



Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Les analyses et les tendances présentées dans ce deuxième rapport TREND sont 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. À l'instar de l'année dernière, deux espaces ont été prioritairement observés. Il s'agit, d'une part, de l'espace urbain et, d'autre part, de l'espace festif techno.



ISBN : 2-11-092705-4

Tendances récentes - Rapport TREND juin 2001

OFDT - Juin 2001

# Tendances récentes Rapport TREND

Juin 2001

Pierre-Yves BELLO  
Abdalla TOUFIK  
Michel GANDILHON

# **Tendances récentes**

## **Rapport TREND**

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

*Juin 2001*

## CONTRIBUTIONS AU PROJET

---

### Directeur de publication

Jean-Michel Costes, directeur de l'OFDT

### Responsable du projet

Pierre-Yves Bello, chargé d'études OFDT

### Rédaction du rapport

Pierre-Yves Bello

Abdalla Toufik, chargé d'études OFDT

Michel Gandilhon, chargé d'études OFDT

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

Antoine Lazarus (Président)

Sylvain Dally

Alain Epelboin

Claude Jacob

Dominique Pécheux

Marc Valleur

### Experts

Jean-Pierre Counil (OCRTIS)

Thierry Charlois (Techno Plus),

Julien Emmanuelli (INVS),

Étienne Matter (ASUD)

**Membres du réseau TREND-SINTES**

Collecteurs de données ethnographiques (espace urbain)

**Le réseau IREP**

Rodolphe Ingold, directeur

Mohamed Toussirt, coordinateur national

**Enquêteurs TREND***Banlieue parisienne (91)*

Daniel Grenier

*Dijon*

Patrick Piras

*Lille*

Jean Harbonnier

*Marseille*

Daniel Barraud, Antoine Bruno

*Metz*

Claude Jacob, Denis Poisson

Martine Hubert

*Paris*

Toufik Adohane, Lahmer Abderrahim

*Rennes*

Magguy Coulouarn, Vincent Debierre

*Toulouse*

Josiane Sabatier, Dominique Daubagna

Daniel Garipuy, Francis Saint-Dizier

**Spiritek**

Ugo d'Alessandro, François-Xavier Wittek

Sophie Langlois, Arnaud Timmereman,

Thierry Mbaye

**SEDAP**

Gérard Cagni

Brahim Riyachi, Stéphane Adam

Collecteurs de données ethnographiques (espace festif)

**Techno plus**

Thierry Charlois et les équipes de Techno plus Paris

Céline Ochem et les équipes de Techno plus pays d'Oc

Manuella Hachet et les équipes de Techno plus Bretagne-Nantes

**Le LIRESS**

Astrid Fontaine, Caroline Fontana

Renaud Vischi, Céline Verchère

Observateurs en milieu urbain

**Les structures de bas seuil et de soins**

Danièle Authier (Ruptures, Lyon)

Catherine Jurlin, Monique Marien (Médecins du monde, Lyon)

Gérard Cagni (SEDAP, Dijon)

Didier Févrel (Médecins du monde, Marseille)

Bruno Tanche (AMPT, Marseille)

Frédéric Voize (BRAS-AIDES, Paris)

Leïla Chala, Cécile Rougerie (EGO, Paris)

Jean-Michel Delile (CEID, Bordeaux)

Frédérique Dérolez (antenne mobile AIDES, Lille)

Marguerite Quilligan (Espace du possible, Lille)

Monique Isambart [PROSES, Bagnolet (93)]

Safia Soltani [C3R, Blanc-Mesnil (93)]

Olivier Romain, Sylvie Balteau (CMSEA, Metz)

Martine Lacoste (Clémence Isaure, Toulouse)

Magguy Coulouarn, Claude Vedeilhie (Centre de soins en pharmacodépendances et toxicomanies, Rennes)

**Départements d'outre-mer****Guyane**

Monique Vallart (coordinatrice TREND) et l'équipe du CSST de Kourou

Yves-André Chenay et l'équipe du CSST de Cayenne

Daniel Louisy et l'équipe de Relais drogue solidarité de Cayenne

Catherine Klein et l'équipe du CSST de Saint-Laurent du Maroni  
Sandrine Louiset de l'association IN'DACT de Saint-Laurent du Maroni

### **Martinique**

Sylvie Merle (coordinatrice TREND)

Gilbert Delanay et l'équipe de l'Association martiniquaise de prévention de l'exclusion sociale

Hermine Villarsin et l'équipe de Unité d'écoute pour toxicomanes et familles en détresse

Nikol Nelzi et l'équipe du Centre de soins et de la réinsertion de la Martinique

### **Ile de la Réunion**

Agnès Brissot (coordinatrice TREND)

Patrick Hémerly et l'équipe du réseau Oté

Jean-François Guignard de Kaz'oté

Daniel Hoararo et l'équipe du centre Castor

Charles Candeliers (médecin inspecteur de la DRASS)

### **Les participants à SINTES**

#### **Les laboratoires**

##### **Laboratoire des douanes d'Ile-de-France**

Martine Chabrillat

##### **Laboratoire de police scientifique de Lyon**

Huguette Chaudron

##### **Laboratoire de l'IRCGN (Gendarmerie nationale)**

Roland Molinaro

##### **Laboratoire de toxicologie de l'hôpital Fernand-Widal à Paris**

Martine Galliot-Guilley

##### **Laboratoire de toxicologie de l'hôpital Salvator à Marseille**

Jocelyne Arditti

##### **CEIP de Paris**

Samira Djezzar

### **Les collecteurs**

#### *Médecins du monde*

Rova Aly, Patrick Arguimbau, René Baglioni,  
Jean-Jacques Bagoud, Patrick Beauverie,  
André Bénézec, Jean-Pierre Daulouède, Philippe de Botton,  
Sarah De Haro, Sophie De Sousa, Nicole Ducros,  
Hans Gadélius, Damien Gauer, Pierre Gay le Maitre,  
Patrick Gasmann, Laurent Gauthier, Caroline Gilles,  
Fabrice Herry, Daniel Kadyss, Jimmy Kempfer,  
Georges Lachaze, David Laffontas, Yohann Le Bouter,  
Thierry Lleba, Michèle Lucas, Sophie Malhière,  
Frédéric Mazerand, Sandrine Mazzoleni, Mady Mercier,  
Guillaume Monnet, Bastien Noël, Céline Ochem,  
Jean-Luc Pradeille, Pascal Pérez, Sylvain Perrot,  
Valère Rogissart, Lionel Sayag, Grégoire Sérkoff,  
Jérôme Sanchez, Pierre Sonnier, Béatrice Stambul,  
Philippe Tessier, Alexandre Thomas

#### *CEID*

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

#### *SEDAP et SPIRITEK*

### **Études spécifiques**

#### **Le réseau ASUD**

Djack Bagoud, Johann Caquelard,  
Pierre Chamboredon, M. Caron, Gilles Charpy,  
Alain Chateau, François Itard, Jimmy Kempfer,  
K. Krim, Marc Leudière, Guillaume Martin,  
Etienne Matter, Anne Merrien, Pascale Morandini,  
Pascal Morgan, Fabrice Olivet, Mathieu Pastini,

Didier Robert, Jean-Pierre Scholer, Nasser Tachougaft,

Philippe Tessier, Yann Villars, Edmond Zdybal,

**Usagers et citoyens**

Ben Bouchaid

### **La Mission toxicomanie du Conseil général de la Seine-Saint-Denis**

Marguerite Arène, Patricia Echevarria,

Michel Joubert, Sylvain Aquatias

### **Le réseau Hérodote de l'Essonne**

Sandrine Gualdoni

### **RESSCOM**

Isabelle Jacob

### **CHS Le Vinatier (Lyon)**

Faroudja Boutahra

### **Sont également remerciés**

Charlotte Trabut, MILDT

Alice Guiton, MILDT

Chantal Gatignolle, AFSSAPS

François Jaspard, OCRTIS

Christine Barbier, DGS bureau SP3

Xavier Thirion, laboratoire de santé publique (Marseille)

**Et un remerciement spécial** à Alice Sarradet, ancienne responsable du pôle TREND

### **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

Nicolas Gillio

François Beck

Stéphane Legleye

**Et à toute l'équipe de l'OFDT**

CONTRIBUTIONS AU PROJET	3
INTRODUCTION	13
<b>LES OPIACÉS</b>	<b>17</b>
<b>L'USAGE D'HÉROÏNE</b>	<b>21</b>
LE PRODUIT	21
LES USAGERS	26
<b>L'USAGE DE BUPRÉNORPHINE</b>	<b>29</b>
LE PRODUIT	29
LES USAGERS	31
<b>L'USAGE DES SULFATES DE MORPHINE : SKÉKAN®/MOSCONTIN®</b>	<b>35</b>
LE PRODUIT	35
LES USAGERS	35
<b>L'USAGE DE MÉTHADONE</b>	<b>37</b>
LE PRODUIT	37
LES USAGERS	38
<b>L'USAGE DE CODÉINE</b>	<b>39</b>
LE PRODUIT	39
LES USAGERS	40
<b>L'USAGE DU RACHACHA</b>	<b>43</b>
LE PRODUIT	43

<b>LES STIMULANTS</b>	<b>45</b>
<b>L'USAGE DE LA COCAÏNE ET DU CRACK</b>	<b>47</b>
LE PRODUIT	47
LES USAGERS	52
<b>L'USAGE DES AMPHÉTAMINES-SPEED</b>	<b>55</b>
LE PRODUIT	55
LES USAGERS	57
<b>L'USAGE DE L'ECSTASY</b>	<b>59</b>
LE PRODUIT	59
<b>LES HALLUCINOGENÈS</b>	<b>63</b>
<b>L'USAGE DE LSD</b>	<b>65</b>
LE PRODUIT	65
LES USAGERS	67
<b>L'USAGE DE CHAMPIGNONS HALLUCINOGENÈS</b>	<b>69</b>
LE PRODUIT	69
LES USAGERS	70
<b>L'USAGE DE KÉTAMINE</b>	<b>73</b>
LE PRODUIT	73
LES USAGERS	74
<b>GAMMA OH, GHB</b>	<b>77</b>
LE PRODUIT	77
LES USAGERS	78
<b>PROTOXYDE D'AZOTE (GAZ HILARANT)</b>	<b>79</b>
LE PRODUIT	79
LES USAGERS	79

<b>LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES DÉTOURNÉS DE LEUR USAGE</b>	<b>83</b>
<b>LE FLUNITRAZÉPAN ET LE DIAZÉPAN</b>	<b>85</b>
LE PRODUIT	85
LES USAGERS	87
<b>L'ARTANE®</b>	<b>91</b>
LE PRODUIT	91
LES USAGERS	92
<b>ÉLÉMENTS SUR L'USAGE DE PRODUITS ILLICITES DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER</b>	<b>95</b>
L'USAGE DU CANNABIS	97
L'USAGE DES STIMULANTS	99
L'USAGE DE L'HÉROÏNE ET DES OPIACÉS	103
HALLUCINOGENÈS	107
AUTRES MÉDICAMENTS	109
<b>OBSERVATIONS SUR LA CONSOMMATION DE BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE</b>	<b>111</b>
RÉSULTATS	112
ÉLÉMENTS DE DISCUSSION	116
<b>UN APERÇU DE L'HISTOIRE DE LA CONSOMMATION DES DROGUES SUR LES DIX SITES TREND</b>	<b>119</b>
GENÈSE : PÉRIODE ANTÉRIEURE À 1965	119
DIFFUSION DU CANNABIS, DU LSD ET DE L'HÉROÏNE (1965-1970)	120
DIFFUSION DE L'HÉROÏNE 1970-1995	121
TRAITEMENT DE SUBSTITUTION, DIFFUSION DE LA COCAÏNE/CRACK ET DROGUES DE SYNTHÈSE 1995-2000	124
L'INSTALLATION ET LA DIVERSIFICATION DES DROGUES DE SYNTHÈSE DISPONIBLES	126
<b>DONNÉES ET ANALYSES DE LA BASE SINTES EN L'AN 2000</b>	<b>129</b>
RÉSULTATS	130

LE CONTENU DES ÉCHANTILLONS DE LA BASE SINTES	131
LES DONNÉES ISSUES DU RECUEIL SOCIO SANITAIRE	137
<b>ANALYSE DES DÉMARCHES EXPÉRIMENTALES DE RECUEIL DE DONNÉES (TREND) AUPRÈS D'OBSERVATEURS NON-SPÉCIALISTES</b>	<b>141</b>
<hr/>	
<b>PRATIQUES ET REPRÉSENTATIONS DANS LE CHAMP DE L'USAGE DE DROGUES EN FRANCE</b>	<b>153</b>
<hr/>	
<b>CONCLUSIONS DU RAPPORT TREND</b>	<b>163</b>
GLOSSAIRE DES PRINCIPALES SUBSTANCES CITÉES DANS LE RAPPORT	165

## INTRODUCTION

---

Les analyses et les tendances présentées dans ce deuxième rapport TREND sont issues d'un dispositif d'observation qui est encore en cours de développement et dont les champs d'investigation sont encore limités. L'objectif de ce dispositif est d'identifier et de décrire des phénomènes émergents liés à l'usage de produits psychoactifs. À l'instar de l'année dernière, deux espaces ont été prioritairement observés. Il s'agit, d'une part, de l'espace urbain et, d'autre part, de l'espace festif techno.

Cette année, le rapport est structuré en quatre grandes parties : l'observation de routine des espaces, les thèmes d'approfondissement, les études spécifiques et les annexes.

L'observation de routine des espaces rend compte de ce qui a pu être observé au sein des dix sites métropolitains et des trois sites d'outre-mer. Quatre chapitres sont consacrés aux grandes familles de produits (opiacés, stimulants, hallucinogènes, médicaments psychotropes), un au système de recueil et d'analyse des produits de synthèse (SINTES) et un aux trois sites d'outre-mer intégrés au projet TREND au cours de l'année 2000 (Guyane, Martinique, Réunion).

Les quatre chapitres sur les familles de produits ont été élaborés et structurés de manière similaire. La méthode de collecte des informations du dispositif TREND est analogue à celle de l'année dernière (voir rapport TREND, mars 2000). Des informations provenant d'autres dispositifs de recueil d'information, tels l'enquête OPPIDUM des CEIP et le système SIAMOIS de l'Institut de veille sanitaire, ont été également utilisées. La méthode d'analyse des informations collectées reprend le concept de diffusion et tente d'alimenter des éléments explicatifs construits autour de trois axes : la substance, l'usager et le circuit de vente de proximité. Pour la substance, les éléments explicatifs portent sur sa disponibilité (présence dans un espace géographique donné), son accessibilité (niveau de l'effort nécessaire pour obtenir la substance lorsque l'on dispose des moyens financiers requis), son prix et sa qualité (pureté et composition). Pour l'axe « usager », les éléments sont les caractéristiques des usagers et des nouveaux usagers, les perceptions et les représentations, les modalités d'administration, les fonctions attribuées à la substance. Enfin, pour l'axe « circuit de vente de proximité », on distingue le degré de structuration du trafic, la diversité des lieux de vente, le niveau de visibi-



lité du petit trafic et les caractéristiques des petits revendeurs. La présentation des résultats de ces analyses commence par une synthèse des données générales disponibles sur le produit, afin de permettre au lecteur de bien repérer qu'il s'agit le plus souvent de pratiques peu fréquentes voire rares. Ensuite sont présentés les résultats disponibles pour chaque élément explicatif. La conclusion reprend les principaux faits observés. Il est à noter que les informations sur les médicaments psychotropes sont relatives à un usage réalisé hors du cadre de prescription médicale.

Le chapitre dédié au système de recueil SINTES présente les données et les résultats des analyses réalisées à partir des échantillons de produits de synthèse collectés en 2000. Il faut souligner qu'une partie des résultats issus de ces analyses est intégrée dans les chapitres consacrés aux familles de produits.

Le chapitre consacré aux trois départements d'outre-mer présente des éléments d'information sur les usages de produits psychoactifs qui ont pu être observés ou rapportés au cours d'une mission exploratoire. Il marque également l'intégration de ces trois DOM en tant que site TREND au cours de l'année 2000.

Cette année, les thèmes d'approfondissement ont porté sur l'histoire de la consommation de drogues au sein des sites métropolitains du projet TREND et sur l'usage hors prescription médicale de buprénorphine haut dosage. Le chapitre sur l'histoire de la consommation de drogues est une synthèse de rapports locaux des sites, dont deux sont présentés en annexe. Il permet d'identifier les éléments d'hétérogénéité entre les sites afin d'aider à la compréhension des différences locales ou régionales actuelles. Le chapitre sur l'usage de buprénorphine haut dosage hors prescription médicale (BHD-HM) est un travail mené en collaboration avec l'association ASUD, qui a réalisé la collecte de questionnaires auprès d'usagers de BHD-HM et a produit une synthèse sur la substitution en France (disponible dans le volume annexe). Ce chapitre fournit des éléments de description d'une population d'usagers de BHD-HM et des éléments de réflexion sur les motivations qui mènent à l'utilisation de la BHD sur ce mode.

Deux études spécifiques ont été réalisées par des équipes externes, dans le cadre de TREND, avec l'appui de l'OFDT, au cours de l'année 2000. Le LIRESS a réalisé une étude qualitative sur les pratiques et les représentations émergentes auprès d'usagers ou d'ex-usagers réguliers de produits psychotropes. Il y est mis en évidence un processus de banalisation de l'usage de produits psychotropes et la plus grande difficulté, de ce fait, de distinguer consommation récréative et consommation abusive. Une synthèse de ce travail est présentée dans ce rapport. Le rapport complet a été récemment publié par l'OFDT(1). Le RESSCOM a réalisé un travail d'évaluation sur la pertinence du recours à des observateurs non-spécialistes de la toxicomanie pour l'identification de nouvelles tendances en matière d'usage de drogues. Ce travail s'est déroulé sur deux départements d'Ile-de-France : l'Essonne et la

Seine-Saint-Denis. Une synthèse de ce travail est présentée ici. Le rapport intégral est disponible dans le volume d'annexes. En effet, il a été décidé de préparer un volume d'annexes au rapport TREND afin de permettre aux personnes qui le souhaitent d'avoir accès à la version intégrale d'une partie des documents qui ont servi de base à la rédaction du rapport TREND. Ainsi, le rapport d'annexes comportera les bulletins SINTES et les informations importantes SINTES diffusés en 2000 et au début de 2001, les bulletins de veille Internet, les rapports sur l'histoire de l'usage de drogues des sites de Bordeaux et de Lyon, le rapport sur la substitution rédigé par ASUD, le rapport sur l'évaluation de la pertinence du recours à des observateurs non-spécialistes.

Le rythme de parution du rapport TREND est annuel. Le projet TREND et son dispositif de recueil cherchent à mettre à disposition des informations pertinentes pour l'ensemble des acteurs impliqués dans le champ de l'usage de drogues. Il s'agit d'une tâche complexe, à laquelle un nombre important de professionnels, de bénévoles et d'usagers ont contribué. L'avis critique des lecteurs sur le présent rapport sera donc le bienvenu pour nourrir la réflexion en cours et permettre une amélioration des éditions à venir.

(1) FONTAINE (A.), FONTANA (C.), VERCHÈRE (C.), VISCHI (R.), *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France*, LIRESS - OFDT, Paris, février 2001.

## LES OPIACÉS

Six substances sont traitées dans ce chapitre : l'héroïne, la buprénorphine, les sulfates de morphine, la méthadone, les dérivés codéinés et le rachacha. Quant à l'opium, nous ne disposons pas de données suffisantes compte tenu de la faible importance de la consommation et du caractère fermé des cercles d'usagers.

### Points de repère

#### L'USAGE EN POPULATION GÉNÉRALE.

Au sein de la population générale (tranche d'âge 18-75 ans), l'expérimentation déclarée d'héroïne est inférieure à 1 %. Elle est passée de 0,4 % en 1995 à 0,8 % en 1999 (a).

Parmi les lycéens (14 à 18 ans), l'expérimentation de l'héroïne reste le fait d'une minorité (0,8 % en 1993 ; 1,1 % en 1999). Quel que soit l'âge, les garçons ont expérimenté l'héroïne plus souvent que les filles (b).

Parmi les jeunes de 17 à 19 ans participant à la journée d'appel, 0,4 % des filles de 17 ans et 1,3 % des garçons de 19 ans déclarent avoir expérimenté de l'héroïne (c).

**LES USAGERS PRIS EN CHARGE PAR LE SYSTÈME SANITAIRE.** Entre novembre 1997 et novembre 1999, le nombre de prises en charge lié à l'héroïne en produit

primaire était orienté à la baisse, la diminution étant faible dans le cas des CSST et plus marquée dans les établissements sanitaires<sup>1</sup>. Cette évolution semble être en rupture avec la croissance continue de ces recours jusqu'en 1997. Un traitement de substitution est mentionné dans trois prises en charge liées à l'héroïne sur quatre en 1999, contre deux sur trois en 1997.

Le recul de l'héroïne en tant que produit à l'origine de la prise en charge s'est accompagné d'une forte augmentation des recours liés à un usage hors prescription du Subutex® (multiplication par un peu moins de 3). Ceux-ci ne représentaient cependant qu'une faible part de l'ensemble des prises en charge en novembre 1999 (4 % des recours avec au moins un produit à l'origine de la prise en charge).

1. La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales novembre 1999, DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), février 2001, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Le nombre de prises en charge avec mention d'une consommation d'héroïne dans les trente derniers jours est en net recul, passant d'un peu plus de 6 000 cas en novembre 1997 à environ 4 500 cas en novembre 1999, soit une diminution d'un peu plus de 25 %.

Les résultats de l'enquête annuelle d'OPPIDUM<sup>2</sup> montrent, à côté d'une augmentation des usagers sous Subutex® et sous méthadone à partir de 1996, que la part des usagers d'héroïne dans l'ensemble des personnes interrogées est en diminution. Cette baisse s'est ralentie avec le temps (de l'ordre de 2 points entre 1998 et 1999).

En outre, entre 1997 et 1999, le nombre des nouveaux usagers d'héroïne, dits

« premier contact » avec les centres participant à l'enquête, a baissé d'environ 6 points.

**LES INTERPELLATIONS.** En ce qui concerne les indicateurs répressifs, à partir de 1996 les interpellations pour usage baissent de manière constante. Par rapport à 1995 (dernière année avant l'extension des programmes de substitution), l'année 2000 enregistre une baisse de 64 % et entre 1999 et 2000 de 2 %. Le nombre de saisies, quant à lui, enregistre une baisse de 46 %. Notons toutefois que si la baisse du nombre des saisies est constante entre 1996 et 1999 par rapport à cette dernière année, l'année 2000 enregistre une légère hausse de l'ordre de 5 %.

(a) *Baromètre santé premiers résultats 2000*, Vanves, CFES, 2000.

(b) CHOQUET (M.), COSTES (J.-M.), LEDOUX (S.), *Rapport ESPAD*, France, 1999, OFDT, Paris, 2001 (à paraître).

(c) BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATTEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence. Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, OFDT, Paris, 2000.

#### Évolution des pourcentages des consommateurs d'héroïne, de buprénorphine et de méthadone dans l'enquête OPPIDUM entre 1995 et 1999

Consommateurs d'héroïne	1995	1996	1997	1998	1999
Effectif/ Nombre total de sujets	53 %	34 %	23 %	15 %	13 %
Sujets sous buprénorphine	----	22 %	30 %	36 %	40 %
Sujets sous méthadone	3 %	8 %	12 %	18 %	17 %

OPPIDUM

#### Fréquence du premier contact lié à l'héroïne entre 1997 et 1999 dans les centres d'enquête OPPIDUM

	1997 n = 240	1998 n = 223	1999 n = 262
Premier contact	124 (52 %)	100 (45 %)	121 (46 %)

OPPIDUM

2. 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.

## L'USAGE D'HÉROÏNE

---

### LE PRODUIT DANS L'ESPACE URBAIN

#### Disponibilité et accessibilité stables

Comme pour l'année 1999, sur chaque site, au moins une des deux formes d'héroïne (blanche ou brune) est indiquée comme disponible ou très disponible. Néanmoins, les commentaires de certains observateurs laissent supposer une diminution de cette disponibilité sur leurs sites respectifs.

Seine-Saint-Denis : « Moins en moins d'héro, de plus en plus de coke. »

« L'héroïne est relativement moins disponible qu'avant. De nombreux héroïnomanes se sont mis au Subutex®. »

Dijon : « On en trouve facilement chez les "zonards", dans la rue et les rassemblements musicaux. Cependant il semblerait que de moins en moins de dealers investissent dans ce produit. »

Marseille : « L'héroïne tend à se raréfier. Le Subutex® en circulation permet de prendre bien moins de risque. »

Paris : « L'héroïne est disponible sur notre site même si le Subutex® prescrit médicalement commence à lui faire concurrence. Il y a donc une relative baisse de disponibilité de l'héroïne. »

« Diminution de cette disponibilité du fait du développement de la substitution et du marché du crack particulièrement présent dans ce quartier. »

Toulouse : « Il y a toujours un peu d'héro à Toulouse, (...) réseaux fermés pour la trouver. »  
« Le produit, depuis l'arrivée du Subutex®, s'est recentré sur des cercles beaucoup plus restreints, en restant disponible. »

À l'instar de l'année précédente, du fait principalement de la contraction ou de la disparition du petit trafic de rue tel qu'il est rapporté par les observateurs TREND, l'accessibilité du produit pose de nombreux problèmes aux usagers.

Bordeaux : « Trafic de plus en plus cloisonné (petits importateurs). »

Lille : « Moins de trafic de rue, mais par connaissance interposée. »

« Elle se trouve moins facilement. »

Lyon : « De plus en plus rare, et de moins en moins pure. »

« Faire appel à un ou plusieurs intermédiaires ? Oui. Au moins un (“celui qui a le plan”). Pour la blanche, il y aurait une vente par des grossistes (“qui ne consomment pas”), le produit étant moins coupé. L'accès à la substitution aurait, par ailleurs, éliminé les étapes successives des usagers-revendeurs. »

Marseille : « L'offre est en baisse constante. Le Subutex® est tellement accessible que l'héroïne devient rare. Le Subutex® est souvent utilisé pour la descente de cocaïne. »

Paris : « De plus en plus de dealers trouvent plus d'argent en vendant de la cocaïne, du crack ou des amphétamines. Il faut des bons amateurs d'héroïne pour trouver de bons dealers d'héroïne. Il faut parfois faire appel aux rabatteurs pour trouver la bonne héroïne “la bombe”. La blanche n'est pas toujours disponible sur Paris. »

« Trafic par réseau de connaissance. »

Toulouse : « A disparu du deal de rue. »

S'agissant de la qualité de l'héroïne vendue en 2000, il semble, sur certains sites, que, compte tenu de la pression exercée par la disponibilité accrue des produits de substitution, une héroïne de meilleure qualité et à un prix modéré commence à faire son apparition. L'apparition des produits de substitution a rendu possible l'établissement d'un rapport de force plus équilibré avec les revendeurs : « Les usagers préfèrent prendre du “subu” plutôt qu'une mauvaise héroïne. » Les usagers subissent moins leur emprise et sont donc en position plus favorable pour négocier un produit de meilleure qualité et à un prix moindre. Du côté des revendeurs, vendre un produit de meilleure qualité à un prix modéré peut faire partie d'une stratégie visant à récupérer, au moins en partie, la clientèle d'autrefois et éventuellement d'en attirer une nouvelle.

L'étude des résultats des analyses en laboratoire des échantillons saisis par les services de police et des douanes ne montre pas une amélioration du taux de pureté de l'héroïne. Le taux de pureté de l'héroïne chlorhydrate et base, entre 1999 et 2000, est en effet en légère baisse, mais statistiquement non significative. Le pourcentage cumulé des échantillons, ayant le taux de pureté le plus élevé (50 à 100 %), ainsi que ceux ayant un taux de pureté moyen (20 à 50 %) a baissé de 13 %. Pour le taux de pureté le plus bas (0 à 20 %), on observe une augmentation de 6 %. Ces résultats sont à interpréter avec précaution dans la mesure où ils peuvent aussi traduire une modification des pratiques policières. Toutefois, ils ne sont pas en faveur d'une augmentation du taux de pureté.

