toxicomane injecteur ; ce produit semble donc de plus en plus disponible et dispose d'une image de moins en moins négative.

Évolution de l'image de la cocaïne, qui gagne des « parts de marché » et se diffuse dans les milieux plus populaires et festifs, notamment par l'utilisation du free-base.

Développement constant de la polyconsommation, avec prises de risques, méconnaissance quasi totale des produits lors des premières expérimentations et des interactions, notamment avec l'alcool.

Les produits « festifs » (ecstasy, LSD, speed...) sont aujourd'hui consommés dans tous les types de soirées, et l'information objective fait souvent défaut dans les « nouveaux » groupes d'usagers.

Développement de l'usage par inhalation, qui modifie l'image des produits.

Rôle croissant joué par les voitures, tant pour s'administrer les produits que pour se déplacer sous leur effet.

Augmentation importante du marché de cannabis, qui toucherait de plus en plus les collégiens-lycéens et le monde professionnel, générant vraisemblablement des accidents de travail.

Apparition d'une nouvelle vague de vendeurs, qui génèrent, d'une part, un sentiment d'insécurité à Rennes, d'autre part, une augmentation de la disponibilité de divers produits (principalement cannabis, cocaïne et ecstasy) ; de plus, ces vendeurs impliquent des tierces personnes, notamment des jeunes filles, dans l'organisation du trafic.

Phénomène de rajeunissement des usagers, qui implique d'accentuer les politiques éducatives de prévention.

Associations de produits de toutes sortes, même occasionnelles, au sein du public festif, qui montrent la nécessité d'accentuer les actions de prévention tant dans le monde scolaire qu'en milieu festif.

L'ensemble de ces éléments doit amener une réflexion sur :

- un échange avec les médecins prescripteurs autour des questions liées au Subutex® et au Skenan® ;
- une présence préventive coordonnée et multipartenariale qui semble de plus en plus indispensable en milieu festif (*free-party*, teknival, festivals officiels...), afin d'apporter un discours d'information et de prévention adapté aux réalités vécues par ces consommateurs ;
- un document d'information objectif sur les risques liés aux différents modes de consommation et sur ceux des différents types de polyconsommation, ainsi que sur les modalités visant à les réduire ;
- le lien possible entre les espaces festifs et les lieux d'accueil quotidien des jeunes en semaine : lycée, formation professionnelle, insertion, milieu professionnel...

RÉUNION

REMERCIEMENTS	560
PRÉFACE	561
INTRODUCTION	563
REPÈRES	565
LE SITE ÉTUDIÉ	568
LES ESPACES ÉTUDIÉS	570
LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES	572
ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001	577
LES USAGERS DE PRODUITS	578
LES PRODUITS	586
LES PERCEPTIONS	596
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	599

REMERCIEMENTS À TOUTES LES PERSONNES AYANT CONTRIBUÉ AU PROJET

Mme Madeleine Banor, éducatrice à l'APPEI
M. Patrick Becu, pharmacien inspecteur à la DRASS
Dr Bourde, CHD, Service Porte
M. Claude Calmé, éducateur au CASTOR
Dr Charles Candillier, DRASS
M. Christian Comte, Douane, Saint-Denis
Chef Delbart, FRAD, gendarmerie du Port
Dr Yasmina Djardem, Médecins du Monde
Melle Dominique Fauchoux, Préfecture
Dr Dominique Ferrandiz, CHD, Service d'addictologie
Dr Catherine Gaud, CHD, Service immunologie
Dr Gillodes, SMPR
M. Martial Guilloud, police nationale
Dr Patrice Hemery, président du Réseau Oté !
Dr Karine Gallaud Bichet, Médecins du Monde
M. Claude Marodon, pharmacien, Réseau Oté !
M. Gérald Martin, DPJJ-SEAT Saint-Denis
Melle Florine Morel, CCAS Saint-Paul
M. John Patrick Rioul,
M. Safar, TGI
Melle Isabelle Simonin, SMPR
M. Patrick Toupans, association Phase IV
Dr Patrick Tron, CHS Saint-Paul
M. Alexis Velna, association Pass'Port
M. Thierry Volia, CDPAT

Membres de l'équipe TREND

M. Jean-François Guignard, enquêteur
Mme Agnès Brissot, coordinatrice

Et de toute l'équipe de l'ORS

Dr Sylvie Besson
Melle Gladys Bulin
Melle Salima Cosadia
Dr Emmanuelle Rachou
Melle Monique Ricquebourg

PRÉFACE

« Il n'y a pas de société sans drogue », Madame Maestracci, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT), l'a rappelé lors de l'ouverture du colloque de juin dernier *Pour une culture commune sur les addictions à la Réunion*, et la Réunion ne semble pas faire exception à cet adage. On ne peut nier sur l'île la réalité de la présence et de la consommation de drogues, qu'elles soient licites (tabac, alcool) ou illicites (cannabis, médicaments détournés de leur usage, opiacés dans une moindre mesure, et autres psychotropes).

En matière de toxicomanie, l'île de la Réunion a ses propres spécificités, et on note avant tout l'importance de la polyconsommation, à savoir l'utilisation conjointe ou successive de plusieurs produits.

Pour être efficace, la réponse de la société à l'usage de drogues doit être adaptée. Cette adaptation peut prendre plusieurs visages : justice et lois, répression, mais aussi prévention et traitement, qui sont à la fois nécessaires et complémentaires. Pour mener à bien ces missions multiples il faut avant tout comprendre la réalité de la situation dans sa diversité (diversité des consommateurs, des produits consommés et des modes de consommation notamment). Pour comprendre, il faut connaître, et pour connaître il faut observer, regarder le plus finement possible avant d'analyser et de décider des mesures nécessaires pour répondre aux besoins réels existants.

Cette étape essentielle d'observation devrait nous permettre, comme le précisait encore Madame Maestracci, de « voir ce qu'on ne voit pas », de repérer des phénomènes émergents avant même que leur diffusion ne les rende évidents et, éventuellement, problématiques.

C'est là tout l'intérêt du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), à savoir regrouper les éléments de connaissance des phénomènes liés à la toxicomanie, confronter différents angles de perception de ces phénomènes et faciliter la diffusion de ces informations auprès de toutes les personnes concernées : décideurs, professionnels et usagers. Encore en cours d'implantation, ce dispositif, une fois arrivé à maturité, devrait aider à une meilleure réactivité et faciliter une prise en charge sanitaire et sociale adaptée à la réalité évolutive de la toxicomanie.

INTRODUCTION

L'objet du dispositif TREND est d'identifier les phénomènes émergents liés aux drogues, dans le but d'élaborer des réponses rapides lorsque la protection des usagers et de la population générale se révèle nécessaire.

Ce projet a été mis en place dans sept sites métropolitains depuis 1999, et l'année 2001 a vu son extension à trois autres sites en métropole ainsi que dans les DOM-TOM. À la Réunion, un enquêteur de terrain et un médecin coordinateur sont en charge du projet depuis février 2001, sous la houlette de l'Observatoire régional de la santé (ORS). Le présent rapport fait la synthèse de cette première année de travail.

REPÈRES

Petit rocher perdu au milieu de l’océan Indien, la Réunion, l’île intense comme certains aiment à la qualifier, décline avec une infinie variété les microclimats, les paysages, les gens et les modes de vie. À plus de 9 000 kilomètres des côtes françaises et environ onze heures d’avion de la capitale, la Réunion garde des spécificités culturelles liées à son histoire et à sa situation géographique.

De Saint-Denis ou de Saint-Pierre, il faut moins d’une heure pour rallier l’île Maurice avec laquelle les liaisons aériennes sont pluriquotidiennes, permettant ainsi l’ouverture vers l’Asie. À l’Ouest, il faut environ une heure et demie d’avion pour atteindre Madagascar, la grande île distante d’environ 800 kilomètres.

L’île de la Réunion fait partie, avec Maurice et Rodrigues, de l’archipel des Mascareignes ; c’est une petite île presque ronde dont une route nationale fait le tour en 240 kilomètres. Elle est comme une montagne posée sur la mer, née de deux événements volcaniques majeurs qui ont fait émerger le Piton des Neiges, point culminant de l’île (3 069 mètres) et le Piton de la Fournaise (2 632 m) toujours en activité. Au centre de l’île, de gigantesques effondrements ont formé trois cirques ouverts sur la mer par d’étroits défilés : Mafate, Salazie et Cilaos.

La Réunion présente donc un relief abrupt et tourmenté, raison pour laquelle les activités humaines se sont concentrées sur le littoral où l’on trouve les villes les plus importantes. La densité de population est ainsi très variable selon les régions considérées.

Réunion d’ethnies et creuset d’un brassage culturel, la population actuelle, métissée et plurielle, est le fruit des métissages nombreux depuis le début du peuplement au XVII^e siècle, donnant à la Réunion son caractère spécifique. Les premiers colons, des Français rapatriés de la région de Fort-Dauphin à Madagascar, accompagnés de femmes libres malgaches, installés à partir de 1663, ont été suivis de nouveaux immigrants d’origine européenne et de nombreux esclaves d’origine malgache d’abord, puis est-africaine. Des populations d’origine indienne sont venues à partir du début du XIX^e siècle, esclaves en petit nombre au départ puis immigrés « volontaires » appelés « engagés », originaires de la côte de Malabar. À la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e sont arrivés de nouveaux immigrants du nord de l’Inde, de confession musulmane, et d’autres d’origine chinoise.

En ce qui concerne l'usage de substances psychoactives, la Réunion est très marquée par les problèmes liés à une forte consommation d'alcool, mais bien d'autres produits sont consommés. Le rhum distillé à partir de la canne à sucre, largement cultivée dans l'île, a longtemps été l'alcool fort le plus répandu, mais il est maintenant rejoint par les bières de fabrication locale ou importées, et les vins et spiritueux d'importation.

Le cannabis, localement appelé «zamal» (terme qui serait d'origine malgache) aurait été introduit sur l'île par les engagés hindous trouvant un terrain et un climat propices à son expansion. Il a longtemps été utilisé au cours de cérémonies rituelles, de fêtes et d'activités de sorcellerie. Son usage profane le destinait également à des rôles thérapeutiques variés, pour éloigner certains esprits, soigner des affections respiratoires ou digestives (vomissements), faire fuir les insectes parasites dans les champs. L'agressivité que déclenche le zamal chez les animaux était et reste utilisée pour exciter les coqs de combat à qui on l'administre sous forme de boulettes.

L'usage de zamal a longtemps été l'apanage des journaliers coupeurs de canne ou des *gramounes* (des «vieux») qui fumaient une cigarette de zamal le soir après leur journée de travail. Sa consommation par des jeunes faisait alors l'objet d'une désapprobation sociale unanime. C'est depuis la fin des années 1970, voire le début des années 1980, que son usage a commencé d'évoluer pour se propager progressivement à d'autres groupes de population, plus jeunes notamment. Mais son image restait mauvaise et un jeune *zamalien* (consommateur de cannabis) ou déclaré tel était mal vu, par les filles notamment, et en général exclu de certains cercles. Progressivement, cette image s'est améliorée, en opposition peut-être à celle de l'alcool, «la drogue de papa», qui a souvent pour corollaire la violence intrafamiliale. De marginale quand elle était traditionnelle et réservée à des adultes, la consommation de zamal est peu à peu devenue plus fréquente en concernant des populations plus jeunes, prenant l'allure d'un phénomène social parfois perçu comme problématique.

Jusqu'à une période récente, le zamal faisait le plus souvent l'objet de troc mais il n'était pas question d'échanges marchands : il s'échangeait contre une cassette de musique, un vêtement. La situation a changé ensuite quand des métropolitains, fonctionnaires pour la plupart, sont arrivés nombreux, et habitués à monnayer le cannabis dont ils avaient besoin pour leur consommation personnelle.

L'insularité, la facilité des contrôles aux frontières, la petite taille de l'île où «tout le monde se connaît, tout se sait rapidement» font que le département est relativement peu concerné par la consommation des opiacés malgré la proximité de l'île Maurice où consommation et trafic de brown sugar semblent constituer un réel

problème. En contrepartie, le problème des polytoxicomanies médicamenteuses constitue une préoccupation majeure de santé publique à la Réunion. L'Artane® fait partie depuis plusieurs dizaines d'années des médicaments largement utilisés dans divers cocktails associant entre autres systématiquement l'alcool. La consommation d'Artane® a d'ailleurs fait l'objet d'une thèse de doctorat en médecine en 1989 (*Place de l'Artane dans les toxicomanies à l'île de la Réunion*, Éric Manche, Marseille, 1989).

D'autres médicaments (Rohypnol®, Néocodion®, autres benzodiazépines) sont également consommés depuis plusieurs années en association avec d'autres produits, l'alcool surtout et le zamal. Les jeunes consommateurs, souvent des lycéens ou des collégiens, ont tendance à diversifier leurs consommations en fonction de la disponibilité des produits sur le marché local.

D'autres substances sont ou ont été consommées de façon plus rare, notamment l'opium jusqu'en 1982, année qui a vu la fermeture de la dernière fumerie de Saint-Denis, et le datura. L'usage du datura à la Réunion est assez ancien puisqu'il était utilisé dans le traitement de l'asthme en cigarette ou en friction, pour les rhumatismes, pour les coliques néphrétiques en cataplasme, etc. Mais le datura est moyennement apprécié du fait de l'importance des effets secondaires désagréables et de la fréquence des «mauvais voyages».

L'héroïne base a fait l'objet d'un petit trafic avec l'île Maurice en 1986, avec une filière structurée démantelée ensuite. Actuellement, son prix élevé et les difficultés d'un approvisionnement régulier limitent la diffusion de son usage.

La cocaïne est présente sur l'île mais son usage semble encore réservé à des cercles d'initiés appartenant à un milieu aisé, plutôt noctambule, car elle n'est pas «*dan lo chemin*» (dans la rue). Les amphétamines, quant à elles (Dinintel®, Fringanor®), ont fait durant quelques années l'objet d'un trafic entre Maurice et la Réunion, mais depuis 1997 environ elles semblent moins présentes. L'ecstasy, importée de métropole, a fait son apparition il y a quelques années en même temps que débutait le phénomène techno.

Enfin, des champignons hallucinogènes aux effets déclarés agréables poussent dans les hauts de l'île, sur les bouses. Mais les difficultés liées à leur récolte, et surtout le manque de connaissances précises qui entraîne une certaine méfiance à leur sujet, font que leur consommation reste très limitée, surtout en milieu urbain.

LE SITE ÉTUDIÉ

Géographie

Dans un premier temps, une partie du travail, notamment le recueil des données ethnographiques, s'est focalisée sur la région ouest de l'île, essentiellement dans les villes en bordure du littoral. Plusieurs raisons expliquent ce choix :

- l'importance de la polytoxicomanie dans cette région ;
- le fait que l'enquêteur du projet soit un éducateur spécialisé qui a longtemps travaillé dans cette zone géographique, et dans la région nord de l'île ;
- l'ouverture du Centre d'accueil « bas seuil » (CABS), le Kaz'Oté ! qui s'est faite à Saint-Paul.

Les données ethnographiques concernent surtout les villes de Saint-Paul, Le Port, La Possession, Rivière des Galets, mais beaucoup d'autres informations rapportées ici concernent l'ensemble de l'île. La mise en place récente et progressive de ce dispositif d'observation implique néanmoins que ce rapport ne prétend nullement être exhaustif.

Données sociodémographiques

Le dernier recensement INSEE de 1999 fait état d'une population totale de 706 300 habitants, dont 36,2 % ont moins de 20 ans. On note donc la jeunesse de la population par rapport à celle de la métropole qui compte seulement 24,6 % de moins de 20 ans.

L'ensemble de la population de l'île est touché par un taux de chômage très important, 41,7 % (contre 11 % de la population active en métropole), et il existe des variations notables suivant les communes. Ainsi, à Saint-Denis, ce taux est de 30,8 % alors qu'il est de 49,2 % au Port, qui compte par ailleurs une très forte population jeune (près de 40 % de la population a moins de 20 ans, contre 33,4 % à Saint-Denis).

Dispositif spécialisé de prise en charge

Ce dispositif regroupe maintenant plusieurs types de structures. Nombre d'entre elles étaient jusqu'alors spécialisées dans le traitement et l'accompagnement de l'alcoolisme, mais l'extension à la prise en charge des toxicomanies et des addictions au sens large est en cours.

Ce dispositif regroupe :

- des services hospitaliers : le service d'addictologie du Centre hospitalier de Saint-Denis et l'unité d'alcoologie du Centre hospitalier Sud Réunion ;
- le CDPAT (Comité départemental de prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies), qui gère quatre Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), dont celui de Saint-Benoît inauguré en mai 2001 et celui de Saint-Paul ouvert récemment, des consultations avancées, et le Centre d'aide et de soins aux toxicomanes de la Réunion (CASTOR). Il existe deux antennes du CASTOR, l'une à Saint-Denis, l'autre à Saint-Pierre, qui assurent l'accueil et le suivi d'usagers rencontrant des difficultés avec leur consommation de drogues ;
- le Kaz'Oté ! Centre d'accueil « bas seuil » (CABS) ouvert par le Réseau Oté ! en février 2001 à Saint-Paul. Le choix de la région Ouest a été motivé par l'absence de structure d'accueil dans cette région et l'importance d'un public polytoxicomane. Le Kaz'Oté ! a fonctionné cette année à mi-temps et sera complété dès le début de l'année 2002 par l'ouverture d'un Centre de soins et de suivi pour les toxicomanes (CSST) qui permettra l'initialisation locale de traitements substitutifs aux opiacés par la méthadone ;
- la médecine libérale, avec des médecins généralistes souvent peu préparés au soin et à l'accompagnement de patients toxicomanes ou polyconsommateurs.

De l'avis de beaucoup, ce dispositif est encore insuffisant pour pouvoir répondre à la demande et mieux coller à la réalité de la toxicomanie sur l'île. Le service d'addictologie du CHD est actuellement le seul lieu de cure pour les toxicomanes, et il n'existe pas de centre de postcure. Par ailleurs, beaucoup d'usagers de drogues injectables se plaignent de l'accueil qu'ils reçoivent dans les pharmacies quand ils demandent des seringues, accueil plutôt « dissuasif » disent-ils, et déplorent une distribution insuffisante des KAP et/ou des Stéribox qui ne sont jusqu'à maintenant disponibles qu'au Kaz'Oté ! qui les redistribue au CASTOR et dans les services hospitaliers qui en font la demande.

L'ouverture du Centre d'information et de ressources sur les drogues et dépendances (CIRDD), porté à la Réunion par le Réseau Oté ! (Réseau d'ouverture thérapeutique et éducative) issu de professionnels de terrain de différents domaines (santé, social, éducation) investis dans la prévention et le soin des patients, est une des avancées de l'année. Les différentes fonctions de ce centre sont de documentation et d'information, de formation, d'observation (en collaboration avec le projet TREND) et d'appui technique aux chefs de projet « Toxicomanies et Dépendances ».

La tenue d'un colloque *Pour une culture commune sur les addictions à la Réunion*, co-organisé par le « Comité de pilotage de lutte contre la drogue et de

prévention des dépendances » et le « Programme régional de santé addictions », présidé par Mme Nicole Maestracci, Présidente de la MILDT, a par ailleurs rassemblé au mois de juin 2001 de nombreux professionnels d'horizons différents, intervenant dans le domaine de la prévention, du soin ou de la répression.

LES ESPACES ÉTUDIÉS

Espace urbain

C'est l'espace principal étudié à la Réunion en 2001. Les villes concernées sont des villes nouvelles à l'urbanisation rapide, qui accueillent une population jeune. Beaucoup de quartiers concernés sont donc des quartiers neufs, regroupant des immeubles d'habitation récents, bâtis à la place des bidonvilles existants dans le cadre de programmes de Réhabilitation de l'habitat insalubre. Les premières constructions étaient peu adaptées au climat tropical et au mode de vie créole, mettant parfois un terme aux petites cultures qui représentaient pour beaucoup un apport économique non négligeable, entraînant aussi de profonds remaniements de l'environnement social proche. Des progrès pour une meilleure intégration et un plus grand respect des habitudes locales sont notables ces dernières années, mais, dans certains quartiers, les lieux de rencontre, notamment le soir, sont insuffisants et se limitent parfois à la rue elle-même.

Espace festif

Il y a à la Réunion une habitude ancienne d'aller écouter de la musique et de danser, par exemple lors des traditionnels « bals la poussière » maintenant presque disparus, des fêtes familiales qui étaient souvent l'occasion d'inviter tout le village et des *kabars*, fêtes en plein air où l'on chante en créole. Lors de ces fêtes, qui rassemblaient souvent plusieurs générations, c'était essentiellement de l'alcool (rhum et bière) qui était consommé. L'espace festif actuel comprend à la fois les concerts de *sega*, *maloya* (style musical très attaché à ses racines rituelles et africaines, longtemps interdit), reggae ou jazz, et l'espace « techno » plus proprement dit.

Hors espace techno, les concerts sont très nombreux dans l'île et ont habituellement lieu en plein air. Il existe souvent un bar ou deux dans l'enceinte du concert, qui sert en général de la bière dans des verres en plastique et des boissons non alcoolisées. Les consommations ouvertes de cannabis y sont courantes, et l'on remarque fréquemment que « ça sent le zamal un peu partout ».

Les premières fêtes techno ont eu lieu de façon ponctuelle en 1994, mais l'émergence réelle du phénomène est située par les habitués en 1997, puis son évolution s'est faite en dents de scie. Certaines fêtes sont organisées dans des espaces publics de la côte ouest essentiellement (ravine de Saint-Leu, les Colimaçons, Saint-Paul), d'autres dans des lieux privés, comme en décembre au karting de Saint-Louis par exemple.

Cet espace festif est actuellement en pleine expansion sur l'île et son existence est devenue beaucoup plus apparente. Jusqu'à cette année les informations dans les médias étaient rares pour annoncer ce type d'événements, mais depuis quelques mois certaines grandes fêtes techno font l'objet d'une assez large publicité. Les fêtes organisées sont de deux types, les soirées « officielles », payantes (le prix d'entrée se situe aux alentours de 70/80 F, voire jusqu'à 120 F), semblant plus fréquentes que les *free-party* gratuites.

Les grandes fêtes techno rassemblent essentiellement une population d'origine métropolitaine et des Réunionnais qui ont séjourné en métropole où ils ont découvert la culture « techno ». En général, il s'agit de la génération des 25-40 ans, mais il semble que dans des fêtes très récentes le public avait plutôt entre 16 et 25 ans. Au mois de mai environ 500 personnes s'étaient déplacées à Mafate pour une grande fête techno, une autre au parc Amazone de Saint-Paul a rassemblé environ 1 200 personnes en novembre. Chacun de ces événements rassemble des DJ locaux et d'autres venus de métropole.

Dans ces espaces on trouve parfois un bar qui vend de la bière, mais ce n'est pas toujours le cas, et là encore les effluves de zamal sont monnaie courante. Nombreux sont les participants qui essaient également de « *mettre le corps bon* » avec le ou les produits disponibles pendant la soirée ou achetés dans les jours qui précèdent, pour être « hors de leur état normal ». Selon plusieurs sources, les consommations de LSD sous forme de buvard et d'ecstasy sont de plus en plus courantes, et les gens qui le souhaitent n'ont en général pas de difficulté à s'approvisionner. Les tractations sont par contre difficiles à observer, mais le comportement des danseurs permet souvent de « soupçonner » que beaucoup d'entre eux sont « sous effet ».

Médecins du Monde met actuellement en place un programme d'observation de ces fêtes, afin d'évaluer les pratiques et les besoins, notamment la nécessité d'un *testing* des produits psychoactifs qui circulent à ces occasions.

LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES

Le dispositif TREND s'appuie sur tous les professionnels concernés par la toxicomanie et utilise quatre méthodes particulières de recueil des données, à savoir l'observation ethnographique de terrain, les groupes focaux, les questionnaires qualitatifs et les questionnaires quantitatifs.

Observation ethnographique de l'usage

Depuis le début de la mise en place du programme, l'observation ethnographique des pratiques et des comportements a été réalisée d'une part de façon directe par l'enquêteur du projet, Jean-François Guignard, d'autre part par des éducateurs de rue qui lui transmettent les informations recueillies sur le terrain.

Jean-François Guignard, directeur du Kaz'Oté !, a longtemps travaillé sur le terrain comme éducateur de prévention spécialisée, il a donc une grande expérience et de nombreux contacts dans ce domaine. Par ailleurs, son travail actuel au centre « bas seuil » le met en contact permanent et régulier avec des usagers qui sont une source précieuse d'informations.

Encore balbutiant cette année, le travail ethnographique n'a pas été vraiment formalisé. En 2002, l'accroissement de l'équipe avec un nouvel enquêteur, probablement dans la région de Saint-Leu dans un premier temps, permettra de mieux couvrir la région sud de l'île pour l'observation ethnographique proprement dite ; par ailleurs, une formation ethnographique commune aux enquêteurs et aux coordinateurs des différents sites TREND, qui aura lieu au mois de juin prochain à Paris, permettra d'affiner cette activité essentielle du dispositif.

Groupes focaux

Groupe de discussion qui rassemble des personnes sélectionnées sur la base de leurs compétences propres pour traiter certains sujets intéressant le dispositif TREND. Le groupe focal s'appuie sur une discussion collective, permettant à tous les participants d'échanger leurs points de vue, leurs impressions et leurs perceptions des phénomènes liés aux usages de drogues. Il est composé de professionnels ayant accès à certaines catégories spécifiques d'usagers ou à un contexte précis.

Dans le cadre du système TREND, les groupes focaux peuvent avoir plusieurs fonctions :

- permettre l'identification précoce d'opinions congruentes d'experts sur l'existence d'un ou de plusieurs phénomènes émergents, que ce soit dans le champ

des produits et des usages (groupe usagers), dans le champ des dommages sanitaires (groupe santé) ou dans celui du trafic (groupe répressif) ;

- fournir des éléments de contextualisation et d'aide à la compréhension de phénomènes émergents préalablement identifiés ;
- permettre aux membres d'un groupe focal de prendre conscience de certains problèmes concernant leurs activités.

Au mois de novembre 2001, deux groupes ont ainsi été constitués, le groupe focal répressif rassemblant des professionnels des douanes, de la gendarmerie, de la police et du tribunal de grande instance (TGI), le groupe focal santé rassemblant des éducateurs et des professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, infirmiers).

Cette première expérience n'a pas été aussi concluante que nous l'espérions car la mobilisation des différentes parties a été difficile, mais elle nous a permis de pointer quelques faiblesses d'organisation et d'en tirer les conclusions nécessaires à la réalisation des prochaines réunions qui devraient se tenir tous les six mois.

Dans le groupe répressif, les gendarmes invités n'avaient finalement pas pu se libérer, ainsi que plusieurs participants pressentis dépendants du TGI. De la même façon, dans le groupe santé, les services hospitaliers n'étaient pas représentés ; il faut noter que ces services sont très sollicités à la fois par leurs activités de soins et pour des réunions ou des interventions à l'extérieur, et qu'un net manque de personnel les empêche de répondre à toutes les demandes dont ils font l'objet. Par ailleurs, leurs horaires de disponibilité ne concordent pas toujours avec ceux des autres professionnels, et à l'avenir il faudra s'efforcer de remédier à ces difficultés pratiques de façon à permettre des rassemblements de professionnels d'horizons différents pour des discussions plus riches d'enseignements, et plus intéressantes pour les participants eux-mêmes.

Plusieurs solutions sont à envisager pour améliorer l'organisation de ces réunions :

- un meilleur choix des participants afin de privilégier des acteurs de terrain, notamment dans le groupe focal répressif qui pourrait intégrer des commissaires de quartiers par exemple ;
- un travail préparatoire en partenariat avec la cellule « drogues et toxicomanie » de la préfecture, pour obtenir une meilleure participation des gendarmes et policiers notamment ;
- éventuellement un dédoublement des groupes pour faciliter la participation de professionnels travaillant dans tous les coins de l'île, car les problèmes de circulation entre le nord et le sud sont importants à prendre en compte ;

- des contacts téléphoniques réguliers avec les participants pressentis afin de maintenir leur intérêt pour le projet tout au long de l'année.

Par ailleurs, la plupart des participants ont souligné la nécessité d'un état des lieux préalable à la mise en évidence d'éléments nouveaux et de phénomènes émergents dans le domaine de la toxicomanie : le présent rapport tente donc de rendre compte de la réalité des consommations de substances psychoactives sur l'île, et sa diffusion assez large devrait permettre de mieux faire connaître le dispositif à l'ensemble des personnes concernées par la toxicomanie, qu'il s'agisse des professionnels ou des usagers.

Recueil qualitatif « bas seuil »

Ce recueil de données a été fait dans les deux structures d'accueil de l'île, le CASTOR et le CABS du Réseau Oté !, en 2000 d'abord, puis cette année pour essayer de repérer les éléments nouveaux constatés et les tendances évolutives.

Il comporte différents éléments qui sont, pour chacun des produits utilisés : les groupes de consommateurs (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle), les modes d'administration, les problèmes de santé associés à la consommation, la disponibilité et l'accessibilité du produit, le prix, la procédure de préparation, la perception du produit qu'en ont les usagers, les produits de régulation (produits associés avant ou après la prise du produit principal considéré), le petit trafic, la visibilité en scène ouverte de la consommation et du petit trafic, et enfin les appellations locales du produit. La dernière partie est réservée aux commentaires qui ne rentrent pas dans les questions précédentes.

Le remplissage de ce questionnaire s'est effectué au mois de novembre dernier avec l'éducateur du CASTOR en charge de l'accueil et du suivi des usagers présentant des problèmes liés à leur consommation de substances psychoactives, et au Kaz'Oté ! avec le directeur du centre et le président du Réseau Oté !

Les populations touchées par ces deux centres n'étant pas absolument identiques, les informations données sont souvent complémentaires, mais beaucoup de leurs remarques et conclusions sont similaires.

Les deux centres soulignent avec force la nécessité, d'une part de l'ouverture d'un CSST permettant la prise en charge et le suivi des traitements substitutifs à la méthadone d'une façon structurée, et d'autre part d'une meilleure information des médecins généralistes à propos des traitements par Subutex® et de l'accompagnement d'usagers de médicaments détournés type Artane®, Rohypnol® ou Rivotril®. De la même manière, une réflexion approfondie sur l'accueil des personnes toxicomanes

dans les espaces de cure hospitalière, très marqués par la prise en charge de la personne alcoolique, semble essentielle pour mieux répondre aux besoins.

Enquête transversale « bas seuil »

Cette enquête consiste en un questionnaire rempli auprès d'usagers lors d'un entretien dans un centre d'accueil au cours d'une période donnée pour permettre un recueil homogène des données. Cette année, l'enquête a été réalisée entre le 20 juillet et le 15 septembre, auprès d'un total de 26 usagers au CASTOR et au Kaz'Oté !

Plusieurs éléments peuvent expliquer ce petit nombre de questionnaires remplis :

- d'une part les professionnels (éducateurs) chargés de réaliser l'enquête ont trouvé difficile, voire impossible, de remplir le questionnaire lors d'un premier entretien, lequel est destiné avant tout à établir une relation d'écoute et de confiance ; ils présentaient donc l'enquête à ce moment et le remplissage avait lieu dans un deuxième temps avec les utilisateurs qui revenaient, ce qui n'était pas toujours le cas ;
- le CABS venait d'ouvrir quelques mois plus tôt à mi-temps et sa fréquentation n'avait pas encore trouvé son rythme de croisière ;
- la passation du questionnaire s'est faite pendant une période de vacances, période souvent « molle » pour la fréquentation de ces centres ;
- le questionnaire est apparu un peu en décalage par rapport à la problématique locale en matière de consommation de produits psychoactifs ;
- bien que le questionnaire soit anonyme, certains usagers refusaient de « rentrer dans les chiffres » et ne souhaitaient pas être intégrés dans l'étude.

Autres

De nombreux entretiens avec des professionnels en contact avec des toxicomanes (éducateurs, assistantes sociales, animateurs de quartier, médecins, pharmaciens, etc.) ont permis de recueillir ou de confirmer un certain nombre de données.

ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001

Il faut avant tout préciser un élément essentiel à la Réunion : la place prépondérante de l'alcool dans le domaine des addictions, soulignée par tous les professionnels concernés. Si la consommation moyenne d'alcool par habitant est moindre qu'en métropole (8 litres d'alcool pur par habitant à la Réunion en 1994 contre 11,7 en métropole), elle est très inégalement répartie avec un grand nombre d'abstinents (19 % selon le Baromètre Santé contre une estimation de 5 % en métropole) et un nombre non négligeable de gros consommateurs d'alcools forts, rhum, whisky, bières dont certaines ont un titre élevé d'alcool. L'alcool est très souvent incriminé dans des passages à l'acte, notamment dans les violences intrafamiliales, violences faites aux femmes et aux mineurs, et des conduites délictueuses.

En dehors de l'alcoolisme d'accoutumance, certains observateurs notent un comportement particulier chez quelques usagers qui font une recherche de « défonce » semblable à celle que l'on peut observer dans les consommations d'opiacés. Ceci concerne souvent des gens qui ont eu une histoire de consommation d'héroïne dans le passé, et qui cherchent des effets particuliers par une utilisation « programmée » d'alcool, de cannabis, et éventuellement de médicaments.

Une autre particularité de l'île est la polytoxicomanie : on note une association fréquente, notamment chez les jeunes, de plusieurs produits psychoactifs, en particulier alcool et cannabis, alcool et médicaments détournés de leur usage, et très souvent association des trois produits.

L'Artane® est le médicament dont l'utilisation détournée est la plus ancienne (son début se situe dans les années 1970), et sans doute la plus importante. À sa suite, plusieurs autres médicaments ont été détournés de leur usage suivant les « modes » de prescription, l'accessibilité et la disponibilité des produits. Peu à peu s'est ainsi développé ici le concept du « rond », médicament sous forme de comprimé, quel qu'il soit (Artane®, Rohypnol®, Rivotril®, Valium® ou autres benzodiazépines), consommé par des jeunes « cachetonneurs » à la recherche d'un effet supplémentaire à celui engendré par la consommation initiale d'alcool surtout, de zama parfois.

Parallèlement, les drogues injectables sont peu répandues dans l'île et concernent une population spécifique formée essentiellement de métropolitains d'origine, parfois venus ici pour se désintoxiquer, et de Réunionnais ayant séjourné en métropole où ils ont été en contact avec les opiacés. Rares sont les cas observés d'initialisation d'injection de produits psychoactifs sur l'île même, chez des gens n'ayant jamais voyagé.

LES USAGERS DE PRODUITS

État des lieux du site

Qui sont-ils ? Les grandes populations d'usagers

Le premier fait à noter est que les usagers sont en grande majorité des hommes, les femmes semblant beaucoup moins touchées par les consommations de drogues illicites. Ce fait se retrouve dans les résultats de l'enquête « bas seuil » qui concerne 88 % d'hommes et 12 % de femmes. La répartition par âge se fait de la façon suivante : 23 % ont entre 15 et 19 ans, 27 % entre 20 et 24 ans, 7 % entre 25 et 29 ans, enfin 43 % ont plus de 30 ans. Presque 60 % des usagers qui ont répondu à ce questionnaire sont célibataires, et les deux tiers vivent chez leurs parents ; 7 sur 10 ont un niveau d'études correspondant au collège, BEP ou CAP, 11,5 % ont le bac ou un niveau équivalent et autant ont fait des études supérieures. Par ailleurs, 42 % de ces usagers sont inactifs, 20 % sont étudiants ou collégiens et seulement 8 % ont un emploi stable ; 30 % sont sans ressources propres, 46 % ont des ressources dites de « précarité avec compensation », type RMI ou Assedics, 50 % bénéficient de la CMU.

La consommation de tabac concerne 96 % des répondants et celle d'alcool 70 % d'entre eux. Il s'agit dans 44 % des cas d'une consommation modérée (1 à 3 verres d'alcool par jour) alors que 20 % des usagers d'alcool ayant participé à l'étude consomment plus de 10 verres par jour.

Il n'existe bien sûr pas de profil type de l'usager, mais des groupes de consommateurs peuvent être cernés en fonction des produits consommés et de leur mode de consommation.

L'usage du **cannabis** est maintenant très diffus au sein de la population, et touche toutes les catégories socioprofessionnelles. On note que 96 % des usagers qui ont répondu au questionnaire « bas seuil » sont consommateurs de cannabis, parmi lesquels 80 % fument une ou plusieurs fois par jour, 12 % une ou plusieurs fois par

semaine, 8 % une ou plusieurs fois par mois. Quand il est spécifié (mais cette question ne faisait pas partie du questionnaire), l'âge de la première consommation de cannabis se situe pour moitié à 14-15 ans, pour moitié à 16-17 ans.

La consommation de zamal par les personnes enquêtées se fait à parts égales seul ou avec des amis. L'usage solitaire se fait en général au domicile, plus rarement dans la rue (un quart des cas), tandis que l'usage avec des amis se fait de préférence dans la rue (62 % des cas), plus rarement au domicile ou lors de soirées ou de fêtes privées (38 % des cas).

L'idée est que *zamal lé mal* semble persister à la Réunion. Cependant les habitudes sociales et la dissémination du produit font que son acceptation par la grosse majorité de la population est maintenant meilleure. Parallèlement, l'impression que quelques pieds de zamal dans la cour sont tolérés par les forces de police ou de gendarmerie est largement partagée par beaucoup de jeunes. Un gendarme FRAD, arrivé de métropole il y a deux ans, constate d'ailleurs à la Réunion une diminution de l'âge de la connaissance des produits stupéfiants, du cannabis notamment : il fait ici ses interventions de prévention dans les classes de 6^e, au lieu des classes de 4^e et 3^e en métropole.

C'est donc plutôt la façon dont est consommé le cannabis qui fait la différence avec, d'une part :

- un usage traditionnel du *zamal lontan* par certains habitants des Hauts de l'île, usage récréatif et modéré chez des agriculteurs de plus de 40 ans qui quelquefois *trousse in nafêr* (fument une cigarette de zamal), le soir après la journée de travail ;
- un usage ponctuel, festif, régulier mais contrôlé, usage récréatif chez des personnes bien insérées socialement, hommes et femmes de plus de 30 ans à qui cette consommation ne pose pas de problèmes ;
- une consommation de bang, décoction de feuilles de zamal dans du lait ou du thé : cet usage semble peu développé parmi les jeunes, et concerne plutôt des gens de 30-40 ans qui consomment en groupe pour faire des expériences et voir « jusqu'où on peut aller », ou pour faire une grosse fête ;
- des consommations de gâteaux au zamal, dans un but convivial, assez rares et plutôt le fait de métropolitains ;
- une consommation importante et souvent exclusive de zamal, commençant parfois dès le matin chez des sujets jeunes très désinsérés socialement. Plusieurs informateurs rapportent certaines caractéristiques fréquemment retrouvées chez ces jeunes entre 17 et 25 ans, à savoir :
 - des carences affectives ou une discontinuité des relations affectives, avec une fréquente absence du père ;

- des difficultés familiales et sociales liées à l'explosion fréquente de la famille et des réseaux sociaux existant auparavant ;
- un manque de communication et des difficultés de verbalisation, surtout des états affectifs ; dans ces difficultés d'expression des émotions et de leur ressenti, le zamal aide à se « libérer » ;
- la recherche du plaisir immédiat ;
- le chômage, et souvent l'absence de perspectives d'avenir : l'usage du cannabis correspond alors à une certaine volonté de sortir complètement de la réalité pour masquer ces manques.

Très souvent, il s'agit d'une consommation effrénée : « tant qu'on en a, on consomme », on continue de fumer même quand on a atteint une certaine ivresse cannabique, presque par gourmandise. C'est l'occasion pour les vieux fumeurs de dire que les jeunes « font les gâters¹ ».

En ce qui concerne l'Artane[®], le profil du consommateur régulier est parfois défini ainsi : « C'est un jeune entre 15 et 30 ans, plus ou moins dans la précarité, exclu mais gardant un lien social, surtout familial ou géographique, qui *a priori* ne fait pas de trafic du produit et n'a donc aucune amélioration de ses conditions de vie par ce biais. » La recherche de « défonce » est souvent une motivation, mais certains ne prenant qu'un comprimé par jour, on peut se demander quels sont les effets observés. En général, les consommateurs d'Artane[®] ne sont pas des gens qui viennent d'entrer dans une toxicomanie, mais le plus souvent des consommateurs réguliers de zamal et d'alcool.

Dans l'enquête « bas seuil », 75 % des usagers d'Artane[®] ont moins de 25 ans, tous fument du cannabis (88 % une ou plusieurs fois par jour) et tous consomment de l'alcool quotidiennement. Les consommateurs qui déclarent avoir consommé du Rohypnol[®] dans les six mois précédant l'enquête sont un peu plus âgés, puisque 62 % d'entre eux ont entre 26 et 43 ans, et tous consomment quotidiennement de l'alcool également. C'est parmi les consommateurs de moins de 25 ans que l'on retrouve des usagers des deux produits, Artane[®] et Rohypnol[®].

D'une manière générale, les consommateurs de cachets seraient plus en souffrance, plus « mal en point » que les utilisateurs de zamal uniquement, plus méfiants vis-à-vis de la société dans son ensemble. Les associations de produits sont souvent liées à des problèmes relationnels ou d'environnement, et les professionnels chargés du suivi des jeunes concernés insistent sur la nécessité de la construction d'un cadre relationnel rassurant où la confiance est primordiale.

1. « Gâter » signifie dans ce contexte « gaspiller ».

Comme le dit avec humour un médecin qui suit de nombreux polyconsommateurs : « beaucoup de jeunes tournent en “rond” », avec des « ronds » passant d'un produit à un autre en fonction des disponibilités du marché.

Son prix restant très dissuasif, la cocaïne quant à elle reste plutôt réservée à une population de personnes bien insérées socialement.

Problèmes de comorbidité (données sur la prévalence VIH, VHC)

À la Réunion, l'importance des pathologies liées à des consommations excessives d'alcool fait presque écran à celles qui seraient liées à l'usage de produits psychotropes illicites ou de médicaments détournés de leur usage. Bien que la mortalité liée à l'alcoolisme régresse progressivement à la Réunion, l'Indice comparatif de mortalité de l'alcoolisme, par psychoses et cirrhoses du foie, reste environ trois fois supérieur à celui de la métropole (DRASS, Service Statistique, « Chiffres et indicateurs pour la Réunion » à partir des « Chiffres et indicateurs départementaux du SESI », mars 98).

Étant donnée la spécificité de la toxicomanie sur l'île, rares sont les pathologies qui lui sont liées directement dans les services hospitaliers.

Chez les jeunes fumeurs occasionnels de zamal on rapporte souvent des troubles de l'attention, une certaine apathie, et chez les usagers polyconsommateurs on constate parfois des épisodes d'ivresse avec hallucinations, des troubles du comportement, voire des bouffées délirantes.

L'enquête « bas seuil » nous indique que 23 usagers sur les 26 concernés sont suivis médicalement, par un médecin généraliste pour 78 % d'entre eux, un psychiatre ou un psychologue dans 43 % des cas. Les hospitalisations au cours de la dernière année ont concerné la moitié des répondants : 61 % des usagers hospitalisés l'ont été en service de psychiatrie et 46 % en service d'urgences, certains ayant cumulé plusieurs hospitalisations.

En 2000, le service d'immunologie du CHD de Saint-Denis a accueilli 43 nouveaux séropositifs (contre 33 en 1999), parmi lesquels on note une seule contamination par voie intraveineuse chez un toxicomane, contre 7 en 1999 ; en 2000, sur le total de 499 patients dans la file active, 69 correspondaient à des contaminations par voie IV chez des toxicomanes (presque 14 %), contre 71 sur un total de 442 patients en 1999 (soit 16 %). Dans cette file active, 20 % des patients sont co-infectés au VIH et au VHC.

Parmi les 26 usagers qui ont participé à l'enquête quantitative « bas seuil », 12 ont pratiqué des tests de dépistage : 2 d'entre eux sont co-infectés au VIH et au VHC, 4 autres sont positifs pour l'hépatite C, et 1 pour l'hépatite B.

Un médecin généraliste qui suit plus de quarante patients sous Subutex®, héroïnomanes ou anciens héroïnomanes, note que deux tiers d'entre eux sont infectés par le VHC. Il observe chez certains usagers des problèmes psychiatriques souvent difficiles à caractériser de façon précise, et d'autres à la frontière entre le social et le psychiatrique chez des consommateurs qui « transgressent les limites sociales sans les voir, qui sont dans l'illégalité sans en avoir conscience ».

Par ailleurs, les intoxications aiguës au datura sembleraient en diminution : depuis deux ans aucune n'a été observée au service des urgences du CHD de Saint-Denis qui en recevait auparavant une à deux par an.

Le deal

Le **cannabis** consommé à la Réunion est essentiellement de production locale. Le zamal a trouvé sur l'île un climat propice à sa culture et, en dehors des petites plantations de quelques pieds dans la *kour*, il semble exister une production semi-industrielle chez quelques agriculteurs des hauts de l'Ouest, allant jusqu'à 1 000-2 000 pieds voire plus. Selon certains informateurs, les « gros dealers » qui, il y a quelques années, se fournissaient auprès de plusieurs producteurs semblent maintenant avoir disparu. On manque cependant d'observations fines et objectives à ce sujet et une éventuelle structuration de réseaux d'approvisionnement mériterait d'être mieux étudiée.

En général, les circuits de distribution du cannabis paraissent relativement peu élaborés et présentent un caractère artisanal très disséminé. Ainsi le *deal* prend-il des formes variées : très souvent la vente de zamal n'est pas le fait de dealers au sens strict du terme, mais elle peut être pour un usager un moyen de financer sa propre consommation. Parfois, des groupes de consommateurs s'organisent en se cotisant, chargeant l'un des leurs d'acheter un pied d'une valeur de 500 à 2 000 F chez un producteur des Hauts de l'île. Ailleurs encore, le zamal peut, à la manière des bons vins, faire l'objet d'échanges entre connaisseurs, échanges de qualités différentes (« je te donne un peu de *mang-karot*, tu me donnes un peu de *kalité legrin* ») dont le goût et les effets diffèrent.

Quelques revendeurs proposent à la fois du zamal et des médicaments, mais ce n'est pas toujours le cas. Au contraire de celle du cannabis, en général la vente de médicaments ne se fait pas ouvertement dans la rue et, après les tractations, les revendeurs doivent retourner à leur domicile pour chercher les comprimés demandés.

Plusieurs sources s'accordent à dire que le trafic de **médicaments** prend parfois l'allure d'un troc avec des personnes en général un peu âgées, porteuses d'une

ordonnance pour un produit quelconque (Rivotril® par exemple). Les jeunes leur demandent de faire l'échange d'une partie des comprimés délivrés en pharmacie contre une bouteille d'alcool, la traditionnelle « pile plate » par exemple (petite flasque de rhum), ou un peu d'argent, ou les menacent purement et simplement en les sommant de leur donner les médicaments.

En dehors du détournement de prescriptions, l'Artane® fait l'objet d'un trafic plus organisé en provenance de Madagascar où il est en vente libre ; ce trafic semble compenser le fait que les prescriptions d'Artane® soient maintenant plus difficiles à obtenir, et donc à détourner. Un témoignage unique fait état de l'importation de Subutex® en provenance de Madagascar.

On note par ailleurs une augmentation sensible des effractions de pharmacies à la recherche d'argent et/ou de médicaments psychotropes (Artane®, Rohypnol®, Lysanxia®, Rivotril®, Librium, Atarax®, Tranxène®). Selon une étude, ce type de délit aurait doublé chaque année entre 1997 et 1999. Très souvent, il s'agit d'agressions effectuées en plein jour, sans effraction mais avec menace, par des jeunes qui sont « sous effet ».

Le *deal* de zamal et de médicaments existe dans beaucoup de quartiers, essentiellement dans la rue et certains espaces publics, gares routières et front de mer notamment. On note aussi dans les quartiers urbains l'existence d'un trafic non plus dans des lieux ouverts, mais sur commandes faites à des petits producteurs ou à leurs revendeurs.

Par ailleurs, la cocaïne se vendrait plutôt dans des lieux privés ou à leurs abords (parkings de boîtes de nuit par exemple) et parfois même au domicile du client. Selon un unique témoignage, c'est la première fois cette année que l'approvisionnement en cocaïne de synthèse aurait été régulier et continu. D'autre part, l'approvisionnement d'ecstasy, de LSD ou de speed se fait parfois par colis postaux ou Chronopost en provenance de métropole, ou peut être le fait de gens de passage qui financent une partie de leur voyage par la revente de produits.

Phénomènes émergents

Les choses évoluent lentement semble-t-il et les phénomènes émergents ne sont pas très nombreux en milieu urbain.

Nouvelles populations d'usagers ?

Certains professionnels remarquent cette année la prise en charge médicale de quelques jeunes femmes suivies avec des prescriptions régulières de Rohypnol®. Dans les rares cas observés, il s'agit de femmes d'une trentaine d'années au parcours

difficile, parfois parsemé de problèmes avec la justice, ayant nécessité un soutien médicamenteux.

Plusieurs observateurs rapportent que l'âge de la première consommation de « rond » a tendance à diminuer comme l'âge de la première consommation de zamal : l'initiation se ferait maintenant plutôt au collège qu'au lycée. Mais la consommation reste très liée au budget disponible.

Par ailleurs, on note cette année pour la première fois l'usage de produits solvants (trichloréthylène, éther, solvant de peinture, colle) par des jeunes mineurs, dans la rue, et ce de façon répétée dans une des villes du littoral.

Les contextes de consommation selon les populations

Les consommateurs de zamal en continu ont des contacts en réseau pour chercher « un cent francs » ou une « part deux cents ». Entre fumeurs le classique *koman i lé ?* signifie « qu'est-ce que tu as en ce moment ? ». Le zamal circule dans n'importe quel groupe et s'échange aussi facilement qu'une cigarette. On peut ainsi fumer sans en avoir soi-même, en tapant deux taffes ici et là lors de déplacements dans des espaces différents, jusqu'au moment où le « tapeur » s'entend dire *arrèt füm dan mon poche*. Très souvent, les jeunes usagers s'associent pour acheter le zamal. Si dans un groupe un des membres ne peut pas payer à un moment donné, il demande aux autres *ou na poin in p'ti dépanaz ?*, ultérieurement il devra en offrir à son tour : c'est vraiment le partage.

La consommation de produits psychoactifs est souvent initiée par le zamal, auquel est ensuite associé l'alcool ; les médicaments se surajoutent ensuite pour la « défonce » dans des épisodes brefs.

Artane®, Rohypnol® ou autre, si un « rond » (le cachet en général) fait l'effet, *lé bon mèm*, peu importe alors le nom ou la composition du produit. Entre copains les produits s'échangent à titre d'essai, d'expérimentation. Au contraire du cannabis, qui est maintenant très souvent consommé à visage découvert dans des lieux publics, la prise de cachets se fait en retrait, comme se faisait la consommation de zamal il y a quelques années.

En ce qui concerne les médicaments détournés de leur usage, plusieurs cas de cocktails « coca et cachets » (médicaments dont la nature n'est pas précisée) sont rapportés comme des préparations faites par des jeunes de 15-16 ans, qui les proposeraient à des copains à l'intérieur du lycée à titre d'expérimentation.

Problèmes de comorbidité

■ Sanitaires

On voit apparaître, en médecine libérale notamment, des problèmes cutanés et infectieux au niveau des points d'injections chez des jeunes qui injectent le Subutex®.

Par ailleurs, les professionnels constatent parfois chez les consommateurs de Subutex® des problèmes psychiatriques difficiles à classer, et pour lesquels il est également délicat de déterminer s'ils sont à l'origine de la prise de produits ou s'ils en sont la conséquence.

Certains usagers, auparavant substitués par un traitement au Subutex® souvent mal adapté et qui passent à un traitement substitutif par méthadone, notent par contre une amélioration de leur santé avec un arrêt des injections, souvent même à leur grand étonnement, et développent un projet de vie moins centré sur le produit initialement consommé. Notons que jusqu'à la fin de cette année la primo-prescription se fait encore de façon incontournable en métropole et seul le renouvellement de l'ordonnance peut se faire sur l'île.

■ Sociaux

Par rapport à l'année 2000, l'augmentation des saisies de certains stupéfiants, Artane® et cannabis notamment, est nette. Alors que 2 780 comprimés d'Artane® avaient été saisis en 2000, plusieurs saisies ont été particulièrement marquantes en 2001 : l'une en avril, d'un jeune homme de 20 ans arrêté en provenance de Madagascar à l'aéroport de Gillot avec 2 320 cachets d'Artane®, l'autre en août, avec 10 640 comprimés transportés par une jeune femme également en provenance de Madagascar.

D'importantes saisies de cannabis sont également à noter, notamment au mois de septembre celle à Tan Rouge, dans les Hauts de l'île, de 2 900 pieds de zamal et 90 kg d'herbe séchée, l'autre à Grand-Ilet de 930 plants de zamal.

Dans le domaine des retombées sociales on peut par ailleurs remarquer l'importance de la prise de médicaments, seuls ou associés, souvent mise en avant par des jeunes entre 20 et 30 ans pour expliquer une conduite délictueuse : *Mi rapèl pa, moin l'été sous zeffè*, etc. Cette prise de psychotropes sert plus ou moins de justification à leur conduite et au passage à l'acte (vols, racket, vols avec violence, etc.), puisqu'ils disent ne plus savoir ce qu'ils font quand ils sont sous effet : les drogues seraient ici utilisées pour leurs effets désinhibiteurs au moment du passage à l'acte.

Au centre pénitentiaire du Port, 68,5 % des personnes incarcérées sont concernées par un problème de toxicomanie (alcool 40 %, zamal 36 %, Artane® 10 %,

benzodiazépines 11 %) et dans 67 % des cas il s'agit de polyconsommation, qui touche essentiellement des sujets jeunes : 38 % des usagers polytoxicomanes ont entre 15 et 20 ans, 41 % entre 21 et 30 ans, 14 % entre 31 et 40 ans. On note par ailleurs que le produit principal consommé varie en fonction de l'âge : il s'agit surtout du zamal entre 15 et 20 ans, d'alcool et de zamal à parts égales entre 21 et 30 ans, alors qu'après 31 ans c'est l'alcool qui devient prépondérant.

Dans les cas de polyconsommation, il s'agit dans 40 % des cas de mélanges alcool, zamal et Artane®, dans 23 % des cas d'association alcool, zamal et benzodiazépines, et dans 37 % des cas de mélange alcool et zamal sans adjonction de médicament. Dans l'ensemble de la population, la majorité des jeunes consommateurs d'Artane® déclare l'associer de façon quasi systématique à l'alcool, mais de façon surprenante 45 % des détenus affirment ne consommer que de l'Artane®.

De l'avis de nombreux professionnels il semble que beaucoup de zamal pénètre à l'intérieur même de la prison, introduit dans des balles de tennis par exemple et lancé dans les cours. De nombreux détenus déclarent d'ailleurs : *le zamal c'est pas une drogue, le zamal, c'est normal.*

LES PRODUITS

État des lieux

Le cannabis

Plusieurs enquêtes permettent de faire le point sur la fréquence de l'usage de cannabis ou son expérimentation, notamment l'enquête ESCAPAD 2001 réalisée auprès de jeunes garçons et de jeunes filles âgés de 17 à 18 ans lors des Journées d'appel et de préparation à la défense (JAPD). Cette enquête a concerné plus d'un millier de jeunes au cours du mois d'avril 2001.

L'enquête ESCAPAD révèle qu'un garçon sur trois et une fille sur cinq déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, en moyenne entre 15 et 16 ans. Cet écart entre les deux sexes se maintient pour des usages plus récents puisque 26 % des garçons et 13 % des filles déclarent au moins une consommation au cours des 12 derniers mois, et respectivement 18 % et 6 % au cours des 30 derniers jours.

Parmi les consommateurs de cannabis, 17 % des garçons sont des usagers occasionnels (entre 1 et 9 usages au cours des 12 derniers mois), 3 % des usagers répétés (au moins 10 usages dans l'année, mais moins de 10 dans le mois), et 6 %

des usagers réguliers (au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours), contre 11 % d'usagers occasionnels chez les filles, et 2 % d'usagers répétés.

L'enquête Baromètre Santé Réunion 1999/2000 réalisée en population générale auprès des 15-75 ans avec un protocole identique à celui de la métropole nous éclaire sur la fréquence de l'expérimentation du cannabis au cours de la vie qui est de 13 % (environ 20 % en métropole), tandis que 4 % des personnes interrogées déclarent avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois ; l'âge moyen de l'initiation est de 19 ans, quel que soit le sexe.

L'enquête confirme que cette consommation est fortement liée au sexe (près d'un homme sur quatre a expérimenté le cannabis, mais moins d'une femme sur dix) et à l'âge (si 12 % des hommes âgés de 15 à 19 ans l'ont expérimenté, ils sont 35 % entre 20 et 25 ans), mais aussi à la catégorie socioprofessionnelle (plus de 33 % des cadres ont expérimenté le zamal, contre 5 % des ouvriers) et au niveau d'étude (27 % des gens ayant un diplôme supérieur au baccalauréat ont consommé du cannabis au cours de leur vie contre seulement 5 % des personnes n'ayant aucun diplôme).

Par ailleurs, 21 % des hommes et 8 % des femmes résidant en zone urbaine ont expérimenté le cannabis au cours de leur vie, contre 13 % des hommes et 4 % des femmes résidant en zone rurale ; 24 % des personnes âgées de 15 à 30 ans ayant un travail déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, contre 17 % des chômeurs de cette même classe d'âge, 14 % des écoliers ou étudiants, et 11 % des inactifs.

De façon quasi systématique les prévalences observées à la Réunion parmi les garçons et les filles âgés de 17-18 ans se situent à des niveaux largement inférieurs à ceux relevés en métropole, en particulier pour les trois produits les plus consommés (tabac, alcool, cannabis), pour les expérimentations comme pour les usages plus récents ou plus fréquents.

L'enquête DRASS-Saint-Denis de 1997 en milieu scolaire montrait déjà des prévalences inférieures à celles observées en métropole pour les drogues illicites et les résultats du Baromètre Santé confirme cette tendance, ce qui témoignerait d'un usage de cannabis plus généralisé et régulier en métropole qu'à la Réunion.

Ces chiffres, moindres qu'en métropole, sont étonnants, pourtant, le sentiment largement partagé par les observateurs est une grande banalisation de la consommation de zamal, jugée plus fréquente et plus visible ces dernières années. À noter que l'île étant zone de production, l'accès au produit est très facile en général. Ce décalage mériterait sans doute d'être étudié plus finement pour cerner la part d'une sous-déclaration, dans un contexte où être fumeur de cannabis resterait moins acceptable ici qu'en métropole.

Le cannabis pousse facilement dans les hauteurs de l'île, et nombreuses sont les cours qui abritent quelques pieds de zamal, parfois appelé *zam*, *zafèr*, *in p'ti kalité péi*. Des appellations variées permettent de distinguer de nombreuses variétés entre la « paille » (uniquement des feuilles pauvres en THC, sans têtes) et la *kalité*, les plus recherchées étant les plus concentrées, qui s'appellent *kalité legrin*, avec beaucoup de grains et peu de résine, *kalité filaman* : filament rouge, filament jaune et filament mauve en fonction de la coloration des poils remplis de résine qui se trouvent dans la fleur, *kalité mang-karot* à cause de son odeur et de son goût particuliers, ou encore les plus fortes qui sont les *kalité sèkopié*, pied dont la résine a séché, et *kalité batatèr* ou *kalité lo diabl*.

Le zamal est donc un produit facilement accessible, sauf peut-être pour les touristes de passage, et les points de vente sont nombreux et disséminés dans l'île. Les prix sont cependant variables en fonction de plusieurs facteurs : la saison, la qualité vendue, le lieu de vente et sa proximité avec les lieux de production, et les relations existant entre acheteur et vendeur. Hors saison un seul joint de bonne qualité peut coûter jusqu'à 100 F, alors qu'un rouleau de « paille » coûtera 100 F pendant la bonne saison et pourra même être offert au moment de l'achat de « zamal de qualité » (le rouleau est l'équivalent de 10 joints d'herbe pure).

Au contraire de la métropole, le zamal est ici presque exclusivement consommé sous forme d'herbe et en général chez les Créoles sans adjonction de tabac. Pour *trousse in nafèr* très souvent deux copains participent. L'un colle ensemble deux feuilles de papier à rouler, l'autre émiette dessus les têtes de zamal et le joint est ensuite roulé sans ajout de filtre ni tabac. Celui qui a roulé le pétard l'allume en général, mais il peut l'offrir à un des membres présents.

L'usage et la revente de « shit » semblent rares mais ont été régulièrement observés ces dernières années de façon stable. Ce « shit » est un grand voyageur : il vient d'Inde, d'où il est transporté à Zanzibar puis à Mayotte avant d'être importé à la Réunion. Acheté environ 13 F le gramme à Mayotte, sa qualité est jugée bonne et ses effets seraient comparables à ceux de l'herbe locale. Notons ici qu'une récente analyse de zamal réunionnais réalisée par Médecins du Monde indique que la concentration en THC est de 13,6 %, une teneur très élevée et équivalente à celle d'une résine classiquement retrouvée en métropole.

Les effets recherchés lors de la consommation de cannabis varient en fonction des consommateurs, les usagers réguliers cherchant avant tout l'effet « cool » tandis que les polyconsommateurs recherchent plus un renforcement de l'ivresse.

L'Artane®

L'enquête ESCAPAD 2001 nous révèle qu'en dehors du cannabis les expérimentations d'autres produits restent très rares et plus souvent masculines, à l'exception notable des médicaments psychotropes désignés dans le questionnaire comme « médicaments pour les nerfs, pour dormir » : à la Réunion, à 17-18 ans, seul un garçon sur dix en a déjà pris, contre une fille sur quatre. Précisons qu'aucune mention particulière de l'Artane® n'était faite et que cette question était peut-être envisagée dans le cadre de prescriptions médicales uniquement. Il faudrait peut-être envisager une adaptation locale du questionnaire par une question sur la consommation de *médicament qui mette l'effè* par exemple.

Dans cette étude, les expérimentateurs de médicaments psychotropes ont par ailleurs plus souvent expérimenté le cannabis (43 % contre 29 % chez les garçons, 31 % contre 16 % chez les filles). Concernant les associations, 19 % des garçons et 10 % des filles ont déjà pris ensemble du cannabis et de l'alcool, tandis que respectivement 7 % et 6 % ont déjà mélangé de l'alcool et des médicaments.

Dans le cadre du Baromètre Santé, 0,4 % des personnes interrogées ont déclaré avoir consommé de l'Artane® ou du Lepticur® au cours de leur vie.

Si la consommation d'Artane® est ancienne à la Réunion, elle reste mal explicitée. De l'avis de certains professionnels, elle semblerait la conséquence de prescriptions médicales plus ou moins justifiées il y a plus d'une vingtaine d'années, l'Artane® étant à cette époque largement utilisé comme correcteur des neuroleptiques. Ce médicament est en principe rarement consommé seul, l'alcool étant en général associé pour faire monter les effets de l'Artane® lors d'une prise concomitante des deux produits. Certains usagers prennent plusieurs comprimés d'Artane® dans la journée pour relancer l'effet dès que la descente s'amorce : dans la grande majorité des cas les associations de produits et l'utilisation de produits de régulation se font pour une maximalisation des effets. En effet, à la Réunion les jeunes ne régulent pas « vers le bas », pour calmer ou adoucir des effets jugés « négatifs », et lorsqu'ils prennent un régulateur c'est uniquement pour obtenir le maximum d'effets « positifs » de l'association de plusieurs substances.