## Perception de l'héroïne par les usagers

Pour certains observateurs, la perception de l'héroïne, dans le prolongement des années antérieures, continuerait à se dégrader tandis que pour d'autres elle serait en amélioration. Les arguments utilisés par les premiers sont en lien avec la perception d'une mauvaise qualité de l'héroïne disponible. Les arguments des seconds

## Répartition des échantillons d'héroïne saisis entre 1998 et 2000 par les services des douanes et de police selon le taux de pureté

Taux de pureté %	1998		1999		2000	
	N*	%	N*	%	N*	%
<b>Police</b>						
0-20	248	76 %	103	76 %	142	81 %
20-50	43	14 %	19	14 %	20	11 %
50-100	36	11 %	13	10 %	13	8 %
<b>Douanes plus de 100 g</b>						
0-20	126	71 %	62	67 %	46	53 %
20-50	39	22 %	19	20 %	21	24 %
50-100	12	7 %	11	13 %	19	23 %
<b>Douanes moins de 100 g</b>						
0-20	200	69 %	134	66 %	253	73 %
20-50	61	21 %	40	20 %	57	16 %
50-100	30	10 %	28	14 %	37	11 %
<b>Total général police + douanes</b>						
0-20	574	72 %	299	69 %	441	73 %
20-50	143	18 %	78	18 %	98	16 %
50-100	78	10 %	52	13 %	69	11 %
	795	100 %	429	100 %	608	100 %

\* N : nombre d'échantillon

OFDT/TREND, données fournies par le Laboratoire scientifique de la police de Lyon et le Laboratoire interrégional des douanes à Paris

évoquent la rareté de ce produit et l'amélioration supposée de sa qualité, laquelle lui confère un statut supérieur. Le développement de son usage comme produit de régulation des stimulants, notamment au sein de l'espace festif techno et de la nuit, rejaillit également sur la perception du produit. Cette amélioration en cours de l'image de l'héroïne, si elle se confirme et perdure, constituerait un phénomène nouveau méritant un suivi vigilant, car elle pourrait contribuer à enclencher un nouveau cycle de diffusion de ce produit.

## Prix en légère baisse

Les prix moyens de l'héroïne « blanche » rapportés par les observateurs sont en baisse dans quatre sites et en hausse dans trois. Pour la qualité dite « brune », les prix sont en baisse sur quatre sites, stables sur un site et en hausse sur quatre sites. Si globalement les médianes des prix sont plutôt en baisse en l'an 2000 par rapport à 1999, il existe une importante hétérogénéité de cette évolution selon le produit et le site qui se traduit par des écarts types assez importants.

### Prix en francs du gramme des deux formes de l'héroïne sur les sites TREND

SITES	Blanche (Chlorhydrate)		Brune (base)	
	Moyenne 2000	Moyenne 1999	Moyenne 2000	Moyenne 1999
Bordeaux	1500	1350	300	700
Dijon	750	650	350	375
Lille	----	300	283	200
Lyon	400	900	400	500
Marseille	766	600	550	300
Metz	----	800	300	262
Paris	550	----	375	475
Rennes	600	700	600	600
Seine-St-Denis	666	750	400	----
Toulouse	475	733	475	450
Médiane	633 †	733 †	388 †	450 †
+/- écart type	342	279	108	162

OFDT/TREND

### Contraction du trafic de rue et diminution de sa visibilité

Les circuits de trafic d'héroïne sont en constante mutation : alors que la configuration classique du trafic de proximité « monopolaire » axé sur l'héroïne s'estompe, une configuration « multipolaire » fait peu à peu son apparition. L'héroïne, comme la cocaïne et le Subutex®, n'est plus qu'un produit (« pôle ») parmi d'autres. Le petit trafic de rue de l'héroïne se contracte au profit de modalités de vente à domicile ou dans des lieux plus discrets. Ce constat est rapporté par l'ensemble

des sites TREND à l'exception du site de Metz où un observateur signale l'accroissement de cette forme de vente. Les indicateurs répressifs disponibles confirment cette évolution. Par rapport à 1995, le nombre de saisies de moins de 5 g (correspondant probablement au petit trafic de rue) a chuté presque de moitié (47 %). On note néanmoins une légère augmentation de 6 % au cours de l'année 2000 par rapport à l'année précédente. En termes de visibilité, à l'exception de sites frontaliers du nord et de l'est de la France (Lille et Metz), le trafic de rue est signalé comme étant pas ou peu visible.

### Évolution des saisies de moins de 5 g entre 1995 et 2000

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Nombre de saisies de moins de 5 g	3589	3160	2601	2096	1804	1907

OCRTIS

### LE PRODUIT DANS L'ESPACE FESTIF TECHNO

Dans l'espace festif techno, la consommation d'héroïne n'est probablement pas un fait nouveau, mais celle-ci était jusqu'alors uniquement signalée au sein des milieux de voyageurs et des héroïnomanes classiques fréquentant les *teknivals* et les *free parties*. Trois phénomènes perçus au cours de l'année 2000 doivent toutefois retenir l'attention :

- l'augmentation de la visibilité de la consommation d'héroïne ;
- l'apparition d'une revente d'héroïne dans certaines manifestations techno tels que les *teknivals* ;
- l'apparition de nouveaux consommateurs se recrutant parmi les jeunes *ravers* « ordinaires », qui n'appartiennent donc pas aux deux groupes susmentionnés.

La disponibilité de l'héroïne varie en fonction des événements. Elle serait moins disponible et moins visible dans la plupart des *raves* payantes, les soirées privées, clubs et discothèques, que dans les fêtes non autorisées à savoir les *free parties* et les *teknivals*.

Trois éléments sont susceptibles de contribuer à l'introduction de l'héroïne dans un événement festif techno :

1 - Une appellation moins stigmatisante que l'appellation originelle : l'héroïne base « brune », celle qui circule le plus dans les *free parties* et autres *teknivals*, est vendue sous l'appellation de « rabla », dérivé du mot arabe « *ghabra* » (poudre), pour 350 à 600 F le gramme. La vente d'héroïne sous une appellation peu ou pas



connue de ces nouveaux consommateurs fait probablement partie d'une stratégie de marketing visant à donner une image plus rassurante d'un produit stigmatisé et dont la consommation dans ce milieu, jusqu'à récemment, était taboue. Dans le même sens, et pour attirer cette nouvelle clientèle, il semble que la qualité de l'héroïne vendue au cours de ces rassemblements soit meilleure que celle vendue dans la rue.

2 - L'adoption de modes d'administration valorisés dans cet espace (sniff et fumette) : les consommateurs auraient pris conscience de la possibilité de faire un usage « récréatif » par voie nasale (sniff) ou pulmonaire (chasse au dragon) de ce produit, jusqu'alors principalement lié à l'injection et à l'image dégradante du « junkie ».

3 - La définition d'une fonction bien identifiée : contrairement à l'espace urbain, l'héroïne dans l'espace festif techno n'est pas utilisée pour ses effets intrinsèques (sauf probablement par une minorité, notamment dans le sud de la France), mais comme une substance de régulation, un relaxant, destinée à accompagner la descente consécutive à l'usage des stimulants (cocaïne, crack, *speed*, ecstasy) et des hallucinogènes (LSD). C'est la raison pour laquelle l'héroïne est le plus souvent proposée par les vendeurs d'autres produits, à la fin de l'événement, c'est-à-dire au moment où les consommateurs potentiels en ont le plus besoin. L'existence de revendeurs exclusifs d'héroïne dans les lieux festifs techno n'est pas rapportée pour le moment.

La diffusion de pratiques d'injection, non seulement de l'héroïne mais aussi de la cocaïne, du *speed* et de la kétamine, est concomitante à l'apparition de l'héroïne dans l'espace festif techno. Certes, cette pratique en soi n'est pas nouvelle, mais à l'instar de l'usage de l'héroïne, le caractère inédit du phénomène réside dans sa diffusion en dehors du milieu restreint des travailleurs et des marginaux vers certains jeunes *ravers* auparavant sniffeurs et fumeurs. Du point de vue de ces nouveaux injecteurs, l'injection serait à la fois plus économique (moins de produit pour des effets maximaux) et plus agréable dans la mesure où les effets durent plus longtemps. Des efforts d'information en direction de ces nouveaux injecteurs sur les risques liés à la pratique de l'injection de produits psychoactifs semblent nécessaires.

## LES USAGERS

Le profil type des consommateurs d'héroïne n'a pas fondamentalement changé entre 1999 et 2000. Il s'agit essentiellement d'héroïnomanes classiques, de personnes substituées et de consommateurs de cocaïne et de crack. Le seul changement notable est la diffusion de l'héroïne chez les personnes fréquentant l'espace festif techno. Celles-ci sont identifiées par les observateurs comme ayant un profil « candidat » pour entrer dans la consommation d'héroïne, celle-ci venant réguler la prise de stimulants (voir infra).

## Modalités de consommation

En matière de mode d'administration, deux évolutions importantes ont été observées au cours de l'an 2000.

Tout d'abord, on remarque sur de nombreux sites TREND (Dijon, Lyon, Metz, Rennes et Toulouse) une augmentation de l'administration d'héroïne par voie nasale (sniff) et par voie pulmonaire (fumette), ainsi qu'une diminution de l'administration par injection intraveineuse. Cette observation concorde avec une tendance déjà enregistrée par le dispositif OPPIDUM : de 1997 à 1999, la proportion de sniffeurs est passée de 40 à 62 % ; à l'inverse, celle des injecteurs de 60 à 36 % (voir tableau).

Par ailleurs, on observe un développement, parmi les usagers par voie intraveineuse, du recours aux kits de matériel d'injection stérile notamment les Stéribox®<sup>3</sup>. C'est le cas notamment dans les sites de Seine-Saint-Denis, Bordeaux, Lille et Toulouse.

### Répartition du mode d'administration de l'héroïne entre injecteurs et sniffeurs entre 1997 et 1999

	1997		1998		1999	
	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage
Nombre total	240	100	223	100	262	100
Voie IV	145	60	117	52	94	36
Voie nasale	96	40	104	47	162	62

#### OPPIDUM

Les données du système SIAMOIS sont congruentes avec ces dernières observations. Elles montrent de 1995 à 1999, un accroissement des ventes des seringues et des Stéribox® d'environ 15 %, allant dans le sens d'une meilleure adhésion des usagers aux mesures de réduction des dommages<sup>4</sup>. On pourrait donc émettre la double hypothèse que le nombre d'adeptes de la voie injectable tendrait à diminuer et qu'ils utiliseraient de plus en plus souvent du matériel d'injection stérile développé spécifiquement dans le cadre des politiques de réduction des risques.

3. Ces boîtes contiennent deux seringues stériles de 1 ml et deux lots de coton et de Stéricup.

4. EMMANUELLI (J.), « Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques : le Système d'information sur l'accessibilité au matériel officiel d'injection stérile », rapport InVS, 2 tomes, novembre 2000.

### Répartition du mode d'administration de l'héroïne entre injecteurs et sniffeurs entre 1997 et 1999

	1997		1998		1999	
	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage
Nombre total	240	100	223	100	262	100
Voie IV	145	60	117	52	94	36
Voie nasale	96	40	104	47	162	62

#### OPPIDUM

### CONCLUSION

- La question de l'appréciation de la diffusion de l'héroïne est complexe. Toutefois, il semble qu'en 2000, dans l'espace urbain, l'usage n'augmente pas et que s'il n'est pas en diminution, il connaît au moins une stabilisation après plusieurs années de décroissance. Dans l'espace festif, en revanche, on note une augmentation de la consommation et du petit trafic d'héroïne, qui reste néanmoins à une petite échelle.
- Dans l'espace urbain, l'héroïne est disponible mais difficilement accessible du fait de la contraction du trafic de rue.
- Le taux de pureté et le prix de l'héroïne semblent diminuer légèrement avec toutefois une importante hétérogénéité selon les sites.
- Dans l'espace urbain, le recours à la voie d'injection intraveineuse est en recul au profit de la voie nasale et pulmonaire (fumette). Une augmentation de l'usage de matériels d'injection stériles chez les usagers injecteurs est observée.
- Dans l'espace festif, on note l'apparition d'une consommation d'héroïne destinée à adoucir la descente des stimulants et des hallucinogènes. L'héroïne est principalement fumée ou sniffée.
- Dans l'espace festif, on remarque une augmentation de la visibilité des pratiques d'injection et probablement un accroissement de leur fréquence même si cette pratique reste très minoritaire.

## L'USAGE DE BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE

### LE PRODUIT

#### Perception plutôt négative

Dans la majorité des sites, la perception du Subutex® est plutôt mauvaise ou a tendance à se dégrader. D'une part, parce que beaucoup d'usagers sont conscients des risques induits par l'injection du produit en termes de santé (abcès, veinites) et, d'autre part, parce que le Subutex®, pour certains, accroche plus que l'héroïne et que le manque est plus difficile à supporter. Quand il fait l'objet d'une appréhension positive, le Subutex® la doit à son statut de médicament, de « drogue légale », peu chère et facile d'accès.

#### Négatif

Lille : « *Peur des conséquences sur leurs poumons, sur leurs veines, autres.* »

Marseille : « *Problème circulatoire ; abcès nécrosés dont certains se transforment en ulcère ; choc sceptique pouvant aller jusqu'à la complication cardiaque (endocardite).* »

Toulouse : « *La perception dominante reste malsaine : le sentiment de s'esquinter (surtout en shoot) avec un produit "soignant" qui en plus n'a pas un effet fantastique.* »

Paris : « *Impression d'être plus accros avec le Subutex®.* »

#### Positif

Marseille : « *Les usagers ont l'impression de sortir de la toxicomanie même s'ils injectent le subu. (...) ils ne se considèrent plus comme toxicomanes.* »

Paris : « *En consommant du Subutex®, certains veulent sortir de l'identité de toxicomane : "Je consomme du Subutex®, je ne suis plus toxicomane. Je suis un ex-toxicomane".* »

#### Disponibilité importante et accessibilité facile

Sur l'ensemble des sites TREND, le Subutex® est rapporté comme étant « très disponible » ou « disponible ». Par ailleurs, le Subutex® est décrit comme accessible car ne nécessitant pas le recours à des intermédiaires.



## Prix stable

### Prix en francs d'un comprimé de 8 mg de Subutex® dans les sites métropolitains en 2000

	Prix moyen d'un comprimé de 8 mg
Bordeaux	55
Dijon	80
Lille	30
Lyon	40
Marseille	30
Metz	50
Paris	18
Rennes	10
Seine-Saint-Denis	50
Toulouse	45
Moyenne nationale	40,8 (10-80)

TREND/OFDT

## Modalités d'acquisition de proximité

Le petit trafic de proximité de Subutex® ne semble pas faire l'objet d'une structuration particulière dans la mesure où il est le fait, dans la plupart des cas, des usagers eux-mêmes, lesquels écoulent une partie de leur prescription soit en la vendant soit en la troquant contre d'autres produits (cocaïne). Il existe bien entendu des exceptions, à Paris notamment, où des personnes bien organisées se font prescrire le médicament pour le revendre au marché noir.

Seine-Saint-Denis : « *Tout le monde vend.* »

« *Il est la plupart du temps revendu par les usagers eux-mêmes. Certains petits dealers s'adressent à plusieurs prescripteurs.* »

Bordeaux : « *C'est pas toujours du business, mais de l'argent de poche, du dépannage [...].* »

Lille : « *C'est plutôt peu rentable, les dealers sont souvent des personnes en précarité. Ils revendent leur surplus de médicaments au coup par coup.* »

« *Ce n'est pas une organisation. Après s'être rendu chez le médecin, n'importe qui peut s'organiser dealer de Subutex®.* »

Lyon : « *[Le deal] resterait de l'ordre du dépannage entre substitués, de l'échange, mais très accessible et très disponible.* »

Marseille : « *Vendu par tout le monde.* »

Paris : « *Le deal de Subutex® est plus ou moins sauvage et sans aucune structure.* »

Toulouse : « *La prescription médicale [Première source d'approvisionnement] étant très large, le produit a intégré toutes les strates de deal et de consommation.* »

## LES USAGERS

Quatre catégories de consommateurs de Subutex® peuvent être distinguées, sans que nous puissions déterminer laquelle est prépondérante :

- les « principalement substitués », pour qui le Subutex® est devenu le produit principal, même si, de temps à autre, ils consomment d'autres produits ;
- les « principalement héroïnomanes », pour qui le produit principal reste l'héroïne. Le Subutex® est utilisé en cas de manque ou lorsque l'héroïne n'est pas accessible, une situation devenue fréquente dans certains sites ;
- les polyconsommateurs de médicaments, qui consomment le Subutex® entre autres médicaments notamment des benzodiazépines et des codéinés (Néocodion®) ;
- les consommateurs des stimulants et hallucinogènes, qui utilisent le Subutex® comme un produit de régulation pour apaiser la descente de la cocaïne, du crack, du speed, de l'ecstasy, etc.

La quasi-totalité des sites signale depuis l'année dernière l'émergence de jeunes consommateurs, pour lesquels l'usage de Subutex® constitue une porte d'entrée dans la toxicomanie.

Seine-Saint-Denis : « *Des jeunes qui ne consommaient avant que du cannabis.* »

Bordeaux : « *Insérés [qui veulent un produit discret], jeunes.* »

Dijon : « *Jeunes sans expérience de consommation de substance psychoactive.* »

Lille : « *Jeunes 15-20 ans. Utilisé comme produit d'initiation.* »

« *Certains expérimentent le Subutex® sans jamais avoir pris d'héroïne.* »

Lyon : « *Certains commencent leur consommation par du Subutex®.* »

Metz : « *Jeunes débutant une toxicomanie directement par le Subutex®.* »

Paris : « *Jeune homme ou femme n'ayant jamais consommé de substance psychoactive de façon addictive. Commence avec le Subutex® [18/25 ans].* »

Toulouse : « *[...] émergence d'un public qui débute sa consommation par ce produit.* »

## Modalités de consommation

Dans la plupart des sites, le mode d'administration du Subutex® détourné est la voie injectable.

Les effets du Subutex® injecté sont décrits comme ayant un effet stimulant « *speed* » se rapprochant de celui de la cocaïne. Les motifs évoqués pour le choix de ce mode d'administration sont d'accentuer les effets « mini-flash » ou de les accélérer. Il semble que le Subutex® soit plus injecté par des usagers plus âgés, anciens injecteurs d'héroïne, alors qu'il est plutôt sniffé par les usagers plus jeunes. La voie orale (ingestion) est utilisée par des personnes prétendant ne pas supporter, lors de prise par voie sublinguale, le goût de cette substance fondant dans la cavité buccale et la gorge.

La voie nasale est utilisée à peu près pour les mêmes motifs que l'injection à savoir accentuer et/ou accélérer les effets du Subutex®. En revanche, comparée à l'injection, celle-ci a l'avantage d'être moins risquée, moins stigmatisante et de surcroît plus discrète. Les effets subjectifs ressentis lors de prise nasale du Subutex® sont décrits par certains usagers comme « une montée de chaleur et une assurance de soi ».

La voie pulmonaire : des cas d'usage du Subutex® (mêlé au tabac ou dans un « bang ») ont été rapportés. Cette voie d'administration semble être peu utilisée. D'autres rares cas d'inhalation du Subutex® mêlé avec de l'alcool dans des sprays ont également été rapportés.

Le Subutex® est utilisé de manière similaire à l'héroïne. Ainsi, il est plus souvent associé aux stimulants, aux benzodiazépines et à l'alcool :

- avec les stimulants (cocaïne et crack) : le Subutex® joue le rôle de régulateur initialement tenu par l'héroïne (*speedball*), à savoir adoucir la descente. Cocaïne et Subutex® peuvent être utilisés de manière simultanée ou séquentielle, en alternance dans la même journée. Quand il s'agit du crack, le Subutex® aide à calmer l'angoisse engendrée par celui-ci ;
- avec les benzodiazépines (Rohypnol®) : le but est d'accentuer les effets « défonce » difficiles à atteindre avec le Subutex® utilisé seul. Il a été rapporté également, sur un des sites, l'usage de la Ventoline®. Celle-ci améliorerait à la fois l'effet du Subutex®, diminuerait les sensations d'essoufflement et réduirait le risque de dépression respiratoire consécutive à la prise de Subutex® avec les benzodiazépines ;
- avec de l'alcool : pour faire remonter l'effet du Subutex®.

## CONCLUSION

Les données collectées dans le cadre de TREND font apparaître une présence très importante du Subutex® sur le marché parallèle. D'un prix modique, facile d'accès, la diffusion de ce produit déborde le cadre de la population traditionnelle de la toxicomanie pour toucher des catégories de plus en plus jeunes, souvent précaires et vivant au contact du milieu de la galère.

## L'USAGE DES SULFATES DE MORPHINE : SKÉKAN®/MOSCONTIN®

---

### LE PRODUIT

L'image du Skékan®, comparée à l'héroïne et au Subutex®, est plutôt bonne.

Lorsqu'il est vendu sur le marché parallèle, le sulfate de morphine est proposé principalement par des usagers ayant une prescription médicale. La forme courante est le troc ou la vente destinée à l'achat d'autres substances telles que la cocaïne ou le crack. Il semblerait qu'il n'existe plus de petits trafics spécialisés de sulfate de morphine. Le prix (comprimé/gélule de 100 mg, vendu à l'unité) varie entre 25 et 150 F. Le prix moyen sur les sites TREND est stable, environ 75 F.

### Disponibilité et accessibilité limitées

Il y a quelques années, le sulfate de morphine était largement disponible sur le marché parallèle. Actuellement, les usagers qui parviennent à avoir des prescriptions sont de moins en moins nombreux. Alors qu'en 1999 le sulfate de morphine est rapporté comme disponible sur la moitié de sites TREND (Lille, Paris, Rennes, Lyon et Bordeaux) et non disponible ou rare sur les cinq autres sites, en 2000 il n'est plus disponible que pratiquement sur trois sites (Paris, Bordeaux et Rennes). À Lyon et à Lille, il est devenu rare ou a complètement disparu. Cela tient, semble-t-il, aux pratiques des médecins généralistes, lesquelles divergent sensiblement selon les sites. Ainsi, à Marseille, à Lyon et à Toulouse la prescription apparaît très limitée tandis qu'à Bordeaux, à Paris ou en Seine-Saint-Denis, il semble que ce ne soit pas le cas.

### LES USAGERS

On peut distinguer trois profils types de consommateurs de sulfates de morphine :

- des usagers très marginalisés, anciens consommateurs d'héroïne et fortement dépendants des opiacés, prostituées, consommateurs de crack, etc. ;

- des usagers socialement insérés substitués et stabilisés aux sulfates de morphine ;
- des usagers de l'espace festif techno où lorsqu'ils sont disponibles les sulfates de morphine remplissent une fonction de régulation des stimulants tels que la cocaïne et les amphétamines.

### Modalités de consommation

Le sulfate de morphine est utilisé soit pour ses effets opiacés intrinsèques comme produit principal, soit comme une substance de régulation des stimulants (crack et cocaïne).

Mode d'administration : compte tenu de la mauvaise qualité de l'héroïne vendue dans la rue, sur certains sites, une partie des usagers préfère consommer des sulfates de morphine par injection. Contrairement à l'héroïne, la qualité et les effets attendus sont prévisibles. La préparation du Moscontin® pour l'injection est beaucoup plus difficile que celle du Skénan®. De nombreux procédés de préparation existent. Certains usagers consomment celui-ci comme une substitution par voie orale tandis qu'une minorité utilise la voie nasale. À Bordeaux, une augmentation de la prise par voie nasale « pour avoir une montée moins violente » et à Lyon un usage par voie rectale « pour (bénéficier) d'une diffusion plus lente » sont rapportés.

### CONCLUSION

Quoiqu'ils restent appréciés par les usagers, la place des sulfates de morphine parmi les opiacés, telle qu'elle est perçue par les observateurs TREND, semble être de moins en moins importante. Cela est dû à la diminution des prescriptions médicales de ce médicament, qui le rend de plus en plus rare sur le marché parallèle.

## L'USAGE DE LA MÉTHADONE

### LE PRODUIT

#### Perception et représentation

Un des facteurs qui pourrait expliquer la faible présence de la méthadone sur le marché noir réside dans une mauvaise image du produit hors du milieu de la substitution proprement dit :

Bordeaux : « *Produit de "pro" par rapport au Subutex®, mais très amocheur.* »

Metz : « *Est encore véhiculée l'image d'un produit qui s'adresse à des "cas graves". Qu'on est plus "accro" qu'à l'héroïne.* »

Paris : « *Bonne pour les substitués, mauvaise pour les non-utilisateurs. Ça provoque une alcool-dépendance* » ; « *elle est plus considérée comme un traitement* ».

#### Disponibilité rare

Sur la majorité des sites TREND, la méthadone est signalée comme étant rare ou peu disponible sur le marché parallèle. Il semble que, lorsqu'elle est disponible, elle est échangée plus souvent dans un cadre d'économie de troc que d'économie marchande. Cette situation est principalement liée à ses conditions de prescription et de délivrance.

#### Modalités d'acquisition de proximité

Il n'existe pas de petit trafic à proprement parler en dehors de dépannages ponctuels entre usagers sous substitution. Ce point est confirmé par les observateurs du réseau TREND :

Bordeaux : « *Pas de trafic. Simples dépannages (en couple ou entre amis), souvent donné. Mais vite très limité.* »

Rennes : « *Resterait limité à un dépannage dans un cercle d'initiés.* »

Marseille : « *Quelquefois donnée en dépannage.* »

Toulouse : « En six ans d'activité à la boutique, je n'ai entendu parler qu'à deux reprises de disponibilité de ce produit hors centre méthadone. »

En revanche, dans les régions du Nord et en Lorraine, proches de la Belgique, du Luxembourg et de l'Allemagne, il existe une forme de méthadone sous comprimé qui fait l'objet d'un trafic transfrontalier à petite échelle :

Lille : « Proximité de la Belgique fait que l'on en trouve au marché noir. »

Paris : « Une certaine méthadone venant de Belgique ou d'Allemagne circule en trafic parallèle. »

Metz : « Site de Thionville : de plus en plus disponible de par la frontière avec la Belgique et le Luxembourg donc sur le site où le deal s'accroît. »

Lorsque la méthadone est vendue, le prix d'un flacon de 60 mg oscille entre 50 et 100 F.

## LES USAGERS

Outre son usage en tant que produit principal opiacé, la méthadone, sur certains sites, est prise en association avec d'autres substances, notamment :

- avec la cocaïne et le crack, soit la méthadone est associée à ces deux substances pour adoucir l'état dépressif engendré par la descente, soit ce sont ces deux substances stimulantes qui sont associées à la méthadone afin de compenser, semble-t-il, ses effets « négatifs et déprimants » ;
- avec l'alcool, dans le but de potentialiser les effets de la méthadone et d'avoir des effets de « défonce » ;
- avec des médicaments tels que Rohypnol®, Valium®, Lexomil®, Noctamide®, etc., la méthadone est utilisée « pour piquer du nez plus profondément » (Site Paris).

## CONCLUSION

Contrairement au Subutex®, abstraction faite des zones frontalières du nord et de l'est de la France, la méthadone est peu disponible sur le marché parallèle.

## L'USAGE DE CODÉINE

Les données utilisées ci-après proviennent de deux sources : les observateurs TREND dans les dix sites métropolitains et une enquête conjointe par questionnaire réalisée par l'OFDT et l'association ASUD au cours du second semestre 2000 auprès de 82 usagers de Néo-codion® dont 23 personnes à Paris, 19 à Marseille, 21 à Metz et 19 à Lille.

## LE PRODUIT

### Perception

Il semble que le Néo-codion® apparaisse soit comme un produit « dépassé », soit comme un produit « bas de gamme » pour usager désargenté.

Banlieue : « Il est perçu comme produit de toxico et non comme antitussif. »

Lille : « (...) les gens pensent qu'avec la substitution, c'est dépassé. » ; « Le Néo-codion® est assimilé à une drogue de pauvre. »

Metz : « Considérée comme drogue du pauvre. »

Cette image négative est confirmée par l'enquête OFDT-ASUD, dans laquelle la perception du Néo-codion® est plutôt négative (mauvaise ou à tendance à se dégrader) pour une majorité des usagers (n = 52, 64 %) et plutôt positive pour 36 % des personnes.

### Disponibilité

Il semble que l'on assiste à un déclin de la consommation « détournée » du Néo-codion®, au profit du Subutex® et cela malgré sa facilité d'accès en pharmacie (sans ordonnance) et la modicité de son prix (17,10 F).

Banlieue : « Le Néo recule au profit du Subutex® et autres opiacés. »

Lille : « Quand même en nette diminution depuis déjà quelques années. »

« Dans certains quartiers, on peut constater une baisse assez flagrante sur la consommation du Néo-codion®. Cela serait dû à la substitution. »

Paris : « Le Néo-codion® est en régression par rapport aux années 80. »

Toulouse : « Depuis l'arrivée du Subutex®, le Néo-codion® est très peu consommé à tel point qu'il est rare d'en trouver une boîte vide, contrairement à il y a quatre ans. » ;  
« On a l'impression qu'il a disparu de l'esprit des consommateurs. »

## LES USAGERS

Même si sur certains sites il existe une consommation qui est le fait de jeunes, dans la majorité des cas, les usagers de Néo-codion® semblent être des héroïnomanes ayant une longue expérience de ce produit et pratiquant une autosubstitution. Le Néo-codion® est consommé aussi par une frange d'usagers très marginalisés, qui l'utilisent en dépannage, faute d'héroïne ou de Subutex®.

Les résultats de l'enquête OFDT/ASUD montrent qu'il s'agit de 20 femmes (24 %) et 62 hommes (76 %), dont l'âge moyen est de 31 ans et 6 mois. Les femmes semblent un peu plus jeunes en moyenne (30 ans et 3 mois) que les hommes (32 ans et 8 mois). Les trois quarts des personnes ont entre 25 et 39 ans.

■ Les disparités en termes d'âge peuvent traduire soit une variation selon la ville, soit une modalité différente de recrutement selon les sites : 28 ans et 9 mois à Lille ; 30 ans et 8 mois à Metz ; 32 ans et 9 mois à Marseille et 35 ans et 7 mois à Paris.