Les gros consommateurs d'Artane® ne l'ingèrent pas avec de la bière mais avec du rhum : souvent ils mettent le comprimé sur la langue à l'extérieur de la « boutique » dans laquelle ils entrent ensuite pour prendre leur verre de rhum. Certains jeunes, par contre, mettent le comprimé directement dans un verre de bière pour le dissoudre et accélérer ainsi les effets de l'alcool.

Selon certains usagers, l'Artane® augmenterait la « pêche », il exacerberait l'état mental initial. Nombre d'entre eux disent que le mélange Artane®-alcool

leur permet de « planer » un peu, d'être *stone*, euphorique, tandis que certains professionnels, des éducateurs notamment, constatent chez les jeunes qui utilisent zamal, alcool et Artane® en association une augmentation de l'agressivité et un repli sur soi.

Dans la thèse précédemment citée, l'auteur rapporte les effets suivants de l'Artane® : l'effet *cool*, association d'un effet anxiolytique, calmant, permettant de supporter stress et contrariétés avec une égale humeur, et d'un effet psychostimulant donnant l'impression de faciliter les opérations mentales par des effets euphorisants ; et la « défonce » pour une prise supérieure à deux comprimés, avec un effet psychodysléptique plus ou moins intense, des épisodes hallucinatoires, voire des bouffées délirantes.

Un médecin généraliste nous rapporte cette « parabole du cyclone », témoignage de rue recueilli chez un usager d'Artane® :

« Je bois de l'alcool, 2-3 "dodo" (bière blonde locale) ou du rhum, et ça tourne comme le cyclone. Puis je prends l'Artane®, et là je suis toujours dans le cyclone mais dans l'œil du cyclone : c'est calme. Après je mets l'effet avec le zamal : le zamal c'est de la fumée, et selon que la fumée se dirige vers l'œil ou la périphérie, ça tourne ou c'est calme. »

D'autres effets spécifiques de l'usage d'Artane® sont souvent déclarés :

« Ça me permet de mieux tenir l'alcool et de retarder l'ivresse », « en cas de contrôle à l'alcootest ça me permet d'être négatif après avoir bu de l'alcool », « avec mon tantine [ma copine], ça me permet de tenir plus longtemps au lit ».

Les prix de l'Artane® sur le marché semblent stables et se situent aux alentours de 20 F le comprimé de 15 mg, le plus recherché, et 10 F le comprimé de 5 mg.

L'héroïne

Le Baromètre Santé fait état d'une fréquence d'expérimentation de l'héroïne dans la population générale de 0,1 % contre 0,6 % en métropole, cette fréquence étant, selon l'enquête ESCAPAD, de 1 % chez les jeunes de 17-18 ans. Sur un total d'environ 1 200 patients suivis dans le service d'addictologie du CHD, une dizaine seulement sont usagers d'opiacés alors que dans le service d'immunologie qui accueille les patients VIH, 150 usagers de drogues sont suivis, dont environ 30 % d'héroïnomanes, soit à peu près 45 usagers.

L'usage d'héroïne semble concerner avant tout des gens âgés de 25 à 35 ans, d'origine métropolitaine, quelques Réunionnais ayant séjourné assez longtemps en métropole où ils ont été en contact avec le produit, et des gens d'origine mauricienne. La voie injectable est la voie prépondérante d'administration dans cette population.

Parallèlement, on note un autre mode de consommation de l'héroïne chez de jeunes métropolitains essentiellement : il s'agit d'une utilisation de type *rave*, où l'héroïne est prise après un peu d'alcool et sniffée, pour éviter les descentes désagréables après la prise de speed ou d'ecstasy.

L'héroïne reste peu fréquente sur l'île et son approvisionnement est irrégulier et discontinu, ce qui représente à la fois un avantage et un inconvénient pour le consommateur. Avantage, car le risque de dépendance est moindre, inconvénient, car l'usager est d'une certaine façon toujours en sevrage de fait et en recherche de produits de substitution : Subutex®, médicaments codéinés, et surtout alcool. Le mode d'intoxication à l'alcool semble alors particulier avec une recherche systématique de l'ivresse et de l'effet déprimeur du produit.

Le prix d'un gramme de « blanche », en provenance de métropole et très rarement disponible, se situerait aux alentours de 800 F, tandis qu'un gramme de brown importé de l'île Maurice coûte entre 500 et 600 F.

La cocaïne

La cocaïne reste rare à la Réunion et son usage semble restreint à des cercles d'initiés bien insérés socialement. Selon le Baromètre Santé son expérimentation dans la population générale est de 0,1 %, contre 1,3 % en métropole, alors que chez les jeunes de 17-18 ans elle est de 2 % (enquête ESCAPAD).

Il s'agit essentiellement de cocaïne de synthèse, parfois importée par des gens de passage dans l'île et revendue localement. Le prix d'un gramme se situe entre 800 et 1 000 F ; mais, lors de rares arrivages plus importants quantitativement, 5 g sont revendus 2 500 F, soit 500 F le gramme.

Le Néocodion®

Le Néocodion® ou « Néoco » est utilisé comme produit de « substitution sauvage » par des consommateurs d'opiacés, mais aussi comme produit principal par quelques usagers, et ce à fortes doses (jusqu'à 6 boîtes par jour). Les comprimés sont parfois lavés pour réduire les problèmes stomatologiques liés à son usage, à savoir la formation de caries et une insensibilisation locale.

Il semblerait en fait que les usagers qui disent utiliser le « Néoco » par défaut quand les opiacés ne sont pas disponibles en consomment finalement sur l'année beaucoup plus souvent que leur produit de référence du fait de la rareté et de l'irrégularité d'approvisionnement du brown dans l'île.

Le Rohypnol®

Le Rohypnol® est consommé par des jeunes habitués de la consommation de médicaments détournés de leur usage en quête de défonce, et par des hommes plus âgés, entre 30 et 40 ans. Selon certains usagers, la consommation de Rohypnol® rendrait vigilant, « agile », donnant un sentiment de toute-puissance et serait à ce titre utilisé sciemment avant de commettre des vols par exemple.

Comme les autres médicaments, il est presque toujours associé à l'alcool dans une recherche de potentialisation des effets et souvent au zamal. Mais son usage semble moindre cette année car la prescription sur ordonnance sécurisée depuis le mois de février 2001 rend le produit moins disponible sur le marché, ce qui se traduit par une augmentation du prix du comprimé entre 20 et 30 F.

Le Subutex®

En 2000, environ 150 personnes étaient suivies pour un traitement substitutif par Subutex®, mais son usage détourné semblait très marginal. Cette situation paraît maintenant évoluer et son usage hors traitement semble plus diffus, s'inscrivant dans une recherche de défonce chez des usagers polyconsommateurs dont l'âge se situe entre 20 et 30 ans. À ce titre, la consommation de Subutex® sera traitée de façon plus détaillée avec les produits nouveaux.

L'ecstasy

Le Baromètre Santé nous apprend que seules 0,5 % des personnes interrogées dans la population générale ont expérimenté l'ecstasy au cours de leur vie (elles sont 1,3 % en métropole), tandis que 2 % des garçons de 17-18 ans l'ont expérimentée selon les résultats de l'enquête ESCAPAD.

La consommation d'ecstasy semble jusqu'alors limitée à l'espace festif techno ou à des fêtes privées, et serait surtout le fait d'adultes entre 30 et 35 ans, essentiellement d'origine métropolitaine, qui constituent l'essentiel du public de ces fêtes. Les comprimés sont vendus environ 150 F l'unité. Mais le produit serait maintenant de plus en plus fréquent et disponible, et fait l'objet de commandes par Chronopost à l'occasion de fêtes privées.

Les solvants

L'usage des solvants reste très ponctuel et il ne semble pas bien vu par la majorité des jeunes consommateurs de produits illicites. Ils ne rejettent pas pour autant l'un des leurs qui « tourne à ça », mais trouvent que *lé mol, c'est la chimie*. Pourtant, dans l'enquête ESCAPAD 2001, 3 % des garçons et 1 % des filles déclarent avoir déjà expérimenté des produits à inhaler ou sniffer.

Les usagers sont en général des jeunes, collégiens et lycéens qui sniffent le produit à l'aide d'un chiffon.

Phénomènes émergents

Nouvelle préparation

Le **cannabis** est maintenant un peu plus souvent mélangé à du tabac car le zamal vraiment arrivé à maturité est plus rare qu'auparavant et coûte donc un peu plus cher. Cette tendance vaut d'ailleurs aux jeunes de se faire *moucater* par les anciens : « *Té, sa sé pa du fumeur sa, sé du gâteur ! té, nou téi fume, nou téi prend 2 feuilles job, téi met zamal dan, fini èk ça, mé lé moune koméla, i met taba èk zamal, sé du gâteur sa !* » (Ce ne sont pas de vrais fumeurs ceux-là, ce sont des gâcheurs ! Nous quand on fumait, on prenait deux feuilles Job, on mettait le zamal dedans, et fini, mais les jeunes de maintenant y mettent du tabac avec le zamal, c'est des gâcheurs !)

Nouveau contexte

Plus que le contexte de consommation, ce qui change actuellement ce sont les effets recherchés, pour lesquels on note une « montée » très nette : comme ce n'est plus la « dodo » qui est recherchée mais la « Despé » ou Desperado, une bière plus forte, ou un rhum très fort de fabrication artisanale. En ce qui concerne le zamal, ce n'est plus la paille qui est recherchée mais la « qualité » pour pouvoir « se casser la tête ».

Nouveau mode d'administration

Le **Subutex®**, utilisé hors prescription médicale est pris par voie buccale principalement, mais certains utilisateurs l'injectent parfois en « dépannage » quand ils n'ont rien d'autre. Ce sont en général des métropolitains récemment arrivés sur l'île.

Certains consommateurs de **cocaïne** préfèrent se l'injecter car alors ils « la sentent mieux » (« la coke quand tu l'injectes, c'est trop bon ! ») et ils ont moins l'impression de gaspiller un produit qui reste très cher.

Nouveaux produits

1 - Un des produits d'utilisation récente sur l'île est le **Rivotril®**, substance « à la mode » dont l'usage détourné est signalé depuis environ trois ans ; sa diffusion semble parallèle à la diminution progressive du Rohypnol® sur le marché.

Des consommations de Rivotril® en scène ouverte, distributions du produit sous forme de gouttes à des jeunes attendant leur tour en file indienne, sont ainsi décrites à plusieurs reprises.

2 - Auparavant, le **Subutex®** était connu des seuls héroïnomanes, anciens ou nouveaux, mais depuis cette année ce produit est de plus en plus connu des jeunes de certains quartiers défavorisés, qui n'ont jamais été héroïnomanes, ne sont jamais allés en métropole ou à Maurice et n'ont jamais été en contact avec le produit.

Bien que son usage ne soit pas encore fréquent, le **Subutex®** ou « Subu » est le dernier produit arrivé sur le marché des médicaments détournés de leur usage. En tant que nouveauté, il est attrayant au moins pour un essai et fait parfois l'objet d'échanges entre copains. Parmi les usagers, le concept du « rond » est clair : pourvu qu'un produit donne de l'effet, qu'on puisse « se hisser » avec ça, c'est bon à prendre, peu importe sa composition. Le Subutex® utilisé par voie sublinguale rentre donc dans certaines consommations à ce titre.

Cependant, le Subutex® est parfois utilisé par voie injectable, en général par des usagers familiarisés avec les opiacés. Ainsi, certains patients héroïnomanes venus de métropole pour décrocher l'ont fait dans un premier temps, puis ont repris une conduite addictive par injection de Subutex®, lui associant souvent une grosse consommation de zamal et d'alcool. Selon certains consommateurs, le Subutex® garderait une image assez négative liée aux effets secondaires de l'injection (veinites douloureuses notamment), et aux effets obtenus jugés de mauvaise qualité et qui entretiennent la dépendance à l'injection, voire qui la ravive chez des sujets ayant arrêté toute pratique d'injection auparavant.

Une dizaine de patients du service d'addictologie étaient sous Subutex® lors de leur hospitalisation pour sevrage de cette consommation ou pour sevrage d'alcool. Pour trois d'entre eux seulement cette prescription semblait justifiée, les autres

avaient « abusé » leur médecin pour se le faire prescrire ou se l'étaient procuré au marché noir.

Il semble que beaucoup de médecins, dont des généralistes qui sont en première ligne face aux usagers, ne sont pas préparés à l'utilisation du Subutex® pour les jeunes toxicomanes, et ne manipulent pas bien leurs prescriptions. Certains patients, sous-dosés mais qui n'osent pas en parler, seraient alors obligés d'aller voir un autre médecin pour obtenir la dose qui leur est nécessaire, sans en faire de trafic pour autant.

Ce fait n'exclut pas la réalité de la revente d'une partie de leur prescription par quelques patients et d'ailleurs certains pharmaciens déclarent « avoir plus l'impression d'être dealer en délivrant du Subutex® qu'en délivrant de la méthadone » qui nécessite un vrai suivi du patient.

On voit donc une augmentation du nombre de jeunes en difficulté d'insertion socioprofessionnelle, qui n'ont jamais utilisé d'opiacés auparavant et qui consomment par voie sublinguale du Subutex® acheté sur un embryon de marché noir dans les grandes villes du littoral, à un prix variant entre 30 et 50 F le comprimé de 8 mg.

Autres médicaments

De rares témoignages font état de la consommation de Stilnox® et de Dépakine® par de jeunes toxicomanes, toujours en association avec de l'alcool et parfois du zamal.

La rose des bois

Encore appelée liane d'argent, Baby Hawaiian Woodrose ou *argyreia nervosa* de son nom savant, la rose des bois est la nouvelle venue dans l'espace festif. C'est une liane très répandue dans les ravines et la plante utilisée dans un but récréatif n'est qu'une des variétés de la rose, certaines beaucoup plus grosses étant utilisées comme ornement.

Cette rose des bois se présente comme une grappe de petites boules séchées à l'intérieur desquelles on trouve une sorte de poussière marron entourant 2 ou 3 graines. Celles-ci peuvent être mâchées directement, mais une information fait état d'une préparation en gélules (qui seraient vendues 50 F l'unité) de la façon suivante : en grattant la cosse de la graine entre les doigts celle-ci devient blanche, ce qui diminuerait les maux de ventre après absorption, puis on écrase les graines avant de mettre en gélule l'équivalent de 2 à 3 d'entre elles.

La rose des bois serait utilisée en Polynésie lors de rituels sacrés à l'occasion desquels les chamans consommeraient entre 5 et 50 graines, à la recherche d'un état de transe et de visions. Le principe actif isolé est le LSA ou *lysergic acid amine* en anglais.

L'effet décrit à la Réunion est un effet « speed », avec modification de l'état de conscience, et des perceptions plus « éclatantes » des couleurs surtout et des sons, sans véritable hallucination. Certains usagers consomment ces graines en association dans un « cocktail personnel » mêlant ecstasy, Rohypnol® et rose des bois.

Tout en étant bien accueillie par les usagers qui l'ont expérimentée, car c'est un produit naturel, pas « traficable » et dont l'effet est réel, la rose des bois véhicule chez certains une part d'inquiétude : en effet, la question se pose pour les utilisateurs d'une éventuelle dangerosité ou toxicité des autres variétés de la plante que l'on trouve de façon très répandue au fond des ravines.

On est encore à la période de découverte et d'expérimentation entre amis (« goûte ça, c'est nouveau ») sans qu'il y ait le plus souvent d'échange d'argent autour du produit.

Nouvelles associations de produits

Elles concernent les nouveaux produits, notamment le **Subutex®** qui est régulièrement associé à une forte consommation d'alcool (bière, rhum, whisky), l'alcool étant clairement utilisé pour ses effets potentialisateurs. L'association de cannabis est également fréquente.

Quelques observations d'association de Subutex® et de Néocodion® ont été rapportées, et parfois le mélange de Subutex® et de Stilnox® pour majorer les effets.

LES PERCEPTIONS

Concernant le **cannabis**, nous avons vu que les perceptions ont évolué au fil des années dans la population générale. Parmi les usagers, il semble que la consommation de cannabis par des filles reste mal vue : celles-ci sont mal considérées par les garçons, et, contrairement à eux, elles ne consomment pas dans des lieux ouverts ou en public. En effet, l'idée qu'une consommatrice de zamal ne sache pas s'occuper de ses enfants ou de sa case reste tenace dans les esprits. Par contre, s'il y a quelques années les filles étaient très peu nombreuses à accepter de sortir avec un *zamalien*, elles semblent moins réticentes à le faire maintenant, à condition qu'il s'agisse d'une consommation exclusive de zamal, sans association aux médicaments ou à l'alcool.

En effet, par opposition à l'alcool, souvent consommé par les parents et associé à des violences intrafamiliales notamment, le cannabis a l'image d'un produit plus doux, qui ne génère pas d'agressivité. Chez les garçons, il est parfois consommé pour accroître les performances sexuelles et il est crédité de nombreuses vertus : ainsi

par son effet broncho-dilatateur : en faisant tousser le zamal dégagerait les bronches et ferait régresser la grippe : « c'est médicinal ».

Les perceptions des **produits médicamenteux** sont variables : pour beaucoup « la chimie » (tous les comprimés en général) n'est pas bonne, d'abord parce qu'elle n'est pas naturelle, au contraire du zamal par exemple. La « chimie » est particulièrement mal vue par les « vieux », adultes consommateurs exclusifs de zamal, qui disent parfois aux jeunes : « Arrête, tu mets du chimique, ça va pas, t'es fou, c'est de la merde, fais pas ça... » L'usage de cachets correspond selon certains informateurs à un phénomène de mode qui incite les jeunes à tout utiliser, quel que soit le produit, plus que l'effet l'important étant d'« avoir » le produit.

Au royaume des médicaments, l'**Artane®** reste le produit de choix car il est connu et utilisé depuis très longtemps sur l'île, et donc mieux « intégré » que les autres médicaments qui font parfois un peu peur encore.

Ainsi, le **Rohypnol®** garde pour beaucoup de jeunes une image plutôt négative, la perte de contrôle de ses propres actes sous effet du produit étant pour eux inquiétante. D'autres usagers par contre recherchent ce médicament justement pour son « effet Rambo » qui permet de se sentir surpuissant, invincible, permettant éventuellement d'aller « tout casser » et laisse une amnésie des faits récents, effectués sous effet.

La perception de la **cocaïne**, quant à elle, semble positive ; elle est considérée comme le produit « top » par le public noctambule et est de plus en plus recherchée ; c'est la drogue de l'élite qui reste, vu son prix, encore peu accessible. Selon certains observateurs, si elle était un jour plus largement disponible, plus accessible et donc moins chère, la cocaïne verrait son usage s'étendre facilement.

Le **Néocodion®** garde pour sa part une perception assez négative au niveau des effets ressentis, souvent qualifiés de « pas terribles », mais sa facilité d'accès, son prix et la dépendance engendrée font que globalement le nombre de consommateurs évolue peu.

La perception de l'**héroïne** utilisée par voie injectable semble toujours assez négative et véhicule la peur du VIH et du VHC. Le « shoot » a mauvaise presse chez les jeunes Réunionnais, car il « abîme le corps » ; or, l'apparence et l'image que l'on donne de soi sont extrêmement importantes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

On peut noter ici plusieurs faits marquants pour cette année 2001 :

- au niveau de la répression, des saisies importantes de production locale de cannabis et de trafic d'Artane® en provenance de Madagascar ;
- l'ouverture du CIRDD et du Centre d'accueil « bas seuil » de Saint-Paul ;
- l'ouverture des CCAA de Saint-Benoît et Saint-Paul.

L'année 2002 sera marquée par l'ouverture du CSST de Saint-Paul en complément du CABS, un événement salué par les professionnels de soins aux toxicomanes, pour qui une telle structure s'avère nécessaire sur l'île où 37 patients étaient sous méthadone au deuxième trimestre 2001 (contre 18 à la même époque en 2000), et 144 sous Subutex®.

La nécessité de développer un langage commun autour des addictions est reconnue par tous les professionnels concernés par la toxicomanie, comme l'a prouvé le succès du colloque *Pour une culture commune sur les addictions à la Réunion* organisé au mois de juin, ainsi que le besoin d'un travail en réseau entre acteurs du monde répressif, de la prévention ou du soin.

Dans cet esprit, on peut noter la mise en place progressive depuis trois ans d'un programme de prévention élaboré par une équipe québécoise, le programme PRISME. Ce programme s'appuie sur une nouvelle approche pédagogique, l'apprentissage expérientiel, c'est-à-dire par l'expérience vécue lors d'ateliers de « mise en situation ». Destiné en principe aux classes de 6^e et de 4^e des collèges, ce programme est adapté à la réalité locale par les premiers coordinateurs en prévention qui ont été formés, et parfois introduit dès les classes de CM2 dans certaines écoles primaires de la région Ouest.

À l'heure actuelle, 30 coordinateurs en prévention ont été formés ces deux dernières années, et certains d'entre eux ont mis en place ce programme avec la participation active de parents bénévoles dans des écoles et collèges du Port, de la Possession, de la Rivière des Galets, de Saint-Paul et du Tampon. Parallèlement, 240 personnes de l'Éducation nationale ont reçu une formation de deux jours de « sensibilisation à la prévention des conduites à risque en milieu scolaire ». Cette

formation sera poursuivie ces prochaines années afin que dans tous les collèges de l'île des membres du personnel (infirmières, assistantes sociales, CPE, principal ou principal adjoint) soient sensibilisés à cette problématique.

L'ampleur de la polytoxicomanie à la Réunion et la diffusion plus importante cette année de la consommation de nouveaux produits détournés de leur usage, Subutex® et Rivotril® notamment, incitent à une plus grande vigilance et soulignent la nécessité d'une meilleure information et d'une formation plus efficace des médecins généralistes qui se sentent souvent isolés et perdus face à la demande de certains patients, mais aussi des médecins hospitaliers, des pharmaciens et des travailleurs sociaux.

En effet, un des gros problèmes de la Réunion en matière de toxicomanie est la préparation inadéquate de beaucoup de praticiens face aux demandes des usagers polyconsommateurs : on peut voir par exemple des prescriptions de Rivotril® pour « sevrage » à l'Artane®. En l'absence d'un nombre suffisant de structures adaptées pour l'accueil et le suivi des usagers, ceux-ci sont souvent traités de façon inappropriée. Dans ce contexte, beaucoup de professionnels sont confrontés aux difficultés du repérage et du suivi des consommateurs de médicaments qui échappent à toute structure. Des médecins se posent alors la question de la légitimité de la prescription encadrée de certains médicaments. En effet, dans certains cas, la prescription médicale qui autorise un suivi régulier de l'utilisateur pourrait sembler préférable à l'approvisionnement au marché noir, où les jeunes ne sont pas accessibles, ou à un certain vagabondage médical qui se fait sans accompagnement.

À cette formation souvent inadéquate de nombreux professionnels du soin s'ajoute un manque d'acteurs de terrain, éducateurs en prévention spécialisée (éducateurs de rue) et autres travailleurs sociaux en particulier. Ces faiblesses souvent soulignées mériteraient une réflexion approfondie à la recherche de solutions réalistes et efficaces.

Par ailleurs, compte tenu de l'importance de la consommation d'Artane®, et sa perception relativement positive, une étude spécifique du type de celle réalisée cette année par l'OFDT en métropole sur la consommation de Rohypnol® serait peut-être intéressante à envisager, afin de mieux comprendre et donc de mieux accompagner les usagers.

Enfin, le développement de l'espace festif techno et des consommations qui y sont liées rend légitime et nécessaire une mission d'observation spécifique de ces phénomènes. Médecins du Monde a entrepris une telle action afin d'évaluer les besoins d'informations et les demandes en matière de *testing* notamment.

TOULOUSE

CONTRIBUTIONS AU PROJET	605
REMERCIEMENTS	606
PRÉFACE	607
INTRODUCTION	609
REPÈRES	613
LE CONTEXTE RÉGIONAL ET L'AIRE URBAINE DE TOULOUSE	613
LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES LICITES ET ILLICITES EN MIDI-PYRÉNÉES : DES REPÈRES	614
LES ESPACES ÉTUDIÉS	619
LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES	623
ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001	627
LES USAGERS DE PRODUITS	627
LES PRODUITS	646
LES AUTRES PRODUITS CONNUS SUR LE SITE	671
CONCLUSIONS	681
ESPACE URBAIN	681
ESPACE FESTIF	681
PRODUITS ÉMERGENTS	682
SITE TREND TOULOUSE	682
BIBLIOGRAPHIE	683

CONTRIBUTIONS AU PROJET

Coordonnateur du site

Serge Escots

Rédaction du rapport

Serge Escots

Contribution à la rédaction du rapport

Françoise Cayla

Saloua Chaker

Georges Fahet

Josiane Sabatié

Équipe TREND-Toulouse GRAPHITI-ORSMIP

Thibaut Bouillie

Françoise Cayla

Saloua Chaker

Dominique Daubagna

Serge Escots

Georges Fahet

Marie Musset

Josiane Sabatié

Participation au rapport 2002

Jean-Luc Arnaud (Intermède, Clémence Isaure), Jean-Luc Azama (médecin généraliste), Karl Barange (CHU Purpan, pôle référence hépatite C), Jacques Barsony (RVHT), Gérôme Boucard (Centre Maurice Dide), Chantal Camilleri (secteur VIII, CHS Marchant), Robert Campini (Intermède, Clémence Isaure), Claude Cayrac (équipe technique régionale Midi-Pyrénées de prévention des conduites addictives et d'éducation à la santé en milieu sportif), Christine Chabrière (BEST, AIDES), Saloua Chaker (équipe Simone-SAGESSE université Toulouse le Mirail, KAMEA), Corinne Chassagne (substitut du procureur), Emmanuel Cook (BEST, AIDES), Lize Cuzin (SMIT, CHU Purpan), Bernard Delpy et l'équipe de Demcité (Clémence

Isaure), Frédéric Depiesse (DRD Jeunesse et Sport), Daniel Dubray (Intermède, Clémence Isaure), Isabelle Durieux (Intermède, Clémence Isaure), Nathalie Fernandez (BEST, AIDES), Hamida Ghazi (RVHT Passages), Daniel Garipuy (Hôpital Joseph-Ducuing et RVHT Passages), Bernard Garaud (CPVA Oc Drogue), Valérie Guilbert (BEST, AIDES), Éric Herrera (Intermède, Clémence Isaure), Colin Laborde (Techno Plus Sud-Ouest), Martine Lacoste (Association Clémence Isaure), Dominique Lacroux (Intermède, Clémence Isaure), Céline Lassere, Gérard Laurencin (SMPR et CSST milieu pénitentiaire), Marc Leray (SAS Oc Drogue), Céline Leven (Techno Plus Sud-Ouest), Laurent Lignac (Service des urgences psychiatriques, hôpital Marchant), Christian Martinez (Brigade des stupéfiants), Pierre Montangérand, Céline Ochem (Techno Plus Sud-Ouest), Sylvain Palaprat (Intermède, Clémence Isaure), Anne Rivière (Intermède, Clémence Isaure), Alba Roueire (CDAG, CHR la Grave), Francis Saint-Dizier (Hôpital Joseph-Ducuing, centre méthadone Passages), Fabien Sarniguet (BEST, AIDES), Chantal Thirion (AAT), Jean-Yves Touchon (En Boulou Oc Drogue), Jacques Verrière.

REMERCIEMENTS

Aux usagers qui ont accepté de participer à nos travaux et dont nous préserverons ici l'anonymat.

À Colin Lasborde, Céline Leven, Céline Ochem de Techno Plus Sud-Ouest pour leur coopération efficace.

À l'équipe du CEIP Toulouse pour nous avoir facilité l'accès à leurs travaux.

À Anne Cécile Rahis (CEID, TREND Bordeaux), Catherine Renaud (GRVS), Renaud Vischi (RAS-LAB), Maryse Lapeyre Mestre (CEIP Toulouse), pour nos échanges.

Un remerciement spécial à Pierre-Yves Bello, Abdallah Toufik, Michel Gandilhon pour leur soutien et leur patience.

PRÉFACE

La première édition du rapport TREND du site de Toulouse voit le jour. Il correspond à une nouvelle organisation d'un programme dédié aux tendances récentes et nouvelles drogues avec le souhait de développer une plus grande synergie avec les acteurs locaux. Le but de cette nouvelle organisation en site plus autonome est de favoriser la proximité du terrain pour l'observation, et la proximité des acteurs pour l'appropriation et l'exploitation des connaissances. Nous ne pouvons que nous réjouir de cette initiative. En effet, la production et la transmission de connaissances sur les phénomènes émergents en matière de substances psychoactives est un outil indispensable pour l'ensemble des acteurs qui œuvrent en ce domaine.

En faisant cette année le choix de présenter les résultats d'études et d'observations menées sur le plan local, le pôle TREND nous offre un regard plus proche de nos réalités, et, de fait, plus pertinent pour notre réflexion sur ces questions complexes.

Le développement sans précédent des drogues de synthèse et les détournements de médicaments psychotropes influent sur les formes du trafic et des usages qui impliquent une mise à jour régulière de nos savoirs. De plus, ces produits, dont les compositions évoluent sans cesse, font courir des risques mal connus, parfois, par des franges d'une population très jeune.

Une connaissance au plus près de ces phénomènes, disponible dans les délais les plus courts possibles, est indispensable pour aider nos actions de prévention, de soins et de réduction des risques. Ainsi, la production d'un rapport de site chaque année va dans ce sens. La réalisation d'observations de routine systématique et d'études ponctuelles spécifiques à nos besoins locaux, va nous donner un recul propice pour orienter l'action.

La coopération des différents services pour contribuer au recueil de données le plus efficace est la garantie d'une production plus pertinente en retour. Ce rapport en témoigne, puisque malgré les conditions particulièrement difficiles que nous avons connues en fin d'année, dues à l'explosion de l'usine AZF, la mobilisation de chacun autour de ce projet nous permet aujourd'hui d'accéder à une représentation sans précédent de notre situation locale.

Ce premier rapport de site comble une lacune mais, comme toute « première », il reste perfectible. Avec la coopération active de tous les acteurs, nul doute qu'au fil du temps nous saurons nous doter, avec le site TREND de Toulouse, d'un instrument précieux pour éclairer nos actions.

M. Mathieu
Sous-préfet chargé de Mission pour la politique de la ville,
Chef de projet Toxicomanie.

INTRODUCTION

TREND est un pôle de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies qui a en charge les phénomènes émergents en matière de consommation de substances psychoactives. Organisé en treize sites, dont trois en DOM-TOM, ce dispositif vise à mettre à jour les tendances récentes, les phénomènes nouveaux ou mal connus. En juillet 2001, après plusieurs années de collaboration avec le pôle TREND, le site de Toulouse s'est mis en place dans sa nouvelle organisation. Le site TREND-Toulouse repose sur une coordination locale de la collecte, de l'analyse et de la synthèse de l'information organisée par Graphiti en collaboration avec l'Observatoire régional de la santé Midi-Pyrénées.

Cette nouvelle organisation, en site plus autonome, a pour objectif de favoriser l'appropriation et l'exploitation des savoirs concernant le niveau local par l'ensemble des acteurs du site tout en étant plus pertinente dans la production de données significatives.

Les informations contenues dans ce rapport sont le résultat du croisement et de la synthèse de différents outils mis en place ou disponibles sur le site pour l'année 2001.

La plupart des missions du site ont été remplies cette année. Toutefois, nous n'avons pu mener à bien différentes missions.

Une année de mise en place caractérisée par une série de difficultés ont limité le recueil des informations, du moins, tel que nous aurions souhaité le faire. D'abord, un démarrage de l'action, en juillet, qui a, d'une part, raccourci la période de travail effectif de six mois, et, d'autre part, un début d'action à un moment peu favorable : la phase du projet qui implique de prendre de nombreux contacts lors d'une période de vacances.

Ensuite, l'action s'est mise en place à un moment associatif particulièrement difficile, nous ne reviendrons pas ici sur les difficultés conjoncturelles de Graphiti. Enfin, l'explosion de l'usine AZF a bouleversé les structures et les fonctionnements modifiant les agendas et les priorités d'un grand nombre d'acteurs, rendant aussi transitoirement impossible certaines actions purement et simplement du fait de la mise hors service, partielle ou totale, de façon plus ou moins durable de dispositifs ou d'institutions.

Réalisation de l'enquête transversale bas seuil auprès des usagers des structures de première ligne dans les deux dispositifs toulousains de réductions de risques. Sur une commande comprise entre 100 et 150 questionnaires, nous en avons proposé 119 pour la base de données nationale et avons procédé avec l'ORSMIP à une exploitation locale des résultats. L'activité du site a permis :

- la réalisation de l'enquête qualitative : « identification des phénomènes émergents liés à l'usage de drogues » dans l'espace festif techno et dans l'espace urbain ;
- la réalisation d'une enquête de type « ethnographique » en milieu urbain ;
- la réalisation d'une enquête de type « ethnographique » en milieu festif ;
- la production d'une note de synthèse à partir d'un groupe focal sanitaire ;
- la réalisation d'une note de synthèse à partir d'un recueil de données sur l'activité et la perception des phénomènes émergents auprès de services répressifs ;
- la réalisation d'un recueil de données élémentaires sur les « activités et tendances » auprès des CSST et des dispositifs de réduction de risques en vue du rapport local de site ;
- la production d'un pré-rapport local « approche par produits » investiguant les espaces urbain et festif, en vue de la rédaction du rapport TREND national ;
- la production du présent rapport de site.

Le rapport de site vise à la synthèse de la confrontation de ses différents travaux, afin de produire une représentation globale des phénomènes locaux d'usages de substances psychoactives.

Cependant, les informations contenues dans ce rapport ne prétendent à aucune exhaustivité en matière d'usage de substances psychoactives, que ce soit au sein de l'espace urbain ou festif de Toulouse, et sur l'ensemble du milieu festif techno en Midi-Pyrénées. Toutefois, si les conclusions que nous proposons ne peuvent prétendre à une quelconque exhaustivité, nous avons veillé à ce que les informations fournies soient identifiées quant à leurs statuts et à leurs crédibilités (vu ou entendu par un observateur, rapporté par un usager, prélevé ou fondé sur une étude, etc.). Ainsi, il est possible que des usages non mentionnés dans ce rapport existent malgré tout. Mais, lorsqu'une information est énoncée selon son statut, on peut la considérer comme recoupant un phénomène local.

Une seconde précaution est à observer. Elle concerne la quantification des phénomènes. Pour certains usages, il est possible d'avoir une mesure relative de leur ampleur, comme par exemple le Subutex®, du fait de la visibilité officielle du marché. En ce qui concerne les drogues illicites, et particulièrement les nouveaux produits de synthèses, l'appréciation de la disponibilité plus ou moins grande d'un

produit dans un type d'espace donné reste subjective et limité. Nous n'avons en aucun cas les moyens d'être partout ni d'utiliser des méthodes quantitatives qui permettraient une certaine pesée des phénomènes. Cela ne nous condamne pas au silence mais à la prudence quant à l'exploitation.

En ce sens, chaque conclusion proposée est toujours le résultat de la confrontation des différentes sources disponibles. Lorsque différentes sources ne vont pas dans le même sens, soit les informations contradictoires trouvent une signification dans une globalité plus large qui les intègre, soit nous avons renoncé à publier l'information.

Enfin, une démarche d'investigation méthodique en vue d'une connaissance fine des phénomènes émergents en matière d'usage de substances psychoactives est à son début sur ce site. De ce fait, certaines hypothèses proposées aujourd'hui sont susceptibles d'évolution, de précisions, de compléments, voire de réfutations à terme. La clandestinité, la complexité, l'étendue du champ et les transformations rapides des phénomènes auxquelles nous sommes confrontés, impliquent un travail méthodique dans la longue durée sans lequel nous risquons des interprétations ponctuelles, parcellaires et sans utilité pratique.

REPÈRES

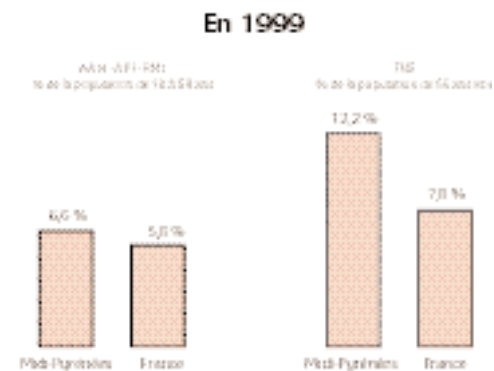
LE CONTEXTE RÉGIONAL ET L'AIRE URBAINE DE TOULOUSE

Un environnement marqué par des contrastes géographiques et démographiques

Midi-Pyrénées est la plus vaste des régions françaises, mais une des moins peuplées. Elle constitue une véritable mosaïque de « pays » très divers. S'opposent ainsi l'agglomération toulousaine en pleine expansion, de vastes territoires ruraux et des zones montagneuses d'accès difficile, à la population en diminution et vieillissante. C'est ainsi que tous les départements de Midi-Pyrénées, hormis la Haute-Garonne, sont parmi les plus vieilliss de France.

Un contexte socio-économique souvent difficile

Le revenu imposable moyen par habitant est inférieur à la moyenne française : 74 800 F en Midi-Pyrénées contre 84 700 F dans la France entière.



Source : INSEE RP 99

Si le taux de chômage dans la région est identique à la moyenne nationale, le taux de précarité est, quant à lui, supérieur à la moyenne nationale.

L'aire urbaine de Toulouse : une forte croissance démographique et territoriale

En 1999, l'aire urbaine de Toulouse regroupe 964 800 habitants. Elle en comptait 797 400 en 1990 dans son ancienne délimitation, soit un taux de croissance annuelle de 1,5 %, le plus élevé de France. L'aire urbaine de Toulouse se place au cinquième rang des aires urbaines après Paris, Lyon, Montpellier, Aix-en-Provence, Lille et devant Bordeaux.

LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES LICITES ET ILLICITES EN MIDI-PYRÉNÉES : DES REPÈRES

Consommation d'alcool, de tabac et de cannabis

	Garçons	Filles	Ensemble
Fumeurs quotidiens			
Lot 2001 (n = 977)	42,6	43,7	43,2 NS
ESCAPAD 2000	39,4	40,6	
ESPAD 1999	31,3	37,0	
20 cigarettes et + par jour (n = 423)	18,5	9,0	13,5
Boivent de l'alcool			
Lot 2001 (n = 970)	88,1	76,1	81,9***
ESCAPAD 2000	81,0	77,9	
ESPAD 1999	75,2	68,8	
Consomment actuellement du cannabis			
Lot 2001 (n = 979)	39,3	26,4	32,6***
ESCAPAD 2000	33,7	23,1	
20 fois et + par mois (n = 975)	13,0	5,3	9,0 ***

Source : Enquête Jeunes Lotois, 2000

Midi-Pyrénées fait partie des régions, avec le Limousin, l'Aquitaine et le Languedoc-Roussillon, qui se distingue du reste de la France du point de vue de la prévalence quotidienne d'alcool¹ au cours des 12 derniers mois : une consommation quotidienne particulièrement ancrée.

Cette tendance se retrouve aussi chez les jeunes du Sud-Ouest à la sortie de l'adolescence pour l'alcool et pour l'usage répété de cannabis.

Les résultats de l'enquête réalisée chez les jeunes lotois sur la consommation de produits psychoactifs vont dans le même sens.

L'usage à problèmes de drogues illicites à Toulouse

En 1999, l'enquête capture-recapture réalisée dans cinq villes françaises : Lens, Lille, Toulouse, Marseille et Nice, a permis d'estimer le nombre d'usagers d'opiacés et de cocaïne dans l'agglomération toulousaine. Il serait compris entre 2 500 et 3 000 personnes, soit 5,7 ‰ parmi les 15-59 ans.

Prévalence de l'usage d'opiacés et de cocaïne dans cinq agglomérations

	Effectif	Effectif (intervalle de confiance)	Prévalence *pop globale ‰	Prévalence *15-59 ans ‰
Toulouse	2 802	5 577- 3 027	4,3	6,5
Lille	5 296	4 444- 6 148	6,2	10,0
Lens	1 557	1 387- 1 727	3,5	7,0
Marseille	5 758	4 663- 6 853	6,3	10,6
Nice	4 541	3 255- 5 826	8,8	15,3

* Taux calculé sur la population du recensement 1990, soit un rapport aux premiers résultats du RP99 : 3,8 ‰, Pop. totale : 5,7 ‰, 15-59 ans

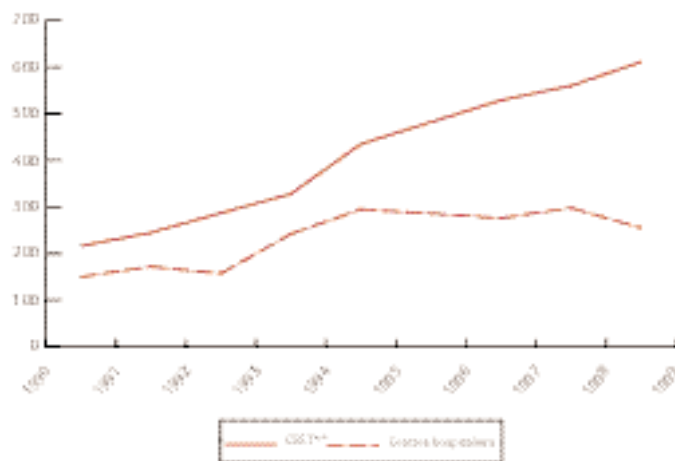
Source : Enquête Prévalence ORSMIP-OFDT, 1999

Les conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues illicites en Midi-Pyrénées

La demande de traitement dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes

Une augmentation régulière du nombre de toxicomanes accueillis dans les établissements sanitaires et dans les centres de soins spécialisés a été observée.

Nombre d'usagers de drogues accueillis en Midi-Pyrénées par les structures sociosanitaires au mois de novembre de 1990 à 1999*



* Il n'y a pas eu d'enquête en 1998. ** Centre de soins spécialisés pour toxicomanes

Nombre de recours aux Centres de soins spécialisés pour toxicomane (CSST) en Haute-Garonne

En 1999, selon l'enquête du mois de novembre (DREES) il y a eu 473 recours au CSST. Pour l'année 2001, les CSST ont déclaré :

Nombre total de recours	1 045
Dont nouveaux cas	625

Centres de soins spécialisés seulement. Ne sont pas pris en compte ici, les centres méthadones, les médecins généralistes, les services financés au titre de la prévention, les dispositifs de réduction des risques.

Produits à l'origine des demandes de prises en charge dans les CSST

Types de produits	Nombre de recours
Opiacés	49,00 %
Stimulants	10,00 %
Hallucinogènes	0,03 %
Benzodiazéine	9,00 %
Cannabis	20,00 %
Alcool	12,00 %

Aujourd'hui, malgré l'augmentation significative de la consommation de psychostimulants et d'hallucinogène, les opiacés restent le principal motif de recours aux soins. À l'instar de sa position de premier opiacé consommé dans l'espace urbain, la BHD est désormais le produit le plus souvent à l'origine des recours en direction des CSST.

Patients sous traitement de substitution

En ce qui concerne les patients bénéficiant d'un traitement de substitution sur la Haute-Garonne, nous ne disposons pour 2001 que des informations délivrées par le centre PASSAGE. Le centre Maurice DIDE n'avait pas les chiffres au moment de l'enquête. Ainsi, 83 patients ont été sous induction d'un traitement à la méthadone au centre PASSAGE.

Pour la BHD, le Réseau Ville Hôpital PASSAGE propose, à partir des chiffres communiqués par le laboratoire, une estimation du nombre d'usagers de BHD en Haute-Garonne, calculé sur les chiffres de vente de boîtes de Subutex® de 8 mg.

D'après ces sources, le nombre d'usagers de BHD serait estimé à 1 550 en 2000 et 1 650 en 2001. Cette estimation, probablement sous-évaluée, sera discutée dans la partie du rapport concernant la BHD. En 2000, ILIAD (Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions) indique que 105 558 boîtes de Subutex® de 8 mg ont été vendues en Haute-Garonne, soit 31,3 boîtes pour 100 habitants de 20 à 39 ans (29,1 en moyenne nationale) et un taux de croissance de 19,4 % par rapport à l'année 1999.

Les dispositifs de première ligne

Les dispositifs de première ligne BEST et INTERMÈDE, ont vu leur activité augmentée en 2001, réalisant 531 « premier accueil » pour 17 892 passages. Pour INTERMÈDE, ce nombre de passages s'est accru de 15 % et les usagers venant pour la première fois de près de 25 %.

Les deux dispositifs ont distribué ensemble 289 624 seringues. BEST, 208 403 seringues, dont 30 138 seringues de 1cc par distribox et 174 007 de 1cc à partir du dispositif (bus, local, travail de rue). INTERMÈDE a distribué 81 221 seringues toutes contenances confondues, ce qui représente une augmentation de 56 % par rapport à 2000.

La morbidité liée aux drogues illicites

Sérologie du VIH et du VHC chez les toxicomanes suivis dans les établissements spécialisés et les centres hospitaliers publics et privés en novembre 1997 (en %)

	VIH		VHC	
	MIP	France	MIP	France
Séropositivité des toxicomanes ⁽¹⁾				
Hypothèse basse ⁽²⁾	10	16	57	55
Hypothèse haute ⁽³⁾	15	23	72	71

Source : Enquête toxicomanie 1997, DRASS Midi-Pyrénées et DREES

1. Estimée sur l'ensemble des toxicomanes enquêtés.

2. Dans le cas du VIH, est obtenue en considérant que tous les toxicomanes à sérologie inconnue, qu'ils soient testés ou non, sont séronégatifs. Dans le cas du VHC, les sérologies inconnues (qu'il y ait test ou non) ont la même répartition que les sérologies inconnues.

3. Dans le cas du VIH, les sérologies inconnues (qu'il y ait test ou non) ont la même répartition que les sérologies inconnues. Dans le cas du VHC, on considère que tous les toxicomanes à sérologie inconnue, qu'ils soient testés ou non, sont séropositifs.

Les conséquences pénales de l'usage de drogues illicites

Pour l'an 2000, en Haute-Garonne, 111 interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne ou d'ecstasy ont été réalisées, ce qui correspond à 3,3 pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans (6,4 en moyenne nationale) ; soit une diminution de 36,2 % par rapport à 1999.

En revanche, il a été procédé à 1 006 interpellations pour usage de cannabis soit 21 pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans (32,8 en France). Ce résultat traduit une augmentation de 21 % par rapport à 1999.

Saisies de stupéfiants* pour l'année 2001 en Haute-Garonne

Cannabis	Cocaïne	Héroïne	Ecstasy	LSD	Speed
192,09 kg	2,886 kg	2,08 kg	13 824 u	17 u	1 u

* Réalisée par les services de gendarmerie, SRPJ, Brigade des stupéfiants

Source : Substitut du procureur

Après une baisse significative durant plusieurs années des saisies d'héroïne, on assiste à une reprise de leur augmentation en 2000 et 2001.

Phénomène particulièrement sensible en 2001 : l'accroissement des saisies d'ecstasy en Haute-Garonne. Ainsi, la Brigade des stupéfiants a saisi 4 ecstasy en 1999, 194 en 2000 et 7 935 en 2001.

LES ESPACES ÉTUDIÉS

Le projet TREND est structuré à partir de l'observation de deux types d'espaces : festif et urbain. L'espace urbain est un milieu urbanisé qui concerne les usagers « à problèmes » visibles car en contact avec différents types de structures sanitaires, répressives, ou de réduction des risques.

L'espace festif se définit par les lieux consacrés à la musique et aux événements « techno », ainsi que par les établissements de nuit et les fêtes privés. Il est important de garder présent à l'esprit que l'espace urbain définit avant tout des usagers « à problèmes » quelle qu'en soit la nature et non l'espace « matériel » de la ville. De fait, la distinction festive et urbaine porte plus sur le contexte d'observation que sur les personnes observées. Ainsi, un jeune « teufeur », en errance en ville, lorsqu'il est rencontré dans le cadre d'une structure sanitaire, est considéré comme

relevant de l'espace urbain. Alors qu'il sera plutôt représentatif de l'espace festif si l'observation se fait à l'occasion d'une *free-party*. Aujourd'hui, au regard de la circulation des usagers et des produits entre les différents espaces, il convient de mesurer les limites de cette distinction, qui, néanmoins, reste opérationnelle, pour observer les phénomènes émergents en matière de consommation de substances psychoactives.

Ces deux espaces recouvrent un découpage utile pour organiser la recherche et non une réalité intangible du point de vue de l'utilisateur. En effet, pour lui, il n'y a pas de discontinuité dans son rapport à l'usage de drogues selon les espaces où nous l'observons. Il n'est pas impossible qu'un ancien toxicomane sous substitution, à l'occasion de contacts avec d'autres usagers fréquentant l'espace festif techno, apprenne d'autres « façons de faire ». Si nous l'observons dans l'espace festif, il présentera cependant les nombreuses caractéristiques de l'usage de l'espace urbain. Il s'agit toujours d'une personne qui vit des expériences déterminées en partie par les contextes où elles se déroulent, sans pour autant qu'il y ait fragmentation de l'unité du sujet de ces expériences.

Espace urbain

Le site de Toulouse se caractérise par un tissu institutionnel sanitaire et social de prise en charge des usagers de drogues, ancien et diversifié. En effet, dans le courant des années 1970, les premiers centres de soins pour toxicomanes apparurent, étoffés au fil des décennies par une diversification des offres, des services et des associations. On peut dire que Toulouse et la Haute-Garonne n'ont réellement jamais été en retard sur la mise en place d'un nouveau type de dispositif. Les mutations politiques en matière de lutte contre la toxicomanie ont été accompagnées d'une traduction opérationnelle sur le terrain, en multipliant et en articulant ainsi de nouvelles réponses. Dispositif de prévention, de soin ambulatoire ou résidentiel, équipe de réduction de risques fixe ou mobile, prise en charge en médecine de ville ou hospitalière, offre de sevrage ou de substitution, instance de travail en réseau et d'accompagnement des pratiques professionnelles proposent sur ce site un maillage complexe de points d'observation au sein de l'espace urbain.

Ce champ spécialisé se complète grâce à un champ hospitalier vaste comprenant un Centre hospitalier universitaire, un Centre hospitalier régional, et un Centre hospitalier spécialisé. À cet imposant dispositif hospitalier, il convient d'ajouter un hôpital privé avec une mission de service public situé en centre-ville, ainsi qu'un ensemble relativement important d'établissements privés et notamment de services psychiatriques en périphérie urbaine. Il est important de noter qu'en septembre 2001,

les dégâts considérables qu'a subi le CHS Gérard-Marchand ont sévèrement touché et gravement déstructuré le pôle psychiatrique du département. De ce fait, certaines hospitalisations se réalisent hors département.

Les structures et les dispositifs d'aide sociale sont également nombreux et diversifiés. Toulouse a connu ces dernières années un développement des propositions en direction des publics précarisés et en grande précarité, important, mais qui, malgré tout, n'arrive pas, selon les intervenants, à faire face à l'afflux des populations touchées. On assiste depuis peu à un accroissement des demandeurs d'asile qui aggrave d'autant plus cette situation.

En outre, l'explosion de l'usine AZF a plongé la ville dans une crise du logement social sans précédent. Avec pour conséquence, entre autres, de saturer les structures sociales avec hébergements et les centres de soins spécialisés résidentiels, au point que la plupart des usagers qui auraient dû quitter les hébergements dès la fin de l'été sont encore pris en charge en l'absence d'une quelconque possibilité de logement.

Au-delà des secteurs sanitaires et sociaux, l'explosion a eu également des conséquences sur l'activité des services répressifs. Certains d'entre eux ont vécu un certain ralentissement au dernier trimestre en matière de lutte contre les stupéfiants.

En ce qui concerne le secteur social s'occupant des personnes précarisées et du secteur psychiatrique, les conséquences de l'explosion risquent de se faire sentir tout au long de l'année 2002, ce qui ne manquera pas de retentir sur la vie des usagers de drogues les plus en difficultés et sur les équipes qui les prennent en charge.

Espace festif

Nous pourrions définir l'espace festif en Midi-Pyrénées à travers les réseaux du « *clubbing* » et des rassemblements qui s'organisent sur le mode de la *rave-party*. Qu'il s'agisse de la scène *hardcore*, *hard-tech* ou encore *transe-go*, pour chaque style de musique, on reconnaît à une tribu particulière le statut de précurseur. Parler de scènes *hardcore* ou *transe-go* ne doit pas effacer le fonctionnement en réseau qui caractérise d'une façon générale le mouvement techno *underground*. Ainsi, la culture de chacune de ces scènes s'est construite historiquement depuis presque dix ans à travers l'expérience sociale singulière de trois tribus vivant en milieu rural. Il ne s'agit pas tant, finalement, de considérer la participation ou non à un teknival, dont le premier dans le Sud-Ouest date de 1995, que le fait d'avoir affaire à la justice suite à des saisies de drogues ou de « sons », ou bien encore les mobilités territoriales.

La mobilité de ces collectifs dans l'espace-temps est caractéristique de la culture techno *underground*, autrement dit du nomadisme des *travellers* anglais arrivés en France suite à la Criminal Act Justice. En Midi-Pyrénées, certains d'entre eux entretiennent une forme d'invisibilité, selon un mode de vie social construit sur le paradigme de la mobilité et de la clandestinité. On l'aura compris, l'amendement Mariani fait figure de rupture dans l'histoire de cette culture de l'*underground*. Ainsi, pour comprendre les transformations de l'espace festif en 2001, il paraît avant tout indispensable de les inscrire dans le temps de l'événement qu'a constitué cet amendement.

L'appel à manifester du 24 mai 2001 à Toulouse mobilise alors pour la première fois la communauté techno *underground* de la région⁴ toutes tendances musicales confondues : une vingtaine de tribus, *sounds-systems* et autres formes de collectifs techno, décide de créer le Collectif L95-73. Ensemble et en collaboration avec les Collectifs de Paris et Marseille, ces acteurs et ces actrices du mouvement vont travailler à l'élaboration d'une Charte des *raves*⁵ dans laquelle figurent, entre autres, les dispositions à prendre en termes de réduction des risques et de respect de l'environnement. C'est sur la base de cette Charte que s'organisera la *rave* pour la Fête de la Musique 2001. Si depuis d'autres rassemblements de ce genre ont eu lieu, il semblerait qu'une partie du mouvement techno ait investi des espaces urbains plus commerciaux.

En l'occurrence, il existe deux lieux à Toulouse – dont un proche du centre-ville – dans lesquels ont été organisés des soirées technos par des collectifs originaires de la scène *underground*. L'hiver représente habituellement la période de basse saison pour les « teufeurs » et les « teufeuses ». Pourtant, pendant cette première saison automne-hiver post-Mariani, il aura été possible de se rendre tous les week-ends dans un espace festif techno commercial⁶ à Toulouse. Ainsi, pour les rassemblements les plus importants, plus de trois mille personnes⁷ se seront retrouvées, le temps d'une « teuf » dans un espace clos et sans aération, « du son et des basses pleins les oreilles ». Cela sans autorisation officielle, contrairement à d'autres formes de « rassemblements exclusivement festifs à caractère musical » réglementées depuis le 21 octobre 2001.

4. Marseille, Toulouse et Paris ont été les trois principaux sites d'action collective. Si pour Paris et Marseille, les rassemblements se sont dans l'ensemble bien déroulés, celui Place du Capitole à Toulouse s'est terminé par des affrontements violents entre forces de l'ordre et manifestants.

5. Les différentes rencontres entre le collectif et les représentants de l'État ou des collectivités territoriales indiquent au monde techno que ses interlocuteurs méconnaissent les phénomènes liés à ce mouvement au niveau loco-régional.

6. Au sens d'un espace non construit sur les principes de gratuité, de liberté, de libre expression artistique, d'autogestion évoquée dans la Charte des Collectifs.

7. Phénomène assez exceptionnel en hiver.

LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES

Pour rédiger ce rapport, nous avons utilisé les différents outils proposés par TREND au niveau national. À l'exception du groupe focal répressif que nous avons remplacé par une enquête directe, toutes les propositions faites ont été réalisées. Nous avons complété ces recueils standardisés par la mise en place de groupes focaux sur la réduction des risques en milieu urbain et en milieu festif. De plus, pour mieux appréhender la réalité du site, nous avons sollicité les CSST (en dehors des centres méthadone) pour une enquête par questionnaire sur les principaux indicateurs d'activité et sur leurs perceptions des tendances récentes en matière de prise en charge.

Les observations ethnographiques de l'usage

Le démarrage tardif de la mise en place du site a limité les observations ethnographiques. Nous avons pallié ce fait en utilisant la connaissance respective de ces deux espaces par de nombreux acteurs au sein du réseau de Graphiti. Ainsi, l'implication de longue date dans les structures qui forment l'espace urbain de TREND de plusieurs professionnels et notamment du coordonnateur du site, a permis un recueil de données satisfaisant dans un laps de temps court.

De la même manière, nous nous sommes appuyés sur l'implication de Techno Plus Sud-Ouest et Pays d'Oc, ainsi que sur celle de Saloua Chaker au sein des réseaux festifs techno pour l'appréhension de l'espace festif.

Observations de terrain et notes d'observations, entretiens avec des professionnels et des usagers constituent le matériel ethnographique pour l'espace urbain. La formalisation de l'expérience d'appartenance à des réseaux techno et la participation à des *free-party*, *teknivals* et soirées dans des clubs, complétées par la réalisation d'entretiens de jeunes usagers dans le cadre de l'enquête spécifique sur les nouveaux usagers d'héroïne forment le corpus ethnographique de l'espace festif.

Groupe focal sanitaire

Nous avons réuni, pour une discussion autour des phénomènes émergents pour l'année 2001 dans le cadre de TREND, un panel d'acteurs sanitaires. Médecine générale de ville ou hospitalière, psychiatrie, consultation d'adolescents, urgence, milieu carcéral, maladies infectieuses, lieu de réduction des risques ont pu participer à ce groupe focal. Ainsi, des médecins du réseau ville hôpital et des praticiens

hospitaliers ont échangé leurs points de vue sur l'année écoulée et sur les phénomènes qu'ils ont observés de leurs places. L'échange s'est structuré à partir d'une trame de questions spécifiques sur les phénomènes émergents.

Enquête auprès des services répressifs

Les conditions de mise en place du site n'ont pas permis cette année de réunir, comme nous l'avions envisagé, un groupe focal répressif. Afin de pouvoir appréhender la situation, nous avons rencontré la brigade des stupéfiants et son responsable. Un entretien structuré de plus de trois heures avec le responsable a été réalisé, enregistré et transcrit. Cette approche a été complétée par une rencontre avec la substitut du procureur qui nous a transmis une synthèse de l'activité des principaux services répressifs pour l'année 2001.

Recueil qualitatif « bas seuil » et « techno »

Nous avons réalisé les questionnaires TREND « identification des phénomènes émergents liés à l'usage de drogues » respectivement auprès d'une équipe « bas seuil » et auprès des équipes Techno Plus Sud-Ouest et Pays d'Oc.

Enquête transversale auprès des usagers des structures de première ligne

Au mois de juillet 2001 nous avons réalisé, avec l'aide des professionnels des structures de première ligne de Toulouse (BEST, AIDES et INTERMEDE, Clémence Isaure), 119 questionnaires pour l'enquête transversale TREND. Plusieurs professionnels de ces deux équipes ont fait passer à des usagers consentants le questionnaire national de l'enquête. Les deux équipes avaient été préparées à ce travail pour faciliter ainsi l'homogénéité et la fiabilité du recueil : très peu de questionnaires ont été écartés. L'ORSMIP a fourni le masque de saisie pour le traitement national des données. La qualité de l'échantillon et la connaissance des structures et de leurs publics ont permis d'approfondir l'analyse sur le plan local. Ainsi, à partir de certaines hypothèses nées du travail qualitatif de terrain, l'ORSMIP a poursuivi l'exploitation de ces données et réalisé au-delà d'un premier tri à plat, une note d'analyse et de synthèse.

Enquête auprès des CSST sur les principaux indicateurs d'activité et sur les phénomènes émergents en matière de prise en charge

Un questionnaire portant sur le nombre de recours et de nouveaux cas pour l'année 2001, ainsi que sur le premier produit à l'origine du recours a été réalisé auprès de trois Centres de soins spécialisés pour toxicomanes de Haute-Garonne. Plusieurs questions ouvertes portaient sur la perception des phénomènes nouveaux concernant le public accueilli, ses difficultés et sur les prises en charge.

ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001

LES USAGERS DE PRODUITS

Les usagers d'opiacés

Les différents groupes de consommateurs portent toujours de l'intérêt à l'héroïne

En ce qui concerne la consommation d'héroïne, il n'a pas été observé en 2001 de nouveaux groupes homogènes de consommateurs en dehors des usagers (anciens ou nouveaux) connus de l'espace urbain ou des « teufeurs » qui utilisent l'héroïne en régulation des psychostimulants ou pour ses effets spécifiques. Par rapport à 2000, 2001 se caractérise par une progression de la consommation dans ces deux principaux groupes selon des modalités différentes. Pour les anciens héroïnomanes, aujourd'hui sous substitution et principalement sous buprénorphine haut dosage (BHD), il semble que la consommation ponctuelle d'héroïne ait été un peu supérieure à l'année 2000. La reprise des saisies d'héroïne sur le site corrobore cette hypothèse fondée sur les témoignages des usagers et des intervenants. Dans l'espace festif techno, il semble que la consommation d'héroïne, comme produit de régulation, ait également progressé. Nous ne disposons pas d'information sur les autres espaces festifs.

Dans l'espace urbain, l'enquête transversale permet de dégager quelques constats, qui dessinent pour cet échantillon, un profil de « nouveaux » consommateurs d'héroïne, défini selon deux critères⁸ : âge inférieur à 30 ans et première consommation d'héroïne postérieure à l'année 1996⁹. Sur les 119 usagers qui ont répondu aux questionnaires 10 (8,4 %) correspondent à ces deux critères, quel que soit le sexe.

8. Critères retenus dans l'enquête en cours du GRVS dans le cadre de TREND-OFDT sur « les nouveaux usages de l'héroïne ».

9. Date de l'AMM du Subutex®.

Les croisements de variables font apparaître certaines tendances déjà observées précédemment, probablement plus en rapport avec l'âge des usagers qu'avec leur statut concernant l'héroïne. Ainsi, les nouveaux usagers d'héroïne se caractérisent par un niveau d'étude qui semble plus élevé et des situations de précarité plus fréquentes au regard du logement, de l'emploi, des revenus et de la couverture sociale.

La polyconsommation est plus fréquente ($p = 0.007$) chez les « nouveaux » consommateurs d'héroïne : ces derniers déclarant en moyenne 5,7 produits distincts lors du dernier mois contre 2,5 pour le reste de l'échantillon. Ils consomment notamment beaucoup plus d'hallucinogènes (LSD, kétamine, *poppers*).

Un groupe mal connu de consommateurs peu nombreux et plus âgés, qui ont une pratique ancienne de l'espace festif techno, et qui, quel que soit leur mode de vie, inséré ou marginal, connaissent l'héroïne, ses effets et les problèmes associés à son usage. La consommation d'héroïne au sein de ce public semble stable dans les deux modalités d'usages connus : ponctuel comme régulateur des autres substances ou plus régulièrement en produit principal recherché pour ses effets spécifiques. Ces derniers correspondent à des usagers identifiés dans le Sud-Ouest comme des néoruraux installés parfois depuis longtemps dans la région.