■ Plus de la moitié des personnes (57 %) déclarent avoir une activité professionnelle. Ce taux varie de 42 % à Marseille à 68 % à Lille.

■ La dose moyenne de Néo-codion® est de 30 comprimés par jour, soit une boîte et demi. La dose varie de 4 à 80 comprimés par jour, la plupart (74 %) des personnes déclarant une consommation entre 10 et 50 comprimés (0,5 à 2,5 boîtes). Là encore, on observe des différences selon les villes : de 18 comprimés en moyenne à Marseille à 48 comprimés en moyenne à Lille.

## Modalités de consommation

Trois grandes familles d'effets recherchés sont identifiées par l'enquête OFDT-ASUD : l'effet « santé », qui traduit une utilisation du produit soit contre le manque (« autosubstitution ») soit en vue d'une stabilisation ; l'effet défonce ; et les autres effets psychoactifs.

La majorité des personnes (n = 43, 61 %) est plutôt à la recherche d'un effet santé, tandis que 21 % et 17 % se disent à la recherche d'un autre effet ou d'un effet défonce. En outre, un peu plus de la moitié des personnes (n = 45, 55 %) déclarent avoir ressenti au cours des six mois précédant l'entretien un problème de

santé qu'ils associent à la prise de Néo-codion®. Il s'agit principalement de problèmes digestifs (n = 24, 63 %) ou hépatiques (n = 13, 34 %).

*Mode d'administration* : la plupart (99 %) des personnes consomment le Néo-codion® d'une seule manière et il s'agit principalement (n = 79, 96 %) de la voie orale. Contrairement au Subutex®, les autres modes de consommation restent marginaux (injection intraveineuse 2 %, sniff 2 %, fumé 1 %).

*Association avec d'autres produits* : les produits fréquemment cités comme étant associés à la consommation de Néo-codion® sont essentiellement l'alcool (n = 44, 54 %) et le cannabis (n = 23, 28 %) ainsi que les médicaments (n = 12, 15 %). La plupart (96 %) des personnes déclarent consommer un ou plusieurs autres produits. Il s'agit de cannabis (50 % des personnes), d'héroïne (44 %), d'alcool (42 %), de cocaïne (20 %), de médicaments (12 %).

## CONCLUSION

**Le Néo-codion®, notamment depuis l'apparition du Subutex®, est un produit sur le déclin en dépit de ses avantages en termes d'accessibilité et de prix par rapport à la buprénorphine haut dosage. Aujourd'hui, il est entre autres consommé par une frange d'héroïnomanes, dont on peut dire qu'ils sont des « habitués », qui l'utilisent dans le cadre d'une autosubstitution.**

## L'USAGE DU RACHACHA

---

### LE PRODUIT

Le rachacha, appelé aussi « arrache », « rach », est un opiacé naturel fabriqué artisanalement à petite échelle par de nombreux usagers, notamment dans les zones de culture de pavot dans le sud de la France. Fait à partir de la décoction des têtes de pavot, ce processus permet d'obtenir une substance pâteuse de couleur rougeâtre. Le processus de fabrication du rachacha est connu, semble-t-il, depuis quelques dizaines d'années par certains cercles d'initiés. Sa diffusion hors de ces cercles est contemporaine à celle du mouvement techno au cours des années 1990. Depuis, il est devenu l'opiacé « techno » par excellence. Quoique sa consommation ne se limite pas à cet espace, ces liens avec celui-ci ont rendu sa consommation visible et favorisé sa diffusion au-delà des quelques cercles d'initiés existants.

### Perception

Du fait de sa fabrication artisanale, le rachacha bénéficie d'une bonne image. Il est généralement perçu comme un produit naturel et, de ce fait, apparaît comme inoffensif. Ceux qui le consomment régulièrement en ont une perception plus nuancée en le considérant comme un produit possédant un potentiel de dépendance notable.

### Disponibilité saisonnière et limitée

Au sein de l'espace festif techno, en dehors des *teknivals*, le rachacha est peu disponible à la vente. Auparavant, objet de troc et de partage, le rachacha, phénomène récent, fait désormais l'objet de vente. La disponibilité du rachacha dans les manifestations techno est saisonnière. Du fait de sa rareté et de sa difficile conservation, il est plus disponible en été qu'en hiver. En fonction de la saison et de la qualité, le prix du gramme se négocie entre 20 et 70 F. Le prix le plus courant se situe, semble-t-il, autour de 50 F le gramme.

### Modalités de consommation

Le mode d'administration du rachacha le plus courant au sein de l'espace festif techno est la voie fumable (cigarette ou « chillum » ou « bhang »). L'inges-



tion de « boulettes » (un gramme environ, placé dans du papier à cigarettes à cause du goût amer très prononcé) est pratiquée de même que l'infusion.

Un observateur signale quelques rares cas d'injection intraveineuse et d'administration par voie rectale.

Le rachacha peut être utilisé pour ses effets opiacés intrinsèques, calmants et relaxants ou légèrement planants. Cependant, dans l'espace festif techno, il est plutôt utilisé comme un produit de régulation destiné à adoucir la descente de produits stimulants et/ou hallucinogènes notamment le LSD et le *speed*.

## CONCLUSION

Perçu comme un produit naturel, le rachacha bénéficie d'une bonne image. De ce fait, lorsqu'il est proposé à la vente au sein de l'espace festif techno, il suscite la demande à la fois des expérimentateurs et des consommateurs.

### Faits marquants concernant les produits opiacés

La diffusion de l'héroïne met en évidence une situation contrastée entre l'espace urbain et l'espace festif. Alors que dans le premier, la consommation, à l'instar de l'année dernière, est stable (difficultés d'accès, contraction du petit trafic de rue, caractéristiques des usagers), dans l'espace festif, en revanche, la consommation serait en augmentation. Dans cet espace, en effet, l'héroïne s'intègre, peu à peu, comme produit de régulation des produits stimulants et hallucinogènes. Elle serait, en outre, consommée de manière très minoritaire, en dehors de ce cadre de régulation, comme produit principal, pour ses effets opiacés propres.

Dans l'espace urbain, la disponibilité accrue des médicaments de substitution, notamment la buprénorphine haut dosage, a contribué à modifier la place de chacun des opiacés. Ainsi, la demande d'héroïne et de Néo-codion® semble être en régression, celle des sulfates de morphine est constante dans un contexte où la prescription régresse. La méthadone, quant à elle, même si elle est disponible hors prescription médicale reste très limitée en termes de diffusion. Dans cette nouvelle configuration, héroïne et Subutex® dominent le marché parallèle des opiacés tandis que la méthadone et les sulfates de morphine semblent jouer désormais un rôle marginal.

Dans l'espace festif, le Rachacha est l'opiacé dominant. La consommation d'héroïne et des autres opiacés y est extrêmement minoritaire.

Même si la voie d'administration intraveineuse demeure prépondérante dans l'espace urbain, l'usage de la voie nasale pour l'héroïne et le Subutex® est en progression. À l'inverse, dans l'espace festif, les voies nasale et pulmonaire demeurent prépondérantes et l'usage de la voie injectable, quoique minoritaire, serait en augmentation.

## LES STIMULANTS

La diffusion des psychostimulants en France est ancienne. Le premier cycle de diffusion de la cocaïne apparaît en effet autour des années 1910 pour se prolonger jusqu'aux années 1930. Après une longue phase d'usage restreint, la cocaïne entame, depuis environ cinq ans, un nouveau cycle de diffusion large.

Le premier cycle connu de consommation des amphétamines se déroule au cours des années 1960 et au début des années 1970. Comme la cocaïne, les amphétamines commencent depuis quelques années un nouveau cycle de diffusion.

Le crack et l'ecstasy sont, en revanche, encore dans leur premier cycle de diffusion entamé au début des années 1990.

## Points de repère

**L'USAGE DES STIMULANTS EN POPULATION GÉNÉRALE.** L'usage de cocaïne au sein de la population générale est le fait d'une minorité. Chez les 18-75 ans, 0,7 % en 1992 et 1,4 % en 1999 des personnes ont déclaré en avoir consommé au moins une fois (CFES 2000). Chez les jeunes (17-19 ans) ayant participé à la journée d'appel de préparation à la défense de l'année 2000, 0,6 % des filles de 17 ans et 3,3 % des garçons de 19 ans déclaraient avoir expérimenté la cocaïne (ESCAPAD 2000). En 1999, parmi les jeunes scolarisés de 14 à 18 ans, le taux d'expérimentation était de 1,6 % pour la cocaïne (ESPAD 1999).

Dans la tranche d'âge des 18-75 ans, 0,8 % des personnes interrogées déclaraient

avoir déjà consommé de l'ecstasy. La moyenne d'âge à l'expérimentation est de 20,7 ans (CFES 2000).

Chez les jeunes scolarisés de 14 à 18 ans, 2,7 % déclarent avoir consommé de l'ecstasy. Le niveau de consommation chez les garçons est plus élevé que chez les filles et cela quel que soit l'âge, (2,8 % contre 0,7 % à 14 ans ; 2,3 contre 1,7 à 15 ans, 3,6 contre 2,3 à 16 ans, 3,6 contre 1,9 à 17 ans et 4,7 contre 2,2 à 18 ans) et augmente avec l'âge (ESPAD).

Chez les jeunes de 17-19 ans se présentant à la journée d'appel, l'expérimentation d'ecstasy s'élève à 1,4 % chez les filles de 17 ans et à 6,7 % chez les garçons de 19 ans (ESCAPAD 2000).



En 1999, dans la population des 18 à 75 ans, 1,4 % des personnes déclarent avoir expérimenté des amphétamines ou de l'ecstasy (CFES 2000). Chez les jeunes (17-19 ans) faisant leur journée d'appel, 0,6 % des filles de 17 ans et 3,7 % des garçons de 19 ans déclarent avoir expérimenté des amphétamines (ESCAPAD 2000) ; chez des jeunes (14-18 ans) scolarisés, ils sont 2,2 % (ESPAD 1999).

#### PRISE EN CHARGE POUR DES PROBLÈMES SANTAIRES

**COCAÏNE ET CRACK.** Parmi les personnes prises en charge en 1999 par les structures sociosanitaires<sup>5</sup>, 17 % (13 % en 1997) déclaraient consommer de la cocaïne et 2,4 % du crack. Ces produits étaient à l'origine de la demande de prise en charge de 4 % (cocaïne) et de 2,5 % (crack) des patients.

Parmi les personnes prises en charge pour usage de cocaïne comme produit principal, le premier recours constitue un peu plus d'un cas sur trois (38 %). Leur âge moyen est de 30 ans, et dans un peu moins d'un cas sur cinq (19 %), elles ont moins de 25 ans. Dans un peu plus de quatre cas sur cinq (83 %), il s'agit d'un homme. Une personne sur trois a un emploi rémunéré même précaire (35 %), une sur quatre perçoit le RMI (26 %).

Les prises en charge liées au crack sont concentrées sur deux régions :

Antilles-Guyane et Ile-de-France. L'âge moyen des usagers de crack est de 32 ans.

**AMPHÉTAMINES.** Le nombre de recours aux soins liés aux amphétamines comme premier produit à l'origine de la prise en charge<sup>6</sup> est très faible : 100 personnes en 1997 (0,6 % du total des prises en charge) et 71 personnes en 1999 (0,4 % du total). Le profil des personnes prises en charge pour usage d'amphétamines est resté semblable entre les mois de novembre 1997 et 1999, si ce n'est l'augmentation de l'âge moyen et la baisse de la proportion d'injecteurs. Comme pour la cocaïne, les caractéristiques des personnes sont proches de celles des usagers d'opiacés : âge égal ou supérieur à 30 ans ; proportion faible de premiers recours ; pratique de l'injection assez fréquente (44 % dans le cas des prises en charge liées aux amphétamines).

**ECSTASY.** Les prises en charge liées à l'ecstasy comme premier produit à l'origine de la demande de soins n'apparaissent que dans moins de 1 % des cas aussi bien en 1999 (140 personnes) qu'en 1997 (137 personnes). Les demandeurs de soins se différencient fortement de ceux concernés par la plupart des autres produits. Leur âge moyen est beaucoup plus faible (24 ans en 1999, 64 % des demandeurs ont moins de 25 ans), et, pour les deux tiers, il s'agit d'un premier recours<sup>7</sup>.

## L'USAGE DE LA COCAÏNE ET DU CRACK

À l'exception d'une courte période, aux alentours de la Première Guerre mondiale, la consommation en France de cocaïne est demeurée modérée et n'a jamais été considérée comme un problème majeur. L'augmentation, depuis 1996 environ, de l'usage de cocaïne, représente une rupture dans l'histoire de ce produit. Au cours des soixante dernières années, la cocaïne a toujours été largement devancée par les opiacés : opium et morphine, morphine et héroïne, puis héroïne uniquement.

### LE PRODUIT

À l'instar de l'année précédente, l'image du crack en 2000 demeure mauvaise alors que celle de la cocaïne reste globalement positive. Chez les nouveaux consommateurs, la cocaïne est plutôt perçue comme un produit valorisant du fait de son association au dynamisme, au luxe, à la réussite sociale et aux performances physiques, intellectuelles et sexuelles. En outre, elle est considérée comme un produit n'entraînant pas de dépendance et dont l'usage implique un risque de niveau faible ou tout du moins acceptable.

En revanche, chez les consommateurs plus expérimentés, cette perception est beaucoup plus nuancée. En effet, la cocaïne est aussi perçue à la lumière de ses possibles effets indésirables sur le psychisme comme les épisodes psychotiques de type paranoïde ou les manifestations involontaires d'agressivité ; des difficultés de gestion et de maîtrise que l'usage implique ; du risque de passage d'une consommation récréative à une consommation abusive et enfin du coût élevé de sa consommation.

### Disponibilité et accessibilité en augmentation

Dans l'espace urbain, comparé à 1999, la disponibilité de la cocaïne est en augmentation et ce dans l'ensemble des sites TREND. On note une tendance générale à une légère amélioration de la qualité de la cocaïne dans la majorité des sites. En revanche, il semblerait que la qualité de la cocaïne vendue dans la rue se dégrade du fait des coupages inhérents à cette forme de distribution.

5. DRESS, déjà cité.

6. *Idem.*

7. *Idem.*

Seine-Saint-Denis : « Très disponible. Plus étalée que l'héro à cause de la substitution. »  
« Très disponible. On en trouve toute la journée jusqu'à 2 h du matin. »

« En banlieue, l'offre de la cocaïne augmente de plus en plus. Dans certains endroits, le speed et les amphét sont parfois vendus pour de la cocaïne. »

Bordeaux : « La disponibilité continue à s'accroître. »

Dijon : « (...) La consommation de cocaïne à des fins récréatives connaît une popularité croissante. On peut s'en procurer dans les lieux de passage comme la gare, dans les clubs et les squats. »

Lille : « Disponible. Augmentation de la cocaïne sur le marché due à l'arrivée de la substitution. »

« Disponible. La cocaïne est de plus en plus disponible dans la mesure où son prix a baissé. »

Lyon : « Disponible. Diffusion de plus en plus large. »

Marseille : « Très disponible. Très disponible depuis l'avènement des produits de substitution (notamment le Subutex®). »

BS Marseille IREP 2000 : « Très disponible. Dans de nombreux milieux. En hausse constante. »

« Très disponible. En augmentation constante dans tous les milieux. »

Metz : « Très disponible. Disponibilité grandissante. »

Paris : « Disponible. La disponibilité de ce produit est en augmentation. »

« Disponible. Disponible pour la préparation du crack. On peut trouver par des intermédiaires. »

Rennes : « Disponibilité plus grande. Pénétration dans des milieux différents. »

Toulouse : « Disponible. Produit disponible dans la rue, bars... »

« Très disponible. Le produit est beaucoup plus disponible à Toulouse depuis l'arrivée massive du Subutex®. »

Dans l'espace festif techno, même si des différences existent entre les événements et les régions, la disponibilité de la cocaïne est sans conteste en augmentation.

Région parisienne : « La consommation de cocaïne se banalise dans tous les types de soirées. »

« La cocaïne touche un public de plus en plus large. »

« On est arrivé au "top" de la disponibilité. On est en phase plateau disponibilité, dans certains cas descendants. »

Région Nord : « Dans les clubs, la cocaïne côtoie speed, ecsta et LSD dans la panoplie des produits disponibles, avec un prix de plus en plus faible (jusqu'à 250 F le gramme). »

Région Ouest : « En règle générale, la cocaïne est de plus en plus disponible. Pour les clubs et discothèques, le deal est moins visible => les consommateurs se fournissent plutôt avant d'y aller (idem pour l'ecsta). »

« Le prix baisse et de plus en plus de personnes expérimentent la cocaïne. »

Région SUD : « Deux phénomènes : la préférence de l'aspect fête chez les nouveaux consommateurs et l'importance de la demande de coke chez les toxicomanes en substitution. »

Deux types de cocaïne circulent, chacune ayant un prix spécifique : la « synthétique », considérée comme de mauvaise qualité (350 F le gramme) ; la « végétale<sup>8</sup> » (400 F le gramme).

On note un développement de la fabrication artisanale de crack à partir de la cocaïne chlorhydrate, notamment dans le sud de la France. La procédure<sup>9</sup> est similaire à celle utilisée par les consommateurs chevronnés, à la différence près que l'ammoniaque serait plus usitée que le bicarbonate de soude.

La majorité des consommateurs semble ignorer qu'en transformant le chlorhydrate en base ils transforment la cocaïne en crack. Cette ignorance permet au crack de poursuivre sa diffusion dans l'espace festif. Par la grâce d'une simple substitution sémantique, le crack devient de la cocaïne fumée. Cette situation est assez paradoxale dans la mesure où dans ce milieu le crack est porteur d'une très mauvaise image, étant associé notamment à la marginalité.

## Stabilité du prix de la cocaïne

Comparé à son niveau d'il y a quelques années, le prix de la cocaïne a baissé. Par rapport à l'année précédente (1999), la moyenne nationale du prix dans l'espace urbain reste stable (entre 450 et 650 F le gramme). Dans l'espace festif techno, le prix du gramme se négocie, en fonction de la qualité, entre 350 et 600 F.

8. S'agissant de la variété « végétale », on distingue deux sous-variétés : la « bolivienne » (500 F le gramme) et la « végétale à écaïlle » (600 F le gramme).

9. La cocaïne est mélangée à l'ammoniaque puis chauffée.

**Prix en francs du gramme de cocaïne sur les sites TREND**

SITES	Moyenne site 1999	Moyenne site 2000
Bordeaux	600	550
Dijon	550	550
Lille	533	530
Lyon	550	550
Marseille	425	400
Metz	456	500
Paris	525	615
Rennes	550	600
Seine-St-Senis	600	700
Toulouse	550	350
Médiane (+/- écart type) métropole	550 (+/- 53)	550 (+/-101)

OFDT/TREND

**Modalités d'acquisition de proximité**

L'accroissement de l'offre de cocaïne provenant du petit trafic de proximité se confirme au cours de l'année 2000 sur la majorité des sites TREND. Les observateurs rapportent une meilleure organisation et structuration des circuits de vente. Ce constat ne se traduit pas nécessairement par un accroissement subséquent de la visibilité du trafic au niveau de la rue. Celui-ci est plus ou moins visible sur la moitié des sites TREND (Marseille, Metz, Toulouse, Rennes et Paris) ; en revanche, sur les autres sites, il demeure peu ou pas du tout visible. Il n'existe donc pas de scènes ouvertes de la cocaïne chlorhydrate sur aucun des sites TREND. Par contre, à Paris, depuis une dizaine d'années, une scène ouverte de la cocaïne base (crack) existe. Cette scène est à la fois stable et mobile. Stable dans la mesure où elle est enracinée dans le nord de la capitale, notamment dans le XVIII<sup>e</sup> et une partie du XIX<sup>e</sup> arrondissement<sup>10</sup>. Mobile, dans la mesure où les vendeurs et les consommateurs déplacent leurs activités au sein de cet espace en fonction des activités de la police et des réactions hostiles, et quelques fois violentes, des habitants.

**Qualité : taux de pureté et produits de coupage**

Le taux de pureté de la cocaïne chlorhydrate et base saisie par les services de police et des douanes enregistre une baisse statistiquement significative entre

10. Depuis le début de l'année 2000, le deal de rue commence à faire son apparition dans le centre de Paris.

**Répartition des échantillons de cocaïne et de crack saisis en France entre 1998 et 2000 par les services des douanes et de police, selon le taux de pureté**

Taux de pureté %	1998		1999		2000	
	N*	%	N*	%	N*	%
<b>Police</b>						
0-20	9	3 %	5	2 %	17	5 %
20-50	49	15 %	42	16 %	93	26 %
50-100	247	78 %	211	82 %	252	69 %
<b>Douanes plus de 100 g</b>						
0-20	0	0 %	0	0 %	7	4 %
20-50	11	11 %	11	18 %	42	25 %
50-100	95	89 %	49	82 %	115	81 %
<b>Douanes moins de 100 g</b>						
0-20	6	1 %	10	3 %	18	7 %
20-50	46	12 %	46	14 %	66	25 %
50-100	328	87 %	262	83 %	176	68 %
<b>Total général police + douanes</b>						
0-20	15	2 %	15	2 %	42	5 %
20-50	106	13 %	99	15 %	201	25 %
50-100	670	85 %	522	83 %	543	70 %
	791	100 %	636	100 %	786	100 %

\* N : nombre d'échantillon

OFDT/TREND, données fournies par le Laboratoire scientifique de la police de Lyon et le Laboratoire interrégional des douanes à Paris

1998 et 2000. Entre 1999 et 2000, le pourcentage des échantillons saisis ayant le taux de pureté le plus élevé (50 à 100 %) a baissé de 16 % en l'an 2000. Ces résultats sont à interpréter avec précaution dans la mesure où ils sont la résultante des taux de pureté des échantillons de cocaïne circulant en France, mais aussi des stratégies et des pratiques des services de police et de douane.

Les produits de coupage les plus courants des échantillons saisis sont le mannitol, le lactose, la caféine, la procaine, la ligroïne et le lactose.

## LES USAGERS

À la veille de ce nouveau cycle de diffusion, la cocaïne semblait être essentiellement consommée par deux types de population : une population cachée, composée d'individus bien insérés socialement, appartenant aux milieux du spectacle, de la nuit, des affaires et une population visible marginalisée, composée essentiellement d'héroïnomanes.

La diversification des populations de consommateurs de cocaïne, déjà observée en 1999, se poursuit en 2000. On note une diffusion de l'usage de la cocaïne au sein de l'espace festif techno et de l'espace urbain. Dans ce dernier, l'usage de la cocaïne semble se développer au sein des populations marginalisées, des jeunes de banlieue défavorisée et du milieu étudiant.

## Modalités de consommation

### Mode d'administration

Trois modes d'administration ont été répertoriés :

- le mode nasal<sup>11</sup> est utilisé dans les milieux traditionnels d'usagers bien insérés, consommant dans un cadre privé (milieu du spectacle, habitués des boîtes de nuit, cadres, etc.) ainsi que dans le milieu festif techno ;
- le mode intraveineux<sup>12</sup> est utilisé à la fois pour la forme chlorhydrate et pour la forme base (crack). Les injecteurs de la cocaïne chlorhydrate sont en grande majorité des anciens et actuels injecteurs d'héroïne et des produits de substitution (notamment à Toulouse et à Marseille) et des nouveaux injecteurs dans l'espace festif techno où cette pratique, encore très minoritaire, est en augmentation. Quant à la pratique d'injection<sup>13</sup> de crack, elle reste essentiellement cantonnée à la région parisienne et tout particulièrement dans Paris *intra-muros*. Ailleurs, elle est rapportée comme étant rare ou embryonnaire. Le profil des injecteurs de crack est similaire à celui des injecteurs de cocaïne (anciens injecteurs d'héroïne, personnes substituées ou extrêmement marginalisées) ;
- le mode pulmonaire (fumable) (chlorhydrate de cocaïne mélangée au tabac<sup>14</sup>) est utilisé par une infime minorité des usagers du fait d'un taux de perte élevé.

11. La cocaïne est aspirée à l'aide d'une paille. Il peut s'agir d'un ticket de métro ou d'un bout de carton enroulé sur lui-même.

12. Elle est dissoute dans l'eau, tiède ou froide, puis injectée.

13. Pour l'injection, le crack est mélangé à du citron ou à de l'acide citrique puis chauffé, filtré et injecté avec une seringue de 1 cc.

14. Une des méthodes utilisées consiste à poser la cocaïne sur le tabac, lui-même déjà déposé sur une feuille de papier à rouler. Une deuxième méthode consiste à aspirer de la cocaïne dans une cigarette préalablement vidée d'une partie de son tabac.

La cocaïne fumée est généralement la cocaïne base (crack). Celle-ci est préparée à partir du chlorhydrate de cocaïne.

Pour fumer le crack, les usagers utilisent un des trois ustensiles suivants :

- un doseur d'alcool en verre muni d'une grille constituée de fins fils métalliques ou d'un morceau de papier d'aluminium troué ;
- une canette ou équivalent écrasé et percé de quelques trous ;
- une bouteille d'eau minérale en plastique, percée sur le côté d'une pipette (paille) dont l'orifice est recouvert d'un papier aluminium troué.

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 fumeurs de crack ont recours à ce mode d'administration, soit parce qu'ils éprouvent des difficultés à priser la cocaïne, soit parce qu'ils recherchent des effets intenses mais sans avoir recours à la voie intraveineuse. Dans l'espace festif techno, la diffusion de cette pratique est en augmentation au cours de l'année 2000.

La cocaïne est utilisée soit pour ses effets stéréotypes tels que l'accroissement de la communicabilité et des performances (résistance à la fatigue), soit pour ses effets de régulation. Dans ce dernier cas de figure, elle est consommée essentiellement avec :

- l'alcool. L'association cocaïne/alcool 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, la prise concomitante d'alcool aboutit à une plus grande tolérance à l'alcool et à la cocaïne, laquelle permet éventuellement l'augmentation de la consommation de ces deux substances ;
- l'ecstasy, afin d'équilibrer les effets en masquant la composante hallucinogène ou en ajoutant une composante stimulante ou d'atténuer, en début de consommation, une forte montée et, à la fin, de prolonger les effets ;
- le LSD, afin d'équilibrer les effets propres à cette substance (hallucinations) et d'adoucir la descente ;
- la kétamine, afin de neutraliser les effets de celle-ci. La cocaïne sert alors en quelque sorte d'antidote en cas de malaise ou de surdosage non désiré.

Quant à la gestion de la descente consécutive à la prise de cocaïne elle-même, ce sont les opiacés, les tranquillisants, les benzodiazépines et le cannabis qui sont les plus utilisés. Dans une enquête ASUD/OFDT, réalisée en l'an 2000 auprès de 202 usagers de buprénorphine haut dosage hors prescription médicale, 32 personnes (16 %) déclarent utiliser de manière concomitante la cocaïne avec la BHD.

## CONCLUSION

- La diffusion de la cocaïne et du crack, estimée à l'aune de leur accessibilité et de leur disponibilité, est en augmentation sur l'ensemble des sites TREND et dans l'espace festif techno.
- L'image du crack demeure mauvaise alors que celle de la cocaïne reste bonne chez les nouveaux consommateurs. Elle serait toutefois en cours de détérioration chez ceux qui l'ont expérimenté depuis un peu plus longtemps.
- Le prix de la cocaïne reste stable sur les sites TREND.
- Le petit trafic de cocaïne est encore peu visible dans la rue alors que celui de crack n'est visible, outre les Antilles-Guyane, que dans Paris et quelques communes limitrophes.
- Le mode d'administration dominant reste le mode nasal (sniff), toutefois les modes pulmonaires (fumette) et intraveineux sont en augmentation.

## L'USAGE DES AMPHÉTAMINES-SPEED

La consommation des amphétamines existe en France depuis au moins le début des années 1940. Très discrète au commencement, elle prend de l'ampleur au cours des années 1960 sans toutefois atteindre le niveau de certains pays de l'Union européenne (Suède, Grande-Bretagne).

### LE PRODUIT

Jusqu'à la fin de la première moitié de la décennie 90, l'approvisionnement en amphétamines provenait essentiellement des détournements pratiqués au sein du secteur médical, notamment de médicaments en forme de comprimés tels que l'Orténal® et le Dinintel®. Au cours de la seconde moitié de la même décennie, une forme importée d'amphétamine en poudre a fait son apparition sur le marché. Il s'agirait d'une réponse à la demande croissante de l'espace festif techno.

Jusqu'au retrait, fin 1999, de tout médicament à base d'amphétamine, les deux formes se partageaient le marché. La forme comprimé médicalement prescrite était essentiellement disponible dans l'espace urbain tandis que la forme poudre l'était surtout dans l'espace festif techno. Depuis le retrait des formes prescrites, c'est la forme poudre qui domine le marché.

Au cours de l'année 2000, une forme d'amphétamine non connue jusqu'alors est apparue en France : le ya ba, fréquemment utilisé en Asie du Sud-Est. La présence de ce produit en France a été confirmée par des petites saisies policières réalisées dans la région Ile-de-France.

Dans l'espace festif techno, le *speed* est un terme générique qui désigne toutes sortes d'amphétamines en forme de poudre ou de pâte. Il existe du *speed* blanc, du *speed* jaune, du *speed* rose (sensé être mélangé avec du MDMA), du *speed* base en pâte (souvent vendue comme de l'amphétamine pure).

### Données de la base SINTES

La base SINTES contient l'analyse de 42 échantillons, collectés au cours de l'année 2000, vendus comme de l'amphétamine. Trente-trois se présentent sous forme de poudre, 5 de comprimé, 2 de gélule et enfin 2 sont de forme inconnue.



Après analyse, 16 (38 %) échantillons contenaient effectivement de l'amphétamine et 9 ne contenaient aucun principe actif. Les autres molécules détectées sont, par ordre décroissant, de la caféine (20 échantillons), des médicaments (11 échantillons), du MDMA (8 échantillons), des métamphétamines (3 échantillons), de la kétamine (2 échantillons), de l'éphédrine (2 échantillons), du paracétamol (1 échantillon), de la cocaïne (1 échantillon) et du LSD (1 échantillon).

### Disponibilité en légère baisse et image en légère détérioration dans l'espace festif

Dans l'espace festif, il semblerait qu'il y ait eu en 2000 une moindre demande de *speed* qu'au cours de l'année précédente. Cette situation s'explique d'une part par l'augmentation importante de la disponibilité de la cocaïne et de la relative modération de son prix, d'autre part par le fait que l'usage de cocaïne entraîne moins d'effets secondaires et procure des sensations plus agréables (plus mentales). Le *speed* est en effet surtout perçu comme un stimulant physique. Sa consommation entraîne des effets négatifs (fréquente crispation de la mâchoire, acné, perte de poids, déprime et insomnies). L'image du *speed* comme produit facile à gérer commence donc à être écornée. Par ailleurs, sa qualité est également remise en cause du fait de coupages jugés excessifs.

Au cours de l'année 2000, le *speed* demeure essentiellement disponible dans les *free-parties* et les *teknivals*. Dans le nord et le sud-ouest de la France, il semble particulièrement présent dans les discothèques et les boîtes de nuit.

Le prix moyen varie selon la région entre 50 et 200 F le gramme. Dans la plupart des cas, le prix moyen reste stable à environ 100 F.

Au sein de l'espace festif techno, les usagers privilégient certaines variétés de *speed* associées à une qualité supérieure. Ainsi, les variétés les plus recherchées sont les *speed* rose, en forme de pâte et le *speed* base. Le *speed* blanc, quant à lui, est généralement perçu comme étant moins fort et plus coupé que les autres.

En 1999, sur les dix sites TREND, la disponibilité de la forme poudre était encore rare (trois sites), tandis qu'en l'an 2000, cette forme est signalée comme disponible sur la presque totalité des sites. Sur certains d'entre eux, le *speed* poudre est vendu désormais par les vendeurs de cannabis, lesquels opèrent à la fois dans l'espace festif techno et dans les quartiers (Toulouse).

Dans l'ensemble, hors de l'espace festif techno, il semble qu'il y ait une confusion sur la nature exacte de ce qui est vendu sous les appellations « *speed* », « ecstasy » et « cocaïne », ce qui contribue à rendre difficile une estimation exacte de la disponibilité du *speed* sur les sites TREND.

### LES USAGERS

Au sein de l'espace festif, on note l'apparition dans le nord de la France d'une nouvelle génération d'usagers plutôt jeunes « qui financent leur consommation par un système "usage-revente" (ecstasy et amphétamines) » et une augmentation sensible de cas de consommations abusives.

Au sein de l'espace urbain, quatre sites sur dix signalent des modifications du profil des consommateurs d'amphétamines. Le site de la Seine-Saint-Denis note l'accroissement du nombre des femmes parmi les consommateurs ; le site de Dijon, l'apparition d'une consommation chez « certains sportifs, étudiants, cadres et même routiers » et le site de Paris, un usage important chez les jeunes en provenance des pays de l'Est.

### Modalités de consommation

Dans le milieu des usagers de rue marginalisés, les amphétamines sont généralement injectées ou avalées. En revanche, dans le milieu techno et festif, si une petite minorité fume le *speed* (mélangé au tabac ou au cannabis) ou l'injecte, les deux modes d'administration dominants demeurent la voie intranasale (sniff) et la voie orale (gober, *per os*).

- La voie nasale est utilisée parce que les effets sont plus rapides à se manifester que par la voie orale et parce que, contrairement à l'ingestion, le sniff introduit un élément de ritualisation et de convivialité autour de la consommation.
- La voie orale, contrairement à la voie nasale, permet d'éviter le goût désagréable du *speed*. De surcroît, celle-ci ne nécessite aucun matériel spécifique. Lorsqu'elle est ingérée, la poudre est préparée soit sous forme de « boulette » (placée dans des papiers à rouler les cigarettes et avaler avec un peu d'eau), soit elle est diluée dans un verre d'eau ou de jus de fruit.
- Le *speed* est utilisé le plus souvent en association à d'autres produits. Les principales substances dont le *speed* est le produit de régulation sont les suivantes :
  - l'alcool. L'usage de *speed* permet de boire davantage sans succomber à l'ivresse (fonction d'équilibrage des effets) ;
  - le cannabis, afin de jouir des effets planants de celui-ci, tout en restant éveillé et actif sans pour autant avoir recours à l'ecstasy ;
  - le LSD et l'ecstasy. En phase de descente, le *speed* permet de relancer les effets des deux substances (fonction de maximalisation des effets et contrôle des effets négatifs).
  - la kétamine, afin de neutraliser ses effets et réduire les excès d'hallucinations.

## CONCLUSION

- La disponibilité accrue au cours de l'année 2000 de la cocaïne dans l'espace festif de même que son image positive liée à un usage vécu comme engendrant des effets secondaires moins importants et plus gérables ont rendu le *speed* moins attractif. En revanche, dans l'espace urbain, celui-ci commence à faire, à une petite échelle, son apparition dans la quasi-totalité des sites TREND.
- La forme « poudre » des amphétamines est maintenant présente sur l'ensemble des sites TREND.
- La modalité de consommation principale reste la voie nasale et orale. Les voies injectable et fumable sont des pratiques minoritaires.

## L'USAGE DE L'ECSTASY

---

### LE PRODUIT

#### Perception

Analyser les évolutions de la perception de l'ecstasy entre 1999 et 2000 n'est pas une tâche aisée. Les propos des observateurs portent, en effet, tantôt sur la qualité du produit tantôt sur les conséquences de son usage pour la santé. Aussi, faute de pouvoir trancher dans un sens ou dans l'autre, les deux types d'arguments positifs ou négatifs relatifs à cette substance seront-ils exposés.

Les arguments qui plaident en faveur d'une perception positive de l'image sont les suivants :

- le développement de la consommation de produits considérés comme « hard » tels que la kétamine et l'héroïne fait apparaître l'ecstasy comme un produit « soft » ;
- le statut de produit facile à maîtriser et à gérer du fait de la diffusion et l'intégration par les usagers réguliers de mesures de réduction des dommages telles que l'espacement des prises et la diminution de la quantité consommée ;
- la perception d'une amélioration de la qualité des échantillons notamment en termes de taux de pureté, lequel reviendrait à son niveau d'autrefois.

Toutefois, d'autres arguments vont plutôt dans le sens d'une dégradation de l'image de l'ecstasy :

- la qualité aléatoire des échantillons vendus ;
- le développement de consommations abusives chez des consommateurs novices entraînant des effets secondaires, communément admis par les consommateurs eux-mêmes, notamment l'état dépressif ;
- les inquiétudes des consommateurs chevronnés relatives aux effets à long terme sur la santé de cette consommation. Les campagnes médiatiques à ce sujet n'y sont probablement pas étrangères.

## Disponibilité accrue dans l'espace urbain et stable dans l'espace festif

Dans l'espace urbain, en 1999, l'ecstasy n'était rapportée comme disponible que sur trois sites : Toulouse, Lyon<sup>15</sup> Marseille<sup>16</sup>. Sur les autres sites, sa disponibilité était limitée aux milieux de la techno et de la vie nocturne. En 2000, sur la plupart des sites, l'extension de la diffusion de l'ecstasy vers les lieux de revente traditionnels, en dehors de tout cadre festif, se confirme. De plus en plus de revendeurs de cannabis vendent de l'ecstasy aussi bien dans l'espace festif techno que sur les lieux de vente traditionnels. Toutefois, l'accessibilité demeure beaucoup plus faible que dans l'espace festif.

Bordeaux : « On trouve de plus en plus d'ecstasy dans la rue, sans doute parce que le vendeur cherche le client... »

Seine-Saint-Denis : « Il faut avoir des contacts. »

« Les branchements sont indispensables. » « L'ecstasy est redistribuée par des intermédiaires amis. »

Lille : « L'ecstasy est disponible sur les lieux de deal d'héroïne ou de cannabis. Toutefois, il l'est moins qu'en milieu festif. »

« [...] Dans la rue, le produit est plus difficilement accessible pour quelqu'un qui connaît peu de personnes dans cet espace de diffusion. Néanmoins, elle a considérablement augmenté ces six derniers mois. Il existe une consommation à caractère urbain très difficile à évaluer car cachée. Cependant, il est clair qu'en ce qui concerne l'espace urbain, l'ecstasy est en phase de diffusion (hors de tout cadre festif). Il peut être consommé pour ses propres effets, stimulants et désinhibiteurs, pour gérer les pénuries d'autres produits ou en complément d'autres produits. L'ecstasy nous a également été signalée dans le milieu de la prostitution comme faisant partie des cocktails "pour se motiver" [avec Rohypnol® et alcool]. »

« La plupart du temps, l'ecstasy est vendu sur les mêmes sites que le cannabis et permet donc au consommateur de ne pas contacter plusieurs intermédiaires. »

Lyon : « Arrive en diffusion + large avec l'été (présence de voyageurs de passage). »

« Accessible par relations directes. »

Marseille : « De manière aléatoire en fonction des arrivages et des pénuries. »

Metz : « Difficulté à répondre car cette consommation, si elle existe, est très peu évoquée. »

« Pour se fournir, on fait la demande à un dealer de shit qui va transmettre la demande. »

Paris : « Longtemps, l'ecstasy s'était cantonnée dans le ghetto des ravers et de la techno.

« Actuellement, elle est disponible un peu partout lors des fêtes entre copains, ou dans la rue lors de la gay pride. »

« Vente par bouche à oreille et connaissances. Milieu très fermé. Pas beaucoup de connaissance sur ce phénomène. »

Toulouse : « Il semble que l'ecstasy se trouve de plus en plus dans la rue. »

« Ce produit est sorti des cercles habituels [fête, vie de nuit, etc.], se retrouve confronté à d'autres réseaux, d'autres consommateurs, d'autres fonctions. »

Dans l'espace festif techno, la disponibilité de l'ecstasy est restée stable entre 1999 et 2000. L'ecstasy est rapportée comme étant très disponible dans les *free parties*, les *teknivals* et les fêtes payantes et également dans les événements privés et les discothèques. Ce statu quo s'est accompagné d'une stabilité des prix. Les comprimés ou gélules vendues à l'unité se négocient autour de 100 F et le gramme de poudre de 450 à 600 F.

## Modalités de consommation

### Mode d'administration

Les comprimés d'ecstasy sont généralement ingurgités « gobés ». Certains dissolvent les gélules dans un liquide avant absorption. Au cours de l'année 2000, l'usage de la voie nasale (poudre, comprimé écrasé) semble en augmentation, celle-ci permettant d'accélérer la montée. De rares cas d'injection sont également signalés.

Contrairement aux héroïnomanes ou aux consommateurs de cannabis, les usagers de l'espace festif techno sont en général moins attachés à une substance donnée qu'à ses effets spécifiques. Pour la plupart des consommateurs, l'ecstasy n'est pas une fin en soi, mais constitue un ingrédient de la fête. Celui-ci est investi, en fonction des personnes, d'une fonctionnalité duelle : plus emphatique relationnelle « *love* » et/ou plus stimulante (*speed*) permettant de danser des heures durant. Peu importe donc le produit dans la mesure où il garantit l'effet « *love* » ou l'effet « *speed* ».

Ainsi, par le biais des multiples associations avec les autres substances plus ou moins disponibles dans l'espace festif, l'utilisateur parvient à obtenir les effets recherchés.

L'ecstasy peut se combiner avec :

- le LSD pour ajouter une composante plus « mentale », plus hallucinogène à l'ecstasy ou pour mieux gérer les descentes, parfois pénibles, de LSD ;
- le cannabis ou l'alcool afin d'atténuer les effets d'une trop forte montée. En descente pour faire remonter les effets. Dans les discothèques, l'alcool joue le rôle de substitut du cannabis ;

15. Il était rapporté une consommation chez des groupes de jeunes désaffiliés en errance, associant souvent l'ecstasy à la kétamine.

16. L'ecstasy a fait son apparition dans des quartiers où elle n'était pas disponible auparavant, sans toucher pour autant de manière significative les cités.



- la cocaïne ou les amphétamines pour amoindrir les sensations de fatigue ; atténuer une très forte montée ; ajouter une composante stimulante et relancer, en phase de descente, les effets de l'ecstasy ;
- le protoxyde d'azote pour accélérer ou amplifier la montée de l'ecstasy ou pour faire remonter ses effets lors de la descente ;
- la kétamine pour prolonger les effets de l'ecstasy et ajouter une composante hallucinogène ;
- les benzodiazépines et les opiacés pour atténuer les effets négatifs de la descente.

## CONCLUSION

- La disponibilité de l'ecstasy dans l'espace festif techno est stable par rapport à l'année passée. Dans l'espace urbain, sa consommation ainsi que sa vente en dehors du cadre festif se confirment.
- Quoique le mode d'administration principal et dominant reste le mode oral, d'autres modes d'administration, comme le mode nasal ou par injection, font leur apparition tout en connaissant une diffusion très faible.

### Points essentiels sur les stimulants

- Par rapport à l'année précédente, on note une stabilité de prix de la cocaïne, du *speed* et de l'ecstasy.
- La disponibilité de la cocaïne et du crack continue d'augmenter tant dans l'espace festif que dans l'espace urbain.
- La perception par les consommateurs des quatre stimulants majeurs n'est pas uniforme : globalement, la cocaïne continue de bénéficier d'une image relativement positive, le crack d'une image incontestablement négative, le *speed* d'une image légèrement détériorée et l'ecstasy d'une image mitigée.
- L'ecstasy et le *speed* sont essentiellement présents dans l'espace festif techno alors que la cocaïne et le crack le sont dans les deux espaces.
- Quoique essentiellement diffusés dans l'espace festif, le *speed* et l'ecstasy font leur apparition dans l'espace urbain.
- Le mode d'administration dominant dans l'espace festif et urbain pour la cocaïne et le *speed* est la voie nasale, pour l'ecstasy la voie orale et pour le crack la voie pulmonaire. Dans l'espace urbain, la cocaïne et le crack sont aussi injectés.

## LES HALLUCINOGENES

L'évolution de la diffusion des produits hallucinogènes n'est pas sans lien avec l'apparition et le développement de la culture et de la musique techno. Les changements sensoriels procurés par ces substances vont de pair avec les sonorités puissantes et rapides propres à cette musique ainsi qu'avec les images et les effets spéciaux plutôt psychédéliques largement utilisés lors de ces événements.

L'offre de produits tend à se diversifier. Les produits les plus disponibles sont le LSD et les champignons hallucinogènes. Depuis quelques années, on assiste à une augmentation de la disponibilité d'autres substances telles que la kétamine, le GHB et le protoxyde d'azote. Très récemment, des molécules à diffusion restreinte telles que le DMT, le 2C-B et le DOB sont apparues.

Ce chapitre présente les éléments explicatifs relatifs à la diffusion des principales substances hallucinogènes pour lesquelles le dispositif TREND dispose d'éléments de connaissance, à savoir le LSD, les champignons hallucinogènes, la kétamine, le GHB et le protoxyde d'azote.

## Points de repère

**L'USAGE EN POPULATION GÉNÉRALE.** Parmi les jeunes scolarisés âgés de 14 à 18 ans, 3,5 % déclarent avoir consommé des champignons hallucinogènes et 1,4 % du LSD (ESPAD 99). Dans la tranche d'âge des 17-19 ans, comprenant à la fois des jeunes scolarisés et non scolarisés, ils sont, à l'âge de 17 ans, environ 1,5 % chez les filles et 4,5 % chez les garçons qui déclarent avoir expérimenté des champignons hallucino-

gènes, 1,3 % chez les filles et 3,4 % chez les garçons déclarent avoir expérimenté des Poppers et 0,8 % chez les filles et 1,6 % chez les garçons du LSD. À 18 ans, 6,3 % des garçons ont déjà pris des champignons hallucinogènes, 4,8 % des Poppers, 2,8 % du LSD et à l'âge de 19 ans ces pourcentages sont respectivement de 8,7 % et 8,3 % et 4,8 % (ESCAPAD 2000).

Dans la tranche d'âge des 18-75 ans, 1,6 % des personnes interrogées en 1999 déclarent avoir consommé du LSD (Baromètre santé 2000).

**PRISE EN CHARGE SANITAIRE.** La part du LSD en tant que premier produit à l'origine de la prise en charge est stable à un niveau très faible : 0,4 % en 1997 et 1999<sup>17</sup>.

L'âge moyen est plus faible que pour les opiacés avec une part plus importante de premiers recours ; dans le même temps, les proportions de personnes sous traitement de substitution (29 %) et d'injecteurs (29 %) sont relativement importantes, beaucoup plus élevées que dans le cas du cannabis et de l'ecstasy.

## L'USAGE DE LSD

L'acide lysergique est naturellement produit par un champignon, l'ergot de seigle. En 1943, Albert Hoffman synthétise le diéthylamide de l'acide lysergique (abrégé LSD en allemand) et en expérimente accidentellement ses effets hallucinatoires.

### LE PRODUIT

#### Formes de présentation et appellations du LSD en France

Le LSD disponible en France en 2000 se présente le plus souvent sous forme de buvard ou de timbre, et plus rarement sous forme de micropointe ou de liquide (goutte). Dans plusieurs régions, l'apparition d'une forme en poudre blanche destinée au sniff a été signalée.

La disponibilité de la forme liquide a augmenté au cours de l'année 2000. Celle-ci serait de plus en plus appréciée par les usagers qui la considèrent comme pure et n'induisant pas d'effets secondaires tels que les crispations<sup>18</sup>, comme c'est le cas de certains buvards.

Dans la base SINTES, 40 échantillons de LSD avaient une forme identifiée, 38 se présentaient sous forme de buvards et 2 sous forme liquide.

Par-delà la diversité des appellations génériques, « trip », « petri », « acide », « buvard », « carton », ou nominatives « Panoramix », « Hoffman », « Fat Freddy's », « Vasarelli », « Om », etc., les usagers distinguent deux grandes familles de LSD : les hollandais, dits industriels et les califs, dits « Californien » :

■ les californiens (« tournesol », « dragon », « soleil », « bouddha », etc.) ont la réputation d'être « soft » : la montée est assez longue, les hallucinations visuelles et/ou auditives sont présentes et la perception sensorielle modifiée ;

18. Dans les croyances en vogue chez les consommateurs, ces crispations seraient dues à la présence de strychnine utilisée par les fabricants pour fixer le LSD sur les buvards. C'est pour cette raison que les LSD dits hollandais sont moins appréciés que les autres par les consommateurs.

17 DRESS, déjà cité.

■ les hollandais (« Bart Simpson », « Hoffman » 97, 98, 99, 2000, « Panoramix », « Om », etc.) sont réputés « hard » du fait de leur possible coupage avec de la strychnine et des amphétamines : la montée est puissante et très difficile à contrôler et engendre de fortes sensations physiques (fièvre, muscles cotonneux, mâchoires crispées, etc.), et psychiques (difficulté à parler ou à écouter une conversation).

Il existe également des LSD dits « artisanaux » dont les effets seraient proches des « californiens ». Au cours de l'année 2000, il semble que l'offre des « californiens » ait augmenté tandis que celle des « hollandais » aurait régressé.

### Perceptions du LSD

Le LSD, tel qu'il est perçu à travers les enquêtes en population générale, est plutôt un produit qui fait peur. Ainsi, en 1999, au sein d'un échantillon représentatif de la population générale, la prise de LSD fait « plutôt peur » ou « très peur » à 85,1 % des personnes, tandis que 3,3 % déclarent ne pas avoir peur du tout<sup>19</sup>.

Au sein de l'espace festif techno, on ne dispose pas d'estimations de ce type. Selon les recueils réalisés par le réseau TREND, il semble que le LSD, comparé aux autres produits disponibles, bénéficie, au cours de l'année 2000, d'une meilleure image.

La présence et le développement de l'usage de la kétamine et de l'héroïne auraient, en effet, contribué à relativiser les effets secondaires négatifs (« bad trips ») associés à l'usage du LSD. L'image du produit se serait donc améliorée de manière « relative ». De même, il semble que l'image des utilisateurs de LSD, taxés jadis de « défoncés » et d'« égocentriques » s'améliore du fait de la mauvaise réputation des utilisateurs de kétamine et d'héroïne au sein du milieu festif techno.

### Disponibilité constante dans l'espace festif et en augmentation dans l'espace urbain

Dans l'espace urbain, le LSD est signalé comme disponible sur certains sites (Lille, Toulouse, Bordeaux, Paris, Lyon, Marseille et Metz). Ces doses de LSD vendues, dans certains de ces sites, par des revendeurs de rue « multicartes » (vente de plusieurs produits par la même personne), seraient principalement destinées à une consommation au cours de manifestations techno.

Au sein de l'espace festif techno, le LSD est l'un des produits psychoactifs illicites les plus consommés après l'alcool, le cannabis et l'ecstasy. Il est en général disponible dans l'ensemble des événements techno. Dans les discothèques et les

boîtes de nuit, en revanche, le LSD serait peu ou pas présent. L'ambiance de ces lieux confinés accentuerait les sensations d'étouffement éprouvées par certains consommateurs de cette substance.

### La vente, les prix

Dans l'espace festif, le prix du buvard de LSD est passé d'environ 100 F au début des années 1990 à 30/60 F en 2000.

En l'an 2000, 36 buvards de LSD ont un prix indiqué au sein de la base SINTES. Ils s'échelonnent de 25 à 100 F avec un prix moyen de 56 F. Les deux échantillons liquides disponibles coûtaient l'un 100 F, l'autre 200 F.

Le petit trafic de LSD est diffus et discret. Dans la majorité des cas, celui-ci semble être l'œuvre :

- d'une frange de la population errante très marginalisée pour qui le LSD, du fait de sa facilité de fabrication et d'escamotage, est devenu une source de revenus facile,
- de certains petits trafiquants de cannabis, d'ecstasy et d'autres substances stimulantes et hallucinogènes.

### LES USAGERS

Les observateurs de terrain ont identifié deux types d'usagers : des jeunes fréquentant les événements techno et des ex- « soixante-huitards » l'ayant découvert lors de son premier cycle de diffusion dans les années 1960 et 1970. Parmi les jeunes, les garçons semblent majoritaires par rapport aux filles.

### Les modalités de consommation

Il semble que les modalités d'administration du LSD tendent à se diversifier. Toutefois, la voie principale d'administration reste la voie orale. Le LSD est alors ingéré soit directement, soit mélangé à un liquide ou avec de la mie de pain (protection des dents). Les autres formes rapportées sont :

- la voie pulmonaire, au cours de laquelle l'utilisateur a recours à une pipe, utilisée habituellement pour fumer du cannabis ou du rachacha. Les effets seraient plus rapides à se faire sentir et dureraient aussi plus longtemps ;
- la voie sublinguale ;
- la voie sanguine (par injection ou par incision<sup>20</sup>) ;

19. BECK (F.), PERETTI-WATEL (P.), EROPP 99, *Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, OFDT, avril 2000.

20. Le LSD est posé sur une incision faite sur le front et maintenu avec un bandage.

- la voie intradermique. Le buvard est placé sous les aisselles, le principe actif se diffuse à travers les pores de la peau (la montée est plus lente) ;
- la voie intra-oculaire. Dans le coin de l'œil pour obtenir, semble-t-il, des effets hallucinogènes puissants.

Un large éventail de produits est utilisé en association avec le LSD :

- le cannabis, fumé avant et/ou pendant, pour accélérer la montée et après lors de la descente pour calmer et adoucir et/ou pour en prolonger les effets ;
- l'ecstasy, au début et pendant, pour équilibrer les effets et ajouter une composante « love » ou « happy » destinée à favoriser l'ouverture vers les autres et à être plus en phase avec l'ambiance de la fête. L'usage d'ecstasy permet aussi d'adoucir la descente et de se sentir mieux ;
- la cocaïne et la *speed* pour atténuer les effets d'une trop forte montée (limiter les effets « cassants ») et adoucir la descente.

Les autres produits sont les alcools forts (Acide punch), dont l'usage est destiné à ajouter une composante « ivresse » désinhibitrice, et à atténuer les effets d'une trop forte montée ou à adoucir la phase dite de descente ; le rachacha, fumé, en cas de forte montée et en descente pour prodiguer calme, relaxation voire le sommeil au terme du voyage ; l'héroïne, fumée, sniffée, pour atténuer les effets de la descente ; le protoxyde d'azote pour accentuer la montée (même si c'est pour un bref moment) et l'accélérer, et enfin des anxiolytiques pour adoucir la descente (rare).

## CONCLUSION

Le LSD, produit emblématique des années 1960 et 1970, entame, depuis le début des années 1990, dans le sillage du mouvement techno, son second cycle de diffusion. Il fait désormais partie des substances les plus consommées dans l'espace festif techno. Même s'il est consommé, à petite échelle, en dehors de celui-ci, le milieu techno demeure son principal foyer de diffusion. Son prix modique, ses effets visuels et auditifs, sa capacité à se combiner à une multitude d'autres substances – ce qui permet de produire des effets nouveaux sur mesure –, et enfin son mode d'administration principal par voie orale, lui assurent une diffusion large et soutenue.

## L'USAGE DE CHAMPIGNONS HALLUCINOGENES

En France, les consommateurs distinguent au moins trois variétés de plantes hallucinogènes : la française, dite psylos (psilocybins), de loin la plus répandue, la mexicaine et l'hawaïenne. Ces deux dernières variétés sont considérées comme de meilleure qualité, mais sont plus rares et plus chères que la première.

### LE PRODUIT

Pour les amateurs de substances hallucinogènes, les champignons, du fait de leur origine naturelle, bénéficient d'une bonne image. À effets hallucinogènes similaires, ils présentent l'avantage, aux yeux des consommateurs, d'engendrer moins d'effets secondaires (*bad trip*, crispation de la mâchoire) que le LSD. Ils sont également plus faciles à doser et les effets sont plus agréables et mieux gérables.

En outre, l'image des champignons est associée à la convivialité (cueillette entre amis), à la nature et enfin à une spiritualité empreinte de mysticisme (usage chamanique). Ils sont perçus comme une drogue douce et, de surcroît, n'occasionnant aucune dépendance.

### Disponibilité saisonnière

La variété française psilocybins n'est disponible que de fin août à fin octobre. Pour la consommer au-delà de cette période, elle peut être séchée ou conservée dans l'alcool ou dans l'huile.

Au sein de l'espace festif, les champignons hallucinogènes sont disponibles essentiellement dans les *teknivals*, mais sont, dans les autres événements, rares ou non disponibles.

## Absence de trafic organisé

Il n'existe pas, à proprement parler, de trafic structuré de la variété française. Les champignons sont en général offerts à titre amical ou vendus directement par les collecteurs eux-mêmes. Pour les autres variétés, les usagers peuvent se les procurer aux Pays-Bas ou en Suisse où ces produits sont en vente libre. À la vente, en pleine saison, le prix du psylos s'élève à environ 100 F pour 100 unités tandis que les variétés mexicaine et hawaïenne se négocient généralement 100 F les 20 unités ou 100 à 200 F le gramme.

## LES USAGERS

Le profil type des consommateurs de champignons est similaire à celui des usagers de LSD et d'ecstasy, à cette différence près que les amateurs de champignons hallucinogènes n'appartiennent pas uniquement à la mouvance techno et ne consomment pas forcément dans un cadre festif.

## Modalités de consommation

Les champignons sont généralement consommés frais ou après conservation dans l'alcool ou cuisiné. Leurs effets diffèrent selon les variétés et l'état de fraîcheur du produit. Les effets des psilocybins se font sentir à partir d'une dizaine d'unités. Les habitués, en revanche, peuvent en consommer jusqu'à 80-100 unités. À ce dosage, ils entraînent de fortes déformations visuelles, une accélération du rythme cardiaque et un fort effet psychologique pendant 4/5 heures. Les champignons mexicains sont plus puissants : 10 unités suffisent pour atteindre les effets de 50 unités de psilocybins.

Au sein de l'espace festif techno, certains usagers préfèrent une consommation nocturne, pendant le temps de la fête, afin de profiter des déformations auditives engendrées par la musique tandis que d'autres choisissent un usage plus matinal qui favorise les déformations visuelles de l'environnement naturel baigné par le soleil.