Enfin, il existe une catégorie de consommateurs pour lesquels nous savons peu de choses, il s'agit d'usagers insérés socialement, utilisant l'héroïne de façon ponctuelle dans le cadre de fêtes privées ou d'établissements de nuit. Il n'est pas possible de dire si, en 2001, cette population a augmenté ou diminué et si elle a modifié ses pratiques liées à la consommation de ce produit.

Rachacha : l'opiacé de l'espace festif techno

Quasi inconnu dans l'espace urbain à Toulouse, le rachacha est consommé par tous types de publics au sein de l'espace festif techno (*free-party*, *teknivals*) du Sud-Ouest et du Languedoc. Il peut se consommer sur place dans un but de régulation, mais peut aussi s'acheter pendant la fête et se consommer après, ou encore être utilisé en produit principal pendant la fête dans une recherche « plus soft » par certains usagers qui préfèrent parler et rester en communication plutôt que de se « défoncer ».

La BHD (buprénorphine haut dosage), le premier opiacé de l'espace urbain

Les anciens toxicomanes, qui étaient consommateurs d'héroïne ou d'autres opiacés avant février 1996, forment le premier groupe de consommateurs de BHD ; ils représentent les deux tiers de l'échantillon de l'enquête transversale. Un second

groupe d'usagers ayant directement démarré sa consommation d'opiacés par la BHD est aujourd'hui parfaitement identifiable puisqu'il représente plus de 25 % de l'échantillon de l'enquête transversale auprès des usagers des structures de première ligne. Ces 25 personnes, parmi les 97 ayant déjà consommé du Subutex®, ont débuté leur consommation d'opiacés par ce produit.

La comparaison de ces 25 sujets avec le reste de l'échantillon ne montre pas de différence significative sur le plan des variables sociodémographiques, de l'état de santé (statuts sérologiques et suivi médical) et des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis.

En revanche, l'utilisation de la voie injectable et le partage des seringues sont des pratiques plus fréquentes.

Une partie de ce groupe a moins de 25 ans, dans l'enquête. Ils sont tous injecteurs. Les jeunes *travellers* ou en errance « y viennent doucement, après avoir résisté encore en 2000 et une partie de 2001 », nous disent les intervenants des lieux de réduction des risques. On pouvait entendre dans la bouche de certains usagers l'an passé : « tout mais pas le "sub" ». Pour les intervenants, « les derniers résistants sont eux aussi passés à l'usage du Subutex® ».

La BHD s'associe à tous les autres produits que les usagers utilisent et dans de nombreux contextes aussi bien quotidiens que festifs. Sa progression en terme de nouveaux usagers est importante, notamment auprès de jeunes de l'espace urbain, qui parfois commencent directement les pratiques d'injection par de la BHD. En 2000, la consommation de BHD était moindre chez les jeunes itinérants qu'en 2001.

La codéine : des consommateurs hétérogènes

L'usage de la codéine concerne les anciens usagers d'opiacés qui l'utilisaient déjà par le passé et qui ont conservé cette pratique à des fins d'automédication ou d'autosubstitution de dépannage. Le Néocodion® n'est pas considéré comme un produit de défonce, il s'agit plutôt de « ne pas être mal », de « pouvoir fonctionner ». En régression de façon générale, cette consommation ne semble pas faire beaucoup d'adeptes chez les nouveaux usagers. On peut faire l'hypothèse que le large accès à la BHD constitue une limite à sa diffusion. Cependant, dans l'enquête transversale, sur les trois consommateurs déclarant avoir utilisé de la codéine, deux avaient 21 ans : un homme et une femme. Le troisième de 42 ans correspondrait plutôt au profil des anciens toxicomanes aux opiacés, utilisateurs de codéine de longue date. Il en consommait depuis l'âge de 27 ans.

Pour les deux jeunes usagers, il n'est pas possible de tirer de conclusions. Il s'agit d'utilisation ponctuelle, « plusieurs fois dans le mois ». Les deux

correspondent aux usagers de moins de 25 ans de l'échantillon, caractérisés par une précarité de ressources, de logement et de couverture sociale. Le garçon est polyconsommateur (plus de quatre produits le mois précédent) de psychostimulants et d'hallucinogènes (speed, MDMA, LSD, kétamine, mescaline, benzodiazépine), ainsi que de l'héroïne. Il ne déclarait ni BHD ni cocaïne. Alors qu'inversement, la jeune femme utilisait la BHD « plusieurs fois par jour » et n'avait utilisé le mois précédent que de la codéine et des *poppers*. L'âge de début de consommation de la codéine est, dans les deux cas, identiques à celui du plus ancien opiacé consommé : héroïne dans un cas, BHD dans l'autre. Tout se passe comme si l'usage de la codéine était concomitant à cet opiacé initial.

Méthadone en progression pour certains usagers de l'espace urbain

Dans l'enquête transversale, la méthadone apparaît en neuvième position des produits consommés le mois précédent après la kétamine et avant les sulfates de morphine, premier produit en dessous de la barre des 10 %, avec 7,6 % d'usagers de l'échantillon et un tiers « plusieurs fois par mois » (les usagers pluriquotidien de BHD) dont un peu plus d'un sur deux. Il s'agit d'hommes de 33 ans en moyenne, qui vivent seuls dans leur logement. Ils bénéficient d'allocations compensatrices (ASSEDIC, RMI, AAH) et de la CMU. Usagers d'alcool et de cannabis, ils consomment leur produit principal chez eux (100 %) seuls ou avec des amis. Ils consomment globalement moins de psychostimulants et d'hallucinogènes que dans l'échantillon général et plus de Rohypnol® et d'autres benzodiazépines. Les deux tiers des répondants disent s'approvisionner sur prescription médicale et un tiers en dehors (principalement les usagers de BHD).

Les usagers de psychostimulants

La MDMA plus présente dans les publics de l'espace urbain

Dans l'espace festif, les groupes de consommateurs sont stables par rapport à l'an dernier. Il s'agit des mêmes groupes : tous les styles de musique et tous les « tuteurs » sont potentiellement plus ou moins concernés. Dans les groupes de *travelers* ou de jeunes en errance, on peut observer des usages ponctuels ou festifs de MDMA, avec aussi, pour certains, des utilisations quotidiennes ou chroniques.

Dans l'espace urbain, les intervenants des dispositifs de premières lignes observent en 2001, chez les anciens toxicomanes aux opiacés consommateurs de BHD, des usages ponctuels ou périodiques. La MDMA n'est plus réservée à une

catégorie d'usagers fréquentant l'espace festif techno, les anciens usagers toxicomanes aux opiacés utilisent eux aussi cette molécule désormais « démocratisée ».

Trente pour cent d'usagers déclarent en avoir consommé le mois précédent lors de l'enquête transversale auprès des usagers des structures de premières lignes, la MDMA devient le troisième produit consommé dans cet espace, derrière la cocaïne et avant l'héroïne qui, rappelons-le, était la principale substance consommée au moment où ces dispositifs ont été créés. Ainsi, l'ecstasy est pour 20 % consommée « plusieurs fois par jour », et pour 80 % « plusieurs fois par mois ». Le profil de ces usagers, comparé à celui de ceux qui n'en consomment pas, est caractérisé par un âge moyen de 29,4 ans contre 33,1 ans pour le reste de l'échantillon ($p < 0.01$). On retrouve donc les tendances qui caractérisent les usagers plus jeunes : un niveau scolaire qui semble plus élevé et des situations de précarité plus fréquentes (logement précaire, pas d'emploi ni de revenus).

Ils ont consommé en moyenne 4,9 produits distincts lors du dernier mois contre 1,9 pour le reste de l'échantillon ($p < 0.0001$) avec surconsommation de quasiment toutes les familles de substances et en particulier des stimulants et des hallucinogènes.

(Il est à noter que les deux seuls utilisateurs de crack de l'échantillon se trouvent parmi les usagers d'ecstasy.)

Amphétamine : un psychostimulant de l'espace festif

La consommation d'amphétamines désignées sous le terme générique de « speed » ne concerne essentiellement, sur le site de Toulouse et dans les limites de nos investigations, que les contextes festifs de consommation. Dans ce contexte, elle rassemble un large panel d'usagers.

Les anciens usagers d'opiacés n'en parlent pas. Dans l'enquête transversale, si l'on oppose les anciens usagers d'héroïne ayant débuté leurs consommations avant la mise sur le marché de la BHD à tous les autres de l'échantillon (nouveaux usagers d'héroïne et ceux qui n'en ont jamais consommée) la consommation de speed est très contrastée : seulement 3 % chez les anciens contre 18,5 % pour les autres ($p = 0,05$). Il n'est pas aisé d'avoir des informations sur ce produit dans la mesure où les usagers de l'espace urbain eux-mêmes ne connaissent pas trop la nature des substances qu'ils appellent « speed ». Elles semblent consommées là par les jeunes itinérants ou en errance principalement. Cinquante-trois pour cent des moins de 25 ans de l'enquête auprès des usagers des dispositifs de première ligne en ont consommé le mois précédent contre seulement 3 % pour les plus de 25 ans.

La cocaïne : un produit largement consommé par des publics divers

La cocaïne a, au fil du temps, pris une place importante auprès des anciens usagers de drogues, toxicomanes aux opiacés et souvent polyconsommateurs, ayant démarré leurs consommations avant 1996 et aujourd'hui utilisateurs le plus souvent de BHD ou de méthadone. Dans l'enquête auprès des usagers des dispositifs de première ligne, près d'un sur deux en consomme. La cocaïne représente un moment de « fête », de « plaisir », de « défonce ». La consommation des usagers s'est peut-être intensifiée du fait d'une disponibilité un peu plus grande, augmentant ainsi les opportunités. Certains d'entre eux ont prolongé ces périodes de consommations intermittentes. Ils se sont mis ainsi dans des situations critiques sur un plan sanitaire, du fait des abcès liés à l'injection ou encore à des états dépressifs plus ou moins prononcés à la fin de l'épisode. On peut, pour ce public, dégager quelques caractéristiques qui les distinguent des non-consommateurs de l'échantillon.

43,7 % de l'échantillon ont consommé de la cocaïne, sans différence selon le sexe. Les usagers sont sensiblement plus jeunes que les non-usagers de cocaïne : 30,4 ans vs 33,3 ans ($p < 0.05$).

Ils sont plus souvent en situation de précarité au regard du logement et de la couverture sociale. Les statuts sérologiques varient peu entre les deux groupes hormis pour l'hépatite B (aucun « positif » parmi les usagers de cocaïne). La polyconsommation est plus fréquente ($p < 0.0001$), avec 3,9 produits distincts utilisés lors du dernier mois contre 1,9 pour le reste de l'échantillon. Ils se distinguent du reste de l'échantillon par une surconsommation de stimulants (ecstasy, amphétamines) en plus de la cocaïne, des hallucinogènes (acides, kétamine) et de l'héroïne.

Un autre groupe est constitué de jeunes de moins de 25 ans ayant débuté les opiacés ou la cocaïne après 1996, marginalisés, itinérants ou en errance. La cocaïne est un produit de plus en plus consommé de façon ponctuelle lors des « teufs » ou de façon plus prolongée sur des périodes allant de quelques jours à plusieurs semaines pour certains d'entre eux. Au terme de périodes de consommations importantes, on peut observer particulièrement chez les plus en difficulté sur le plan social et/ou psychologique, des amaigrissements et des états dépressifs.

La cocaïne est aussi consommée par des jeunes, non marginalisés, usagers de l'espace festif techno qui en consomment dans la panoplie des psychostimulants que l'on peut se procurer dans les « teufs ». Au sein de l'espace festif, Languedoc et Sud-Ouest, insérés ou non, les plus jeunes semblent aussi concernés en 2001. Rappelons que ces observations de type ethnographique recourent les données d'ESCAPAD puisque la région Midi-Pyrénées arrive en deuxième position *ex aequo* avec Paris juste

derrière Marseille en ce qui concerne l'expérimentation de la cocaïne chez les 17-18 ans, quel que soit le sexe.

Les usagers des établissements de nuit sont aussi concernés, qu'ils fréquentent les clubs accueillant des milieux « branchés » ou « tendances », les discothèques dédiées aux publics plus jeunes, « rock » ou techno, les clubs privés gays ou échangistes, sans oublier les usagers fréquentant les établissements interlopes.

Les groupes de consommateurs du crack et de free-base sont peu importants

Jusqu'à présent le crack ne concernait que très exceptionnellement le public d'anciens toxicomanes polyconsommateurs d'opiacés et de psychostimulants. Ainsi, il est rare de voir circuler des « cailloux » ou des « galettes » sur le site. La consommation de free-base restait l'apanage d'usagers itinérants liés à l'espace festif techno. Le phénomène de consommation de free-base émerge au sein de l'espace urbain en 2001.

Les usagers d'hallucinogènes

Le LSD, un hallucinogène qui a toujours ses adeptes

En 2001, il n'y a pas à proprement parler de modifications dans les groupes de consommateurs. L'ensemble des « teufeurs » usagers de MDMA peut être concerné par ce type d'usage : jeunes ou moins jeunes, marginalisés ou insérés, en recherche d'états de conscience modifiés par des hallucinations. Cependant, l'enquête transversale place le LSD au sixième rang des produits consommés le mois précédent légèrement au-dessus du Rohypnol® et largement en tête des hallucinogènes.

Dans l'espace urbain, le LSD est un produit que l'on consomme de façon ponctuelle, 95 % du panel ne l'utilisent pas quotidiennement. On peut s'étonner de la place qu'il occupe désormais dans la consommation des usagers fréquentant les structures de premières lignes.

La kétamine

Peu connue sur le site avant 2001, la kétamine était jusqu'à présent un « nouveau » produit de synthèse de l'espace festif techno, inconnu dans l'espace urbain. Cette année, la « kéta » a connu une phase d'intense expérimentation dans l'espace festif techno auprès de consommateurs de psychostimulants y compris chez des nouveaux « teufeurs », même jeunes. Les intersections de l'espace festif techno et urbain ont élargi

cette consommation à de nouveaux publics qui néanmoins demeurent restreints. Il est difficile de trancher en terme de tendance car, selon les publics et les espaces, ce produit ne semble pas avoir connu une utilisation égale tout au long de l'année.

Les usagers de médicaments psychotropes détournés

Une érosion de l'intérêt pour le Rohypnol® chez les toxicomanes

En 2001, dans l'espace urbain, la consommation de Rohypnol® semble se resserrer autour des populations d'anciens toxicomanes substitués essentiellement par la BHD ou utilisateurs de produits de substitutions. Le Rohypnol®, avec 15 % de répondants, n'arrive qu'en septième position dans le hit-parade des produits consommés dans le mois précédent dans l'enquête transversale, bien après les autres benzodiazépines. Il est même devancé d'une courte tête par le LSD ! Il n'y a pas de nouveau groupe de consommateurs de Rohypnol® et on peut même avancer l'hypothèse que l'attrait de ce produit pour les jeunes en errance s'est probablement réduit au profit de l'usage de BHD et des psychostimulants. Cette tendance à l'érosion reste à vérifier les années à venir, car si la modification du cadre, en rendant cette molécule moins disponible, semble déterminer les pratiques, son potentiel d'attrait, du fait de ses propriétés psychopharmacologiques particulières, lui, reste intact.

Les benzodiazépines restent toujours utilisées par les usagers de drogues

Exemples : le Tranxène® et le Valium®

21 % des usagers fréquentant les structures de premières lignes déclarent consommer des benzodiazépines, dont 60 % « plusieurs fois par jour », nul doute que le Lexomil®, le Tranxène® et le Valium® ne fassent partie de ces utilisations. D'après les équipes de réduction des risques, la consommation de Tranxène 50® serait en augmentation chez les anciens consommateurs de Rohypnol®. De fait, dans le cadre de l'enquête transversale, le Tranxène® était cité dans la liste des médicaments utilisés par les consommateurs de Rohypnol® qui déclaraient avoir augmenté la consommation d'un médicament sur cette même période. C'est aussi le cas pour le Valium®.

Les utilisateurs de Tranxène® et de Valium® se trouvent parmi les consommateurs d'opiacés qui utilisent principalement la BHD en prenant régulièrement des benzodiazépines. D'ailleurs, des prescriptions de Valium® injectable ont été constatées chez des polyconsommateurs anciens toxicomanes aux opiacés.

Depuis la modification du cadre de prescription du Rohypnol®, une partie des consommateurs réguliers utilisent le Tranxène® comme une alternative. Si l'on regarde comment se répartissent les prescriptions de benzodiazépines chez les patients sous substitution dans l'échantillon de « l'étude de suivi à 6 mois des utilisateurs de traitement de substitution : données de la CPAM Haute-Garonne », on obtient :

■ flunitrazépam (Rohypnol®)	21 %
■ bromazépam (Lexomil®)	20 %
■ clorazépate dipotassique (Tranxène®)	19 %
■ zopiclone (Imovane®)	12 %
■ zolpidem (Stilnox®)	10 %

Tendances récentes chez les usagers d'opiacés

Héroïne : progression de la consommation ponctuelle dans l'espace urbain et de l'utilisation pour réguler les psychostimulants dans l'espace festif techno

Chez les héroïnomanes substitués, consommateurs d'héroïne avant 1996, on a assisté à des reprises ponctuelles et épisodiques des consommations d'héroïne un peu plus significatives que les années précédentes, au gré des arrivages, comme si certains d'entre eux « avaient fait le tour de la question » des produits de substitution et s'octroyaient des moments de plaisir plus intense. Ainsi, les intervenants ont pu revoir ces usagers « piquer du nez » de temps à autre. Cette tendance est associée à une polyconsommation, puisque dans l'enquête transversale, les anciens héroïnomanes substitués qui ont consommé de l'héroïne le mois précédent ont plus utilisé de produits différents sur la même période que les anciens héroïnomanes non consommateurs d'héroïne actuellement. Le nombre moyen de produits distincts consommés lors du dernier mois est plus élevé parmi le groupe des anciens usagers et actuels consommateurs d'héroïne : 3,7 produits contre 1,9 ($p = 0.00004$). Ce groupe se distingue également par une consommation plus fréquente de stimulants (en particulier cocaïne et ecstasy).

Chez les nouveaux consommateurs globalement plus jeunes, qui ont démarré leur consommation après la mise sur le marché de la BHD, il convient de distinguer deux sous-groupes qui fréquentent l'espace festif techno et utilisent l'héroïne comme mode de régulation des psychostimulants, comme cela est montré depuis plusieurs années.

Le premier sous-groupe correspond aux jeunes « teufeurs » non marginalisés, chez qui la consommation d'héroïne, comme produit de régulation, progresserait.

Le deuxième groupe inclut les jeunes marginalisés, itinérants ou en errance, fréquentant l'espace festif techno, dont certains, les plus marginalisés, sont aujourd'hui de plus en plus visibles dans l'espace urbain. Chez eux, la progression de la consommation d'héroïne serait plus significative au point d'avoir entendu, pour une partie d'entre eux, au terme d'épisodes d'usages plus réguliers et plus intensifs, des demandes d'aides.

Rachacha : banalisation dans l'espace festif techno et émergence dans l'espace urbain

Traditionnellement consommée par des cercles plus restreints d'usagers avertis et en général plus âgés, les observateurs s'accordent à dire, cette année, que les jeunes l'utilisent de plus en plus pour redescendre des prises de psychostimulants et/ou d'hallucinogènes : « Une petite boulette et au lit. » Il semblerait que tant dans le Sud-Ouest que dans le Languedoc, on assiste au début d'une banalisation de la consommation du rachacha.

Dans l'espace urbain, le rachacha est consommé à l'intérieur de cercle d'initiés proches de l'espace festif techno, insérés ou en itinérance.

Les sulfates de morphine sont plutôt consommés par des usagers jeunes et précarisés

Hormis un répondant atypique, de 42 ans, substitué à la BHD et consommateur d'opiacés uniquement (sauf cannabis), le reste de l'échantillon est homogène et concerne des jeunes usagers entre 20 et 30 ans plutôt masculins, précarisés et poly-consommateurs utilisant du Subutex®, de l'héroïne, des psychostimulants (cocaïne et MDMA) et des hallucinogènes de façon plus importante que dans l'échantillon général.

Ce public correspond bien à celui décrit par les intervenants des structures de réduction des risques comme consommateurs de sulfates de morphine : jeunes en errance et publics itinérants.

La BHD rencontre de nouveaux usagers

La BHD a étendu sa diffusion vers des populations non initialement toxicomanes aux opiacés. Elle est aussi utilisée comme produit associé dans divers contextes de consommation à des fins de potentialisation ou de régulation d'effets d'autres substances et d'automédication. Au sein des publics fréquentant les dispositifs de premières lignes, la consommation est majeure : c'est le premier produit consommé.

« Le Subutex® réunit tout le monde, c'est le produit que chacun consomme », remarque un observateur. L'enquête transversale le confirme en plaçant la BHD en tête du hit-parade des produits consommés avec 75 % de déclarants pour le mois précédent dont 82 % « plusieurs fois par jour ».

Tendances récentes chez les usagers de psychostimulants

MDMA

En 2001, dans l'espace festif techno, les usagers viennent au « *testing* » avec plusieurs cachets à tester. Résultat probable de la « politique » de prix en « semi-gros », les consommateurs achètent plusieurs cachets et ensuite pratiquent des échanges entre eux. Plusieurs hypothèses sont envisageables : peut-être s'agit-il d'une recherche de défonce, ou d'une recherche d'expérimentation de produits différents, ou d'un effet particulier ? Ou encore, les usagers testeraient plus, pour plus de sécurité ? Ou bien s'agit-il de connaisseurs qui possèdent une gamme importante de cachets différents, ou de dealers qui vérifient la « marchandise » ? Peut-être des produits qui restent de la fête précédente et que l'on n'a pas pu vérifier cette fois-là, faute de *testing* ?

En tout état de cause, on assiste à un changement de la façon de consommer la MDMA, une molécule désormais « bien connue » dans l'espace festif. C'est comme si désormais, en fractionnant les prises, en consommant des « logos » différents au fil de la soirée, le « teufeur » entrait dans une recherche « maîtrisée » d'effets attendus selon le moment de la fête, son humeur et son envie de vivre un état mental spécifique. Le « teufeur », par cette nouvelle pratique viserait, par le changement successif de molécules, en jouant sur la modulation supposée de leur neurotransmission, à adapter son état neuronal en fonction de la soirée. Quoi qu'il en soit, cette évolution est le signe d'une très grande banalisation de la consommation de la MDMA dans l'espace festif.

Cette année, des intervenants de l'espace festif en Languedoc ont observé de très jeunes « teufeurs » (mineurs) accompagnés de leurs parents, qui consomment avec eux de l'ecstasy à des fins « d'apprentissage », dans une perspective de « réduction des risques ». Cette observation a eu lieu à plusieurs reprises dans des *free-party* et des teknivals.

D'un point de vue des stratégies de marketing, phénomène nouveau, on assiste de plus en plus à des ventes par 10, ce qui a pour incidence de faire baisser les prix. Malgré la quantité plus significative et l'importance relative des sommes engagées, l'acheteur n'a pas le sentiment de se transformer en dealer, quand bien même il en rétrocéderait quelques unités. Il est fréquent de toucher les 10 autour de 40 F l'unité, soit

400 F le lot. On assiste même à des « braderies » à la fin de la « teuf » : 350 F les 10 unités. Ce type de vente a été observé dans des *free-party* et des teknivals du Sud-Ouest et du Languedoc. Dans l'espace urbain, la MDMA se vend de 50 à 100 F à l'unité.

Une nouvelle association de produits a fait son apparition : la MDMA et l'héroïne consommées simultanément. Une sorte de nouveau « speed-ball » (héroïne et cocaïne). L'intention de cette association n'est pas clairement établie, elle doit probablement atténuer la descente de la MDMA ou encore en réguler l'effet psychostimulant. Les « teufeurs » la mélangent avec l'héroïne, puis sniffent le tout. Cette pratique a été observée directement par plusieurs intervenants. En revanche, l'injection est potentiellement possible, mais aucun observateur du milieu festif ne l'a encore rapportée.

Cocaïne

La tendance pour l'année 2001 se caractérise par une progression de la consommation dans les différents groupes de consommateurs et l'apparition d'un groupe probablement déjà existant mais inconnu sur le site : les consommateurs de cocaïne à des fins de performances.

La cocaïne s'est largement banalisée au sein de l'espace festif commercial. Les publics des discothèques et des bars de nuits sont concernés. En établissements de nuit, « t'en achètes comme tu veux », constate une observatrice de la vie noctambule toulousaine. Certains bars ont une réputation établie en la matière, et leurs toilettes sont des hauts lieux du « business » et de la consommation. « C'est tellement pas cher que tu trouves des restes de coke maintenant... le samedi soir on voit des traces... avant tu voyais jamais des traces sur un comptoir... » Plusieurs établissements ont été fermés cette année pour des affaires liées à la cocaïne.

« Maintenant, le phénomène nouveau, c'est l'arrivée de gens socialement intégrés qui utilisent ce moyen devant le stress pour rester performant... On a eu des affaires », confie un responsable d'un service répressif. Si la consommation de cocaïne par des publics insérés n'est pas en soi réellement émergente sur Toulouse, le développement de cette consommation dans des milieux de plus en plus étendus, d'une certaine manière, en banalise l'usage au travers de quêtes qui débordent la prouesse purement festive pour rejoindre, dans le vaste culte de la performance (Alain Erhenberg), le sexe, le sport et maintenant le travail.

Ces publics insérés vont se retrouver dans des contextes de consommations aussi hétérogènes que leur domicile, seul ou entre amis, leur lieu de travail, une soirée commerciale ou une fête privée, un bar ou une discothèque, et même une *free-party*. Compte tenu du mode d'urbanisation d'une ville telle que Toulouse, ces phénomènes

ne se limitent pas à l'agglomération incluant le centre et les villes de la première couronne périphérique, mais ils s'étendent au-delà vers des communes aux apparences bien plus tranquilles. « C'est effarant le nombre de jeunes qu'on n'était pas appelé à rencontrer et qu'on a rencontré cette année... dans des petits villages de rien du tout, de 500 habitants parfois... », des jeunes (entre 18 et 25 ans) ont été interpellés « qui étaient carrément dans la coke... », s'étonnent les services répressifs.

Le crack pour ceux qui « base » la cocaïne

Depuis l'interpénétration des publics fréquentant l'espace urbain et l'espace festif, il semble que la pratique qui consiste à transformer la cocaïne en free-base (crack) a gagné certains usagers toxicomanes substitués. Il s'agit de consommateurs plus ou moins réguliers de cocaïne, qui achètent en semi-gros, soit dans le cadre d'achats groupés, soit dans une perspective de petit trafic de proximité. En effet, « baser » la cocaïne nécessite de disposer d'une quantité suffisante. La consommation de free-base se fait dans le cadre d'un arrivage plus important, il s'agit de se « faire un petit extra ».

Dans le cadre de l'enquête transversale, deux répondants déclaraient avoir consommé du crack le mois précédent. Il s'agissait de deux hommes âgés respectivement de 23 et 29 ans, sans enfant, rencontrés dans le cadre d'un travail de rue. Ils vivaient tous les deux de façon précaire (SDF, squat, hôtel), avec des amis, sans ressources ou précaires, sans couverture sociale, consommateurs d'alcool et de cannabis. Ils ont déclaré avoir consommé dans le mois précédent treize autres produits pour le plus jeune et huit pour le plus âgé (héroïne, BHD, sulfate de morphine, cocaïne, MDMA, amphétamine, LSD, benzodiazépine, kétamine) auxquels il faut ajouter, pour le plus jeune, les produits à inhaler entre autres...

Tendances récentes chez les usagers d'hallucinogènes

Émergence de l'expérimentation de la kétamine dans l'espace urbain

Il est possible d'objectiver cette tendance à l'expérimentation de la kétamine dans l'espace urbain, du moins dans la partie ascendante de sa courbe de consommation puisque l'enquête transversale interrogeait celle du mois de juin. En effet, à la surprise générale, ce produit apparaissait parmi les dix premiers du « hit-parade », au même niveau de consommation déclarée que les amphétamines, et bien avant la méthadone et les sulfates de morphine. Avec un usager sur dix déclarant une consommation dans le mois précédent dans l'échantillon, ce résultat confirmait

les impressions des intervenants des structures de réduction des risques : des usagers liés ou non à l'espace festif parlent de consommation de kétamine.

Dans l'espace festif techno, 2001 a été une année kétamine : « C'est la mode. » Les consommateurs de MDMA ont consommé de la kétamine, et même les plus jeunes semblent l'avoir utilisée de façon plus importante que l'an passé. Les publics itinérants liés à l'espace techno et les jeunes en errance semblent aussi en avoir beaucoup consommé : « Les jeunes errants sont à "donf" de kétamine », constate une observatrice de l'espace festif du Languedoc. Les usagers plus anciens de l'espace festif ne rechercheraient pas ce type de produit. La kétamine a eu un impact auprès de jeunes qui n'avaient pas encore fixé leur consommation sur un produit particulier et qui l'ont expérimentée cet été.

Sur le site, la kétamine reste malgré tout un produit plutôt consommé par les personnes itinérantes et par des nouveaux usagers plus jeunes et parfois en errance. Certains anciens usagers toxicomanes aux opiacés, actuellement sous substitution et en quête de « sensations nouvelles » l'ont expérimentée cette année, mais n'ont pas *a priori* poursuivi cette consommation. Compte tenu du pouvoir de fascination important que ce produit semble exercer, dès lors que la maîtrise des dosages évite de mettre le sujet dans le « coma », il conviendra de confirmer ou d'infirmier cette tendance.

Tendances récentes chez les usagers de médicaments psychotropes détournés

Le changement de cadre de prescription du Rohypnol® affecte les usagers

Dans l'enquête transversale, le profil des répondants consommateurs de Rohypnol® le mois précédent est explicite. Avec une moyenne d'âge de 31 ans (1 seul usager de moins de 25 ans), nous avons affaire à un échantillon plus féminin que la moyenne de l'enquête, substitué à 94,5 % essentiellement à la BHD, consommateur d'alcool à 100 % (vs 63, % dans l'échantillon général). Il s'agit de polyconsommateurs, plus consommateurs de dépresseurs centraux du système nerveux (opiacés, benzodiazépines, alcool) que de psychostimulants et d'hallucinogènes. D'ailleurs, lorsque les usagers dans les six derniers mois ont augmenté la consommation d'un autre médicament que le Rohypnol®, il s'agit dans 4 cas sur 7 d'un opiacé contre 3 pour les benzodiazépines.

On peut répartir ces usagers en trois catégories de comportements en 2001 :

- les usagers pharmacodépendants à ce produit qui en consommaient quotidiennement de grandes quantités et qui, du fait des restrictions dans les modalités

de prescription, ont réduit leur consommation journalière et leurs éventuels trafics, mais restent toujours des consommateurs dépendants ;

- ceux qui en prenaient de grandes quantités tous les jours et qui en prennent toujours autant. Pour eux la loi n'a rien changé. Ils ne seraient pas la majorité ;
- des usagers plus récents, qui ont profité des changements de contextes légaux pour changer de benzodiazépine et qui restent des consommateurs pharmaco-dépendants, mais plus au Rohypnol®.

Ces tendances peuvent se lire dans l'enquête transversale où l'on mesure la modification de la consommation de Rohypnol®. Ainsi, si 38 % déclarent avoir diminué leur consommation et 27,5 % ont complètement cessé, 20,6 % n'ont rien changé et 13,7 % disent même avoir augmenté leur consommation.

Pour une structure comme INTERMÈDE par exemple, où le nombre d'utilisateurs de Rohypnol® au cours du premier semestre 2001 est nettement plus important : 50,0 % contre 22,5 % pour le Best ($p < 0.01$), on peut dire globalement que les usagers consomment moins de Rohypnol®. Il concerne moins de personnes qu'auparavant. Même si certains usagers poursuivent sans rien changer ou en gérant un peu mieux leur pratique.