Le mode principal d'administration des champignons hallucinogènes est la voie orale (ingestion). Ceux-ci sont ingérés frais ou sec, la plupart du temps seuls ou mélangés à d'autres aliments tels que les yaourts ou les œufs (omelette). Les champignons sont aussi consommés après macération dans le miel ou l'alcool.

L'autre voie d'administration est la voie fumable, où les effets se font sentir plus rapidement (5 mn) et durent plus longtemps.

Ils sont consommés généralement seuls ou plus rarement en association. Ces associations sont similaires dans leur finalité à celles utilisées pour le LSD. Les principaux produits associés aux champignons sont le cannabis, l'alcool<sup>21</sup>, l'ecstasy, le *speed*, la cocaïne et le protoxyde d'azote.

## CONCLUSION

Les champignons hallucinogènes sont, avec le LSD, le produit hallucinogène le plus consommé. Leur caractère naturel leur confère un statut à part. Ils sont rarement considérés comme une drogue et encore moins comme une drogue dangereuse. Le fait qu'ils soient en vente libre dans certains pays limitrophes accroît cette perception et facilite leur diffusion.

21. L'alcool est utilisé pendant la montée, car cela oriente le « trip » vers l'ivresse (désinhibition, envie de faire la fête). En descente, si le mélange alcool/champignons a été abusif, divers troubles apparaissent : état d'épuisement, bouffées de chaleur, maux de tête ou de ventre. Comme les champignons ont tendance à couvrir les effets de l'alcool, les consommateurs champis/alcool ont tendance à beaucoup boire.

## L'USAGE DE KÉTAMINE

---

### LE PRODUIT

La consommation de kétamine est apparue au sein de l'espace festif techno autour de 1997. Elle circule depuis sous les appellations suivantes : la « Golden » considérée comme très forte, la « K 16 », la « Hobby one », l'« Anglaise » et la « vétérinaire ».

L'année 1999 avait vu une amélioration sensible de l'image de la kétamine, due au fait que les usagers avaient appris à en apprivoiser les effets et les modalités de consommation, ce qui avait contribué à l'augmentation du nombre des expérimentateurs ainsi qu'à l'élargissement de sa diffusion. Au cours de l'année 2000, cette tendance ne semble pas confirmée. Les observateurs rapportent, au contraire, une détérioration de l'image de la kétamine, laquelle tiendrait à deux facteurs :

- Le premier est relatif à l'évolution du mouvement des *free parties*, berceau de la diffusion de la kétamine. Dans la région parisienne, celui-ci se subdivise en deux courants regroupant organisateurs de fête et adeptes : pour ou contre la kétamine. Le courant pour regrouperait les personnes les plus radicales, rebelles et marginales. À cette population s'ajoutent les usagers les plus problématiques d'héroïne et de *speed*. Le courant contre est composé essentiellement de personnes socialement intégrées, sans revendications identitaires prononcées autres que l'attachement à la culture et à la musique techno. Ils sont pour la plupart consommateurs d'ecstasy, de LSD, de cocaïne, de cannabis, etc., et beaucoup moins d'autres produits.
- Le second est relatif à la rapidité de la diffusion de la kétamine et à l'augmentation du nombre des expérimentateurs et des consommateurs qui ont contribué à rendre palpables et visibles les effets secondaires négatifs habituellement observés chez les consommateurs (accoutumance, perte d'équilibre, chutes, blessures, coma, etc.).

Le prix moyen du gramme varie en fonction des sites et des régions. Dans la région parisienne, le prix du gramme en poudre se situe entre 250 et 300 F. Le prix d'un gramme liquide est de 100 F. Dans la région Nord-Pas-de-Calais, une ampoule d'origine médicale, le Kétalar® (0,25 g de poudre) est vendue par lot de quatre à raison de 100 F (100 F le gramme). Dans cette région, le prix semble être stable.

### DONNÉES DE LA BASE SINTES

La base SINTES contient l'analyse de 10 échantillons, collectés au cours de l'année 2000, vendus comme de la kétamine. Huit se présentent sous forme de poudre et 2 de liquide. Après analyse, 8 de ces 10 échantillons contenaient effectivement de la kétamine ; 1 de la cocaïne, 1 du paracétamol et enfin 1 ne contenait aucun principe actif. Aucun de ces échantillons ne renferme des dérivés amphétaminiques.

### Disponibilité

Comme l'année précédente, la plupart des usagers se trouvent dans les manifestations non autorisées (*teknivals* et *free parties*), où l'on constate une augmentation de la disponibilité de la kétamine.

Dans le sud de la France, du fait de la pression exercée par les forces de l'ordre sur les événements susmentionnés, les consommateurs de kétamine fréquentent maintenant les fêtes de type *trance*<sup>22</sup> introduisant ainsi ce produit dans un nouveau milieu.

Dans le Nord, la kétamine fait son apparition, à une toute petite échelle, dans les discothèques de la zone frontalière avec la Belgique.

Dans la région parisienne, la diffusion de la kétamine semble se ralentir voire régresser du fait de l'opposition de certains organisateurs à la présence de ce produit dans les événements dont ils ont la charge.

En général, on note une augmentation de la visibilité de la consommation, qui désormais se passe au vu et au su de tout le monde et l'apparition de cas de consommation solitaire et quotidienne dans la frange très marginalisée et polytoxicomane des habitués des *free parties* et des *teknivals*.

## LES USAGERS

### Modalités de consommation

La voie d'administration principale reste la voie nasale suivie par la voie orale et enfin injectable (intramusculaire). Il semble que ce dernier mode d'administration soit en progression.

22. La *trance* est un courant musical du mouvement techno. La plupart des fêtes organisées par cette mouvance sont officielles et font donc moins l'objet d'interventions intempestives des forces de l'ordre.

Comme l'année dernière, la kétamine est consommée comme produit principal pour ses effets hallucinogènes propres, lesquels, en fonction du dosage, peuvent aller d'une légère modification de l'état de conscience à des hallucinations très fortes voire au K-hole (pré-coma). Comme produit de régulation, l'anesthésiant est en général utilisé avec de l'ecstasy, afin de renforcer la composante hallucinogène et les sensations de flottement, avec le LSD, pour prolonger les effets de ce dernier, et enfin avec de la cocaïne (Calvin Klein).

### CONCLUSION

Dans l'ensemble, la diffusion de la kétamine semble en régression en 2000. Ce recul semble plus prononcé dans le nord de la France que dans le sud. En revanche, dans les *teknivals* et les *free parties*, la kétamine gagnerait de nouveaux consommateurs par rapport à l'année précédente.



## GAMMA OH, GHB

---

### LE PRODUIT

#### Perception duelle : entre diabolisation et intérêt

L'image du GHB est contrastée. D'un côté, elle reste fortement imprégnée par la diabolisation véhiculée par les médias, la présentant comme la « drogue du viol », d'un autre côté, elle suscite un effet de curiosité attisé par sa rareté et ses effets soft. Les candidats à l'expérimentation seraient nombreux.

#### Disponibilité rare et accessibilité problématique

À l'instar de l'année précédente, la disponibilité du GHB au sein de l'espace festif techno, en dépit de l'intérêt qu'il suscite chez de nombreux usagers potentiels, demeure très limitée : quels que soient l'événement ou la région, ce produit est signalé comme étant rare ou indisponible, ce constat pouvant en partie s'expliquer par la part importante acquise par la fabrication artisanale et un mode d'obtention par Internet qui rendent le détour par le marché parallèle inutile. Là où il est signalé comme plus ou moins disponible, le GHB reste très difficilement accessible, un ou plusieurs intermédiaires étant nécessaires pour s'en procurer.

À la vente, la poudre cristalline blanche se négocie autour de 200 F les deux grammes. La forme liquide artisanale et vendue par fiole d'environ cinq doses se négocie, quant à elle, entre 300 à 500 F la fiole. Des informations non confirmées signalent l'existence de comprimés de GHB vendus à 150 F l'unité.

#### DONNÉES DE LA BASE SINTES

La base SINTES contient l'analyse de 8 échantillons, collectés au cours de l'année 2000, vendus comme du GHB. Trois sous forme de poudre et 5 sous forme de liquide. Après analyse, 7 de ces 8 échantillons se sont avérés contenir du GHB, le dernier ne contenant aucun principe actif.



## LES USAGERS

Les données dont nous disposons ne permettent pas d'établir avec précision un profil spécifique des usagers du GHB, d'autant plus qu'aucune question spécifique ne figure dans les enquêtes en population générale. Elles permettent néanmoins de savoir que dans le nord de la France, le GHB fait son apparition dans les *free parties* alors qu'il était jusqu'à maintenant surtout présent dans les boîtes à tendance *hard core*. Dans le Sud, il serait disponible dans les discothèques et dans le milieu de la prostitution. En dehors de l'espace festif techno, le GHB serait consommé dans les milieux gay et culturistes.

## Modalités de consommation

Trois voies d'administration sont identifiées :

- la voie nasale, utilisée pour la forme poudre ;
- la voie orale, utilisée à la fois pour la forme poudre et liquide. La dose généralement consommée se situe entre deux et cinq grammes. Les effets se font sentir au bout de dix à vingt minutes et durent entre deux et quatre heures. Au-delà, le GHB agirait comme un somnifère puissant, permettant de prolonger la période de rêve en sorte que le sommeil qu'il induit est proche du sommeil naturel ;
- la voie injectable, des cas non confirmés d'injection sont rapportés.

Le GHB est utilisé seul pour ses effets relaxants, désinhibants, euphorisants et aphrodisiaques, mais aussi en association avec d'autres substances, notamment :

- l'ecstasy, afin de prolonger et d'augmenter les effets « *love* » du GHB,
- la cocaïne et le *speed* pour maintenir et augmenter l'acuité intellectuelle.

## CONCLUSION

En dépit d'une demande qui semble croissante, le GHB demeure un produit peu diffusé, au moins dans les deux espaces surveillés dans le cadre du dispositif TREND.

## PROTOXYDE D'AZOTE (GAZ HILARANT)

### LE PRODUIT

Le protoxyde d'azote est une substance légale utilisée à la fois en médecine, dans l'industrie alimentaire et dans des préparations culinaires domestiques. Il est disponible sur le marché dans deux conditionnements :

- les capsules de recharge alimentaire (utilisées pour la crème Chantilly),
- les bouteilles « bonbons » à usage médical ou industriel.

Au cours de l'année 2000, l'image du protoxyde d'azote est mitigée, avec une tendance à la dégradation :

- d'un côté, compte tenu de son statut légal, de la brièveté de ses effets, du peu d'accidents observés et de l'aspect folklorique, presque enfantin de sa consommation (ballons de baudruches), il est perçu par beaucoup de consommateurs comme étant inoffensif et anodin,
- d'un autre côté, depuis l'élargissement de sa diffusion au cours de l'année 1999, trois éléments sont venus écorner cette image positive outre les deux mentionnées plus haut :

- nombreux sont ceux qui considèrent la consommation de gaz hilarant comme étant une forme de « défonce perso », « vulgaire », en déphasage avec l'ambiance qui doit prévaloir dans les fêtes techno ;

- les soupçons relatifs aux effets néfastes à long terme sur le cerveau et les effets nocifs immédiats avérés (malaises, pertes de conscience, perte d'équilibre et chutes survenues chez des consommateurs abusifs) ;

- le mode d'administration par inhalation qui l'assimile aux solvants lui donne le statut d'un produit bas de gamme.

### LES USAGERS

L'usage du protoxyde d'azote est apparu, il y a plusieurs années, dans l'espace festif techno. L'année 1999 a vu sa diffusion s'élargir pour atteindre son apogée au cours du premier semestre de l'année 2000. Le gaz hilarant était alors rapporté

comme étant particulièrement disponible dans les *free parties* et les *teknivals* ainsi que dans les soirées *trance*. Deux facteurs ont convergé pour aboutir, au cours du second semestre de la même année, à une moindre diffusion ainsi qu'à une contraction de sa disponibilité :

- le premier est relatif à l'action des établissements sanitaires (hôpitaux et cliniques) qui, grâce à une meilleure surveillance des lieux de stockage, ont rendu moins aisée la subtilisation des bonbonnes industrielles stockées en leur sein,
- le second est lié à l'action des organisateurs de manifestations techno qui voient de plus en plus d'un mauvais œil le développement de la consommation de ce produit, d'une part, parce que l'impact médiatique de la multiplication des vols de ces bouteilles risque de ternir l'image du mouvement, d'autre part, parce que la consommation de cette substance engendre souvent une quantité considérable de déchets (ballons et capsules de recharges). Les vendeurs de ce produit sont ainsi accusés de prêter plus d'attention aux gains considérables prodigués par la vente qu'à la propreté des lieux de la fête.

### Modalités de consommation

Le seul mode d'administration répertorié du protoxyde d'azote est l'inhalation dans un ballon de baudruche (vendu à 10 F l'unité). Pris seul, il provoque l'hilarité. Les effets sont immédiats et éphémères (1 mn). Il est pris à la fois pour ses effets intrinsèques provoquant un « flash » (recherché par certains et redoutés par d'autres qui le considèrent comme trop violent), suivi d'une phase de relâchement accompagnée de légères hallucinations. Comme produit de régulation, le gaz hilarant est utilisé pour amplifier ou accélérer les effets lors de la montée de l'ecstasy et du LSD, tandis que lors de la descente, il aide à les relancer (remonter).

### CONCLUSION

Au cours de l'année 2000, la progression de la diffusion du protoxyde d'azote semble se ralentir du fait essentiellement de l'action hostile des organisateurs des événements festifs techno et du fait d'une image qui n'est plus aussi intacte qu'elle l'était il y a quelques années encore.

### Points essentiels sur les hallucinogènes

Les développements récents de la consommation des hallucinogènes en France sont en lien étroit avec le développement du mouvement festif techno, lequel reste pour le moment le principal point d'ancrage de leur diffusion.

Le LSD, après un premier cycle de diffusion à partir de la fin des années 1960, en entame aujourd'hui un second, tandis que les champignons hallucinogènes et les Poppers connaissent un regain d'intérêt et que des produits tels la kétamine, le GHB, le protoxyde d'azote, le DMT font l'objet d'un usage qui n'a pas de précédent.

Parmi ces produits, le LSD et les champignons hallucinogènes sont sans doute les plus diffusés.

Alors que le profil des consommateurs de LSD, de champignons ou de protoxyde d'azote semble être similaire à celui des consommateurs d'ecstasy, le profil des consommateurs réguliers de kétamine semble comparativement plus marqué par la marginalité et la rébellion.

## LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES DÉTOURNÉS DE LEUR USAGE

---

L'usage des médicaments psychotropes au sein de la population générale est fréquent, puisque sur une période d'une année, 8,3 % des Français ont consommé au moins une fois des antidépresseurs et 14,5 % des tranquillisants ou des somnifères (Baromètre Santé 2000). Chez les étudiants de 14 à 19 ans (ESPAD 2000), l'utilisation au cours de la vie de tranquillisants sans ordonnance est de 15 % chez les filles et de 10,3 % chez les garçons. Chez les jeunes de 17 ans participant à la journée d'appel, la fréquence d'usage de « médicaments pour les nerfs, pour dormir » au cours des 12 derniers mois est de 15,6 %. Elle est plus élevée chez les jeunes filles (23,6 %) que chez les jeunes hommes (7,5 %) [ESCAPAD 2000].

La fréquence du mésusage de ces classes médicamenteuses est difficile à estimer au sein de la population générale. Il en va de même au sein des espaces observés par le dispositif TREND. Les médicaments psychotropes susceptibles d'être détournés de leur usage sont nombreux. Des noms commerciaux sont fréquemment cités par les observateurs du dispositif TREND tels le Tranxène® (Clorazépate dipotassique), le Stilnox® (Zolpidem), l'Imovane® (Zopiclone), le Rivotril® (Clonazépan), l'Artane® (Trihexyphénidyle), le Rohypnol® (Flunitrazépan), le Valium® (Diazépan). Il s'agit surtout de produits de la famille des benzodiazépines. Ce chapitre traitera des trois molécules (Flunitrazépan, Diazépan et Trihexyphénidyle) pour lesquelles le dispositif de recueil a permis une collecte d'informations pertinentes.

## LE FLUNITRAZÉPAM ET LE DIAZÉPAM

---

Ces deux molécules de la famille des benzodiazépines sont souvent utilisées par les usagers de drogues en automédication afin d'atténuer les symptômes du manque et de réduire leur anxiété.

Ces psychotropes, indiqués médicalement pour le traitement des insomnies (Flunitrazépam) ou des convulsions (Diazépam) ont des effets hypnotiques, anxiolytiques, myorelaxants et anticonvulsivants<sup>23</sup>. L'utilisation prolongée ou à de fortes doses est susceptible d'engendrer le développement d'une tolérance et un risque de dépendance physique et psychique pouvant entraîner un syndrome de sevrage. À fortes doses, le Flunitrazépam peut induire une euphorie avec une levée des inhibitions et une amnésie antérograde<sup>24</sup>.

### LE PRODUIT

#### Perception

L'image du Rohypnol® (Flunitrazépam), parmi les usagers, est très mauvaise du fait de la violence que sa consommation peut faciliter par le biais d'une levée des inhibitions. La seule nuance qui atténuerait cette perception est que l'usage est considéré par certains comme moins nocif du fait du recours à la voie orale (moins stigmatisée que la voie injectable) et de l'existence d'une consommation fréquente de ce produit dans la population générale. Le site de Lyon rapporte un début de consommation de Flunitrazépam dans le milieu festif. L'image de ce produit serait en voie d'amélioration auprès des usagers à cause d'un certain nombre de propriétés attribuées au Flunitrazépam tels les effets stimulants et hallucinogènes.

---

23. Action anxiolytique : « Les benzodiazépines et leurs analogues limitent le comportement anxieux, ce qui se traduit par la suppression des réponses émotionnelles psychiques aussi bien que somatiques (variations de la tension artérielle et du rythme cardiaque). »

Action hypnotique (sommolence) ; effet myorelaxant caractérisé par un relâchement musculaire ; effet amnésiant.

24. Perte totale ou partielle de la mémoire des faits survenus après la prise de produit.

Lille : « *Produit qui, associé à l'alcool, rend agressif et amène à la "prison".* »

Marseille : « *Sale produit. Incite au passage à l'acte. Embrume le cerveau, abîme l'estomac. Fait perdre la mémoire.* »

Metz : « *Le produit est vécu par les toxicomanes comme une drogue qui rend fou, agressif.* »

Toulouse : « *La perception est négative autant chez les consommateurs de Rohypnol® que chez les autres consommateurs : absence de mémoire, passage à l'acte, violence, être hors de soi.* »

Paris : « *La consommation de Rohypnol® est liée à des attitudes violentes, notamment lorsqu'il est associé à l'alcool. Par conséquent, les usagers de Rohypnol® sont très mal perçus.* »

## Disponibilité

Si le Flunitrazépam apparaît comme un produit très disponible sous le nom de marque Rohypnol®, il n'en va pas de même pour le Diazépam. La disponibilité du Valium® est en effet beaucoup plus variable. S'agissant du Flunitrazépam, deux sites (Toulouse et Metz), tout en signalant sa disponibilité, constatent une baisse de la consommation. Pour le site de Toulouse, deux raisons principales expliquent la situation : « La disparition du Rohypnol® 2 mg (donc moins d'intérêt pour le consommateur) et la prise de conscience progressive du secteur médical sur les problèmes rattachés à l'usage de ce produit. »

Des sites comme la Seine-Saint-Denis, Marseille ou Lyon relatent, en revanche, une disponibilité croissante et un usage de plus en plus visible. Le site de Seine-Saint-Denis l'attribue notamment au laxisme de certains pharmaciens qui le délivreraient sans ordonnance.

## Prix

En 2000, les prix en pharmacie du Flunitrazépam sous la marque Rohypnol® des laboratoires Roche étaient de 7,20 F la boîte de 7 comprimés de 1 mg et de 10,70 F la boîte de 14 comprimés de 1 mg.

La grande disponibilité du Rohypnol® explique le prix très modique du cachet de 1 mg au marché noir (les cachets de 2 mg ne sont plus disponibles en pharmacie). Le prix courant oscille sur la plupart des sites entre 5 F (Marseille, Paris, Toulouse) et 10 F voire jusqu'à 30 F.

Le Diazépam, sous le nom de marque Valium® des laboratoires Roche, existe sous forme de comprimé à 2, 5 ou 10 mg, sous forme de gouttes à 1 % et sous forme d'ampoule injectable de 2 ml contenant 10 mg. En 2000, les prix en pharmacie étaient de 11,30 F la boîte de 40 comprimés de 2 mg, 11,80 F la boîte de 40 comprimés de 5 mg, 15,50 F la boîte de 30 comprimés de 10 mg.

S'agissant du prix du Valium® au marché noir, le site de Paris, où le trafic est très présent, rapporte un prix de 5 F pour le comprimé et de 10 à 20 F pour une ampoule.

## Modalités d'acquisition de proximité

Les lieux de trafic et de consommation pour le trafic de Flunitrazépam et de Diazépam se confondent. Le plus souvent, le trafic serait le fait d'usagers de ces produits qui se les procurent par le biais d'ordonnances pour en revendre une partie dans la rue. Certains le font de temps en temps, d'autres plus systématiquement et tendent à structurer leur activité. Ainsi, à Paris, un trafic plus structuré a vu le jour avec une division du travail entre grossiste et revendeur. Le produit est obtenu par le biais de la carte Paris-santé, laquelle permet une délivrance régulière et gratuite du médicament.

Le site de Lille note une structuration du trafic dans le milieu de la prostitution avec une prise en charge du trafic par les proxénètes.

Dans l'est de la France, un trafic avec l'Allemagne, où ce médicament n'est pas disponible, permet d'obtenir de la cocaïne en échange de Flunitrazépam.

S'agissant du Diazépam, la quasi-totalité des sites note une absence de trafic organisé et structuré. Il semble que seul Paris connaisse une telle situation, le Diazépam s'insérant dans un trafic généralisé de toutes sortes de médicaments : « Il fait partie du deal de médicaments sur des lieux divers notamment les Halles, Strasbourg-Saint-Denis, République, Beaubourg (...). »

## LES USAGERS

Le Flunitrazépam serait consommé principalement par des usagers de drogues en grande difficulté sociale, très marginalisés (squatters, prostitués, SDF, errants). Quatre sites notent par rapport à l'année dernière un rajeunissement des consommateurs.

Seine-Saint-Denis : « *De plus en plus de jeunes qui consomment, des jeunes qui cachetonnent des benzos ; consommateurs : jeunes [17 ans] qui zonent dans la cité.* »

Marseille : « *Jeunes adultes polyconsommateurs, inactifs, souvent habitant des cités.* »

Toulouse : « *Jeunes en errance avec consommation d'alcool.* »

Paris : « *Le Rohypnol® se popularise de plus en plus, il touche de plus en plus de jeunes. Associé à l'alcool, il provoque des montées de violence intenses et incontrôlables.* »

Le site de Lyon note quant à lui un développement de l'usage dans le milieu festif dans un contexte de polyconsommation. À Paris aussi (mais ce fait a été

rapporté l'année dernière sans que celui-ci ait été confirmé ou infirmé cette année), notamment dans le quartier de Beaubourg où le trafic de Rohypnol® est présent, des jeunes viennent se procurer le médicament dans le but de gérer la descente consécutive à la prise de MDMA et/ou d'amphétamines.

Le Diazépam et le Flunitrazépam sont consommés par le même type de population. Le site de Lille note que « beaucoup de personnes sous Subutex® s'intéressent au Valium®. Personnes qui se substituent, mais qui retrouvent le soulagement psychologique de l'héro en associant le produit au Valium® » ; de même, dans le milieu festif, ce site note chez certains consommateurs abusifs de MDMA ou d'amphétamines un recours au Diazépam pour gérer la descente consécutive à la consommation de ces produits.

### Modalités de consommation

Le Flunitrazépam est recherché d'une part pour ses effets désinhibiteurs et d'autre part comme produit associé dans la consommation des opiacés (buprénorphine, héroïne) et/ou de l'alcool. Ce dernier permet d'accentuer l'effet « défonce » engendré par ce produit. Le Flunitrazépam peut aussi être consommé après une prise de crack ou d'héroïne afin de mieux gérer la descente.

L'effet de levée des inhibitions permet à certains d'affronter les dures conditions de survie dans la rue, notamment quand il est utilisé pour faire la manche ou « aller voler dans les magasins » (Paris, Lille, Toulouse). Le médicament confère également une sensation d'invincibilité (effet « Hulk » ou « Rambo » [Paris]). Des épisodes violents provoqués par des usagers de Flunitrazépam sont fréquemment rapportés. Ils rendent la visibilité sociale de l'usage de cette molécule importante. Cette consommation peut poser des problèmes avec le voisinage.

Seine-Saint-Denis : « *Le soir, les jeunes défoncés au Roro + alcool + shit foutent le bordel dans la cité.* »

Lyon : « *Pas de scène ouverte, mais repérage plus visible chez les personnes qui vivent dans la rue et consomment alcool et Rohypnol® dans l'espace public : [...] pétage de plombs.* »

Marseille : « *Débordement extrêmement violent de la part d'usagers de Rohypnol® le mélangeant avec de l'alcool.* »

Paris : « *Le Rohypnol® associé à l'alcool provoque beaucoup de violence, de tapage, d'où les plaintes des riverains des quartiers des Halles, Beaubourg, Porte Saint-Denis et quartier Saint-Denis.* »

Rennes : « *Nuisances nocturnes de cette population marginalisée et consommatrice d'alcool.* »

Toulouse : « *Violence, états limites, bagarre.* »

Le Diazépam est consommé par le même type d'usagers et pour les mêmes raisons que le Flunitrazépam (descente, sédation, sommeil, défonce).

### Mode d'administration

Sur la totalité des sites, le mode d'administration principal pour le Flunitrazépam est la consommation *per os*. Pour le Diazépam, des pratiques d'injection sont rapportées à Marseille et à Paris.

### CONCLUSION

La consommation détournée de benzodiazépines, notamment le Flunitrazépam sous la marque Rohypnol®, semble fréquente dans les milieux les plus marginalisés. Cette consommation vient souvent en complément d'autres produits comme l'alcool, l'héroïne, la buprénorphine voire la cocaïne ou le crack.

L'objectif principal de cette modalité d'usage serait de faciliter une gestion des effets des produits précités, notamment d'accroître la défonce quand il s'agit de l'alcool ou de l'héroïne ou d'atténuer les phases de descente pour les produits comme la cocaïne, le crack voire l'ecstasy.

## L'ARTANE®

---

L'Artane® (Trihexyphénidyle) est un médicament anticholinergique antiparkinsonien de synthèse dont les deux indications thérapeutiques sont la maladie de Parkinson et le syndrome parkinsonien des neuroleptiques. Parmi les effets indésirables à doses thérapeutiques (4 à 15 mg pour un adulte) sont cités de rares effets centraux à type d'excitation, d'euphorie, d'hallucinations, de confusion mentale et d'amnésies. Un surdosage en Trihexyphénidyle peut entraîner des effets atropiniques<sup>25</sup>, un état de confusion mentale, des hallucinations, une dépression respiratoire.

## LE PRODUIT

### Perception

La perception de la Trihexyphénidyle par les usagers est plus ambivalente que pour d'autres produits psychotropes faisant l'objet de mésusage tel le Flunitrazépam.

D'une part, il est recherché par certains utilisateurs pour ses effets spécifiques et notamment hallucinogènes. D'autre part, ce produit est fortement associé au milieu des usagers marginaux et des « zonards », ce qui engendre une perception plutôt négative par les usagers n'appartenant pas à ce groupe.

### Disponibilité

À l'exception de deux sites (Paris et le département de la Seine-Saint-Denis) du dispositif TREND, la Trihexyphénidyle est signalée comme étant rare ou non disponible dans les huit autres sites métropolitains (Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes, Toulouse). À Paris, la Trihexyphénidyle fait partie, sous le nom de marque Artane®, des médicaments constitutifs de la scène ouverte du

---

25. Effets atropiniques : bouche sèche, constipation, mydriase, élévation de la pression intra-oculaire, tachycardie, risque de rétention urinaire et de glaucome aigu.



centre de la capitale dans le quartier des Halles. Dans les DOM, il existe un usage important de cette molécule à la Réunion (voir chapitre DOM).

### Prix

Deux types de comprimés existent en pharmacie : 2 mg (boîte de 50) et 5 mg (boîte de 20). Le prix en pharmacie en l'an 2000 était de 15,60 F la boîte de 50 comprimés à 2 mg et de 15,70 F la boîte de 20 comprimés à 5 mg. Au marché noir, le prix du comprimé de 2 mg, sur Paris et la banlieue nord, oscillait en l'an 2000 entre 5 et 20 F. Le prix courant à Paris allait de 5 à 10 F.

### Modalités d'acquisition de proximité

À Paris, il semble que le trafic de l'Artane®, quand il n'est pas le fait d'usagers eux-mêmes, relève du même type d'organisation que pour les benzodiazépines et le Subutex® à savoir un système de revente qui est le fait de petits trafiquants non-usagers. Sur le reste des sites, il semble qu'il n'existe pas de petit trafic organisé.

## LES USAGERS

Le profil des usagers de ce médicament semble être le même que celui des usagers de Flunitrazépam et de Diazépam. La Trihexyphénidyle est un produit essentiellement utilisé par des marginaux, des « mecs dangereux », « paumés zonards ».

À Paris, un élargissement récent du profil des consommateurs de ce produit semblerait en cours. De jeunes hommes originaires d'Europe de l'Est consommeraient de l'Artane® et des épisodes de consommation au sein de boîtes de nuit à clientèle majoritairement « gay » ont été rapportés : « L'Artane est de plus en plus organisé autour du milieu festif, notamment au sein des boîtes de nuit pour homosexuels, ainsi que dans les clubs de gym. »

### Modalités de consommation

Les effets recherchés lors de l'utilisation de Trihexyphénidyle sont l'euphorie, l'énergie et une certaine aisance physique, les délires hallucinatoires plus que la défonce, la volonté aussi d'échapper à un quotidien insupportable.

À l'instar du Flunitrazépam, la Trihexyphénidyle permet de lever les inhibitions, ce qui rend plus facile le passage à l'acte, notamment lorsqu'il s'agit de voler dans les magasins : « Tu sais le plaisir de piquer sous Artane® ou sous Rohypnol®

n'a pas d'égal. Des fois, il m'arrive de rentrer dans un magasin et je sais que les personnes me surveillent et malgré tout j'arrive à piquer quelque chose. » La consommation de Trihexyphénidyle est souvent associée à l'alcool, qui en potentialise les effets.

### Mode d'administration

Le mode d'administration principal de la Trihexyphénidyle est la prise par voie orale. De rares cas d'injection ont été néanmoins rapportés.

## CONCLUSION

La Trihexyphénidyle est un médicament dont la diffusion du mésusage semble être rare dans l'ensemble des sites du dispositif TREND à l'exception de trois (Paris et le département limitrophe de la Seine-Saint-Denis et l'île de la Réunion). Bien qu'il puisse être utilisé par différents types de populations, sa diffusion s'opère essentiellement au sein des populations très marginalisées, notamment à Paris.

## ÉLÉMENTS SUR L'USAGE DE PRODUITS ILLICITES DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

---

La consommation de produits illicites dans les départements d'outre-mer participant au dispositif TREND (Martinique, Guyane et île de la Réunion) est relativement récente par rapport à la métropole. Abstraction faite du rhum, dont la consommation est historiquement commune aux trois départements, des analogies et des dissemblances existent, aussi bien entre ces derniers qu'entre les trois départements susmentionnés et la France métropolitaine. Ce chapitre présente des éléments de connaissance disponibles relatifs à la consommation des substances psychoactives dans ces trois départements en les comparant dans un premier temps entre eux, puis dans un second temps avec la France métropolitaine.

## L'USAGE DU CANNABIS

---

Dans ces trois départements, le premier produit psychoactif illicite à faire l'objet d'un usage relativement important fut l'herbe de cannabis. En métropole, l'usage du cannabis a commencé à se développer au cours des années 1960, accompagnant le mouvement hippie. Dans les DOM il a existé un décalage chronologique. En effet, l'herbe de cannabis s'est diffusée dans les Antilles à partir de la seconde moitié des années 1970 dans le sillage du mouvement rasta et de la musique reggae et à la Réunion au début des années 1980.

Contrairement aux départements antillais, il existe, à la Réunion, une consommation et une culture ancienne et traditionnelle, « réservée » aux adultes, d'une variété locale de cannabis : le zamal. Jusqu'au début des années 1980, la consommation de ce produit par les jeunes faisait l'objet d'une désapprobation sociale unanime. L'échange marchand et le trafic de zamal étaient alors marginaux. La consommation de ce produit, essentiellement traditionnelle, n'était pas considérée comme un problème social. Ce n'est qu'ultérieurement, avec le passage de cette consommation traditionnelle par des adultes à une consommation beaucoup plus fréquente et par des populations plus jeunes, que l'usage du cannabis a commencé à être perçu comme un problème social.

Actuellement, dans les trois départements, comme en métropole, le cannabis, du fait entre autres de sa facilité d'accès quels que soient l'heure et le lieu, est la substance illicite la plus consommée chez les jeunes. Deux éléments distinguent cette consommation de celle de la métropole :

- le cannabis est presque exclusivement consommé sous forme d'herbe. La résine n'est que rarement vendue ou consommée. À la Réunion, le zamal poussait à l'état sauvage jusqu'il y a quelques années. L'herbe consommée provient uniquement de la culture locale alors que dans les deux autres départements elle est surtout importée de la zone Caraïbe,
- le cannabis n'est que très rarement mélangé au tabac.

Dans les trois départements, les variétés locales de cannabis sont appréciées pour leur teneur élevée en principe actif. Le prix de vente rapporté est modéré. En Martinique, l'enveloppe de 10 g coûte environ 100 F. En Guyane, la variété locale kali est vendue en sachet contenant une quantité suffisante pour faire trois joints à

environ 10 F. Enfin, sur l'île de la Réunion, le zamal est vendu par rouleau (équivalent de 10 joints d'herbe) d'une valeur de 100 F, prix variable suivant la saison, la qualité et les lieux d'achat (le rouleau est moins cher dans les Hauts de l'île, lieux de production).

Dans la plupart des cas, le cannabis est consommé seul ou en association avec de l'alcool (rhum et bière). Néanmoins, en Martinique et en Guyane, des usages concomitants avec du crack et, à la Réunion, avec de l'Artane®, du Rohypnol®, du Valium®, du Stilnox® et du Tranxène® ont été rapportés.

Telle qu'elle est déclarée dans les enquêtes en milieu scolaire, la consommation du cannabis en Martinique<sup>26</sup> toucherait environ 15 % des élèves de troisième de collège et 22 % des lycéens et des élèves de LEP<sup>27</sup>. En Guyane<sup>28</sup>, 5,5 % des répondants déclarent en avoir consommé<sup>29</sup>. À la Réunion, en 1999 (échantillon 2 006 personnes), 13,3 % des hommes et de femmes de 15-75 ans déclaraient avoir expérimenté au moins une fois dans leur vie le zamal<sup>30</sup>. Ces prévalences sont inférieures aux résultats des enquêtes similaires réalisées en France métropolitaine. Mais la tendance est à la hausse par rapport aux précédentes enquêtes (1994 et 1997).

### Prise en charge sanitaire

Le recours aux soins tel qu'il est rapporté par l'enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et social du mois de novembre 1999 montre qu'en Martinique et à la Réunion, le cannabis représente une part importante de recours aux soins : respectivement 45 % du total des prises en charge (106 sur 237) et 57 % (71 sur 124). En Guyane, en revanche, la part du cannabis ne représente que 9 % (3 sur 32) des recours<sup>31</sup>.

26. Échantillon de 1 500 élèves de troisième de collège et de fin de cycle en lycée d'enseignement général et d'enseignement professionnel.

27. Enquête en milieu scolaire, mai 2000. Observatoire de la santé et rectorat de la Martinique.

28. Échantillon de 3 184 lycéens et collégiens. Enquête réalisée en 1997.

29. OESG : « Bulletin santé, les adolescents et la santé », n° 2, décembre 1997.

30. DRASS de la Réunion : Baromètre santé Réunion, édition 1999/2000, septembre 2000.

31. DRESS, déjà cité.

## L'USAGE DES STIMULANTS

En ce qui concerne les stimulants majeurs tels que la cocaïne, le crack et les amphétaminiques, il est observé une différence entre la Réunion d'un côté et les départements caribéen et guyanais de l'autre. Alors que le crack pose un problème de santé publique important en Martinique et en Guyane, il est rapporté comme totalement absent de la Réunion.

La cocaïne serait, quant à elle, très peu disponible. Son usage semble réservé à des cercles d'initiés appartenant aux milieux aisés, aux adeptes des activités festives nocturnes et aux milieux artistiques. Cette situation génère une perception positive de la cocaïne considérée comme une drogue de l'élite. En dehors de ces cercles d'initiés, il s'agit d'un produit qui semble être peu accessible. Le prix du gramme se négocie entre 700 et 800 F. La disponibilité de la cocaïne serait très irrégulière du fait, semble-t-il, de l'absence de structures de trafic. Le produit serait amené de métropole par des consommateurs généralement plus à des fins d'usage personnel que de trafic.

En Martinique et en Guyane, au cours des années 1980, le trafic et la consommation de crack se sont développés puis intensifiés au début des années 1990. La proximité des zones de production (Amérique centrale) et des îles hispanophones et anglophones, devenues une des principales zones de transit de la cocaïne et du crack vers l'Europe et les États-Unis, a contribué à la diffusion du crack dans les deux départements au point de lui donner le statut de produit illicite localement le plus répandu après le cannabis.

En Martinique, le crack est très disponible en ville et dans certaines zones rurales. Il est aussi accessible dans certaines discothèques et touche alors une population plus « branchée ». Le prix d'un caillou (taf = une seule prise) s'élève aux alentours de 10/20 F. L'éventail social des consommateurs est assez large. Toutefois, cet usage semble plutôt être le fait de personnes en grande difficulté sociale, même si cela n'exclut pas la diffusion du crack auprès de couches sociales plus aisées, lesquelles fréquentent peu ou pas du tout le système de soins spécialisé.

En Guyane, le crack est très disponible dans les trois grandes villes du département (Cayenne, Kourou et Saint-Laurent). Depuis environ deux ans, la consommation s'étend à des petites communes du littoral et à certaines communes plus éloignées. Quel que soit le lieu, l'accessibilité du crack est grande. Pour s'en

procurer, l'utilisateur n'est pas contraint de faire appel à des intermédiaires, ni même de contacter un vendeur.

Du fait de la proximité avec le Surinam, zone de transformation et de transit du chlorhydrate de cocaïne et du crack, le prix du « caillou » est peu élevé, se situant entre 10 et 30 F. Celui-ci peut se consommer en trois fois, ce qui signifie que le prix de la dose s'élève en réalité à un montant situé entre 3 et 10 F uniquement, alors qu'à Paris, pour une même dose, l'utilisateur doit déboursier entre 40 et 50 F. Dans ce département, la large disponibilité et la modération des prix ont contribué à une « démocratisation » de la consommation, dont l'ampleur est difficile à estimer même s'il est fortement probable qu'elle touche un nombre important de personnes.

En termes ethniques, la communauté créole semble de loin la plus concernée, suivie des métropolitains et des immigrés qui viennent du Surinam, du Brésil et du Guyana ou de République dominicaine.

S'agissant des métropolitains, l'utilisateur toucherait soit des personnes en difficulté sociale, comme les héroïnomanes et les personnes substituées, lesquels consomment le crack avec les opiacés ou se reconvertissent à la consommation exclusive du crack, soit des personnes bien insérées socialement.

### Les modalités de consommation du crack

Dans les deux départements, quatre principales modalités de consommation du crack sont répertoriées :

- la modalité dite de « tire », qui consiste à fumer le crack en le chauffant directement à l'aide d'un briquet pour l'inhaler au moyen d'une pipe en verre ou artisanale (tuyau utilisé en plomberie, recouvert à une extrémité d'une feuille d'aluminium percée) ;
- la modalité dite de la « bombe », où une canette de bière ou de Coca Cola dans laquelle on perce quelques trous est utilisée. Le crack est posé sur le dessus, chauffé avec une flamme, puis aspiré par l'orifice destiné à boire ;
- la modalité inspirée du principe du « narguilé » : avec un verre, partiellement rempli d'eau, recouvert d'un papier aluminium, troué à plusieurs endroits, et traversé d'une paille. Des cendres de cigarette sont déposées sur le papier accompagné d'un morceau de crack, lequel est chauffé directement puis aspiré ;
- et enfin la modalité dite du black-joint ou blaka jango, laquelle consiste à fumer une cigarette composée de crack mélangée à du tabac ou à de l'herbe de cannabis.

Certains usagers ont recours à la pratique de lavage du crack. Pour ce faire, celui-ci est chauffé dans une cuillère avec de l'eau et du citron afin d'enlever les traces d'autres résidus.

Abstraction faite de cas anecdotiques d'association héroïne/crack, dite « faire chappy », il ne semble pas, contrairement à la métropole, que des opiacés soient utilisés pour réguler la forte montée du crack.

### Modalités d'acquisition de proximité

À la Martinique, le petit trafic de crack est assez visible dans l'espace public et semble s'être doté d'un certain degré d'organisation et de hiérarchisation dans lequel on trouve à la base l'utilisateur revendeur « jumpy » et au sommet le boss, le lieutenant et le capitaine. Des signes distinctifs (chaînes, bracelet et bagues en or) permettraient de distinguer la place de chacun dans cette hiérarchie. Les lieux de vente du crack sont nombreux, comme La Mangrove, qui se singularise notamment par la présence quasi permanente d'une scène ouverte où vente et consommation se déroulent au vu et au su de tout le monde.

En Guyane, également, dans les trois grandes villes du département, le petit trafic de crack est assez visible. L'approvisionnement du marché de détail semble être assuré plus par une myriade de petits revendeurs que par des organisations hiérarchisées.

Dans ces deux départements, le chlorhydrate de cocaïne, dans la mesure où il sert de matière première pour la fabrication du crack, est disponible. Toutefois, il est peu vendu sous cette forme, et quand il est consommé, ses usagers diffèrent de ceux du crack. Alors que ces derniers sont majoritairement des personnes défavorisées, les consommateurs de cocaïne, de même que les petits trafiquants, appartiennent souvent aux milieux aisés, branchés, locaux ou issus de la métropole. En Guyane, on note la diffusion de ce produit dans le milieu de la prostitution. Du fait de cet ancrage social particulier, l'image de la cocaïne est relativement bonne ; contrairement au crack qui se vend dans l'espace public ouvert, la cocaïne s'échange dans les lieux fermés (appartements, boîtes de nuit). Son prix en Martinique est relativement élevé (600 à 800 F le gramme). En Guyane, le prix moyen est de 200 F.

En Martinique, la voie d'administration dominante de la cocaïne est la voie nasale (sniff) alors qu'en Guyane la modicité du prix semble contribuer au développement d'une voie d'administration moins économique<sup>32</sup>, à savoir la voie pulmonaire (fumette). Elle est souvent fumée en association avec le cannabis. La voie nasale, quant à elle, semble être en diminution et celle injectable demeure assez rare.

Pour ce qui est des amphétamines, la forme poudre (*speed*) est rapportée comme étant totalement absente dans les trois départements. À la Réunion, toutefois, une vente et une consommation à petite échelle de comprimés, importés de

32. Cette modalité est peu économique dans la mesure où la forme chlorhydrate n'est pas thermostable, de ce fait la chaleur détruit la plupart du principe actif de la cocaïne.

l'île Maurice, dans un cercle restreint des métropolitains et de milieux artistiques, ont été rapportées.

L'ecstasy n'est disponible que depuis peu dans les trois départements. Sa consommation semble sortir des cercles d'initiés et sa diffusion est en progression. Les sources d'approvisionnement sont essentiellement, là encore, métropolitaines. Les cachets sont vendus à 100 F l'unité à la Réunion, 250 F à la Martinique. Comme en métropole, la disponibilité de l'ecstasy semble être en lien avec l'organisation récente d'événements techno. Toutefois, ceux-ci demeurent anecdotiques, sauf à la Réunion.

### Prise en charge sanitaire

La part du crack dans la prise en charge sanitaire est relativement importante en Martinique, où une prise en charge sur deux est liée à ce produit (115 sur 237 soit 48,5 %), et en Guyane, où neuf prises en charge sur dix environ sont dues au crack. À l'île de la Réunion, ces deux produits représentent moins de 1 % (une personne sur 124) des prises en charge. Dans les trois départements aucune prise en charge liée aux amphétamines ou à l'ecstasy n'a été signalée au cours de l'enquête<sup>33</sup>.

33. DRESS, déjà cité.

## L'USAGE DE L'HÉROÏNE ET DES OPIACÉS

Alors que l'héroïne constitue depuis quarante ans le problème majeur en métropole s'agissant des drogues illicites, dans les trois départements d'outre-mer, celle-ci n'est jamais parvenue à y prendre racine, au point qu'elle est généralement considérée comme un épiphénomène.

En Martinique, elle est peu consommée par la population locale. Les usagers sont pour l'essentiel des métropolitains dits « blancs gâchés », qui viennent dans l'île avec leur produit et leur matériel d'injection et quelques « négro-métropolitains », terme qui désigne les jeunes Martiniquais nés en France ou y ayant vécu plusieurs années et qui retournent au pays avec l'espoir d'un sevrage. L'héroïne ne semble pas accessible en dehors du milieu fermé des métropolitains. Les opiacés tels que les sulfates de morphine sont totalement absents. Les codéinés, quoiqu'en vente libre, sont très peu demandés hors du milieu des initiés aux opiacés en métropole.

En Guyane, jusqu'au milieu des années 1990, l'héroïne était considérée comme un phénomène très rare concernant essentiellement la population métropolitaine. À partir de la seconde moitié des années 1990, des demandes de soins commencent toutefois à apparaître. Cette évolution pourrait être en relation avec le lancement de la culture du pavot en Amérique latine. L'héroïne blanche (forme de chlorhydrate) est rare et chère. La forme dominante est la base (brune) importée des pays producteurs d'Amérique latine. Le prix de cette héroïne base diffère selon les villes. À Cayenne et à Kourou, elle coûte entre 200 et 400 F le gramme ; à Saint-Laurent, ville frontalière avec le Surinam, le même gramme coûte entre 100 et 200 F.

### Modalités de consommation

Compte tenu de la forme base de cette héroïne, qui ne se prête pas facilement à l'injection intraveineuse ni à la voie nasale, le mode d'administration dominant est l'inhalation (chasse au dragon, cigarette contenant du crack ou du tabac).

Les cas d'injection intraveineuse sont très rares et sont le plus souvent le fait d'héroïnomanes métropolitains qui sont soit en visite, soit en cure de sevrage. Ces derniers, toutefois, se mettent souvent au diapason des pratiques locales de chasse au dragon.

La majorité des héroïnomanes serait essentiellement d'origine métropolitaine. On y distingue deux types de populations : des usagers classiques fréquentant le système de soins spécialisé et des personnes très bien insérées en mission professionnelle dans le département. Plus marginalement, on retrouve aussi des *bushinenge*, population noire originaire du Surinam (plutôt à dominante masculine) ; des Créoles (Guyanais initiés en métropole) et enfin des Latino-Américains, souvent des femmes issues des milieux de la prostitution.

### Modalités d'acquisition de proximité

Le petit trafic d'héroïne semble être marginal comparé au cannabis et au crack. L'étroitesse du marché oblige le petit trafic à une certaine discrétion qui le rend invisible dans la rue. Les informations disponibles sur le trafic de ce produit sont insuffisantes pour appréhender l'état du marché. Il est probable que l'héroïne est vendue, à la demande, par certains revendeurs de crack ou par des usagers revendeurs d'héroïne.

La consommation d'opiacés tels que les sulfates de morphine et les codéinés est rapportée comme étant rare ou inexistante en dehors du milieu des héroïnomanes métropolitains résidents ou de passage.

Pourtant située à proximité de l'île Maurice, où le trafic et la consommation d'héroïne sont considérés comme un problème majeur, l'île de la Réunion semble pour le moment épargnée. La disponibilité et l'usage de l'héroïne y sont rares. Au début de la seconde moitié des années 1980, un circuit de trafic à partir de l'île Maurice organisé par l'intermédiaire de personnes aisées et connues dans le département, a été démantelé. Le démantèlement de ce réseau s'est traduit depuis par des arrivages très irréguliers, lesquels semblent désormais l'œuvre d'individus non organisés en réseau proprement dit. Cette irrégularité d'arrivée est considérée par certains comme une barrière au développement de la consommation, qui reste confinée chez des consommateurs déjà anciens. Le petit trafic est maintenu essentiellement par des consommateurs revendeurs. Le trafic professionnel est absent ou très rare.

Deux catégories de consommateurs sont répertoriées sur l'île : des métropolitains ou des Réunionnais, ayant séjourné en métropole, venus se sevrer et des Mauriciens résidant dans l'île. Le nombre des consommateurs occasionnels d'héroïne tournerait autour de 200 à 300.

La forme chlorhydrate, dite blanche, n'est pas disponible. En revanche, la forme base appelée Brown sugar peut se trouver de manière occasionnelle et irrégulière. Le prix du gramme se négocie alors entre 500 et 600 F. Compte tenu du type d'héroïne disponible (base), le mode d'administration dominant est la « chasse au dragon ». Les voies nasale et intraveineuse sont également utilisées, de la même manière qu'en métropole.

Pour ce qui est des traitements de substitution prescrits dans les trois départements, destinés essentiellement à des métropolitains, des formes d'échange, de prêt et de dépannage existent sans que ces deux substances fassent l'objet d'un trafic notable. En Guyane, lorsque le Subutex® est proposé à la vente, le comprimé de 8 mg se négocie environ 50 F. Contrairement à la métropole, les cas d'injection de Subutex® sont rares.

À la Réunion, la disponibilité du Subutex® sur le marché parallèle semble être relativement récente et relève plus, semble-t-il, du dépannage entre usagers d'opiacés ayant accès à une prescription médicale que d'un deal organisé. Actuellement, environ 150 personnes bénéficient d'un traitement de substitution dans l'île dont la plupart sont suivis par des médecins généralistes membres du réseau ville-hôpital Oté ; et une petite partie par le seul centre de soins spécialisé de l'île. Le prix du comprimé de 8 mg, hors pharmacie, est actuellement de 50 F. Même si ce détournement reste un phénomène marginal, certains observateurs craignent néanmoins que celui-ci ne devienne, pour certains jeunes, la porte d'entrée dans la consommation des opiacés. Comme en métropole, certains en font un usage par voie intraveineuse tandis que d'autres l'associent au Rohypnol® ou au Valium® pour en potentialiser les effets.

Peu de personnes sont substituées au Skénan® ou au Moscontin®. Toutefois, il existe un petit trafic de sulfates de morphine. Des cas d'injection intraveineuse de ces médicaments sont signalés. La procédure de préparation est la même qu'en métropole.

### Prise en charge sanitaire

L'île de la Réunion se distingue des deux autres départements par un pourcentage élevé de prises en charge liées aux opiacés, lesquels représentent environ 33 % du total des prises en charge. En Martinique et en Guyane, ce pourcentage est très faible. Respectivement 5 % et 3,5 %<sup>34</sup>.

34. DRESS, déjà cité.



## HALLUCINOGENES

---

Les hallucinogènes, qu'ils soient naturels ou synthétiques, sont rares dans les trois départements. En Martinique, les champignons et le datura ont été en vogue dans les années 1970-1980. Actuellement, leur consommation semble avoir beaucoup diminué. En Guyane, plusieurs variétés de champignons hallucinogènes poussent à l'état naturel, bénéficiant d'un climat tropical propice. À l'instar des autres hallucinogènes, la consommation semble rare et limitée à l'usage chamanique des communautés amérindiennes, les échanges marchands sont donc inexistantes. Dans ces deux départements, la consommation de LSD est pratiquement inexistante ou très rare, se limitant aux milieux branchés.

L'île de la Réunion se singularise par une consommation importante et atypique d'un médicament antiparkinsonien susceptible, à forte dose, d'engendrer des effets hallucinogènes, l'Artane® (Trihexyphénidyle). Cette consommation est d'ailleurs considérée par les acteurs locaux comme un problème de santé publique. Contrairement aux opiacés, qui restent l'apanage des métropolitains, la Trihexyphénidyle est une substance utilisée par les Réunionnais. L'Artane® est le médicament le plus détourné de son usage et le plus recherché par les usagers, notamment les jeunes.

En dépit de la baisse de la prescription médicale constatée ces dernières années, la Trihexyphénidyle demeure encore disponible, en partie grâce à des importations de l'île voisine de Madagascar. Le résultat le plus visible de la baisse de la disponibilité est l'augmentation du prix du comprimé de 5 mg, lequel se négocie actuellement entre 30 et 50 F alors que son prix n'était encore que de 10 F il y a quelques années.

Plusieurs modalités de consommation sont utilisées. Ainsi, la Trihexyphénidyle peut se consommer seule ou en association avec du rhum, du cannabis et de la bière. Certains usagers font une préparation à base de rhum et de cannabis et de Trihexyphénidyle. Des cas d'injection intraveineuse ont été rapportés. Certains usagers consomment plusieurs comprimés de 5 mg par jour.

## AUTRES MÉDICAMENTS

---

Dans les trois départements, l'usage des médicaments psychotropes dans les milieux des usagers de drogues n'est pas comparable avec celui qui prévaut en métropole. En Martinique et à l'île de la Réunion, à l'exception du Rohypnol®, la consommation de benzodiazépines, comme d'ailleurs de tout autre médicament, est rare.

En Martinique, une partie du Rohypnol® médicalement prescrite semble alimenter un marché parallèle qui demeure restreint. Consommation et petit trafic seraient cantonnés au milieu, lui-même très restreint, des consommateurs d'opiacés, héroïnomanes et substitués à la méthadone et au Subutex®. Dans ce milieu, le comprimé se négocie autour de 10 F. Il peut être pris seul ou en association avec de la méthadone ou du Subutex®.

À la Réunion, le Rohypnol®, nommé le Rond ou le Roche, fait l'objet d'une offre assez restreinte dans la mesure où le prix est relativement élevé : environ 30 F le comprimé de 1 mg. Il est consommé essentiellement dans les milieux des usagers de l'héroïne et de la substitution et dans les couches de Réunionnais défavorisés. Dans ce dernier groupe, le Rohypnol® est pris souvent en association avec de l'alcool ou du cannabis ou les deux à la fois. On notera aussi l'apparition récente de la diffusion d'une autre benzodiazépine, le Rivotril® (Clonazépam) [utilisé dans le cadre du traitement d'épilepsies rebelles]. Ce médicament serait en vogue chez certains jeunes collégiens et préadolescents. Les comprimés sont vendus à 20 F l'unité.

En Guyane, l'usage des médicaments psychotropes dans le milieu des usagers de drogues est rare. Pour la gestion de la descente de crack, ce sont plutôt le cannabis et l'alcool qui sont utilisés. La plus connue des benzodiazépines utilisées en métropole, le Rohypnol®, est très rare et de surcroît peu recherchée par les consommateurs. Le marché parallèle de ce médicament est inexistant. Consommé, il y a quelques années à but toxicomaniaque, l'Artane® semble, quant à lui, avoir actuellement complètement disparu.

## Prise en charge sanitaire

Aucune prise en charge consécutive à l'usage des médicaments psychotropes n'a été signalée en Guyane et un seul cas en Martinique. En revanche, à la Réunion, ces médicaments sont à l'origine d'environ 7 % (9 sur 124) du total des prises en charge dans l'île<sup>35</sup>.

## CONCLUSION

Six points, prenant en compte les éléments de ressemblances et de dissemblances entre les départements d'outre-mer étudiés et entre ceux-ci et la métropole, paraissent pouvoir résumer la situation dans les DOM en matière de consommation de substances psychoactives :

- Le cannabis, à l'instar de la situation qui prévaut en métropole, est la substance psychoactive illicite la plus diffusée : sa consommation a atteint aujourd'hui le stade de la banalisation. Toutefois, dans les DOM, les modalités de son usage diffèrent de la métropole dans la mesure où c'est plutôt la production locale qui domine le marché et que l'usage de résine de cannabis est pour ainsi dire quasi inexistant.
- En matière d'alcool, la consommation est au moins aussi importante qu'en métropole avec en plus une production locale de rhum.
- Par rapport à la France métropolitaine, les trois départements se distinguent par une faible diffusion des opiacés en général. Toutefois, l'héroïne semble être plus présente en Guyane et à l'île de la Réunion qu'à la Martinique.
- La Réunion se singularise par une consommation de médicaments psychotropes (benzodiazépines, tranquillisants) détournés relativement importante, similaire à celle observée sur certains sites métropolitains de TREND.
- La Guyane et la Martinique enregistrent une consommation importante de crack alors que cette substance est totalement absente de la Réunion et moins présente en métropole.
- À l'exception d'une consommation atypique de Trihexyphénidyle à la Réunion, la diffusion des hallucinogènes naturels et synthétiques est inexistante ou rare dans les DOM. En cela, la situation dans les trois départements contraste avec celle qui prévaut en métropole où cette famille de substances est en vogue dans l'espace festif techno. Celui-ci, encore embryonnaire dans les trois départements, voit apparaître une diffusion à petite échelle d'ecstasy, un phénomène qui paraît marginal pour le moment, mais qui semble toutefois en augmentation.

<sup>35</sup> DRESS, déjà cité.

## OBSERVATIONS SUR LA CONSOMMATION HORS PRESCRIPTION MÉDICALE DE BUPRÉNOPHINE HAUT DOSAGE

Depuis le début de l'année 1996, les médecins français peuvent prescrire de la buprénorphine haut dosage (BHD), commercialisée sous le nom de Subutex®, à leurs patients requérant un produit de substitution des opiacés. La croissance de l'estimation (sur la base d'une consommation moyenne quotidienne de 8 mg) du nombre d'utilisateurs de BHD est importante puisqu'elle fait plus que tripler en cinq ans. Celle-ci passe en effet de 20 156 utilisateurs estimés en 1996 à 76 026 en l'an 2000 (données SIAMOIS/InVS), soit environ 48 % du nombre estimé d'utilisateurs d'opiacés « à problèmes » en France (146 000 à 172 000 personnes, estimation de l'OFDT pour 1995-1999). La substitution à la BHD arrive loin devant la substitution à la méthadone, laquelle toucherait environ 10 000 personnes en l'an 2000 (données SIAMOIS/InVS et DGS).