Tranxène® et Valium®, émergence de demandes nouvelles ?

Parmi les différentes benzodiazépines disponibles sur le marché, le Valium® n'avait pas, par le passé sur le site, l'image d'un produit très intéressant. Pourtant, à en croire les professionnels, « la demande de Valium® semble progresser en 2001 ».

Certains jeunes « *travellers* », pharmacodépendants à la BHD citent le Valium® comme un produit utile pour le sevrage du Subutex® et disent pouvoir s'en procurer hors prescription médicale.

Par ailleurs, les professionnels entendent de plus en plus parler du Tranxène® utilisé pour gérer les descentes de psychostimulants ou d'hallucinogènes, par les publics en errance, fréquentant aussi l'espace festif techno. Dans l'enquête transversale, les consommateurs de benzodiazépines sont proportionnellement plus utilisateurs de psychostimulants et d'hallucinogènes que dans l'échantillon général. Pourtant, ni Tranxène® ni Valium® ne sont mentionnés comme produits connus en tant que tels par les observateurs de l'espace festif.

Problèmes de comorbidité des opiacés

Héroïne

Il n'y a pas eu, en 2001, de problèmes de santé à proprement parler nouveaux, liés à la consommation d'héroïne sur le site. Cependant, signes d'une consommation un peu plus importante que l'année précédente, il faut noter quelques états de manques, assortis de demandes d'aides, particulièrement chez les jeunes en errance ou marginalisés, ainsi qu'une reprise des surdoses, puisque, après une période de trois années consécutives sans aucune surdose officiellement déclarée, cette année, Toulouse a connu un décès par surdose d'héroïne.

Rachacha

Aucun phénomène particulier n'a été rapporté concernant d'éventuels problèmes de santé liés à la consommation de rachacha dans l'un ou l'autre espace.

BHD

Tous les observateurs proches des structures de premières lignes notent une aggravation des problèmes liés à l'injection de BHD. Les pathologies veineuses sont spectaculaires et il n'est pas rare de voir des usagers dans les lieux de petit rassemblement en ville, avec des mains ou des jambes bandées. Leur état veineux les conduit à multiplier les points d'injections sur l'ensemble du corps. Ces phénomènes peuvent s'observer aussi chez les très jeunes usagers, de moins de 25 ans et même, pour une partie plus restreinte, de moins de 20 ans. Il s'agit de nouveaux usagers de drogues ayant débuté leur « carrière » après 1996.

Les acteurs sanitaires constatent de plus en plus d'injections en artérielle ou dans les voies veineuses des membres inférieurs. Les pathologies liées à l'injection de BHD sont jugées « catastrophiques » par les intervenants de la réduction des risques. Et les anciens usagers se disent physiquement plus dégradés que lorsqu'ils consommaient de l'héroïne.

De plus en plus d'usagers font état auprès des soignants ou d'intervenants de la réduction des risques des difficultés de sevrage de la BHD. Enfin, les observateurs ont remarqué plus de problèmes pulmonaires et plus de phlébites que l'an passé. Tous ces problèmes ne sont pas nouveaux en soi, mais ils semblent se généraliser et augmenter, tant dans leur fréquence que dans l'extension des populations concernées.

Problèmes de comorbidité des psychostimulants

MDMA

Cette année de nombreux « *bad trip* » chez des jeunes femmes (autour de 20 ans) ont été constatés par les intervenants du Sud-Ouest et du Languedoc. Deux cas de perte de connaissance avec les yeux révulsés, pendant les deux heures de la durée de la montée. Il s'agirait de prises successives de plusieurs moitiés d'ecstasy avec des incompatibilités moléculaires difficilement prévisibles par les « teufeurs » : « C'est des molécules des fois qui vont pas bien ensemble. »

Techno Plus Sud-Ouest remarque qu'il y a beaucoup plus de questions qu'auparavant sur les effets de la consommation de MDMA sur la santé, notamment sur les problèmes gynécologiques (rapport entre règles et MDMA), sur les problèmes rénaux, sur les séquelles sur le système nerveux, etc.

Des cas de « fatigue » rénale ont été signalés, imputables d'après les usagers à la taille importante de la molécule qui s'éliminerait mal et bloquerait le fonctionnement rénal, renforcés par une réhydratation insuffisante. Ainsi, des cas d'infections urinaires, de cystites et de pyélonéphrites ont été constatés. (AIDES, INTER-MÉDE, Clémence Isaure).

Les « traditionnels » phénomènes de « déprime » chez des usagers qui sortent de périodes de consommation de MDMA plus intensives sont évoqués sur l'ensemble du site par les observateurs.

L'investissement des établissements de nuit par le mouvement festif techno risque d'amener un développement des problèmes d'hyperthermie. À ce jour, il ne semble pas qu'il y ait eu trop de problèmes. Mais les conditions actuelles d'organisation de soirées technos dans les discothèques, du fait du confinement, du peu d'action de réduction des risques, de la difficulté à sortir « prendre l'air », ou à s'approvisionner en eau à volonté pourraient, dans la mesure où cette situation serait amenée à se développer, poser de nouveaux problèmes sanitaires.

Cocaïne

Il n'y a pas eu sur le site de problèmes de santé spécifiquement nouveaux. Les observations montrent de façon récurrente, tant chez les anciens que chez les plus jeunes et plus récents consommateurs, des amaigrissements et des états dépressifs, liés à des périodes de consommations plus intenses, des gingivites et des problèmes liés au sniff : « On entend plus parler de lésions de la cloison nasale », constate une infirmière ainsi que d'abcès consécutifs aux injections de cocaïne. Les injecteurs

de BHD ne sont guère favorisés sur ce plan dans la mesure où ils présentent bien souvent un état veineux déplorable. Il nous a été rapporté un cas de nécrose majeure de l'avant-bras suite à une importante série d'injections de cocaïne, sur un temps relativement court, qui a conduit à une greffe de peau.

Il faut également noter l'observation des désordres de type psychiatrique transitoire, chez des jeunes évalués comme « fragiles » par les intervenants de structures de premières lignes, à la suite de consommations régulières de cocaïne. Ces consommations, pour ces sujets, génèrent parfois des tensions au sein des lieux de réduction des risques, bien qu'aucun incident majeur ne soit imputable à la cocaïne.

Problèmes de comorbidité des hallucinogènes

LSD

En ce qui concerne les problèmes de santé, rien de particulièrement nouveau n'a été signalé, on assiste toujours à des « *bad trips* », des crises de panique ou de « parano ». D'après les observateurs, les micro pointes auraient des modalités hallucinatoires plus visuelles, que certains consommateurs toléreraient moins. Enfin, certains usagers se feraient plus prudents, en coupant davantage le produit qu'ils utilisent et en fractionnant leurs doses en plusieurs prises afin d'évaluer progressivement sa puissance pour mieux en maîtriser les effets.

La kétamine

La kétamine est considérée par les usagers comme un produit puissant et les mélanges avec l'alcool sont dangereux ainsi que ses associations avec l'héroïne. Ils sont susceptibles d'engendrer des accidents par dépression respiratoire qui n'ont pas été observés directement pas les intervenants.

D'après les usagers, sa consommation régulière produirait des fourmillements dans les membres, proches d'un état de semi-paralysie. Les problèmes peuvent survenir du fait de l'insensibilité à la douleur et à ces propriétés anesthésiantes qui, dans les cas de blessures, n'informent pas le sujet et retardent les précautions et les soins qu'il conviendrait d'appliquer. Des problèmes de « *bad trip* » ont été rapportés notamment du fait des effets dissociatifs (corps/esprit).

Les champignons hallucinogènes

Les variétés hawaïennes considérées comme provoquant des hallucinations plus visuelles que mentales et les mexicaines réputées plus puissantes (« plus hard ») peuvent poser des problèmes de type « *bad trip* » à des usagers ne supportant pas trop ce type d'hallucinations ou des séquences hallucinogènes trop intenses.

Problèmes de comorbidité des médicaments psychotropes détournés

Rohypnol®

Pas de morbidité nouvelle en dehors des problèmes de violence et de perte de mémoire déjà connus chez certains usagers. Considéré à l'époque comme très disponible et très accessible à différents endroits de la ville, son trafic et sa consommation, visibles par les riverains, engendraient des troubles liés à des « états limites » et de la violence.

En 2001, les populations concernées sont sensiblement les mêmes, mais dans des proportions plus réduites, et engagées, pour une part non négligeable, dans des consommations moins intenses. De ce fait, les manifestations problématiques et les troubles sanitaires et sociaux inhérents à l'usage abusif de cette benzodiazépine ne sont plus l'apanage que de certains usagers, pour qui la consommation de Rohypnol® reste inchangée malgré la modification de prescription. Les équipes perçoivent les consommations de Rohypnol® comme moins massives et moins « explosives » qu'auparavant et « il est plus rare de voir des gens complètement « défoncés » avec le Rohypnol® dans la structure comme on le voyait par le passé ». Néanmoins, les deux seuls incidents particulièrement importants vécus dans l'année dans l'une des deux structures de réduction des risques du site ont été malgré tout liés à des consommations de Rohypnol® associées à de l'alcool.

Tranxène® et Valium®

Aucun problème particulier n'a été signalé sur le site comme directement imputable au Tranxène® ou au Valium®. Sauf que la prescription de Valium® dans sa forme injectable à des usagers de drogues par voies intraveineuses pose questions.

LES PRODUITS

Héroïne

Modes d'administration

Pour les anciens héroïnomanes très souvent injecteurs, c'est cette voie qui semble privilégiée cette année encore, même si le sniff est un peu plus utilisé qu'auparavant et que, globalement, l'injection recule. Dans l'enquête transversale, 86 % des anciens usagers utilisent la voie veineuse : ils sont 95 % à injecter l'héroïne lorsqu'ils consomment l'héroïne le mois précédent. À noter que dans l'enquête, au total, l'héroïne est moins injectée que la buprénorphine ou la cocaïne.

Dans l'espace festif techno, le sniff reste la principale modalité. Cette modalité reste stable par rapport à l'an passé. L'inhalation de l'héroïne, méthode dite « chasser le dragon » semblerait en progression bien que cette pratique reste peu visible. Il a été observé en Languedoc que l'usage de l'héroïne fumée dans un joint se développe, mais pas dans le Sud-Ouest. Les jeunes en itinérance rencontrés dans l'espace urbain disent qu'on utiliserait de plus en plus la pipe à opium traditionnelle pour fumer l'héroïne.

En *free-party*, il n'est pas toujours évident de distinguer la finalité de l'usage des seringues qui sont demandées : s'agit-il d'injection ? Et de quel produit ? Ou d'ustensiles pour doser la kétamine ?

En Ariège, dans des fêtes privées, des consommateurs plus âgés (30-40 ans) injectent ou sniffent l'héroïne. Cette pratique doit exister dans d'autres fêtes privées, à différents endroits du site. Nous n'avons pas d'observation directe qui permet de l'affirmer. Globalement, sur le site, dans l'espace festif, on peut dire que l'injection d'héroïne est mal perçue, notamment par des « teufeurs » plus anciens.

Disponibilité, accessibilité et prix

L'héroïne semble un peu plus disponible tant dans l'espace urbain que festif, bien que son accessibilité dans la rue ne soit pas toujours évidente, et qu'il faille avoir une certaine connaissance des réseaux d'approvisionnement qui se sont modifiés depuis l'installation des traitements de substitution.

Malgré ce sentiment, la disponibilité reste faible comparée aux années précédant la substitution. Pourtant, 2001 semblerait être l'année d'une « reprise » d'un intérêt certain pour ce produit. Ainsi, après plusieurs années consécutives où l'activité

des services de police était peu concernée par l'héroïne, plusieurs affaires suggèrent une disponibilité plus grande, mais intermittente suivant le rythme des arrivages et selon l'observation des lieux de réduction des risques.

Le site de Toulouse est essentiellement concerné par le « Brown », pas ou peu d'héroïne blanche observée en milieu festif techno du Sud-Ouest ainsi qu'en milieu urbain. Toulouse a une tradition de « Brown », rarement de très bonne qualité. Il a pu se négocier 20 000 F les 100 g. Récemment, celle en provenance de Béziers, se négociait selon les sources répressives, autour de 120 F le gramme pour une vente de 50 à 100 g. Dans l'espace urbain, le prix du gramme se situant entre 200 et 400 F et, au petit détail, le « paquet » ou la « pointe » à 100 ou 200 F avec comme point de repère le « demi » à 400 F (le poids et la teneur en héroïne restent très aléatoires, 4 à 5 % selon la police à l'échelon de la rue).

Dans l'espace festif, en Languedoc, le prix le plus bas constaté était de 100 F le gramme. En dehors de cet écart ponctuellement bas, sur l'ensemble de l'espace techno Sud-Ouest et Languedoc, l'héroïne semble se négocier autour de 300 et 400 F le gramme selon la qualité et les quantités demandées. Avec un prix moyen autour de 300 à 350 F le gramme, la baisse, constatée ces dernières années, s'est encore accentuée l'an passé.

Préparation et régulation

Aucune modification particulière concernant la préparation de l'héroïne tant dans l'espace festif, qu'urbain, ni selon les différentes modalités d'administration utilisées, ni aucune modification particulière concernant ses modes de régulation ne nous a été rapportée.

Petit trafic et scène ouverte

Depuis la substitution, les filières d'approvisionnement de proximité ont connu des transformations. Ainsi, pour le *deal* de rue, les anciennes filières sont supplantées par des milieux plus fermés de jeunes européens. D'après les sources policières, les trois quarts de l'héroïne consommée à Toulouse proviendraient de Hollande et un quart d'Espagne. Les filières hollandaises concernent des trafics de plus haut niveau sans pour autant exclure le passeur occasionnel. L'Espagne, par sa proximité, autorise le trafic plus modeste d'usagers qui se regroupent parfois en mettant en commun leurs « RMI ». Lérida semble toujours être une destination pour ce genre « d'emplettes ». Autres caractéristiques du petit trafic de proximité : l'offre multiple. Il n'est pas rare que le revendeur ou le groupement d'achat ponctuel soit en capacité de fournir

plusieurs produits, tant pour la revente de détail en milieu festif que dans le *deal* de rue. Au sein de cette offre multiple, l'héroïne est rarement le produit principal.

La vente d'héroïne est peu visible tant en milieu festif qu'urbain. Elle ne fait pas partie des principaux produits vendus « à la criée » dans les *free-party* ou les *teknivals* de la région. Sa vente est discrète en ville, les transactions se faisant à l'abri, dans des appartements ou en camions. Contrairement aux ventes de cannabis, dont les lieux sont fixes et clairement identifiés en ville, les lieux de trafic de l'héroïne sont mobiles et semblent changer constamment.

Appellations

Il n'y a pas d'appellation particulièrement nouvelle pour l'héroïne en 2001. Le caractère émergent tient en la diffusion très large du nom de « rabla » qui désigne l'héroïne pour les jeunes consommateurs. C'est le seul terme utilisé par les jeunes en errance et la principale appellation dans le milieu techno. Pour certains nouveaux consommateurs, c'est même la seule appellation qu'ils connaissent, n'établissant pas toujours de lien entre le produit qu'ils consomment et l'héroïne.

Conclusions

À l'instar d'autres sites en France, l'héroïne semble poursuivre à petit pas la reprise de sa diffusion. Elle consolide ses positions dans le milieu festif auprès d'une partie d'usagers jeunes pas toujours conscients du produit qu'ils utilisent. Une frange minime d'anciens usagers de cet espace trouvent dans ce produit une automédication de troubles qui se manifestent parfois après d'importantes consommations régulières et souvent excessives de multiples substances. Il n'est pas aisé d'estimer la prévalence de cette consommation.

Dans l'espace urbain, l'héroïne, selon sa disponibilité et les opportunités d'en consommer, trouverait cette année auprès des anciens usagers, en complément de la BHD ou de la méthadone, une place un peu plus importante au sein de la palette des produits envisagés du côté du plaisir et de la « défonce ».

Rachacha

Modes d'administration

Le rachacha est principalement ingéré après avoir été déposé dans une feuille de cigarette et roulé pour en faire une boulette. Rarement fumé, il est parfois admi-

nistré par la voie rectale pour obtenir un effet prolongé tout en prévenant des nausées. Cette dernière modalité d'utilisation peut se comprendre dans un contexte festif du fait de l'image « curative » qu'ont certains usagers du rachacha.

Disponibilité, accessibilité, prix et trafic

Le rachacha est globalement plus disponible dans l'espace festif techno du Sud-Ouest et du Languedoc que les années précédentes. Objet de troc et d'échange en pleine saison, le rachacha s'est négocié à la vente autour de 20 à 30 F le gramme en 2001. Il est peu disponible dans l'espace urbain où son accessibilité est liée aux événements festifs et à la présence de public à l'interface de ces deux espaces. Il n'y a pas de changement en ce qui concerne le trafic de proximité, le rachacha est un produit « artisanal » qui fait l'objet de don ou de commerce au sein de petits réseaux, à l'intérieur de l'espace festif techno.

L'opium est plus rare, non signalé dans l'espace urbain. Il reste exceptionnel dans l'espace festif pour l'année 2001.

Préparation et régulation

Aucune préparation particulière, en dehors de celles déjà connues, n'a été observée sur le site. Pas d'associations nouvelles remarquées cette année, le rachacha est utilisé en dernier produit de régulation du speed, du LSD, de la cocaïne ou de la kétamine.

Appellations

Il n'est pas mentionné d'appellations nouvelles sur le site. L'« arrache », le « rach », et l'« Op » sont les noms usuels du rachacha et de l'opium sur le site.

Conclusions

Le rachacha est le premier opiacé consommé dans l'espace festif techno du site, sa banalisation se poursuit grâce à l'image très positive dont il bénéficie.

Buprénorphine haut dosage (BHD)

Nous avons repris dans la première partie du rapport l'estimation du réseau ville hôpital fondé sur les chiffres du laboratoire qui situait à 1 550 le nombre d'usagers

potentiels pour 2000. Nous souhaiterions revenir maintenant sur cette estimation qui est peut-être sous-évaluée. Certes, il n'est pas aisé d'estimer la prévalence de consommation de Subutex® sur le site. Cependant, l'extrapolation à partir des chiffres de ventes est possible. Ainsi, en 2000, le dernier chiffre produit par ILIAD sur les ventes de boîtes de Subutex® de 8 mg indiquait pour la Haute-Garonne : 105 558 boîtes. Avec 7 cachets par boîte, nous obtenons un stock circulant de cachets disponibles pour un jour, situant un effectif théorique aux alentours de 2 000 usagers potentiels : soit 450 de plus ou 22,5 %.

L'étude de suivi à six mois de nouveaux utilisateurs de traitements de substitution – données de la CPAM de la Haute-Garonne –, conclut que « hormis quelques comportements marginaux le taux de maintenance à 24 semaines et les modalités de prescription suggèrent une utilisation rationnelle des traitements de substitution aux opiacés pour la plupart des patients en Haute-Garonne ». Ceci étant, les comportements « irrationnels » des autres patients ne vont pas sans poser de problèmes sanitaires et sociaux. Le travail ethnographique mené sur le site suggère des détournements de traitements qui alimentent un marché parallèle et favorisent l'extension de la consommation de BHD au-delà de son indication de traitement de substitution. Il y a un nombre non négligeable de consommateurs injecteurs de BHD, et des difficultés de sevrage chez certains usagers.

Mode d'administration, préparation, associations de produits et problèmes sanitaires

À l'intérieur de l'espace urbain, et particulièrement auprès des structures de premières lignes, l'injection domine largement les pratiques de consommation de Subutex®. S'il est difficile d'évaluer la prévalence de l'injection de BHD pour l'ensemble des consommateurs, en revanche, l'enquête transversale nous renseigne : 75 % des usagers qui déclarent avoir consommé de la BHD l'ont injectée dans le mois précédent. Les intervenants ont l'impression que le sniff de BHD progresse. L'arrivée de matériel de réduction des risques pour cette modalité d'administration devrait probablement accentuer cette tendance. En 2001, 6 % des usagers ont déclaré avoir recours au sniff pour consommer la BHD dans l'enquête transversale. Notons que depuis le mois de décembre, les usagers peuvent utiliser des kits Strawbag solo® pour le sniff de BHD.

Dans l'espace urbain, la BHD est aussi consommée par la bouche. Généralement, cette pratique est plus développée par des usagers moins marqués socialement par la toxicomanie. L'injection et le sniff, au-delà d'une recherche physiopharmacologique, expriment symboliquement le refus et la subversion de la voie d'administration « légale » et prescrite. En adoptant des voies d'administration détournées, quelque

chose d'une position à l'égard du lien social trouve aussi à s'exprimer. C'est le cas de certains anciens usagers d'opiacés, consommateurs de BHD qui ne voulaient ou ne pouvaient pas reprendre l'injection du fait de leur état veineux déplorable : ils sniffent pour ne pas se conformer à la prescription sublinguale.

Les jeunes en errance non-injecteurs pour les autres substances sniffent également la BHD. Cette pratique est en augmentation dans les espaces festif et urbain pour cette population.

A contrario, certains jeunes en errances injectent la BHD, alors qu'ils utilisent d'autres modes d'administration pour d'autres substances. Enfin, force est de constater que pour certains jeunes en difficulté, parfois lourdement précarisés et errants, la BHD est le premier produit qu'ils injectent.

Il semblerait que cette année, certains messages de prévention soient passés. Les usagers du BEST, par exemple, déclarent dans l'enquête transversale ne pas avoir partagé leur matériel le mois précédent à plus de 98 %. Par ailleurs, les intervenants font le constat que désormais un nombre significatif d'usagers réalisent « plus de filtrage quand ils injectent » et pratiquent même le double filtrage pour certains. « Ils utilisent une seringue de 5cc avec plus de coton qu'auparavant pour un premier filtrage. Ils essaient d'obtenir un mélange plus clair. » Ce phénomène est lié aux problèmes veineux qui apparaissent rapidement avec l'injection régulière de BHD.

Le Subutex® est utilisé parfois en descente de speed, de cocaïne, ou d'ecstasy, mais aussi comme régulateur de l'humeur par certains. Un jeune itinérant nous dit : « Moi, je suis un peu nerveux, le Subutex®, ça me casse. » Une forme d'automédication en tant que psychotrope à spectre diffus, puisque les indications citées par les intervenants vont de l'état dépressif à la nervosité ou encore à l'angoisse. L'effet dominant recherché est l'apaisement après des consommations de psychostimulants.

L'alcool est très fréquemment associé à la BHD dans une recherche de potentialisation des effets. C'est le cas par exemple pour les publics errants, « clocharisés » du centre-ville qui se sont installés cette année dans un usage chronique de BHD, et qui associent massivement l'alcool, avec des pratiques extrêmes telles que le « coca d'hommes » (Coca-Cola® et alcool à 90° de préparation pharmaceutique) ou « l'orange mécanique » (Orangina® et alcool à 90° de préparation pharmaceutique). Les répondants à la BHD sont aussi nombreux à consommer de l'alcool que l'ensemble de l'échantillon de l'enquête transversale (63 %). Rappelons une autre pratique signalée par ailleurs dans le rapport : l'association alcool et cannabis pour « faire monter » le Subutex®.

Disponibilité, prix et trafic de proximité

La progression des ventes et donc des prescriptions rend la BHD très accessible aujourd'hui sur le site. C'est ce que constatent les intervenants des dispositifs de premières lignes : « Le Subutex® est très disponible, les usagers ont peu demandé d'adresse de médecin par rapport aux années précédentes, ils semblent savoir où s'approvisionner. » Le trafic de BHD est généralisé, et le trafic de rue est très diversifié, à la fois des jeunes usagers en errance, des anciens toxicomanes aux opiacés qui se sont « spécialisés » dans ce type de vente à proximité des lieux de passage des usagers de drogues, des anciens dealers de shit qui étendent ou recyclent leurs activités, des usagers qui, ponctuellement, revendent « pour se faire un peu de blé ». Même des personnes qui n'étaient ni usagers ni revendeurs de drogues peuvent s'intéresser à ce « commerce », ainsi la brigade des stupéfiants a-t-elle interpellé un homme « [...] de 55 ans, au chômage, pas tox du tout, avec plein de boîtes de Subutex®. Il vendait plutôt que voler et il en vivait ». Pour la police, il semblerait que la facilité d'obtention attire des candidats vers ce nouveau marché.

Pourtant, l'étude de suivi à six mois de nouveaux utilisateurs de traitements de substitution – données de la CPAM de la Haute-Garonne –, montre que le nomadisme médical demeure marginal et reste le fait d'une partie limitée de l'échantillon. Sans alimenter la polémique, l'effondrement des prix en fin d'année 2001 indique que la demande de BHD au marché parallèle baisse considérablement. Est-ce dû au fait qu'il est saturé ou que l'obtention médicale se banalise et que même à 100 F au lieu de 170 F la boîte, cela reste quand même plus cher que lorsqu'il est remboursé ?

Les prix constatés étaient en baisse en 2001 par rapport à 2000 où le cachet se vendait 50 F, ce qui était considéré comme stable par rapport à l'année précédente (1999). Cette année, 50 F était le prix le plus bas mais pour la boîte de 8 mg ! Le prix courant du cachet de 8 mg se situait autour de 20 F dans une fourchette de 15 à 35 F. Alors que l'on trouvait la boîte de 8 mg (dosage essentiellement en circulation) au prix de 50 F au plus bas et 200 F au plus haut avec un prix moyen qui est passé de 150 F en début d'année à 100 F en fin d'année.

Par ailleurs, il n'y a pas eu de changement des lieux de vente de rue où l'on peut voir des transactions de BHD.

Dans l'enquête transversale, les réponses sur les modes d'approvisionnement montrent qu'aujourd'hui nous allons dans le sens d'une tendance à une certaine banalisation de la prescription de BHD. En effet, seulement 17 % des usagers disent se fournir en Subutex® exclusivement hors prescription (1/3 pour le Rohypnol® et 100 % pour les sulfates de morphine par exemple). Ainsi, les deux tiers qui disent s'approvisionner par prescription médicale confirment désormais cette facilité

d'obtention de BHD, qui justifierait d'avoir moins recours au marché parallèle. Le réseau ville hôpital Toxicomanie Passage confirme cette tendance. On assisterait à un double phénomène : d'un côté un effet de spécialisation pour certains médecins généralistes engagés dans ce type de prise en charge et, de l'autre, l'apparition de médecins généralistes qui reculent moins devant le fait d'avoir un ou deux patients sous substitution à la BHD dans leur clientèle.

Le réseau ville hôpital évaluait prendre en charge 800 des 1 500 usagers estimés pour l'année 2000, avec un effectif médical de 190 praticiens. On peut faire raisonnablement l'hypothèse qu'ils ne sont pas tous engagés de la même manière dans ce type de prise en charge. De toute façon, le nombre virtuel de prescripteurs est élevé. Un bon millier de médecins, au moins potentiellement, seraient en capacité de prescrire de la BHD. Déduction faite des praticiens affiliés au réseau ville hôpital, il resterait donc près de 800 médecins susceptibles de prescrire. En n'en gardant que 500, à raison d'un ou de deux patients chacun, l'estimation à 1 500 usagers serait atteinte.

L'hypothèse d'une banalisation de la prescription trouve écho dans l'observation des intervenants des lieux de réduction des risques, d'après eux, « de nouveaux médecins prescrivent et ceux du réseau sont parfois utilisés à des fins non "thérapeutiques" ».

Citons enfin le fait que des observateurs de l'espace urbain ont entendu parler de ventes de BHD qui s'étendraient en direction de milieux lycéens ou étudiants, ainsi qu'en établissements de nuit. En contexte scolaire, aucune constatation en ce sens n'a été faite sur le site à ce jour. En revanche, un intervenant et un ancien patron d'établissement de nuit décrivent que l'on « trouve des boîtes de Subutex® qui traînent sur le parking de certaines boîtes de nuit en ville ».

Conclusions

Qu'il s'agisse des études locales ou des différents chiffres locaux disponibles, ou encore des enquêtes ethnographiques que nous avons pu mener, toutes les sources d'observations et d'informations vont dans le même sens : une augmentation sensible des consommateurs et de la consommation de BHD au sein de la population du site. Six ans après la mise sur le marché de la BHD peut-on encore penser que cette augmentation corresponde à la mise sous traitement de substitution des usagers de drogues pharmacodépendants aux opiacés ? Dans un paysage où l'héroïne n'a fait globalement que confirmer son recul les dernières années et où les consommations de sulfates de morphine ou de codéine sont anecdotiques, c'est peu probable. Dans ce cas, il serait nécessaire de compléter par des études plus spéci-

fiques cette tendance émergente en matière d'usage de BHD : qui sont donc ces nouveaux consommateurs de Subutex® ? Dans quelles intentions et dans quels contextes l'utilisent-ils ? Quels problèmes sanitaires et sociaux ces consommations posent-elles ?

Codéine

Le Néocodion® confirme en 2001 la lente érosion de sa diffusion dans l'espace urbain. L'enquête transversale montre que seulement 2,5 % de l'échantillon ont déclaré en avoir consommé dans le mois précédent, ce qui correspond à trois usagers. Ces résultats corroborent les observations des intervenants pour qui le Néocodion® a pratiquement disparu, au point qu'une stagiaire d'une structure n'en avait jamais entendu parler après plusieurs mois de stage.

On ne connaît pas d'autres modes d'administration que la voie orale ni de nouveaux problèmes de santé en dehors des risques d'atteintes des voies digestives. La consommation semble se stabiliser autour de 2 à 3 boîtes par jour pour ce que l'on a pu observer.

Les intervenants du dispositif de premières lignes ont l'impression que le Dicodin®, mieux dosé en codéine que le Néocodion® et à l'action prolongée, serait plus prescrit aux usagers de drogues. Cette impression croise une information fournie par « l'Étude de suivi à 6 mois des utilisateurs de traitement de substitution : données de la CPAM Haute-Garonne », 3 % de l'échantillon ont des prescriptions de Dicodin® (le double des sulfates de morphine) et certains de façon régulière. Il n'est pas impossible, dans un contexte de grande diffusion de BHD et de son inévitable usure pour certains usagers, qu'à terme le Dicodin® trouve une place sur le marché.

Sulfate de morphine

Les sulfates de morphine, principalement connus sous les appellations commerciales de Skenan® et de Moscontin®, sont peu disponibles et peu consommés sur le site. Ainsi, moins de 6 % de déclarants dans l'échantillon de l'enquête transversale en ont consommé le mois précédent, tous de façon occasionnelle (« plusieurs fois dans le mois ») et en injection principalement.

Il y a peu d'inclusions dans des programmes de substitution aux sulfates de morphines à Toulouse, ce qui limite les quantités en circulation. Il n'y a pas de trafic structuré connu et dans le cadre de l'étude sur les Ordonnances suspectes indicateurs de pharmacodépendance (OSIAP, CEIP), les notifications de Skenan® (le Moscontin® étant inexistant) s'élevaient à 1 en 1999, à 2 en 2000 et à 0 en 2001).

Fin d'année 2001, le cachet de 100 mg de Moscontin® était vendu 50 F sur un des lieux de vente où l'on trouve habituellement BHD et méthadone.

Méthadone

Disponibilité et prix

La consommation de méthadone hors prescription se développe sur le site, en progression avec le nombre d'usagers sous traitement et les doses prescrites. Ainsi, si dans le rapport d'enquête du site TREND-2000, la méthadone était « considérée comme absente », il n'en va pas de même en 2001. « Selon les coups que certains usagers arrivent à faire, il y en a plus ou moins en circulation, mais il y en a », constate un intervenant d'un dispositif de premières lignes. Cette situation semble trancher avec les données de l'an passé où la méthadone était considérée comme peu disponible.