En Europe, la France est le seul pays où la méthadone n'est pas le principal produit de substitution aux opiacés (EMCDDA, 1999). Le choix des décideurs français (1) de mettre à disposition de tous les prescripteurs une formulation haut dosage de buprénorphine est la résultante de considérations économiques (coût de l'ouverture de centres de dispensation de méthadone), stratégiques (réticence d'une partie des spécialistes de la toxicomanie envers la substitution) et politiques (impact de l'affaire du « sang contaminé »). Si l'on ne dispose pas d'évaluation précise de l'efficacité de la BHD, il semble que dans le contexte d'une prise en charge structurée, on observe des évolutions positives telles une amélioration de la qualité de la vie, une facilitation de l'accès aux soins et une modification des consommations d'autres produits.

Toutefois, un certain nombre de formes de mésusage de la BHD apparaissent au fil du temps : l'injection intraveineuse de la BHD ; des associations dangereuses (particulièrement les benzodiazépines et l'alcool) ; le nomadisme médical et le petit trafic. Des décès ont été rapportés chez des usagers de BHD (2), généralement quand celle-ci était associée avec d'autres produits.

Actuellement, en France, l'usage de BHD a cours dans trois principaux contextes : usage uniquement dans le cadre d'une prescription médicale et d'un protocole de prise en charge ; usage uniquement en dehors d'une prescription médicale avec une acquisition qui se fait essentiellement en dehors des pharmacies, et enfin un usage mixte avec une acquisition de la BHD sur prescription médicale et par achat dans la rue. Actuellement, la part respective de ces trois contextes parmi les usagers de BHD reste méconnue. Pour chaque contexte, l'existence de formes de mésusage est possible. On suppose que leurs fréquences sont différentes. La plupart des données disponibles concernant des usagers vus dans le cadre d'une prescription médicale, le réseau TREND, en partenariat avec ASUD, a souhaité réaliser une enquête sur l'usage de la BHD en dehors d'une prescription médicale. Les résultats de cette enquête sont présentés dans ce chapitre enrichis d'une synthèse sur la substitution, réalisée par ASUD à la demande du réseau.

Trois principales sources d'information ont été utilisées :

- L'enquête ASUD/OFDFT : quatre sites ASUD (Lille, Marseille, Metz, Paris) ont accepté de participer. Sur chaque site participant le ou les membres d'ASUD responsables de l'étude ont contacté des usagers de BHD hors prescription médicale. Pour ceux qui l'ont accepté, un court questionnaire principalement quantitatif a été rempli. Ces questionnaires ont été saisis et analysés à l'aide du programme Epi-Info (Version 6-04c).
- Le rapport sur la substitution d'ASUD. Dix sites (Le Mans, Orléans, Reims, Nîmes, Lille/Valenciennes, Marseille, Metz, Nice, département du 93, Strasbourg) ont fait part de leur réflexion à partir d'un certain nombre de thèmes autour de la substitution proposés par ASUD national. L'ensemble des documents adressés par les sites a été analysé afin de livrer une synthèse des observations et des perceptions des membres d'ASUD sur la substitution. Seule une partie des éléments de ce rapport a été utilisée pour la rédaction de ce chapitre.
- Le réseau d'observation TREND, qui réalise un recueil qualitatif annuel auprès de structures bas seuils, de centres de soins et d'observateurs en milieu festif techno. Il concerne 10 sites urbains métropolitains et 3 DOM.

## RÉSULTATS

### Disponibilité, prix et trafic de proximité de Subutex®

La BHD est signalée comme étant un produit disponible ou très disponible à l'achat hors prescription médicale partout en France. Selon les usagers, il est « disponible » ou « très disponible » pour 94 % des personnes interrogées.

Selon l'enquête auprès des usagers, le prix d'un comprimé de 8 mg est en moyenne de 30 F, avec un prix minimum de 5 F pour un prix maximum de 100 F. On observe une différence significative entre Paris et les trois villes de province (Lille, Marseille, Metz) puisque le prix moyen déclaré est de 15 F dans la capitale contre plus de 30 F (33 à 36 F en moyenne) en province.

La plupart des sites ASUD, excepté Strasbourg (150 à 300 F la boîte), rapportent un prix de 50 F pour une boîte de 7 comprimés de 8 mg, ce qui équivaut à un prix unitaire de 7 F pour un comprimé. Bien évidemment, le prix d'un comprimé acheté à l'unité est toujours plus cher que celui d'une boîte. Toutefois, les prix indiqués par les sites ASUD semblent assez inférieurs aux prix observés par les sites TREND ou à ceux déclarés par les usagers.

### Représentations du Subutex®

Selon les observations des groupes ASUD (rapport sur la substitution) : « Dans les catégories sociales les moins favorisées, dans les utilisateurs de services sociaux bas seuil comme les boutiques, le Subutex® devient le produit de base pour “la défonce”. De nouveaux rituels s'organisent autour de la prise de produit, ainsi depuis peu, nous avons constaté que la population la plus exclue fumait le Subutex®, plutôt que de l'injecter ou de le sniffer. Si cette pratique est plus propre que l'injection, elle montre une tentative d'améliorer l'image du produit pour en faire une drogue à part entière. Ce mode de consommation est susceptible d'intéresser les plus jeunes consommateurs, car la modalité “fumer” est plus accessible qu'injecter. »

L'estimation par les usagers de l'image de la BHD (enquête ASUD/OFDFT) est plutôt négative. En effet, 67 % considèrent que la BHD jouit d'une image mauvaise ou en dégradation parmi les usagers de drogues.

### Les usagers de BHD hors prescription médicale rencontrés par les enquêteurs d'ASUD

Des informations ont pu être obtenues auprès de 202 usagers de BHD hors prescription médicale. Ce sont essentiellement des hommes (82 %), l'âge (connu pour 93 % de l'échantillon) est en moyenne de 29 ans et 11 mois, l'échantillon appartenant à une population plutôt jeune, les trois quarts ayant en effet moins de 34 ans. Les femmes (28 ans et 6 mois), quant à elles, semblent plus jeunes que les hommes (30 ans et 4 mois) sans que la différence observée soit statistiquement significative. L'âge varie de manière importante selon les sites, de 27 ans à Lille à 32 ans et 9 mois à Paris. La plupart (65 %) des personnes rencontrées ne déclarent aucune activité professionnelle. Les caractéristiques sociodémographiques sont assez similaires à celles observées auprès de 108 personnes consommant de la BHD hors protocole rencontrées lors de l'exercice 1999 de l'enquête Oppidum des CEIP (voir tableau page 114).

**Caractéristiques d'usagers de BHD en dehors d'une prescription médicale issus de l'étude ASUD/OFDT 2000 et d'oppidum 1999**

	ASUD/OFDT 2000	Oppidum 1999 **
Nombre	202	108
Âge (m +/- ds)***	29,8 +/- 6,0	28,5 +/- 6,3
Sexe ratio (H/F)	4,7	5,8
Activité professionnelle	35 %	28 %
Dose BHD (m +/- ds)***	13,7 +/- 8,9	11,0 +/- 9,2
Voie d'usage de la BHD*		
- orale	34 %	39 %
- nasale	40 %	22 %
- injectée	65 %	43 %
Consommation d'héroïne	36 %	25 %
Consommation de cocaïne	54 %	22 %

\* : Dans l'enquête ASUD/OFDT, plusieurs voies d'administration pouvaient être déclarées

\*\* : Patients sous buprénorphine hors protocole

\*\*\* : Moyenne plus ou moins déviation standard

Si l'on s'intéresse aux raisons qui motivent l'utilisation de BHD en dehors d'une prescription médicale, il apparaît que la plus grande accessibilité du produit (35 %) vient en premier. La majorité des usagers qui mettent en avant cette raison déclare ne pas avoir de couverture sociale adéquate et une forte minorité considère que le prix de la BHD de rue est plus économique qu'en pharmacie. La seconde explication (29 %) est l'insuffisance des doses prescrites par le médecin aux besoins ressentis par l'utilisateur. Cette situation amène les usagers à compléter leur dose en achetant de la BHD dans la rue. Des explications diverses regroupent 17 % des personnes. Dans cette catégorie, beaucoup évoquent la pratique « du shoot » comme explication, ce qui peut correspondre à deux situations : le fait d'injecter la BHD empêche l'utilisateur de consulter ou requiert des doses importantes de BHD. Le besoin d'anonymat est allégué par 9 % des usagers. Parmi ceux-ci, certains sont des mineurs ou de jeunes majeurs qui bénéficient de la couverture sociale de leurs parents et ne souhaitent pas que leur utilisation de BHD soit connue. Plusieurs personnes (6 %) ont expliqué qu'elles avaient une consommation épisodique de BHD et que la prescription par un médecin, impliquant une consommation quotidienne, ne correspondait pas à leur besoin. Enfin, 5 % des personnes déclarent acheter de la BHD dans la rue du fait d'un refus de leur médecin de prescrire.

La dose quotidienne que déclarent consommer les usagers va de 2 à 56 mg. Elle se situe entre 2 et 16 mg pour 77 % des personnes ; entre 17 et 24 mg pour 16 % et au-dessus de 24 mg pour 7 %. La dose moyenne déclarée (13,7 mg) est nettement supérieure à la dose moyenne d'entretien recommandée (8 mg) et proche de la dose maximale recommandée (16 mg).

L'utilisation de la BHD serait liée à la recherche d'une sensation de bien-être (principalement éviter le manque) selon 45 % des personnes interrogées, de « défonce » pour 33 %, et enfin à la recherche d'autres effets (anxiolyse, euphorie, excitation...) pour 22 %. Parmi les personnes qui acquièrent de la BHD hors prescription médicale du fait d'une dose prescrite ressentie comme insuffisante, plus de la moitié (56 %, 31/55) déclare rechercher une sensation de bien-être.

Les modalités déclarées d'administration de la BHD peuvent aller d'une à quatre. La majorité (66 %) des personnes ne déclare qu'une modalité d'utilisation, 26 % en déclarent deux et 7 % plus de deux. La plus fréquente est l'injection (65 %), suivi du sniff (40 %), de la voie sublinguale (34 %) et enfin de la voie pulmonaire (4 %). Parmi les 69 personnes déclarant utiliser la voie sublinguale, seules 23 (33 %) l'utilisent exclusivement. Sur l'ensemble de la population participante, ce sont donc 11 % des personnes qui déclarent un mode d'administration (voie sublinguale exclusive) correspondant à ce qui est prévu par le fabricant.

Trente-huit personnes (19 % de la population) déclarent que le Subutex® est le premier opiacé qu'elles aient consommés. Cette population semble en général plus jeune (26 ans en moyenne), plus féminine (29 % de femmes), et se caractérise aussi, sur le plan des pratiques, par un moindre recours à l'injection (37 % versus 71 %) et un plus grand recours au sniff (66 % versus 34 %).

L'observation de jeunes usagers utilisant la BHD pour « se défonce » est rapportée par 5 groupes ASUD sur 10.

Les personnes interrogées pouvaient citer jusqu'à deux produits consommés concomitamment à la prise de BHD. Trente-cinq personnes (18 %) n'en ont déclaré aucun, 36 % l'alcool, 35 % des médicaments psychotropes, 30 % du haschich, 16 % de la cocaïne ou du crack. Selon les groupes ASUD : « Des consommateurs "vrais" de crack et de cocaïne, qui ne sont pas intéressés par les opiacés en eux-mêmes, mais qui prennent le Subutex® pour la descente. Ils vont préférer le Subutex® qui est plus accessible financièrement que le Skénan® ou la méthadone. » Il semble que l'alcool et les médicaments psychotropes soient souvent utilisés avec la BHD pour se « défonce », tandis que le haschich l'est plutôt à des fins d'ivresse ou de béatitude. Pour ce qui est des stimulants tels la cocaïne et le crack, il s'agit clairement d'utiliser la BHD pour gérer la descente de ces produits.

La possibilité existait de citer jusqu'à quatre autres produits psychoactifs consommés. 8 % des personnes n'en déclarent aucun autre, tandis que 20 % en



déclarent quatre. La cocaïne ou le crack seraient consommés par 54 % des personnes, le haschich par 41 %, l'héroïne par 36 %, les médicaments psychotropes par 34 % (dont 29 personnes, 42 %, citent le Rohypnol®), l'alcool par 32 %, l'ecstasy par 7 %, les amphétamines et le LSD par 3 %.

Quatre-vingt-dix-huit personnes (49 %) déclarent avoir ressenti des problèmes de santé qu'elles rattachent à l'usage de BHD. La plupart de ces personnes (80 %) utilisent la BHD par voie injectable. Les trois catégories de problèmes cités sont des problèmes « d'abcès » (32/98, 42 %), des problèmes de veines (20/98, 26 %) et enfin des problèmes respiratoires (10/98, 13 %).

Selon les groupes ASUD, les problèmes de santé associés à l'usage de BHD sont la « sclérose » des veines, les abcès, la septicémie, les nausées et les vomissements, la baisse de la libido, la perte ou le gain de poids, et les problèmes pulmonaires.

## ÉLÉMENTS DE DISCUSSION

Cinq ans après sa mise sur le marché français, la BHD s'avère être un produit extrêmement disponible pour un usager souhaitant l'acquérir en dehors d'une prescription médicale. Son faible prix au marché noir lui permet d'être, en l'an 2000, le produit opiacé le moins cher et le plus accessible à l'usager de rue. Cette observation est somme toute assez banale si l'on considère que l'équivalent d'un peu plus de trois millions et demi de boîtes de 8 mg de Subutex® ont été vendues en l'an 2000. Une importante diffusion légale rend la diffusion illégale relativement aisée.

Si l'on considère que le nombre d'usagers d'opiacés en France est de l'ordre de 160 000 personnes et que la dose moyenne de BHD est de 8 mg par jour par usager, on peut estimer qu'un peu moins de la moitié des usagers d'opiacés français consommeraient de la BHD. On reste dans l'ignorance s'agissant de l'importance de la part des consommations qui se font dans le cadre d'une prescription médicale et de celles qui se réalisent en dehors de ce cadre. Parmi les usagers de BHD hors prescription médicale, on peut distinguer deux groupes de personnes : celles qui complètent des doses considérées comme insuffisantes et celles qui ne s'approvisionnent que sur le marché parallèle. Les premières semblent pouvoir être divisées en deux sous-groupes avec d'un côté les usagers qui injectent et, de ce fait, ont besoin d'une dose supérieure à la dose prescrite, et d'un autre côté les usagers dont la dose de BHD est réduite d'autorité par le médecin et qui la complètent par le biais du marché parallèle. Parmi les personnes ne s'approvisionnant que sur ce marché, il est utile, là encore, de distinguer deux sous-groupes. Ceux qui ont une accessibilité réduite à la substitution par BHD et les autres. Ce groupe à l'accessibilité réduite recouvre des réalités diverses appelant toutes une réflexion.

Certaines personnes se déclarent sans papiers d'identité (illégaux ou autres) ou sans couverture sociale (Sécurité sociale ou CMU) et éprouvent donc de grandes difficultés à accéder à une prise en charge médicale susceptible de déboucher sur un traitement de substitution aux opiacés. D'autres déclarent ressentir un besoin d'anonymat. Parmi celles-ci, on trouve un groupe particulier à savoir celui des mineurs et des jeunes adultes bénéficiant de la couverture sociale de leurs parents. Pour des raisons évidentes de confidentialité, ils ne souhaitent pas recourir à une consultation et à l'achat de BHD en pharmacie. Dès lors, en l'état actuel des choses, l'achat de la BHD dans la rue est leur seul recours. Cette situation les amène à consommer de la BHD sans aucun accompagnement. Dans ces deux cas, une facilitation de l'accès à une couverture sociale personnelle et complète pourrait contribuer à l'accès à une prise en charge médicalisée.

Les effets recherchés lors de l'utilisation de BHD sont divers. Il est intéressant de noter qu'au sein de la population d'usagers étudiés la déclaration de recherche d'une sensation de bien-être est nettement plus fréquente (45 %) que celle visant à la recherche d'un effet de « défonce » (33 %). Il est à noter qu'un usager peut avoir plusieurs utilisations de la BHD à des moments différents et que, dans le cadre de ce travail, seul l'effet « le plus fréquent » a été mentionné. Il est également possible que certaines personnes aient répondu selon « la norme » attendue. Toutefois, les modalités de réalisation de cette étude (enquêteur proche des usagers) permettent de penser que ce biais n'est pas très important. Il est donc probable qu'une part importante (45 %) des usagers de BHD hors prescription médicale étudiés l'utilise essentiellement comme une forme d'autosubstitution. Cette observation soulève deux points. D'une part, il semble que, parmi ces usagers, certains soient à la recherche d'une substitution médicalisée et n'y accèdent pas. D'autre part que, même hors prescription médicale, la BHD est aussi utilisée pour une régulation de la consommation d'opiacés.

Parmi les personnes déclarant utiliser de la BHD hors prescription du fait de doses prescrites insuffisantes, plus de la moitié (56 %) déclare rechercher une sensation de bien-être. Il semble donc qu'un certain nombre de personnes prises en charge médicalement et souhaitant une substitution ne disposent pas de doses suffisantes. Deux hypothèses peuvent expliquer cette situation :

- le maintien de pratiques d'injection (et donc d'injection de la BHD) requiert des doses plus élevées que celles habituellement admises et prescrites par le corps médical,
- la décroissance trop rapide des doses de BHD qui amène certains patients à acheter le complément sur le marché parallèle.

En tout état de cause, le dialogue médecin/patient et le niveau de confiance réciproque semblent être au cœur du problème et de sa résolution.

Les modalités déclarées d'administration de la BHD sont le plus souvent l'injection (65 %) et le sniff (40 %). Les problèmes de santé rattachés par les usagers à l'utilisation de BHD semblent souvent liés à l'usage de BHD par voie injectable. L'usage de plusieurs voies d'administration (34 %) n'est pas rare. Le constat du fait qu'un produit sensé soulager ses utilisateurs est, lors d'un emploi par voie injectable, fréquemment associé à des manifestations de comorbidité graves est un fait préoccupant. Cela pose avec acuité les questions du potentiel toxique du Subutex® (BHD et excipients) par voie injectable ainsi que de l'accessibilité à une substitution par voie injectable pour certains patients. Dans cette population, la fréquence de l'administration par voie nasale est importante. Il s'agit d'un phénomène relativement nouveau qu'il faudrait continuer à surveiller et qu'il pourrait être pertinent d'évaluer de manière plus approfondie.

Nos trois sources d'information rapportent l'existence de jeunes usagers utilisant la BHD. Deux sources signalent explicitement qu'il s'agit d'utilisation dans un contexte de « défonce ». Par ailleurs, 19 % des usagers de l'étude ASUD/OFDT déclarent que la BHD est le premier produit opiacé qu'ils aient utilisé. Il est possible que la forte disponibilité de la BHD sur le marché parallèle conduise des usagers débutants ou néophytes à l'adopter comme premier produit opiacé. Il serait nécessaire de mieux cerner les déterminants qui amènent ces usagers à adopter la BHD comme premier produit opiacé ainsi que les modalités d'usage. On ignore si cette situation nouvelle a modifié (dans un sens comme dans l'autre) la fréquence d'usage des produits opiacés au sein des nouvelles générations. Cette observation souligne également la nécessité de réfléchir aux modalités de réponses possibles.

La BHD n'a pas seulement bouleversé les modalités de la prise en charge des usagers d'opiacés. Celle-ci a eu et continue d'avoir des répercussions importantes sur les modalités de la consommation des opiacés en France. Une continuité de l'observation de l'usage détourné de BHD ainsi qu'une adaptation raisonnée des modalités d'accès à la substitution semblent nécessaires.

(1) MOREL (A.), « Traitements de substitution à la buprénorphine : l'expérience française », in *Toxibase*, 3, 2000, p. 1-37.

(2) TRACQUI *et al.*, « Intoxications aiguës par traitement substitutif à base de buprénorphine haut dosage, 29 observations cliniques, 20 cas mortels », *Presse Méd.*, 1998, 27, p. 557-561.

## UN APERÇU DE L'HISTOIRE DE LA CONSOMMATION DES DROGUES SUR LES DIX SITES TREND

Le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), en métropole, s'appuie, pour son système d'observation dans l'espace urbain, sur dix sites : Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse et le département francilien de la Seine-Saint-Denis.

Les capteurs d'information sur ces sites sont notamment des structures dites de « bas seuil » (programmes d'échange de seringues et lieux d'accueil de type « boutique ») et des enquêteurs réalisant des enquêtes de type ethnographique. Ce chapitre constitue une synthèse de rapports fournis par les observateurs susmentionnés dans le but d'établir une histoire des différents sites du point de vue de l'usage des drogues. Ce travail tentera donc de mettre en évidence les points de convergence entre les sites, mais aussi les dissemblances, les décalages temporels et sociologiques qui leur sont spécifiques.

Le chapitre s'articule autour de quatre sous-parties thématiques correspondant à quatre périodes de l'histoire de la consommation de drogues en France : genèse de l'usage dit « moderne » (période antérieure à 1965) ; diffusion du cannabis, du LSD et de l'héroïne (1965-1970) ; diffusion de l'héroïne (1970-1995) et enfin la période marquée par le développement des traitements de substitution, la diffusion de la cocaïne, du crack et des drogues de synthèse (1995-2000).

### GENÈSE : PÉRIODE ANTÉRIEURE À 1965

La période antérieure à la seconde moitié des années 1960 constitue en quelque sorte la préhistoire de l'usage moderne de drogues tel qu'il s'est développé jusqu'à nos jours en lui imprimant ses caractéristiques les plus évidentes : une diffusion qui tend à s'élargir ; un développement qui part des couches les plus jeunes de la population ; et des cycles de consommation de produits fortement corrélés aux modes en particulier musicales. Cela ne signifie pas, bien évidemment, qu'avant cette période l'usage de drogues n'existait pas ; mais il était cantonné principale-



ment dans des milieux plus restreints. Ainsi, dans les grandes villes ouvertes sur le monde par le commerce et l'industrie (Bordeaux, Marseille, Paris, Lyon), une tradition de consommation des opiacés et des stimulants court tout le long d'une grande partie du vingtième siècle. À Bordeaux et à Marseille surtout du fait de leur ouverture sur l'empire colonial français (Afrique et Antilles pour la première, Indochine pour la seconde) existait une très forte tradition de consommation avec ses lieux réservés et sa clientèle particulière.

Ainsi à Bordeaux, « l'essentiel de la consommation avant 1914 mais aussi pendant l'entre-deux-guerres se tenait dans un des quartiers réservés de la ville : le quartier Saint-Pierre (...) où se concentraient dans une relative tolérance policière les pratiques interdites ou réprouvées par ailleurs : prostitution, drogue, jeu... C'est donc dans ce quartier très ancien (...), populaire, peu ouvert sur le reste de la ville, au tissu urbain, très resserré, que se trouvaient les maisons de passe, les cercles de jeux, les bars de nuit, mais aussi les fumeries d'opium. On y trouvait encore l'école des capitaines au long cours, des marins en bordée, des dockers et toute une "faune interlope", étudiants ou bourgeois qui s'encanaillaient, militaires, prostituées, membres du milieu, voyageurs dans l'attente d'un bateau pour les Antilles<sup>36</sup> ». La fin de l'empire colonial après la Seconde Guerre mondiale va faire disparaître ce monde de la consommation pour ne laisser subsister dans les années 1960 qu'une population extrêmement restreinte et vieillissante : « À Lyon, dans les années 1960 la consommation d'héroïne était très peu répandue ; elle est essentiellement le fait de vieux coloniaux et de médecins dépendants aux opiacés, qui bénéficient de la prescription et de la délivrance d'opiacés dans le cadre du "principe de dérogation" à la loi qui permet la prescription et la distribution d'héroïne par des médecins régionaux à des patients recensés sur le plan médico-légal. »

### **DIFFUSION DU CANNABIS, DU LSD ET DE L'HÉROÏNE (1965-1970)**

La seconde moitié des années 1960, marquée par l'influence du mouvement de la contre-culture importé des États-Unis (beatniks) et la contestation du mode de vie dans les sociétés capitalistes avancées après la révolte de Mai 68, va connaître un bouleversement du paysage de l'usage des substances psychoactives en France. On assiste alors à l'émergence et à la diffusion de substances comme le cannabis et le LSD auprès des jeunes issus des franges les plus privilégiées de la population, notamment les étudiants. Cette première vague semblant épargner les jeunes issus des milieux populaires.

36. Ce texte est illustré de citations de rapports envoyés pour chaque ville par nos correspondants. Voir la bibliographie en fin de chapitre.

Tous les sites connaissent peu ou prou ce processus. Celui-ci est bien décrit à Bordeaux et symbolise parfaitement ce qui s'est passé sur les autres sites de l'Hexagone : « Dans le droit fil du mouvement "contre-culture" américain se développent en France et notamment à Bordeaux, des usages de drogues jusqu'alors inédits. Il s'agit d'usages festifs à fort habillage idéologique. Les « drogues douces » des beatniks ou des hippies (LSD, herbe, haschisch) doivent aider l'individu à se libérer et s'épanouir, "jouir sans entraves", la libération de la société devant nécessairement suivre. Dans cette attente, sont créées de petites communautés qui se veulent d'ores et déjà libérées au plan idéologique et sexuel. La "fume" et les "trips" se répandent assez vite dans ces milieux jeunes, étudiants ou étudiants « déclassés », souvent issus de milieux relativement aisés. »

Ce phénomène, y compris dans la jeunesse étudiante, demeure minoritaire mais constitue toutefois une émergence spectaculaire et visible de la consommation des substances psychoactives.

C'est dans un deuxième temps que les jeunes issus des milieux populaires vont être touchés par le phénomène : « Avant les années 1970, la banlieue parisienne était très peu concernée par la consommation des drogues. Pour trouver de la drogue, il fallait aller à Paris. L'implantation de la drogue en banlieue est d'abord passée par les banlieues chics (Enghien, Versailles, Fontainebleau, Vincennes, Neuilly). Ensuite, au début des années 1970, ce sont les zones pavillonnaires dans les banlieues les plus populaires qui ont été concernées. Les jeunes issus des classes moyennes ont commencé à découvrir les drogues. »

### **DIFFUSION DE L'HÉROÏNE 1970-1995**

Au début des années 1970, dans l'écrasante majorité des sites, l'héroïne commence à faire son apparition. À l'époque, elle ne touche pas encore de manière importante les milieux populaires, sa consommation, en termes quantitatifs, est encore faible mais suffisante pour alerter les décideurs et susciter l'émergence des premiers centres de soins dédiés à la prise en charge des héroïnomanes. À Rennes, par exemple, un centre de soins spécialisé fait son apparition dès 1971 pour faire face à l'émergence de l'usage d'héroïne : « À cette époque commencèrent à se développer de nouveaux usages : opium et morphine, médicaments (Mandrax, barbituriques) et héroïne... Celle-ci avait fort mauvaise réputation mais réussit une percée rapide. »

### **Double extension sociologique et géographique de l'héroïne**

La seconde moitié des années 1970 est incontestablement caractérisée par l'extension de la consommation d'héroïne vers les milieux populaires, eux-mêmes victimes de la fin de la prospérité économique de l'après-guerre et du chômage :

« La drogue s'installait en banlieue en même temps que la crise économique. Pendant que les jeunes découvraient la drogue, les parents découvraient le chômage. »

Cette extension de la diffusion de l'héroïne touche tous les sites à l'exception de Dijon et surtout de Lille et de Lyon, qui connaîtront un cycle de consommation d'héroïne d'une dizaine d'années de décalage avec le reste du territoire. À Lyon, l'héroïne reste confinée dans le centre-ville, notamment dans les milieux des jeunes influencés par la mode « punk », avant d'élargir sa diffusion vers les quartiers populaires et les villes de banlieue (Vénissieux, Vaulx-en-Velin, Villeurbanne) vers le milieu des années 1980. À Lille, le même phénomène est observé, l'usage d'héroïne fait son apparition dans les années 1970, mais reste relativement limité jusqu'à la fin des années 1980 avant de connaître un développement significatif caractérisé par des spécificités qui seront détaillées ultérieurement, notamment en termes de mode d'administration.