En effet, sa disponibilité sur le marché parallèle s'accroît du fait du nombre d'usagers inclus dans des programmes méthadone et particulièrement en médecine de ville, moins contrôlée. De plus, il est facile pour un usager de se faire prescrire progressivement plus de produit, pour ensuite se stabiliser à des doses inférieures et revendre une partie de son traitement. « Tu te fais prescrire 60 mg, tu en prends 30 et tu revends le reste », confie un intervenant de l'espace urbain. La méthadone est vendue souvent près des endroits de rassemblement d'usagers de drogues qui vendent ou échangent une partie de leur traitement. Il est fréquent de voir des « tractations » de méthadone, particulièrement en fin de semaine. Pour certains observateurs la méthadone est considérée comme disponible et des usagers peuvent ainsi « tourner à la métha » sur plusieurs jours. La méthadone fait l'objet de revente ou de troc afin d'obtenir d'autres produits (cocaïne, héroïne, MDMA). Elle se négocierait entre 50 et 100 F les 20 mg.

Conclusions

La méthadone, plus disponible que les années précédentes, est principalement consommée dans l'espace urbain par des anciens usagers de drogues, toxicomanes aux opiacés, aujourd'hui sous substitution, polyconsommateurs pour l'essentiel de produits dépressifs du système nerveux central.

MDMA

Modes d'administration

Les modes d'administration sont stables par rapport à l'année précédente, gober la MDMA reste le principal mode d'administration. En Languedoc, « Chasser le dragon », c'est-à-dire fumer la MDMA, serait plus répandu que de la sniffer. Cette pratique ne va-t-elle pas de pair avec la progression de l'héroïne puisque le principal mode d'administration est identique ?

La poudre de MDMA, si elle n'est pas vendue directement ainsi s'obtient soit à partir de gélules, soit de comprimés pilés que l'on chauffe ensuite sur un aluminium alimentaire qui sert à confectionner une pipe pour récupérer le produit. Cette pratique n'est pas très observée dans le Sud-Ouest.

Le sniff de MDMA est observé dans les « teufs transe Goa » du Sud-Ouest. Cette pratique a été également rapportée par des usagers qui fréquentent les dispositifs de réduction des risques.

Certains usagers en errance ainsi que des consommateurs injecteurs d'opiacés shootent la MDMA liquide ou en poudre (cristaux). L'injection reste une pratique isolée. La recherche déclarée par les usagers de ce mode d'administration est l'intensité de la « montée ».

Disponibilité

Dans le Sud-Ouest, que ce soit en *free-party* ou en teknival, la demande plus importante de *testing* donne l'impression qu'il y a plus de MDMA en circulation que l'an passé. Elle est considérée comme plus visible dans l'espace festif techno. Peut-être est-ce l'effet de la banalisation de son usage qui la rend plus visible sans que pour autant ce soit la conséquence d'une disponibilité plus grande ? D'autant que la progression d'autres drogues plus « exceptionnelles » relativise l'ecstasy et la banalise.

Depuis 2001, il est possible de s'en procurer dans la rue. Dans les espaces festifs et urbain, la MDMA est considérée comme très disponible et accessible.

Cette perception des observateurs se voit corroborer par la hausse spectaculaire des saisies d'ecstasy sur Toulouse : « Je pense que cette année, on explose sur l'ecsta. Je ne veux pas trop parler des saisies parce que ce sont des chiffres qui ne parlent pas trop, mais enfin 140 à 150 comprimés saisis l'an dernier pour près de 8 000 cette année sur Toulouse. C'est un bond ! Même si on peut dire qu'on a fait deux ou trois belles affaires et obtenu des grosses quantités... Mais les grosses

quantités disent qu'il y a de la demande. Sans demande, pas de vente, on a connu ça avec l'héroïne », commente le responsable de la Brigade des stupéfiants.

Prix

Globalement, la MDMA se vend à l'unité entre 50 et 150 F selon l'état du marché. Le prix moyen est à 100 F, cependant, la qualité ou la réputation peut jouer, par exemple le logo « JB » se vendait 150 F dans l'espace festif Sud-Ouest.

Régulation

Le mélange d'alcool, de cannabis et de MDMA est fréquent, mais il ne s'agit pas d'un mode de régulation particulièrement intentionnel selon les observateurs. L'alcool et le cannabis ne sont pas à proprement parler considérés par les « teufeurs » comme de la « drogue ». Ce type de mélange « c'est pour se mettre la tête, point final ». Il n'est pas constaté d'évolution ou de régression particulière de ce mélange par rapport à l'an dernier. Cependant, certains « teufeurs » parlent d'utiliser l'alcool pour faire « repartir » la MDMA.

En revanche, les observateurs s'accordent à dire que l'on assiste à l'augmentation de la consommation d'opiacés à des fins de régulation de la MDMA, principalement le rachacha et dans une moindre part l'héroïne. En fait, les consommateurs ne parlent pas vraiment de leur recherche d'associations de produits pour en réguler un autre. En ont-ils conscience ou prennent-ils ce qui passe sans réelle recherche particulière ? On oscille entre ces deux interprétations : une sophistication extrême dans la recherche d'associations de molécule pour une recherche précise d'effets et la prise de « tout ce qui passe pour se mettre la tête ».

Des gélules de cocaïne et de MDMA associées, déjà mélangées, ont été fabriquées pour être prêtes à l'emploi. Il s'agirait de « coke végétale » et non de speed, du moins dans ce qui était rapporté. Un nouveau « conditionnement » issu de la recherche « mercatique » ? selon les mots d'un intervenant. Ces gélules ont été observées dans une fête, où elles étaient vendues aux alentours de 150 F l'unité.

Une autre préparation, cette fois-ci observée par des « teufeurs » en Languedoc, est appelée la « Kéta extraterrestre » : kétamine et MDMA en poudre sont mélangées puis sniffées. La même formule sous une forme différente consiste à gober un cachet d'ecstasy et à sniffer la kétamine. Les deux effets se potentialiseraient mutuellement. D'après les usagers, l'effet de la kétamine potentialiserait l'effet « love » de la MDMA qui, en contrepartie, augmenterait l'effet dissociatif de la kétamine.

Petit trafic

Le trafic de MDMA est un peu plus visible cette année dans tous les endroits festifs techno et particulièrement en établissements de nuit : « Ça a été l'orgie en boîte, cette année... qui veut des taz ? entendait-on crier » (Sud-Ouest).

En festival et en boîte de nuit, il semble qu'il y ait plus de trafic qu'auparavant, ainsi qu'en *free-party* et en teknivals où « la vente à la criée » est plus banalisée. Certaines tribus organisatrices de son seraient de plus en plus dépassées par le développement du trafic dans les « teufs » : « On trouvait moins de dealers avant. » De ce fait, la régulation du trafic est plus difficile à faire. « L'explosion du phénomène techno attire plus de monde, donc plus de dealers, donc plus de produit... et plus de fric aussi... C'était plus facile quand il y avait pas 50 dealers... », constate un observateur de l'espace festif techno. Cette situation se vérifierait plus chez les « nouveaux sons que dans les anciens ».

Aujourd'hui, à Toulouse, dans l'espace urbain, il y a une grande diversité de possibilités pour se procurer de la MDMA. Sa grande disponibilité sur les lieux festifs permet à des dealers d'en revendre en ville. Des revendeurs d'autres produits se procurent des lots plus ou moins importants dans les lieux festifs, qu'ils peuvent revendre au détail ensuite en ville, multipliant ainsi les opportunités de vente.

Par ailleurs, des groupes de revendeurs de l'espace festif investissent de plus en plus l'espace urbain et initient de nouveaux lieux de vente « multiproduits » où se connectent les usagers, les usagers-revendeurs et les revendeurs de l'espace urbain. Cette situation est devenue particulièrement visible et importante en 2001 à différents endroits de la ville. Le point de vue des services répressifs illustre cette situation nouvelle à Toulouse, qui vaut pour d'autres produits de l'espace festif.

Le démarrage date de fin 2000 et s'est considérablement amplifié en 2001 : « (...) à la fin de l'an dernier... On l'a vu et on va le revoir cette année... ils vont faire des soirées technos... ils écoulent l'ecsta, un peu de shit, un peu de coke... Tout ce qu'ils peuvent. Entre deux *raves*... ils viennent en ville, du lundi au vendredi, s'installent et écoulent ce qu'ils n'ont pas vendu dans les *raves*. On a été embêté une partie de l'été avec des dealers qui venaient s'installer en ville. On a fait plusieurs interpellations, la semaine d'après c'en était d'autres qui étaient venus... Pour moi, c'est encore un autre système de distribution ça... Ce sont des milieux qui bougent sans arrêt, on ne les connaît pas bien... Le mec que vous arrêtez aujourd'hui avec de l'ecsta, il sera demain à Montpellier et après-demain en Italie. Ils n'ont pas de frontières et se déplacent sans arrêt... Oui, ça c'est plus nouveau comme système. »

Appellations

Il n'y a pas de nouvelles appellations particulières (MDMA, taz, X, Xta, etc.), mais l'ecstasy est de plus en plus fréquemment désignée par le nom du logo qui l'orname, par exemple : Mitsu, pour les Mitsubishi, les Arrow base, les papillons, JB, etc.

Conclusions

La MDMA est en phase de banalisation dans la plupart des espaces de consommation. Dans l'espace festif techno, sa consommation se sophistique par la multiplication des ecstasy achetées, des molécules consommées associées à d'autres produits. Dans les établissements de nuit, la vente et la consommation s'étendent, et, dans l'espace urbain, des usagers anciens toxicomanes aux opiacés peu concernés par cette consommation jusqu'alors s'initient et l'utilisent plus ou moins régulièrement. La progression est importante auprès des usagers des structures de premières lignes, puisque l'ecstasy est désormais le troisième produit consommé. Son image reste globalement bonne dans de nombreux publics y compris chez les jeunes « teufeurs », même si les effets de l'expérience dans la durée et la prévention commencent à se traduire par des questions et des doutes de plus en plus nombreux sur les conséquences de la MDMA sur la santé.

Amphétamine-speed

Disponibilité et prix

Dans l'espace festif, les speeds sont des produits connus et utilisés. Déjà en 2000, les notes d'enquêtes mentionnaient que le speed était très disponible sur l'ensemble de l'espace festif techno et que l'offre était diversifiée avec des prix stables.

En 2001, les observateurs indiquent que le speed est plus consommé qu'auparavant à partir d'une offre plus diversifiée encore, avec des produits plus puissants et de meilleure qualité. Les prix sont stables entre 50 et 150 F, le gramme, 100 F en moyenne. Les amphétamines sont considérées comme très disponibles sur l'ensemble de l'espace festif techno du Sud-Ouest et du Languedoc.

Si les groupes de consommateurs sont également stables, en revanche, la présence plus importante de « teufeurs » dans les établissements de nuit étend à cet espace la présence et la visibilité de ce produit. Les amphétamines sont consommées par les utilisateurs de MDMA. Les usagers de kétamine utilisent aussi du speed.

Préparation

Les amphétamines sont essentiellement gobées, (la pâte est déposée dans une feuille à cigarette puis ingérée), mais les injecteurs d'autres produits « shootent le speed ». Elles seraient peu administrées en sniff, car il y aurait des complications oculaires (irritation, atteinte des petits vaisseaux sanguins). Pour limiter les problèmes gastriques certains usagers avertis ingèrent le speed avec un plâtre d'argile ou du Smecta®. En effet, la consommation de speed générerait des problèmes gastriques qui ne seraient pas toujours clairement identifiés par les consommateurs.

Cocaïne

Depuis 1996, la consommation de cocaïne ne cesse de progresser sur le site de Toulouse. On peut y adjoindre l'espace festif du Languedoc où selon un informateur, « la cocaïne a “explosé” » en 2001. La proximité avec l'Espagne n'y est pas étrangère, car elle favorise une disponibilité importante et un bon rapport qualité/prix. Toulouse, en position centrale par rapport aux frontières catalane et basque, se retrouve au cœur de trois axes pour s'approvisionner via l'Espagne qui est, bien avant la Hollande, la principale source pour la région.

Cette progression semble concerner tous les groupes de consommateurs y compris les plus jeunes marginalisés ou insérés fréquentant l'espace festif. Ce constat se vérifie auprès de l'ensemble des sources d'information que nous avons mises en œuvre en 2001.

Modes d'administration

Selon les contextes et les utilisateurs, la cocaïne se consomme en sniff ou en injection ; elle est plus rarement fumée. Chez les primo-injecteurs d'opiacés, la cocaïne est en règle générale injectée. L'enquête transversale montre que les publics fréquentant les lieux de première ligne injectent la cocaïne deux fois plus qu'ils ne la sniffent. Une faible partie d'entre eux la fume.

Les choses s'inversent en milieu festif techno où les usagers utilisent principalement la voie nasale, mais on observe ponctuellement les publics les plus marginalisés s'injecter dans des teknivals ou dans des *free-party*. Le sniff semble la seule modalité des publics des établissements de nuit. Chez les plus jeunes injecteurs de cocaïne (moins de 25 ans), l'injection d'héroïne ne constitue pas un passage obligé. Parfois, la cocaïne est injectée en premier avant l'opiacé. De plus en plus, il semblerait que, pour cette population, ce soit l'injection de BHD qui fasse précédent.

Disponibilité et accessibilité

La cocaïne est perçue comme disponible et accessible sur l'ensemble du site. Dans l'espace urbain, elle semble plus disponible et d'un meilleur rapport qualité/prix que l'an passé. Elle est considérée comme très disponible au sein de l'espace festif techno Sud-Ouest et Languedoc, ainsi que dans les établissements de nuit toulousains.

Dans l'espace festif Languedoc, la qualité et les prix paraissent stables, alors que dans le Sud-Ouest, il semblerait que sur l'année 2001 il y ait eu des fluctuations sur la qualité et les prix, ce qui a généré des « embrouilles » entre acheteurs et revendeurs.

Prix

La baisse des prix amorcée depuis plusieurs années se poursuit, avec un prix moyen autour de 300 F le gramme au lieu de 350 (TREND 2001). Des usagers déclarent payer 100 F le gramme dans le cadre d'achat en semi-gros en Espagne. Plus fréquemment, les prix moyens constatés tournent entre 250 et 300 F, 400 F constituant la limite la plus élevée de l'espace urbain.

Dans l'espace festif techno du Sud-Ouest, selon la qualité ou la provenance, on observe une grande variabilité : de 350 à 800 avec un prix moyen situé à 500 F. En Languedoc, la fourchette observée se situe entre 400 et 700 F.

Il semble que la stratégie de commercialisation se distingue selon que l'on est en *free-party*, en fête commerciale ou en discothèque. Dans le premier cas, les revendeurs préfèrent couper le produit plutôt que de le vendre cher, alors que dans les espaces marchands les prix sont plus élevés.

Préparation et régulation

Aucune préparation nouvelle n'a été signalée sur le site. La BHD est le premier produit de régulation après des périodes intenses de consommation de cocaïne chez les jeunes fréquentant le dispositif de première ligne.

La cocaïne est souvent associée à l'alcool dans une recherche de potentialisation mutuelle de leurs effets respectifs sans leurs inconvénients.

Les descentes de cocaïne dans l'espace urbain se gèrent en utilisant des benzodiazépines (Valium®, Tranxène®, Lexomil®). Et, phénomène nouveau, les jeunes itinérants utilisent le Tercian®, dont ils disent avoir fait l'expérience à l'occasion de séjours en milieu psychiatrique. Alors que dans l'espace festif techno, on observe que ce sont plus fréquemment les opiacés, rachacha et héroïne qui sont utilisés pour gérer la descente de cocaïne.

Le mélange de kétamine et de cocaïne, connu sous l'appellation de « Calvin Klein » s'est développé dans les deux espaces festifs technos investigués.

Petit trafic

« La coke arrive surtout d'Espagne... » Mais si les usagers se tournent habituellement vers le voisin du Sud, cette année, en complément des traditionnelles filières catalanes étudiées par L. Missaoui et A. Tarrius (OFDT, 1999), le pays basque apparaît comme une source nouvelle d'approvisionnement. On entend de plus en plus parler de San Sébastian et de Bilbao.

Dans l'espace urbain, les dealers itinérants installés en divers points dans la ville ont constitué des zones de petit trafic. Par ailleurs, d'anciens toxicomanes revendent également de la cocaïne aux côtés de dealers plus anciennement installés. Les établissements de nuits, bars et discothèques sont aussi d'importants lieux de trafic ; d'une certaine manière, ils sont, pour certains d'entre eux, les seules « scènes ouvertes » de la cocaïne sur Toulouse.

Au sein de l'espace festif techno, la vente de cocaïne se fait « à la criée » comme pour l'ecstasy et le LSD. Il semble que bien souvent, ces trois produits soient proposés ensemble à la vente : « Coke, ecsta, trip... »

Enfin, pour les zones « rurbaines » de la seconde, voire troisième couronne toulousaine, des jeunes européens habitant des petites villes, bien insérés et parfois même issus de familles solidement implantées au sein de leur environnement social, revendent sur leur secteur, cocaïne, MDMA et parfois leur propre production de cannabis.

Conclusions

L'image positive de la cocaïne polarisée autour de la fête et de la performance et sa grande disponibilité liée à notre contexte transfrontalier semblent avoir favorisé sa diffusion auprès de tous ses publics potentiels. Deuxième produit consommé par les usagers des lieux de réduction des risques, la cocaïne est devenue un produit de « défonce » majeur auprès des usagers de drogues tant dans l'espace urbain que festif. D'autant qu'elle devient également un produit très consommé par des publics insérés dans l'espace festif techno ou dans des établissements de nuits. De plus, la consommation de cocaïne à des fins performatives chez des publics insérés semble progresser également, du moins devient-elle de plus en plus visible. Enfin, la progression de la consommation de cocaïne dans l'espace festif techno, amorcée il y a déjà plusieurs années se poursuit : « On voit plus de consommateurs qu'avant. » Et comme le montre ESCAPAD : de plus jeunes qu'avant.

Crack-free/base

Le site de Toulouse ne connaît pas une grande présence de crack ou de free-base. Ainsi, la note de l'enquête qualitative pour l'année 2000 répondait laconiquement : « non disponible ». Il ne semble pas que 2001 modifie beaucoup les choses, si ce n'est en prenant en compte que le free-base et le crack sont deux objets culturels distincts pour la même réalité neuropharmacologique. Nous ferons la distinction entre ce que les usagers dénomment la « galette », qui correspond dans leur esprit au crack et que l'on appelle parfois « caillou »... et le « free-base » que l'on trouve sous cette nomination, initialement au sein de l'espace festif techno et désormais dans l'espace urbain.

Conclusions

Sur le site, la disponibilité du crack (galette) est exceptionnelle, celle du free-base est rare. Ce sont des consommations qui existent mais de façon peu développée. Elles concernent plus particulièrement des publics jeunes ou moins jeunes itinérants ou en errance, et de façon exceptionnelle et occasionnelle, les anciens usagers toxicomanes consommateurs sous substitution de l'espace urbain.

LSD

« Il s'agit d'un produit connu de longue date. Il est actuellement vendu dans le sillage de l'ecstasy », indiquait le précédent rapport de site. En milieu festif techno, cette année, les observateurs de l'espace Sud-Ouest ont assisté à l'apparition de la goutte : « La découverte de l'année, "un succès fou" ». Par ailleurs, il semblerait que le LSD, présenté sous forme de micro pointes soit en augmentation, aux côtés des plus traditionnels buvards. De plus, en Languedoc, les consommateurs ont beaucoup demandé de *testing* concernant ce produit.

Disponibilité et mode d'administration

Dans l'espace festif, différents modes d'administration sont utilisés par les consommateurs. La goutte, par exemple, est versée sur un sucre, puis gobée. Ou bien elle peut-être versée dans le creux de la main puis lapée.

Il n'y a pas eu d'observation directe, ni de rumeur de LSD consommé en sniff ou en injection au sein des espaces festifs techno Sud-Ouest et Languedoc, pas plus que de pratiques d'incision. En revanche, la prise de LSD par goutte, administrée

dans l'œil a été observée, mais pas chez de jeunes « teufeurs ». Elle est le fait « d'anciens » en recherche d'hallucinations plus puissantes. Les buvards placés sous des pansements sont aussi utilisés pour une diffusion plus lente de la substance active au travers des pores de la peau. Dans l'enquête transversale, le LSD est principalement ingéré, on trouve, cependant, un injecteur et deux sniffeurs.

Sur l'ensemble du site, festif et urbain, le LSD est perçu comme disponible et accessible.

Prix et petit trafic

Dans l'espace festif, tant en Languedoc que dans le Sud-Ouest, il n'a pas été observé de changement notable dans la forme de vente lors des « teufs ». Le LSD est vendu à la « criée » dans le triptyque « trip, ecsta, coke ». Dans l'espace urbain, les *travellers* qui revendent après les événements festifs l'ecstasy, la cocaïne, la kétamine, etc., proposent aussi du LSD.

Les gouttes sont vendues de 50 à 100 F en Languedoc et dans le Sud-Ouest. Les buvards et les micro pointes sont vendus 50 F l'unité dans l'espace festif, 25 F dans l'espace urbain. Le prix est revu à la baisse, car en dehors du contexte festif la demande décroît. Il s'agit pour les revendeurs d'écouler les invendus de la fête précédente.

Régulation

Dans l'espace festif, le rachacha est recherché « en descente pour se poser », ainsi que les benzodiazépines. Dans des *free-party* et *teknivals* du Sud-Ouest, certains utilisent le Xanax® « en montée » pour éviter les « *bad trip* ».

Appellations

Pas de nouvelles appellations en dehors de celles déjà répertoriées, selon sa présentation, il sera dénommé pointe, goutte, buvard, ou, de façon générique, « trip », « acide », « petri », etc.

Conclusions

Le LSD semble avoir connu en 2001 dans l'espace festif du site une diversification dans sa présentation tout en maintenant la stabilité de sa disponibilité. En revanche, du fait de la présence plus importante d'usagers-revendeurs son accessi-

bilité est accrue en ville. Sa consommation valorisée, malgré les questions soulevées par les expériences négatives, en fait un produit encore globalement très consommé et probablement plus visible dans l'espace urbain.

Champignons hallucinogènes

Les champignons hallucinogènes (psilocybes) sont très recherchés dans l'espace festif : « Ça marche à fond », selon les observateurs. La provenance est principalement régionale. En saison (mai-juin et septembre-octobre), les prix et la disponibilité des champignons locaux sont considérés comme stables. Ils sont vendus « 1 F le champi dans des enveloppes de 50 ou de 100 ».

En 2001, les deux espaces festifs du Languedoc et du Sud-Ouest ont vu apparaître deux nouvelles variétés de champignons hallucinogènes : les hawaïens et les mexicains. En provenance d'Espagne, ces deux variétés sont réputées avoir des capacités hallucinogènes beaucoup plus puissantes que leurs homologues locaux et sont revendues au gramme autour de 200 F. De plus, leur culture « hors sol » ne les soumet pas, comme la production locale, aux variations et aux aléas saisonniers. Pour toutes ces raisons, ces champignons exotiques font l'objet d'un trafic. Par ailleurs, il est possible de commander des kits de culture sur Internet. Cette pratique semblerait se développer dans la région (Sud-Ouest et Languedoc-Roussillon).

Les champignons sont ingérés dans des préparations « culinaires » diverses, qui intègrent du rhum, du vin, du miel ou des yaourts par exemple.

En revanche, l'absence de « descente » nécessite moins d'utilisation de produits de régulation tels que le cannabis et ou le rachacha.

Kétamine

La kétamine est un anesthésiant réservé à un usage vétérinaire ou hospitalier. Sauf dans sa préparation injectable, la kétamine et ses sels sont considérés comme stupéfiants depuis août 1997. En France, les usagers peuvent la rencontrer sous quatre formes : les ampoules (préparation pharmaceutique), un liquide incolore, une poudre blanche et des comprimés.

Déjà repérée à Toulouse en 2000 au sein de l'espace festif, la kétamine a émergé de façon très rapide et intense en 2001 dans l'espace urbain, essentiellement auprès des structures de premières lignes. Ce phénomène semble être retombé en fin d'année après avoir connu un développement sans précédent au printemps et durant l'été.

Préparation et modes d'administration

La kétamine se sniffe principalement, mais des cas d'injections intraveineuses et même intra-jugulaires ont été rapportés par des usagers. Pour obtenir une préparation qui puisse être sniffée, les usagers font évaporer la kétamine liquide en la chauffant à l'intérieur d'un petit poêlon à raclette (élément de décoration et de distinction en pendentif de ceinture en Languedoc) ou d'une poêle qui offre peu d'adhérence. Une fois évaporée, la pâte obtenue achèvera sa cristallisation et sera prête pour une administration nasale.

Disponibilité et prix

La kétamine a connu des périodes de grande disponibilité sur le site au cours de l'année tant sur l'espace festif qu'urbain. Son prix est compris entre 150 F le gramme pour la poudre et 300 F pour la forme liquide plus chère car il faut la préparer. Elle est toujours considérée comme disponible.

Conclusions

La consommation de kétamine s'est développée en 2001. Dans l'espace festif de nouveaux adeptes l'ont expérimentée et certains l'ont même adoptée en « consommateurs avertis¹⁰ ». Dans l'espace urbain, la kétamine a connu une percée surprenante, tant auprès d'anciens toxicomanes qui l'ont expérimentée, que de jeunes usagers en errance qui en ont eu un usage plus fréquent.

La kétamine a une image ambivalente auprès des usagers : à la fois fascinante et inquiétante. Souvent présentée comme un produit extrême aux effets spectaculaires qui mettent en scène des usagers qui ne se maîtrisent plus, la kétamine représente aussi un produit très attractif aux « multi-effets » imprévisibles. Ne prendre en compte que la présentation réductrice de la « kéta déchéance », c'est négliger l'intérêt que peut représenter ce produit pour des usagers qui apprendraient à en gérer le dosage. La kétamine pourrait alors étendre son emprise, ce qui ne serait pas sans conséquences au regard des risques de dépendance psychique, de *bad trip* et d'accident possible avec ce produit.

10. Au sens où l'a défini l'IREP qui a proposé trois catégories de consommateurs : épisodique, avertis et malheureux. L'averti a une consommation essentiellement récréative associée à des contextes ressentis comme nécessitant l'usage. « Ecsta, trip, coke et speed... », OFDT 1999.

Protoxyde d'azote

Le protoxyde d'azote a pratiquement disparu des espaces festifs tant en Languedoc que dans le Sud-Ouest. Lors d'un petit nombre d'événements festifs cette année, il n'aura concerné que quelques adeptes ne formant pas, à proprement parler, un groupe de consommateurs homogènes.

Du fait de cette faible présence, il n'y a pas eu de mode d'administration particulier. Il s'agit toujours d'inhalations à partir de ballon ou directement à la bouteille, ce qui constitue une prise de risque supplémentaire.

Sa disponibilité est rare et ne concerne que l'espace festif techno. Son prix est resté stable : 10 F le ballon.

Rohypnol® : changement de cadre de prescription en février 2001

Médicament de type benzodiazépine, très controversé, le Rohypnol® a fait l'objet de nombreuses mesures de restriction ces dernières années. Il suit, depuis le 7 février 2001, une partie de la réglementation des stupéfiants avec prescription en toutes lettres sur ordonnance sécurisée, une durée maximale de prescription limitée à 14 jours et une délivrance fractionnée de 7 jours. De plus, seules les boîtes de 7 comprimés restent disponibles. Rappelons qu'en 1996 son indication était seulement « les troubles sévères du sommeil ». On a retiré du marché le dosage fort à 2 mg. Cette mesure a été suivie en 1998 de l'ajout d'un colorant bleu dans sa préparation.

À Toulouse, le Réseau ville hôpital Passages avait, bien avant cette mesure, fait campagne pour inciter les médecins à abandonner cette prescription pour les usagers de drogues. Cette anticipation a conduit des praticiens et des pharmaciens à apposer dans leur cabinet ou leur officine une affiche signalant : « Pourquoi nous ne prescrivons ni ne délivrons de Rohypnol®. » Cette campagne a sans nul doute eu un impact qui a favorisé l'application des mesures prises en 2001. Cependant, si ces mesures ont conduit sur le site à des modifications sensibles dans les pratiques, la consommation existe toujours début 2002.

Dans ce contexte, il est important de pouvoir apprécier l'impact du changement sur le terrain. Nous disposons de plusieurs outils. En août 2000, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a mis en place une enquête nationale auprès des réseaux de pharmaciens d'officine des CEIP. Les pharmaciens du réseau devaient notifier toute demande de délivrance de Rohypnol® au sein de leur officine au cours de la semaine de l'enquête. Cette enquête a été reconduite du 11 au 16 juin 2001, afin de mesurer l'écart. Sur la même période, l'enquête trans-

versale avait prévu un ensemble de questions sur la consommation de Rohypnol® en essayant de cerner les changements de comportement. Des rencontres ont été organisées avec des usagers et des intervenants pour un premier point après cinq mois de modification du cadre. Les impressions qui se sont dégagées à cette période ne se retrouvent pas complètement lors du travail d'enquête ethnographique réalisé à la fin de l'année 2001. Ainsi, si à la veille de l'été il semblait que les habitudes de consommation aient été modifiées de façon importante, sans remettre en cause ces transformations, il semble qu'en fin d'année, la présence du Rohypnol® se fasse à nouveau sentir.

Sachant que par manque de recul, il conviendra de poursuivre l'observation afin de mieux mesurer dans la durée le comportement des usagers de drogues à l'égard de cette benzodiazépine.

Disponibilité et niveau de consommation du Rohypnol® après la modification du cadre de prescription

Il n'est pas facile de répondre à la question de l'impact du changement de prescription sur la disponibilité du Rohypnol® sur le marché parallèle ainsi que sur le niveau de sa consommation chez les usagers de drogues. Ainsi, les participants du groupe focal sanitaire ne se sont pas mis d'accord pour estimer si l'année 2001 a été celle d'une réelle diminution ou celle d'une stagnation de son usage. Cela reflète bien, à la fin de l'année, la difficulté à trancher sur cette question.

Malgré tout, plusieurs signes vont dans le sens de la diminution de l'offre. D'abord, le prix du Rohypnol® dans la rue a doublé à Toulouse. En 2000, le prix se situait entre 15 et 25 F le cachet, alors qu'en 2001, il se place dans une fourchette de 30 à 50 F. Le Rohypnol® est plus difficile à se procurer, sa disponibilité est bien moindre qu'auparavant d'après bon nombre d'observateurs de l'espace urbain. Certaines des prescriptions anciennes se poursuivent encore, mais de nombreux médecins généralistes semblent plus « cadrer » les usagers. Ainsi, on a pu voir des usagers de drogues se plaindre lors de la grève des médecins en fin d'année 2001 et début 2002 : « (...) Rien à foutre du "Sub", y en a partout, c'est du Rohypnol® que j'ai besoin, mon médecin m'en marque et avec leur putain de grève, c'est la galère. »

En effet, il y a deux façons de se procurer du Rohypnol® : la rue et le docteur. Les médecins, en « verrouillant » les prescriptions limitent le « deal » de rue. Apparemment, la grève, en réduisant le nombre de prescripteurs, a diminué les possibilités de prescription au point de mettre en difficulté les usagers qui ne trouvaient plus à s'approvisionner. La grève a déstabilisé le marché de la rue, nous

révélant peut-être sa probable fragilité. Ainsi, les usagers moins « dégourdis », qui n'ont pas de médecins attirés, peuvent avoir du mal pour s'approvisionner, ce sont ceux qui se plaignent : « Les médecins ne prescrivent pas. » Mais il y a aussi ceux qui obtiennent des prescriptions suffisantes pour pouvoir en revendre une partie, peut-être du fait de médecins qui prescrivent encore et de façon large. À cet égard, l'enquête du CEIP sur les prescriptions de Rohypnol® montre qu'il reste encore en juin 2001 un taux élevé de prescriptions pour une durée supérieure à 14 jours (11 %) et une très légère augmentation de la posologie (+ 2 %). D'ailleurs, un peu plus d'un répondant sur deux (55 %) ayant consommé du Rohypnol® entre janvier et juin 2001 (ce qui représente 30 % de l'échantillon) dans l'enquête transversale déclare « qu'il n'a pas eu de difficultés pour s'approvisionner » durant cette période.

On peut émettre plusieurs hypothèses. Certains usagers peuvent multiplier les prescripteurs ou encore se font prescrire hors Toulouse dans des zones où l'« effet réseau » serait plus faible. Ce seraient ces usagers-revendeurs qui donneraient cette impression que, finalement, le marché parallèle est toujours suffisamment achalandé. En tout cas, on peut encore observer des usagers pour qui, apparemment, les choses n'ont pas changé : « Ils sont toujours aussi défonceés les schtroumpfs », entend-on près des lieux de réduction des risques, allusion au colorant bleu qui imprègne la salive.

Mais la modification peut s'observer de façon décalée à d'autres points de l'espace urbain comme aux urgences psychiatriques ou en prison. La demande de prescription de Rohypnol® en prison est en baisse également. Aux urgences psychiatriques, il y a moins de demandes de benzodiazépines de substitution comme le Normison®. Il semble qu'il y ait une autorégulation de la consommation. Si, pour certains usagers, la consommation ne s'est pas ralentie, pour d'autres il est indéniable qu'elle s'est atténuée. L'accessibilité moindre modifie le comportement des « gros consommateurs » : « Celui qui en consomme pas mal garde ce qu'il arrive à se procurer pour sa consommation avant tout. »

Conclusions

Dans l'espace urbain, les changements sont indéniables. Le Rohypnol® concernait des populations importantes de jeunes en errance et des toxicomanes sous substitution qui utilisaient dans la continuité le mélange BHD, Rohypnol®, alcool, à des fins de « défonce ». Ces usages semblent avoir globalement diminué en 2001.

Au sein de la population des usagers de l'espace urbain, il semble que l'image du Rohypnol® continue de se dégrader. Aujourd'hui, les méfaits de ce produit sont

désormais clairement identifiés par les usagers comme le constate un médecin hospitalier du réseau ville hôpital : « Il y a quand même pas mal de toxicomanes qui ont compris que le Rohypnol®, c'était emmerdant parce que ça conduisait souvent en prison... » D'ailleurs, ils le disent eux-mêmes : « Avec le Rohypnol®, t'es un guignol ! »

Tranxène® et Valium®

Modes d'administration

Comme le Rohypnol®, le Tranxène® est en règle générale ingéré par voie orale, gobé sous forme de cachet, seule modalité déclarée dans l'enquête transversale. Aucun autre mode n'a été mentionné par les professionnels des structures ou par les usagers. En revanche, la forme injectable du Valium® est parfois recherchée par les anciens usagers toxicomanes aux opiacés.

Disponibilité et mode d'utilisation

Les disponibilités du Tranxène® et du Valium® sont liées aux prescriptions médicales et ne semblent pas faire l'objet d'un trafic structuré. Comme d'autres produits d'origine pharmaceutique ils font l'objet d'échanges ou de reventes ponctuels par des usagers qui cèdent leurs prescriptions, permettant à des usagers de s'approvisionner dans la rue.

En Midi-Pyrénées, contrairement à d'autres régions, le Tranxène® ne fait pas partie des six premiers médicaments « épinglés » dans le cadre des enquêtes sur les Ordonnances suspectes indicateur d'abus et de pharmacodépendance (OSIAP). Ce qui ne signifie pas pour autant qu'il ne soit pas consommé par des publics usagers de substances psychoactives. Ce résultat correspond bien au fait que ce médicament ne suscite pas actuellement sur le site un engouement très important. On peut penser aussi que sa prescription, à la différence du Rohypnol®, fait moins l'objet de réticences de la part des médecins généralistes, le rendant ainsi relativement accessible.

Le Valium®, de son côté, n'a jamais été très recherché dans la région, comme l'indique son absence dans l'enquête OSIAP. Mais ses capacités supposées à gérer la descente ou à traiter les troubles liés à l'abus de psychostimulants ou d'hallucinogènes en font un produit potentiellement attractif.

Conclusions

Comme n'importe quelle benzodiazépine, en dehors du Rohypnol®, le Tranxène® ou le Valium® peuvent intéresser potentiellement les usagers de drogues, qu'il s'agisse d'anciens toxicomanes substitués ou de nouveaux consommateurs d'opiacés. Les fonctions peuvent être multiples, auto-indication « thérapeutique » des troubles induits par la consommation d'autres substances ou par le mode de vie, anxiété, troubles du sommeil, ou encore comme produit de régulation des hallucinogènes ou des psychostimulants, et même comme un « soutien » possible pour les sevrages de BHD. Enfin, ces deux produits sont aussi utilisés comme potentialisateurs de l'alcool associés à la buprénorphine dans une recherche de « défonce ».

Si l'on ajoute à cela les modifications de prescription du Rohypnol®, le développement de leur consommation n'est pas impossible. Pour l'instant, dans le cadre d'une alternative au Rohypnol®, il ne semble pas qu'un médicament de type benzodiazépine domine plus que les autres : il conviendra de suivre l'évolution du Tranxène® en 2002.

LES AUTRES PRODUITS CONNUS SUR LE SITE

Le cannabis

Il n'y a pas à proprement parler d'usage de cannabis sortant de la norme de consommation ordinaire. En terme de tendance d'usage, une pratique semble prendre de plus en plus d'ampleur chez les usagers polyconsommateurs, pharmacodépendants aux opiacés, c'est l'association cannabis et alcool pour majorer les effets de la BHD ou de la méthadone. L'alcool est un produit classiquement associé dans un but de maximalisation des effets. Ce qui semble se développer aujourd'hui, c'est cannabis et alcool ensemble. « C'est un produit associé, mais un produit de défonce, c'est-à-dire avec le Subutex®, c'est l'association alcool et "pétard" pour faire monter le Subutex® quand tu l'injectes », rapporte un médecin. Il est vrai qu'un nombre très important d'usagers de l'espace urbain (fréquentant les structures sanitaires ou de réduction des risques) fument du cannabis : 86,5 % des répondants de l'enquête transversale déclarent avoir consommé du cannabis le mois précédent dont 80 % « plusieurs fois par jour ».

Cannabis : une banalisation de consommation encore accentuée

À l'instar d'un large mouvement en France, Toulouse connaît un phénomène important de banalisation de l'usage et de l'abus d'usage du cannabis depuis plusieurs années. La visibilité de la consommation de cannabis est de plus en plus grande avec un public de plus en plus varié. Ce phénomène est particulièrement accentué lors d'événements musicaux ou culturels qui rassemblent des jeunes... et des moins jeunes (grand concert, fête de la musique, etc.). Mais aussi, de façon plus banale, on peut voir des jeunes ou des moins jeunes fumer dans la rue au centre-ville ou dans des jardins publics. « On voit plus de consommation de "pétards" ou de pipe à eau (bang) dans la rue sans réaction particulière du voisinage », constate un intervenant d'une structure de réduction des risques. Dans les publics jeunes ou moins jeunes, non concernés par l'espace festif ou urbain, la banalisation de l'usage progresse toujours auprès de lycéens et d'étudiants principalement et s'observe aussi auprès de publics insérés plus âgés.

Le symptôme du mal-être scolaire est souvent un révélateur d'un début de consommation qui peut devenir abusive. « On voit chez les gamins des effets symptomatiques de l'abus d'usage qui sont adressés par des intervenants médico-sociaux des établissements scolaires », constate un médecin hospitalier. Ainsi, et ce phénomène est perçu comme nouveau, des jeunes ont été hospitalisés pour des périodes allant de 24 heures à plusieurs jours, pour des consommations de cannabis uniquement. Des jeunes pour lesquels le produit principal voire le seul produit consommé est le cannabis.

« Ce n'est pas la première fois que cela se produit, mais c'est la première fois à un tel niveau », remarque un médecin hospitalier. En 2001, plus d'une dizaine de jeunes ont été hospitalisés dans l'année pour le seul hôpital du centre-ville. Ces jeunes sont scolarisés normalement. Ils ont même franchi la barre du premier cycle. Leurs parents sont décrits comme des représentants des classes moyennes et/ou supérieures et souvent de professions intellectuelles.

Le cannabis est aussi utilisé dans une perspective « thérapeutique ». Si ce phénomène n'est pas nouveau en soi, on voit aujourd'hui des adolescents ou des jeunes adultes tenir des discours de justification pour expliquer leur consommation à partir d'un usage « médicamenteux » du cannabis. « Ils sont passés d'un usage festif, récréatif, en groupe, à un usage solitaire. À la question : "Pourquoi fumes-tu ?" Ils répondent : "J'ai essayé de m'arrêter, mais je ne dors pas. Je ne veux pas de vos produits (benzodiazépines) qui sont encore pires... Le cannabis, ça me sédate, ça me calme, ça me fait dormir", disent certains jeunes. »

Dans l'espace festif (*free-party*, teknivals) le cannabis est un produit d'échange, une « monnaie » qui sert de troc contre une bière, un sandwich, etc. Cette année, une variété de très bonne qualité appelée « aya » remplace les traditionnelles savonnettes dans les « teufs » du Sud-Ouest. Sous cette appellation circulerait d'après les observateurs, moins de l'« aya » véritable qu'une « résine améliorée ». Ce produit, en provenance du Maroc, serait également consommé à l'intérieur de cercles restreints au sein de l'espace urbain.

Trafic de cannabis et production locale

Le Maroc et l'Espagne sont les passages obligés de la résine de cannabis d'après les services répressifs, mais ce ne sont pas les seuls, et de l'herbe hollandaise circule aussi dans l'espace festif techno. Le trafic en semi-gros s'est développé et banalisé avec un rajeunissement des revendeurs, y compris parfois au niveau de jeunes mineurs. Face à la demande croissante, les prix suivent et baissent. Si la revente d'herbe ne constitue pas un objectif important pour les services répressifs. Sa présence de plus en plus grande sur le marché accentue sa baisse. « [...] Si vous achetez en savonnette (2 000 à 2 500 F les 250 g), au kilo (8 000 à 9 000 F)... plus vous descendez et plus les prix augmentent. On a connu une stabilité des prix pendant 10 ou 15 ans sur le shit, c'est-à-dire que tout le monde achetait pour 100 F de shit, c'était le cure-dent, la barrette... C'est fini maintenant avec la surconsommation de shit et tous les arrivages, ils achètent pour 50 ou 100 F de shit, mais ils ont 2,5 g, parfois 5 g... Cette année, on a vu augmenter les quantités. Il y a 20 ans, on parlait en grammes, maintenant les mecs ils ont des demi-savons, des savons, quand ça n'est pas deux ou trois savons... Les quantités ont augmenté, ça veut dire qu'il y a du débit... »

La production locale d'herbe à des fins de revente de proximité ou de consommation personnelle s'est considérablement développée, déstabilisant le marché traditionnel de revente de rue de la résine de cannabis. Cette production locale réorganise pour partie le trafic de proximité, les usagers préférant se servir chez un revendeur producteur lui-même ou proche d'un producteur, plutôt que de prendre le risque de la vente de rue plus aléatoire et plus dangereuse. De ce fait, sur les traditionnels et inamovibles lieux de vente de la ville, le deal de rue est moins visible qu'il y a quelques années.

Cette tendance à la consommation de sa propre production d'herbe s'observe au sein de l'espace festif, mais aussi de plus en plus au sein de l'espace urbain. Certains anciens usagers substitués « se lancent » désormais dans leur propre culture de marijuana, une dizaine de pieds peuvent suffire à la consommation annuelle d'un

toxicomane urbain polyconsommateur sous Subutex®. Ce phénomène va de pair avec le développement de l'offre de kit de matériel de culture hydroponique dont on parle de plus en plus sur le site.

Conclusions

L'année 2001 a vu un développement sans précédent de l'herbe au détriment de la résine de cannabis accentuant encore sa banalisation. L'autoproduction augmente tant en ville que dans les campagnes environnantes, la qualité s'améliore, rendant, de ce fait, la résine plus ou moins coupée et de qualité souvent médiocre, bien moins attractive. Dans des cercles d'initiés, une résine de meilleure qualité circule : l'aya.

La consommation est au fil du temps de plus en plus visible et s'étend chez les jeunes. Le cannabis est très largement consommé au sein de l'espace festif et urbain.

Gamma OH

Sur le site

À Toulouse, les enquêtes TREND 2000 ne font aucune mention du GHB. Pourtant, il semble que ce produit a circulé, au moins dans l'espace festif techno, les établissements de nuit et les milieux culturistes. Ainsi, le GHB a connu un engouement chez les bodybuilders, il y a deux ou trois ans dans les salles d'entraînements toulousaines. « C'était la folie dans les salles de musculation », commente un spécialiste de ce milieu. Cet attrait pour ce supposé « *fat burner* » semblerait retombé aujourd'hui.

Dans l'espace urbain, il n'est pas connu des intervenants et les usagers n'en n'ont pas vu ou consommé.

En revanche, c'est au travers de témoignages de perte de mémoire associée à des relations sexuelles non consentantes que le GHB va réapparaître en 2001 sur le site, cette fois sous forme de rumeurs ou d'hypothèses : « On raconte de sales histoires... »

Le groupe focal sanitaire réunissant des médecins hospitaliers ou libéraux de différents services de la ville a réveillé notre intérêt pour cette molécule, car sa surmédiatisation comme « drogue du viol » nous avait incité à prendre avec elle nos distances.

Dans différents endroits du site, une dizaine d'hommes et de femmes, plus ou moins jeunes, ne présentant pas *a priori* de pathologies psychiatriques connues, a apporté à des praticiens qui n'étaient pas spécialement informés sur ce produit des témoignages concordants.

Dans tous les cas, les personnes décrivent des pertes de mémoire associées à des relations sexuelles non souhaitées. Les contextes peuvent être différents, boîte de nuit, appartement, et les agresseurs des personnes connues ou inconnues. Du fait du caractère amnésique de la situation, parfois associé à la consommation d'alcool (boîte de nuit) et à un puissant sentiment de malaise et de culpabilité diffuse, ces personnes n'ont, en règle générale, pas porté plainte. D'ailleurs, peu de plaintes ont été enregistrées sur le site. Ainsi, pour la brigade des mœurs, cela concerne très peu d'affaires ces dernières années, trois en tout et pour tout qui ont finalement abouti à écarter l'hypothèse du GHB. Pour le responsable de l'unité, « le GHB : c'est la Rumeur d'Orléans ».

Pour autant, depuis que le réseau TREND-Toulouse s'est mobilisé sur cette question, des témoignages commencent à émerger. Ils indiqueraient que le GHB est disponible et qu'il est possible, d'après certains observateurs en milieu festif techno, de s'en procurer. Nos efforts en ce sens sont limités par le fait que nous n'avons toujours pas l'autorisation d'achat d'échantillons à des fins d'analyse.

Cet été, un échange entre la kétamine et un produit donné pour être du GHB a été observé. L'utilisation ultérieure de ce GHB n'était pas connue de l'observateur.

Nous n'avons pas eu les moyens d'investiguer plus ces situations, ce qui appelle à faire preuve d'une grande prudence quant à leurs interprétations possibles. En matière de soumission sexuelle, il existe d'autres substances et rien ne permet dans l'état actuel de conclure.

Conclusions

Aujourd'hui, le pôle TREND de Toulouse n'est pas en mesure d'attribuer ces situations qui associent état modifié de conscience et relations sexuelles non souhaitées à une quelconque substance psychoactive ou au GHB. Aucune preuve pharmacobiologique n'existe pour aucune de ces situations, et nous n'avons pu mener d'enquête ethnographique suffisamment approfondie pour conclure dans un sens ou dans un autre.

Cependant, les questions que ces témoignages soulèvent méritent de mobiliser des moyens suffisants pour pouvoir répondre. D'une part, pour vérifier si un lien pourrait exister entre la disponibilité, même limitée, de GHB sur le site et les situations décrites, et, d'autre part, pour explorer plus précisément les phénomènes d'utilisation du GHB, les consommateurs concernés, les pratiques et leurs contextes.

Nouveau produit : la *salvia*

La *salvia divinorum* ou « Sauge des devins » est une solanacée qui ressemble à de la menthe. C'est un hallucinogène puissant et « redoutable » présenté comme « différent » des autres psychodysléptiques, si l'on en croit les nombreuses mises en garde dont s'entourent ceux qui la connaissent. « Des doses de seulement quelques centaines de microgrammes auront un effet, et pour la plupart des gens des doses de plus d'un milligramme seront insupportables », stipule une note d'information à destination des usagers.

La *salvia* a d'abord été mentionnée en parallèle à l'espace festif du Languedoc, dans des cercles initiés. En fin d'année 2001, elle est identifiée à Toulouse comme disponible quoique peu accessible et de façon très limitée. Les deux usagers qui en ont consommé et ont témoigné de cette pratique ne correspondent pas particulièrement à des « teufeurs ». Il s'agissait d'hommes d'une trentaine d'années insérés socialement qui l'ont expérimentée par opportunité. Ils ont tous les deux fumé la *salvia* sous forme de joint et ont pu en acheter à cette occasion, attestant de ce fait la présence de ce produit en ville. Il est possible que d'autres catégories d'usagers (milieu festif, techno) aient pu en consommer. Nous n'avons pas encore de témoignages dans ce sens. La *salvia* semble disponible sur Internet et en Espagne.

Nous n'avons pas pu investiguer plus précisément la consommation émergente de ce produit par manque de temps et nous nous proposons d'approfondir l'étude de cette nouvelle pratique en 2002.

Les perceptions

Rachacha

Le rachacha bénéficie d'une image très positive dans l'espace festif techno du Sud-Ouest et du Languedoc. Il est perçu par les usagers comme un produit naturel, « soft », « à peine plus fort que le shit », presque curatif. C'est un « remède que les anciens donnent si tu as un problème avec les speeds ». Cette image positive, bien que nuancée chez les usagers plus anciens, favorise la diffusion du rachacha chez des plus jeunes de plus en plus nombreux de l'espace festif techno.

BHD

En 2001, les observateurs n'ont pas relevé sur le site d'appellation nouvelle pour désigner la BHD : « sub », « subu » sont toujours utilisés. Des noms qui connoteraient particulièrement une image positive ou négative n'ont pas été signalés. Cependant, l'image de la BHD a une forte tendance à se dégrader auprès des publics de l'espace urbain du fait de la dépendance rapide qu'elle induit, des effets secondaires liés à l'injection et du faible plaisir qu'elle procure.

De plus, la difficulté des sevrages de la BHD contribue à renforcer son image de produit de « toxicomane ». Ainsi, certains anciens usagers d'opiacés que l'on peut rencontrer dans les dispositifs de première ligne, font ce commentaire : « [...] On ne pouvait pas tomber plus bas que ça. C'est pire que l'héro pour "déco", car tu peux en avoir à profusion... » Chez les nouveaux usagers de BHD comme chez les jeunes itinérants ou en errance, l'image n'est pas bonne non plus, du fait qu'ils se retrouvent rapidement dépendants.

Par contre, la BHD garde une image positive chez ceux qui l'utilisent pour « passer à autre chose ».

Actuellement, le discours dominant des usagers de l'espace urbain sur la BHD est l'absence d'effet au regard des doses importantes qu'ils prennent. La BHD confirme son image de produit de « toxicomane » dans les milieux fréquentant les dispositifs de premières lignes, avec pour complément celle du traitement de substitution. La BHD devient, tel Janus, un produit à deux faces : la déchéance ou le salut.

Sulfates de morphine

Les sulfates de morphine ont une bonne image dans le public itinérant ou errant lié à l'espace festif techno.

MDMA

La perception de la MDMA dépend des lieux et des groupes. Ainsi, dans les milieux plus « hardcore », l'image de l'ecstasy n'est pas très valorisée, à la différence des groupes « transes ». En revanche, pour les « *clubber's* » l'image de la MDMA s'améliore de plus en plus. Dans les établissements de nuit, l'image traditionnelle de drogue festive par excellence continue de faire son chemin. « On fait la fête avec tout le monde : c'est génial ! »

Chez les plus jeunes et les nouveaux consommateurs, elle garde une image positive qui en fait encore la première drogue de l'espace festif. Pourtant, il convient de pondérer cette vision. En Languedoc, par exemple, dans des *free-party*, les intervenants commencent à entendre des discours discordants : « Y' a de la merde dedans on en prend plus. » L'image que renvoient les médias, l'effet également du *testing* et de la prévention ne sont probablement pas étrangers à ces renversements. De plus, certains usagers prennent conscience des problèmes que rencontrent des consommateurs plus anciens qui aujourd'hui ne vont pas toujours très bien. Il semble que la MDMA représenterait moins la drogue idéale et idyllique qu'elle a pu être.

Amphétamine

Le speed est perçu comme un « produit simple ». Dans l'espace festif, de façon générale, les usagers ont des amphétamines l'image d'un produit « ni bien, ni mal, c'est du speed ; quand tu montes c'est super, quand tu as les dents qui grincent c'est moins bien ». Les amphétamines sont repérées comme un produit qui « file la pêche » et permet d'assurer, « de faire des plans ». Du fait de sa faible activité euphorique comme les opiacés ou les hallucinogènes, le speed n'est pas une drogue très valorisée comme peut l'être, dans certains milieux, le LSD ou, de façon générale, la MDMA.

Le speed est un produit « populaire », au sein de l'espace festif techno, même si les anciens consommateurs ont pu en mesurer les inconvénients.

Cocaïne

La cocaïne bénéficie d'une bonne image. Elle est perçue par l'ensemble des consommateurs comme un produit associé à la fête, pas dangereux, pas dégradant ou « sale ». Pourtant, les « descentes » et l'état « pas bien après des périodes de consommations plus régulières et intensives » commencent à poser question chez certains jeunes et nouveaux usagers. Les anciens usagers d'opiacés, aujourd'hui substitués, ont bien souvent une expérience et une connaissance de la cocaïne : « Ils savent ce qui les attend. »

Crack ou free-base

Dans l'espace festif, certains des usagers qui fument du free-base ne soupçonnent pas toujours que le produit qu'ils consomment et le crack sont en réalité la même chose. Dans certains milieux, « baser » est une activité valorisée qui n'est « pas à la

portée de tous ». La préparation, qui nécessite une manipulation chimique avec au bout une transformation en un produit plus puissant et plus intense, confère à l'utilisateur l'aura du « chimiste », celui qui sait maîtriser « l'alchimie » de la drogue. Image non superposable avec son opposé, le cracker : le toxicomane violent qui ne maîtrise rien.

LSD

Le LSD a une image positive et son consommateur est plutôt valorisé. Mais « les accidents, ça calme ! », sans remettre en cause toutefois le produit, comme c'est le cas parfois pour l'ecstasy. Le LSD ce n'est pas qu'il y a « de la merde dedans », c'est la puissance du produit qui est comme ça. Les quelques « *bad trip* » vécus ou observés chez les autres, nuancent cette bonne image. Il semblerait que les jeunes soient de mieux en mieux informés sur le LSD, ses effets et ses risques, et qu'ils fractionnent les prises pour en « contrôler » les effets.

Kétamine

Les plus jeunes des milieux « *hardcore* » sont dans une certaine banalisation, alors que les plus anciens consommateurs en ont une image plus négative, « c'est pas festif, ça tue la fête ». Un autocollant dans un camion résume bien cette idée : « Kétamine gonna kill techno. » Ainsi, dans les fêtes Transe Goa, « on aime pas trop la kéta ». Comme ce phénomène a pu être observé sur d'autres sites les années précédentes, la kétamine divise au sein de l'espace festif techno entre « ceux qui sont contre et ceux qui sont pour ». Certains teknivals du Sud ont donné cet été une image très négative des jeunes « kétaminés qui bavent ».

Les anciens usagers d'opiacés, aujourd'hui sous BHD, se sont fait peur avec la kétamine cet été. Dans cette population, elle n'a pas du tout une bonne image, « un truc de barjot ». Peu en poursuivent la consommation.

Avec la multiplication des expériences et sa propagation rapide, on constate que cette pratique serait moins valorisée aujourd'hui. « Il y a des accidents, avec ça tu peux faire n'importe quoi... tu sens plus rien... », se plaignent les usagers. La multiplication des expérimentations pendant l'été a rendu visible les problèmes dangereux de son usage.

En revanche, il resterait encore un attrait de type initiatique pour certains jeunes. Celui qui l'aurait consommé en retirerait le pouvoir de l'expérience en quelque sorte. Ceux qui en prendraient se considéreraient comme une élite qui maîtrise un parcours initiatique, dont la kétamine serait le summum. Certains usagers racontent des histoires d'accidents, d'incendies et même de décès la mettant en cause. Tout cela contribue à en faire, dans l'imaginaire actuel, un produit perçu comme globalement dangereux.

Protoxyde d'azote

La consommation de protoxyde d'azote est de plus en plus mal perçue par les « *sounds system* », et les organisateurs d'événements festifs du Sud-Ouest et du Languedoc, car les ballons qui « traînent après les fêtes » polluent et compromettent l'image des organisateurs et des « teufeurs » eux-mêmes. Cette année, les organisateurs indiquaient sur les *flyers* : « *No balloon.* »

Le Rohypnol® : une très mauvaise image

Le Rohypnol® reste souvent une consommation que l'on cache, et l'utilisateur n'est pas très à l'aise pour en parler. Ce n'est pas une consommation très valorisante, ni très valorisée, au contraire. Le Rohypnol® est un produit « de pauvre », qui renvoie son consommateur à une image misérabiliste. Les usagers savent que le Rohypnol® « fait péter les plombs... », que c'est « une drogue de ouf ». Un intervenant dit « qu'ils se sentent un peu merdeux de consommer ça ». Cette image négative n'est pas exclusive, car un groupe non négligeable d'usagers en parle comme d'un traitement. Est-ce une façon de pouvoir en parler, ou bien est-ce une véritable image positive de ce produit, liée à une utilisation « autothérapeutique » ? Pour l'équipe du BEST, il existerait un groupe parmi les usagers de Rohypnol® qui l'utilise de façon maîtrisée à des fins exclusivement thérapeutiques contre l'insomnie.

CONCLUSIONS

ESPACE URBAIN

Les interactions entre usagers de l'espace festif et de l'espace urbain sont plus importantes. Les usagers intensifient leurs relations. Leurs produits et leurs pratiques circulent de plus en plus entre les deux espaces. La polyconsommation est majeure, le nombre de produits consommés est en augmentation. L'alcool et le cannabis sont banalisés et fréquemment associés aux autres produits.

La BHD est le premier produit consommé dans cet espace. Cette consommation dépasse le cadre des traitements de substitution et des usagers jeunes initient une pharmacodépendance aux opiacés par ce produit souvent par la voie injectable. L'injection de BHD est un problème sanitaire.

La cocaïne poursuit son développement tant chez les anciens toxicomanes qu'au-delà des « usagers à problèmes ».

Le changement de cadre de prescription du Rohypnol® a globalement modifié les consommations. Cette tendance reste à confirmer à l'avenir.

ESPACE FESTIF

Le développement des événements technos et leurs succès auprès de publics de plus en plus larges a accentué la visibilité des phénomènes d'usages de drogues au sein de cet espace.

La polyconsommation est importante. La MDMA est très banalisée, les usagers sophistiquent son utilisation par la multiplication de prises d'ecstasy différents et par l'association de produits opiacés, hallucinogènes ou stimulants. La cocaïne et, dans une moindre mesure, l'héroïne sont présentes dans cet espace.

La modification de la législation concernant les « *raves-party* » va transformer les conditions de rassemblements et de consommations de drogues. Il est difficile aujourd'hui de prévoir les changements qui vont advenir. Il sera nécessaire d'adapter nos modes d'observation à ces transformations.

PRODUITS ÉMERGENTS

La kétamine déjà présente a connu un développement de son expérimentation important dans les deux espaces et notamment auprès de jeunes de l'espace festif. La complexité de cette substance à la fois fascinante et inquiétante implique de rester attentif à son évolution chez les usagers de drogues.

Un produit inconnu sur le site, a fait son apparition : la *salvia*. Sa consommation ne concerne que des cercles d'initiés. Une étude sera indispensable l'an prochain sur cette consommation.

SITE TREND TOULOUSE

La mise en place du site TREND a rencontré un accueil positif et suscité une coopération très large des acteurs locaux. Ce réseau permet d'envisager la seconde année de travail d'une manière plus construite. Les échanges tout au long du travail nous ont révélé l'intérêt pour les acteurs à pouvoir bénéficier d'informations pertinentes pour orienter leurs actions. De nombreuses questions ou thématiques émergent du terrain qui mériteraient toutes une attention particulière.

Une première question porte sur le site lui-même et sa délimitation géographique. Les phénomènes émergents et les nouvelles drogues débordent en Midi-Pyrénées la seule agglomération toulousaine et le monde festif techno a de nombreuses implantations dans le monde rural. Il serait dommage de ne pouvoir inclure l'espace rural dans le cadre de ces recherches. La forme et la méthode restent à définir. Il en va de même sur l'aspect transfrontalier du site. Un travail de réflexion en association à d'autres sites dans des situations identiques serait à envisager.

D'autres zones ne sont pas ou peu investiguées, il serait souhaitable de pouvoir travailler l'observation de phénomènes émergents au sein des établissements de nuit, des quartiers défavorisés, du milieu étudiant, du milieu sportif.

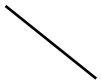
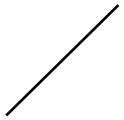
Les études menées en 2001 ont soulevé des interrogations pour lesquelles nous souhaiterions proposer des études plus spécifiques. Il s'agit d'une part du GHB et d'autre part des utilisations nouvelles de la BHD. Deux projets d'études seront soumis à l'OFDT en 2002.

Par ailleurs, les interactions entre consommation de produit de synthèse et particulièrement MDMA et troubles psychiatriques font l'objet de questionnements de plus en plus nombreux de la part des services et des praticiens s'occupant d'adolescents ou d'adultes psychiatisés. Un travail préalable de recensement des problèmes destiné à constituer un corpus de données susceptibles de permettre la conception d'un travail plus approfondi serait à effectuer dans un contexte transdisciplinaire et partenarial.

BIBLIOGRAPHIE

- Becker (O.), *Outsiders*, Métaillié, 1985.
- Bello (P.-Y.), Toufik (A.), Gandilhon (M.), *Tendances récentes*, rapport TREND, OFDT, 2001.
- OFDT, *Drogues et dépendances, Indicateurs et tendances*, 2002.
- OFDT, *Drogues et toxicomanies, Indicateurs et tendances*, 1999.
- Fontaine (A.), Fontana (C.), Verchere (C.), Vischi (R.), *Pratiques et représentations émergentes de l'usage de drogues en France*, OFDT, 2001.
- IREP, *Ecsta, Trip, Coke et Speed*, OFDT, 1999.
- Lalande (A.) et Grelet (S.) *Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville*, OFDT, 2001.
- Missaoui (L.), Tarrus (A.), *Trafics transfrontaliers d'héroïne de Barcelone à Perpignan*, OFDT, 1999.
- Schiray (M.), Colombie (T.), Lalam (N.), *Les filières produits psychotropes à partir des soirées de musique techno*, OFDT, 1999.
- Sarradet (A.), Toufik (A.), Gandilhon (M.), *Tendances récentes*, rapport TREND, OFDT, 2000.
- Vidal-Trecan (G.) et Boissonnas (A.), *Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage*, OFDT, 2000.





OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue La Fayette
75010 Paris
Tél : 33 (0)1 53 20 16 16
Fax : 33 (0)1 53 20 16 00
courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

Les études publiées par l'OFDT sont consultables sur le site web :
<http://www.drogues.gouv.fr>

Citation recommandée

**BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), GIRAUDON (I.),
Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001
Rapport TREND - Juin 2002, Paris, OFDT, 2002, 688 p.**