Marseille : « À partir des années 1975, les jeunes habitants des quartiers périphériques (à forte concentration ouvrière et immigrée) sont venus modifier de façon progressive la configuration socioculturelle de la population toxicomane. Le nombre d'héroïnomanes a augmenté, tandis que les modes de consommation se sont diversifiés : développement de la consommation de médicaments (barbituriques, benzodiazépines) et d'alcool, apparition de l'usage de solvants. »

Bordeaux : « À partir de 1975 environ [...], la situation avait commencé à se transformer : à la population d'étudiants ou d'ex-étudiants plus ou moins "babas" s'ajoutait une population beaucoup plus démunie de marginaux divers : routards, adolescents en rupture, fugeurs, alcooliques, jeunes en grandes difficultés sociales et psychologiques, ceux que l'équipe de rue surnomma les "OS" de la toxicomanie. »

Paris : « Les années 1970, surtout à partir de 1974, ont été marquées par l'explosion de la consommation d'héroïne, avec notamment l'apparition de sa forme "brown sugar". La consommation d'héroïne s'est imposée comme le "modèle" de la nouvelle toxicomanie et comme la forme la plus grave sur le plan des conséquences médicales et sociales. Cette consommation n'a fait qu'augmenter tout au long des années 1970 pour atteindre des proportions sans précédent au cours des années 1977 à 1982. »

### Structuration du petit trafic

Hormis Marseille et Paris où il y avait, semble-t-il, des réseaux de petit trafic relativement organisés, il n'existe pas, au début des années 1970, dans les grandes villes de structures de deal constituées. Les « plans » sont le fait d'arrangements entre amis au gré des voyages des uns et des autres vers l'Asie notamment et cette situation d'« improvisation » perdurera jusqu'au début des années 1980 : à Lyon « les héroïnomanes des années 1970 et du début des années 1980 sont approvisionnés par des filières fournies par le convoi de petits groupes d'amis en Thaïlande ».

Le développement de la demande va provoquer en retour une augmentation de l'offre. La plupart des sites notent à partir des années 1975 un processus de professionnalisation du petit trafic. L'époque où l'héroïnoman parisien se déplaçait à Marseille pour acheter son produit de prédilection ; le Bordelais en Espagne ou, plus tard, le banlieusard dans les centres-ville<sup>37</sup> se termine. L'héroïne arrive au contact des consommateurs par le biais de systèmes de petit trafic de mieux en mieux organisés. Entraîné par le processus, qui voit une demande en hausse permettre une structuration de l'offre, laquelle, en retour, augmente et suscite une nouvelle demande, le prix du gramme d'héroïne augmente fortement (800 à 1200 F le gramme [Marseille, Bordeaux, Paris, Lyon]).

Bordeaux : « Pendant toute cette période (début des années 1980) l'approvisionnement en héroïne fut assez régulier puisque aux "plans copains" s'ajoutèrent des filières organisées (...). »

Seine-Saint-Denis : « Au début des années 1980, de nombreux réseaux de deal se sont solidement implantés en banlieue. Dans le contexte de crise, une certaine économie s'est organisée, principalement autour du cannabis et de l'héroïne. »

### Décalage temporel de diffusion et mode d'administration entre les sites

Au seuil de la décennie 1990, sur le plan de la consommation de l'héroïne, on peut observer un décalage entre des sites comme Paris, Marseille, Bordeaux, villes qui ont connu un développement plus précoce de l'usage et où celui-ci semble se stabiliser, et des sites comme Lille, Lyon, Metz où la consommation est en plein essor.

À Metz, la fin des années 1980 et le début des années 1990 « ont vu un accroissement très sensible de sa diffusion et de sa consommation. Dans une période qui s'étale de 1988 à 1993, les interpellations ont progressé de 153 % et celles liées exclusivement à l'héroïne de plus de 300 %. La population d'héroïnomanes dans le département était estimée dans une fourchette de 3 000 à 5 000 en 1993.

« La sensibilité du département aux phénomènes internationaux de diffusion de l'héroïne tient pour une bonne part à sa situation géographique présentée plus haut : la proximité des frontières en fait un lieu de transit international du produit et l'on peut aller s'approvisionner très rapidement de l'autre côté des trois frontières proches. En outre, la dégradation du tissu socio-économique local favorise naturellement le développement de ce type d'économie parallèle. Le prix des doses d'héroïne a ainsi considérablement baissé depuis trois ou quatre ans autour de 250 à 300 F le gramme. Cette chute du prix a contribué à la diffusion du produit, qu'il est dans certains cas plus facile de se procurer que le cannabis. [...] »

37. Dans la région parisienne, dans la deuxième moitié des années 1970, l'usager, pour s'approvisionner en héroïne ou en cannabis, devait descendre sur Paris ; de même qu'au début des années 1970, l'usager parisien passait essentiellement par Marseille pour se procurer son produit.

« Ce développement récent, confirmé par tous les observateurs, impliquant une nouvelle génération de consommateurs est apparu depuis une dizaine d'années. Elle se caractérise par une population plus jeune, dont le rapport à l'usage de l'héroïne est sensiblement différent de celle qui l'a précédée ».

Dès cette époque, le site de Lille se singularise par le développement d'un mode d'administration de l'héroïne par inhalation. En effet, sur les autres sites, l'injection intraveineuse domine presque sans partage : « Contrairement à ce qui se passe ailleurs en France, l'entrée dans la consommation d'héroïne se fait de façon banalisée par la "fumette" sur "alu", puis passage au sniff, puis à l'injection. » Ici interviennent des facteurs qui sont liés notamment au positionnement géographique d'un site et qui vont jouer un rôle déterminant dans l'histoire des consommations. Ainsi, la spécificité lilloise s'explique par la proximité des Pays-Bas qui ont vu, à partir des années 1970, l'abandon progressif de l'injection au profit de l'inhalation de la fumée. Le recours à ce mode d'administration permettra aux usagers de drogues du nord de la France d'échapper largement à la contamination du VIH.

### **TRAITEMENT DE SUBSTITUTION, DIFFUSION DE LA COCAÏNE/CRACK ET DROGUES DE SYNTHÈSE 1995-2000**

La seconde moitié de la décennie 1990 est marquée par l'émergence de trois phénomènes majeurs que sont la mise en place de la politique de substitution et son impact sur la consommation de l'héroïne, l'élargissement de la diffusion de la cocaïne et l'installation et la diversification des drogues de synthèse, qui font dorénavant partie de la configuration des produits disponibles en France.

#### **Mise en place de la politique de substitution**

La mise en place des politiques de substitution, avec l'autorisation de mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (Subutex®) à partir de la seconde moitié des années 1990, va radicalement changer la donne. Beaucoup d'héroïnomanes vont essayer le Subutex® et le marché de l'héroïne va connaître sur beaucoup de sites une certaine contraction.

Bordeaux : « Peu ébranlée par l'arrivée modeste de la méthadone en 1993 [...] (quelques dizaines de personnes concernées seulement), la situation fut totalement bouleversée par la mise sur le marché du Subutex® en février 1996. En l'espace de quelques mois, la plupart des héroïnomanes essayèrent le Subutex® et le marché de l'héroïne connut une contraction spectaculaire malgré la baisse des tarifs. »

Lyon : « Depuis 1997, on peut noter une baisse de la consommation d'héroïne qui peut être mise en corrélation avec la mise sur le marché du Subutex®, qui est devenu au fil du temps un "produit de défonce", très accessible au marché noir. »

Paris : « À partir de 1996, le Subutex® va prendre une place de plus en plus importante. (...) Il est vrai que ce produit (l'héroïne) traverse actuellement une période difficile dans la mesure où l'héroïne est concurrencée à la fois par le Subutex®, le Skénan®, la méthadone et la cocaïne. »

Rennes : « Actuellement, il y a un peu moins d'héroïne que par le passé. Mais, il y a davantage de dépendants aux psychotropes et aux médicaments à base d'opiacés (Néocodion®, Subutex®). »

#### **L'élargissement de la diffusion de cocaïne**

Cet élargissement est rapporté par la totalité des sites TREND. Cette évolution n'est pas sans rappeler celle de l'usage de l'héroïne, qui passe d'une situation, au seuil des années 1970, où celle-ci est consommée par des couches supérieures et quantitativement faibles de la population, à un stade où elle se diffuse dans des milieux beaucoup plus larges et populaires. Jusque dans les années 1980/1990, la cocaïne était identifiée comme étant la substance par excellence des milieux branchés et jouissait d'un statut de drogue de l'élite, image renforcée aussi par un mode d'administration hégémonique moins stigmatisant (sniff) que l'injection et la croyance très répandue que la cocaïne était un produit relativement « gérable ».

Par ailleurs, confrontés à une demande en hausse de cocaïne et à une diminution de la demande d'héroïne, les réseaux de deal ont entamé un processus de reconversion tout en gardant le même type d'implantation. Le petit trafic de cocaïne, autrefois confiné principalement dans des lieux privés pour une clientèle choisie, est devenu plus visible, en particulier dans les quartiers populaires.

Lille : « La cocaïne était rare jusqu'à la fin des années 80. Elle était très peu disponible et son prix était élevé. Elle est devenue plus disponible dans les années 90. Elle est sniffée ou injectée seule ou avec de l'héroïne en "speedball". Elle a surtout été utilisée comme complément à l'usage de l'héroïne et d'autres produits ou encore pour un usage festif, 2,3,4 fois par mois dans des milieux non toxicomanes. »

Marseille : « La cocaïne quant à elle était rare. Elle était surtout présente dans certains milieux aisés. Il s'agissait d'usagers plus discrets et bien insérés socialement. Il était pratiquement impossible de la trouver dans la rue. Depuis 1998, la cocaïne est plus disponible que par le passé et concerne d'autres populations. On constate aussi l'apparition d'une "cocaïne" à bas prix (400 F le gramme). Elle est surtout injectée et vendue dans les circuits de l'héroïne. »

Metz : « La cocaïne circulait habituellement dans des réseaux très discrets. Elle est présente de manière irrégulière dans les réseaux de distribution de l'héroïne depuis le début des années 1980. Actuellement, et selon les déclarations des usagers eux-mêmes, la cocaïne est de plus en plus disponible et ce depuis la fin des années 1990. Elle est utilisée seule ou associée à d'autres produits (Subutex®, méthadone, héroïne). »

Seine-Saint-Denis : « À la fin des années 1990, c'est l'arrivée de la cocaïne qui va être l'événement marquant. Un produit qui est en train de se diffuser lentement chez des populations qui ne le connaissaient pas auparavant. »

À noter la spécificité de Paris, s'agissant de la cocaïne sous sa forme base, qui est le seul site à avoir connu et qui connaît encore une consommation de crack à une échelle importante. Ceci est lié en partie à l'existence d'une forte communauté antillaise qui a ramené cet usage des départements d'outre-mer, lesquels avaient été touchés par une importante consommation de crack à la fin des années 1980. Depuis deux ans, l'existence d'une consommation de cocaïne « fumée » est rapportée sur de nombreux sites sans que l'on assiste, contrairement à Paris, à la constitution d'une scène ouverte mêlant dealers et consommateurs.

### L'INSTALLATION ET LA DIVERSIFICATION DES DROGUES DE SYNTHÈSE DISPONIBLES

Si les drogues de synthèse commencent à faire leur apparition à la fin des années 1980 et au début des années 1990, l'élargissement de l'usage de ces produits ne s'accélère que durant la seconde moitié de cette même décennie. Contrairement à l'héroïne, cette consommation épargne plutôt les quartiers populaires des banlieues des grandes villes, peu touchés par le phénomène musical techno, fortement associé à la consommation de drogues de synthèse, et atteint plutôt les jeunes issus des couches moyennes. Dans le sillage de la musique techno, un certain nombre de produits peu consommés dans les années 1980, tels que le LSD et les amphétamines, voit leur consommation s'accroître tandis que d'autres tels que la kétamine et le GHB font leur réapparition.

### CONCLUSION

L'histoire des dix sites qui constituent en zone urbaine le dispositif TREND fait apparaître :

- un processus chronologique de diffusion des substances illicites constitué de trois cycles, chacun étant dominé par un ou plusieurs produits : cycle LSD et cannabis ; cycle de l'héroïne ; cycle Subutex®, cocaïne, drogues de synthèse ;
- la diffusion simultanée de consommation de cocaïne et des drogues de synthèse sur l'ensemble de sites durant la seconde moitié des années 1990 ;
- un décalage temporel dans la diffusion de l'héroïne, laquelle se diffuse à une échelle importante à Marseille, Paris et Bordeaux avant de toucher quelques années plus tard Lille, Lyon et Metz ;

- la spécificité de Lille, qui échappe en partie au mode d'administration intraveineux de l'héroïne, hégémonique dans le reste de la France ;
- la singularité de Paris, marquée par le développement de la consommation de crack rendue visible par l'existence d'une scène ouverte.

DELELLE (J.-M.), *Historique de la consommation des drogues à Bordeaux*, février 2000.

BOUTHARA (F.), *Historique des aspects de l'usage de stupéfiants dans l'agglomération lyonnaise des années 1960 à nos jours*, mars 2000.

### Contribution des enquêteurs et des coordinateurs de l'IREP

Patrick Piras, Brahim Riyachi (Dijon)

Spiritek, Jean Harbonnier (Lille)

Antoine Bruno, Daniel Barraud (Marseille)

Martine Hubert, Denis Poisson, Claude Jacob (Metz)

Abderrahim Lahmer, Adohane Toufik (Paris)

Vincent Debierre, Magguy Coulouarn (Rennes)

Daniel Grenier (Seine-Saint-Denis)

INGOLD (R.) « Une rétrospective des tendances de la toxicomanie de 1970 à l'an 2000 », *Drogues et toxicomanies, Indicateurs et tendances*, OFDT, 1999.

TOUFIK (A.) « La diffusion de l'injection intraveineuse de l'héroïne en France », *Tendances* n° 5, décembre 1999.

## DONNÉES ET ANALYSES DE LA BASE SINTES EN L'AN 2000

---

La base de données SINTES est un outil d'information du projet TREND sur les produits psychoactifs de synthèse et leurs usagers. Elle est actuellement alimentée grâce à quatre sources d'information :

- une collecte spécifique (dispositif SINTES) d'informations et de produits auprès d'usagers réalisée soit en milieu festif, soit dans d'autres circonstances ainsi que l'analyse toxicologique des produits collectés ;
- les analyses toxicologiques des saisies de produits de synthèse réalisées par les services de police ;
- les analyses toxicologiques des saisies de produits de synthèse réalisées par les services des douanes ;
- les analyses toxicologiques des saisies de produits de synthèse réalisées par les services de la gendarmerie nationale<sup>38</sup>.

Cette base a pour objectif de fournir une information objective sur le contenu des échantillons présentés comme étant des drogues de synthèse et des éléments de contexte pour les échantillons collectés auprès d'usagers.

L'ensemble de ces données est un reflet partiel des substances de synthèse consommées en France. Cette base de données ne visant pas à atteindre une représentativité des phénomènes en la matière. Toutefois, elle regroupe une grande partie des informations 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 2000.

---

38. Le faible nombre d'échantillons fournis pour l'année 2000 ne permet pas leur présentation pour cette année.



## RÉSULTATS

En l'an 2000, 1 782 échantillons ont été collectés dont 734 (41 %) par le dispositif spécifique SINTES, 682 (38 %) par les services des douanes et 366 (21 %) par les services de police. On observe une augmentation de 411 % du nombre d'échantillons par rapport à 1999. Cette hausse concerne les trois fournisseurs de données. Elle est assez normale si l'on considère que 1999 fut l'année de mise en place du dispositif SINTES.

Les collectes sont réparties sur l'ensemble de l'année avec une surreprésentation du premier trimestre (570 échantillons, 32 %) et une sous-représentation du troisième trimestre (314 échantillons, 18 %). On dispose d'informations sur la région d'origine pour 1 616 échantillons, soit 91 % des échantillons collectés en l'an 2000. Les échantillons proviennent de l'ensemble des régions de la métropole avec toutefois une forte représentation de certaines tels l'Alsace (104 échantillons, 6 %), l'Aquitaine (353 échantillons, 22 %), la Franche-Comté (85 échantillons, 5 %), l'Ile-de-France (242 échantillons, 15 %), le Languedoc-Roussillon (130 échantillons, 8 %), la Lorraine (106 échantillons, 7 %), le Nord-Pas-de-Calais (135 échantillons, 8 %), PACA (84 échantillons, 5 %), et Rhône-Alpes (76 échantillons, 5 %).

On dispose d'informations sur la forme de présentation pour 1 644 échantillons, soit 92 % des échantillons collectés en l'an 2000 (voir tableau). On observe qu'il existe une différence significative ( $p < 0,0001$ ) de distribution des formes d'échantillons selon les sources d'information. Plus de la moitié (59 %) des échantillons sous forme poudre proviennent des services des douanes, tandis que la presque totalité (96 %) des échantillons sous forme de buvard provient du dispositif sanitaire.

### Répartition des échantillons de la base SINTES collectés en l'an 2000 selon la forme et l'origine

Forme	Douanes	Police	Sanitaire	Total
Comprimés	391 (67 %)	330 (90 %)	475 (68 %)	1 196 (73 %)
Poudre	144 (25 %)	34 (9 %)	66 (9 %)	244 (15 %)
Liquide	11 (2 %)	0 (0 %)	11 (2 %)	22 (1 %)
Buvard	5 (1 %)	0 (0 %)	124 (18 %)	129 (8 %)
Gélules	27 (5 %)	2 (1 %)	24 (3 %)	53 (3 %)
Total	578 (100 %)	366 (100 %)	700 (100 %)	1 644

## LE CONTENU DES ÉCHANTILLONS DE LA BASE SINTES

Au cours de l'an 2000, la famille des amphétamines et dérivés (amphétamine, éphédrine et pseudo-éphédrine, MDA, MDEA, MDMA) est la plus représentée. Au moins l'une de ses molécules est retrouvée dans 71 % des échantillons de la base SINTES, toutes formes confondues. Les deux molécules de cette famille les plus souvent observées sont la MDMA (64 %) et l'amphétamine (5 %). Un autre stimulant, la caféine, est retrouvé dans 16 % des cas, il est particulièrement fréquent dans les échantillons de poudre puisque 36 % des échantillons en contiennent. Les substances médicamenteuses, hors anesthésiques, sont fréquemment retrouvées (11 %) et ce plus particulièrement dans les échantillons de poudre. Enfin, il est à noter que dans plus d'un échantillon sur huit (13 %), il n'a été retrouvé aucun principe actif. Sur ce dernier point, on observe une différence importante entre les comprimés (8 % sans principe actif) et les autres formes d'échantillons (au moins 28 %).

La forme comprimé se caractérise par une présence plus fréquente (88 %) de molécules de la famille des amphétamines et par une moindre fréquence de l'absence de principe actif. La forme gélule se distingue par la présence de substances médicamenteuses dans un quart des échantillons et l'absence de principe actif dans presque un tiers des échantillons. La forme poudre se caractérise par une fréquente présence de caféine (36 %) et de substances médicamenteuses (26 %). On note également une fréquence élevée de l'amphétamine (11 %) et des produits anesthésiques (11 %). Ces derniers se séparent en 13 échantillons de lidocaïne, 12 échantillons de kétamine et 3 échantillons de gamma-OH. La forme liquide se définit par l'absence de principe actif dans presque un échantillon sur deux et la présence d'anesthésiques dans un cas sur trois (kétamine 5, lidocaïne 2). Enfin, la forme buvard se distingue par la présence de LSD dans un tiers des échantillons et l'absence de principe actif dans un quart des cas. La présence fréquente de cannabinoïde reste d'interprétation délicate du fait de la possibilité de contamination des buvards par du cannabinoïde lors de contact des planches de buvards avec du cannabis ou lors d'une manipulation par l'usager.

### Formes et contenus des échantillons de la base SINTES collectés en France en l'an 2000

	Comprimés	Gélules	Poudres	Liquides	Buvards	Total
MDMA	979 (82 %)	22 (42 %)	28 (11 %)	0 (0 %)	18 (14 %)	1 047 (64 %)
Amphétamine	44 (4 %)	0 (0 %)	42 (17 %)	0 (0 %)	2 (2 %)	88 (5 %)
MDA	48 (4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	48 (3 %)
MDEA	27 (2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	27 (2 %)
Métamphétamine	4 (<1 %)	0 (0 %)	13 (5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	17 (1 %)
Ephédrine et pseudo ephédrine	5 (<1 %)	7 (11 %)	2 (<1 %)	0 (0 %)	4 (3 %)	18 (1 %)
Tous amphétaminiques	1 048 (88 %)	28 (53 %)	75 (31 %)	0 (0 %)	23 (18 %)	1 174 (71 %)
Cocaïne	0 (0 %)	0 (0 %)	9 (4 %)	0 (0 %)	9 (7 %)	18 (1 %)
Caféine	60 (5 %)	5 (9 %)	87 (36 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	143 (16 %)
Autres stimulants	12 (1 %)	1 (2 %)	12 (5 %)	0 (0 %)	8 (6 %)	33 (2 %)
Anesthésiques *	4 (<1 %)	0 (0 %)	27 (11 %)	7 (32 %)	0 (0 %)	38 (2 %)
Hallucinogènes **	0 (0 %)	1 (2 %)	0 (0 %)	2 (9 %)	42 (33 %)	45 (3 %)
Cannabinoïde	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	42 (33 %)	42 (3 %)
Substances médicamenteuses	95 (8 %)	14 (26 %)	63 (26 %)	4 (18 %)	11 (9 %)	187 (11 %)
Absence	87 (7 %)	16 (30 %)	61 (25 %)	10 (46 %)	36 (28 %)	210 (13 %)
<b>Total</b>	<b>1 196</b>	<b>53</b>	<b>244</b>	<b>22</b>	<b>129</b>	<b>1 644</b>

\* Kétamine, lidocaïne, Gamma OH

\*\* LSD, Psylobine, Psilocybine

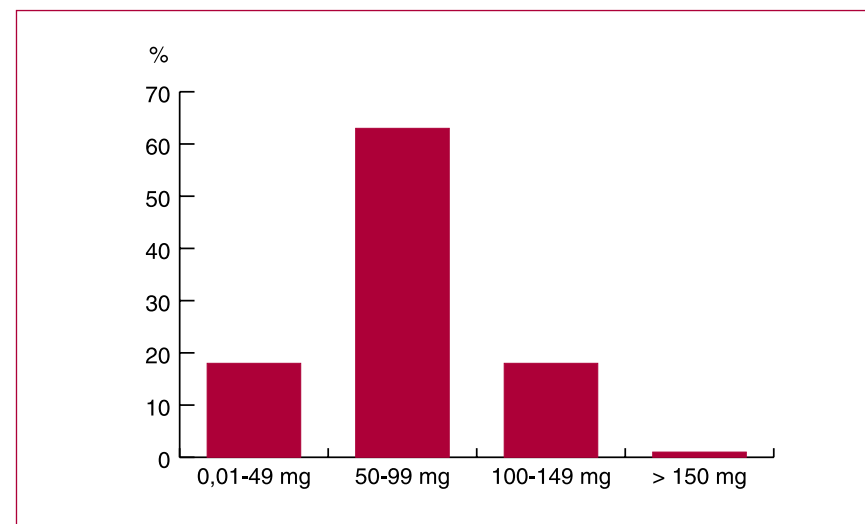
### Analyse des échantillons contenant de la MDMA

La MDMA est la molécule la plus souvent retrouvée dans les échantillons de la base SINTES. En effet, elle est présente dans 67 % du total des échantillons et dans 82 % des échantillons sous forme de comprimés.

La MDMA est la seule molécule psychoactive détectée par l'analyse toxicologique dans 90 % des 1 071 échantillons. Les autres molécules découvertes le plus fréquemment en association sont la caféine (3 %), la MDEA (2 %), la MDA (2 %), l'amphétamine (1 %), les hallucinogènes (1 %), l'éphédrine (1 %). Il a été aussi observé du LSD (10 buvards), du paracétamol (3) de la kétamine (2), de la cocaïne (2), de la lidocaïne (1), et de la chloroquine (1).

On dispose de résultats des dosages quantitatifs pour 683 comprimés contenant de la MDMA. La quantité moyenne de MDMA par comprimé est de 75 mg et le pourcentage moyen de 30 %. Les doses vont de 0,08 mg par comprimé jusqu'à 212 mg. Les trois-cinquièmes des comprimés ont moins de 100 mg de MDMA (voir figure ci-dessous). Huit comprimés (1,2 %) présentent un dosage supérieur ou égal à la plus petite dose létale connue (150 mg de MDMA) selon les CEIP. Parmi ces 8 comprimés, la moitié présente le logo Mercedes avec des doses de 151 à 188 mg de MDMA.

### Distribution, selon la quantité de produit, des comprimés de MDMA collectés en l'an 2000 dans le cadre du dispositif SINTES



Il n'existe pas de différence importante en termes de quantité de MDMA par comprimé entre les trois sources d'information. Les échantillons analysés par les laboratoires des services de police (80 mg en moyenne) sont un peu plus dosés que ceux issus des services des douanes (74 mg en moyenne) ou des services socio-sanitaires (73 mg en moyenne).

En 1999, au sein des échantillons de la base SINTES, la quantité moyenne de MDMA était de 72 mg par échantillon. Au cours de l'année 2000, on observe une variation selon les trimestres. Le premier trimestre est dans la continuité de 1999 avec une quantité moyenne de 72 mg. Au deuxième trimestre, on note une augmentation (82 mg en moyenne) avec une diminution progressive au troisième (78 mg)



et au quatrième trimestre (71 mg). En l'occurrence, il n'est pas possible d'affirmer qu'il s'agit d'une tendance ou d'une fluctuation. La continuation de l'observation de ces données permettra d'identifier une éventuelle tendance.

### Une possible hétérogénéité régionale

Il semble qu'il existe des variations de la quantité de MDMA par comprimé selon la région de collecte. Ne sont présentées dans le tableau ci-dessous que les régions pour lesquelles nous disposons d'au moins 40 comprimés collectés au cours de l'année 2000 contenant de la MDMA. Les échantillons provenant des régions de Franche-Comté (104 mg en moyenne) et d'Ile-de-France (84 mg en moyenne) ont un dosage plus élevé que dans les autres régions (voir tableau). Tous les indicateurs de ces deux régions sont supérieurs à ceux de la France entière. Toutefois, on ignore le niveau de représentativité des échantillons analysés par rapport à ceux circulant dans chacune des régions.

#### Caractéristiques des dosages de MDMA au sein des comprimés contenant de la MDMA collectés dans le cadre de la base SINTES en l'an 2000, selon la région d'origine

	N	Moyenne	Médiane	Troisième quartile	Maximum
Aquitaine	138	74 mg	72 mg	94 mg	188 mg
Franche-Comté	53	104 mg	103 mg	135 mg	154 mg
Ile-de-France	83	84 mg	80 mg	106 mg	148 mg
Languedoc-Roussillon	67	74 mg	67 mg	93 mg	212 mg
Nord-Pas-de-Calais	83	67 mg	63 mg	79 mg	149 mg
PACA	43	67 mg	61 mg	90 mg	140 mg
Rhône-Alpes	40	72 mg	71 mg	84 mg	120 mg
France entière	683	75 mg	72 mg	93 mg	212 mg

### Analyse des échantillons contenant de l'amphétamine

L'amphétamine est la troisième molécule psychoactive la plus fréquemment retrouvée après la MDMA et la caféine. Les 88 échantillons se répartissent principalement sous forme de comprimés (n = 44) et de poudre (n = 42).

Les molécules les plus fréquemment associées à l'amphétamine sont la caféine (69 % des échantillons), la MDMA (13 %), des substances médicamenteuses (6 %, 4 échantillons avec de la théophylline et 1 avec de la tétrahydrocortisone), la MDA (4 %), la MDEA (2 %).

Un dosage quantitatif de l'amphétamine est disponible pour 12 comprimés. La dose d'amphétamine est en moyenne de 14 mg et va de 1 mg au minimum à 50 mg au maximum, soit au-dessous de la plus petite dose létale connue (1,5 mg/kg soit 75 mg pour un adulte de 50 kg).

### Analyse des échantillons contenant des substances médicamenteuses, hors anesthésiques

207 échantillons, soit près de un sur neuf, contenaient une substance médicamenteuse. Le plus grand nombre d'échantillons était soit sous forme de comprimés (n = 95 échantillons, 46 %), soit sous forme de poudre (n = 63, 30 %).

Les classes médicamenteuses les plus représentées étaient les anti-inflammatoires et antalgiques (70, 34 %) et particulièrement le paracétamol (51, 25 %) ; les antibiotiques et antiparasitaires (26, 13 %) et particulièrement la chloroquine (17, 8 %), les molécules de cardiologie (23, 12 %) ; les opiacés (buprénorphine, codéine, morphine, 23, 13 %), les vitamines (22), les hormones (21), et les psychotropes (16).

Les molécules associées sont nombreuses. On retrouve de la caféine (41, 20 %), des amphétaminiques (10, 5 %), de la cocaïne (4, 2 %), du LSD (4, 2 %), de la kétamine (2, 1 %).

### Éléments d'analyse du contenu selon les logos

Sur les 1 196 comprimés collectés en 2000, 168 logos différents ont été identifiés. Les logos les plus fréquents (plus de trente comprimés) au sein de la base SINTES sont : « Mitsubishi » (10 %, 119), « Couronne » (4 %, 42), « Euro » (3 %, 36), « 007 » (3 %, 33), « Tulipe » (3 %, 32), « Poisson » (3 %, 31). On observe que les six logos les plus retrouvés ne représentent que 25 % des échantillons. 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, toutefois, ces six logos semblent avoir été fréquemment observés durant l'année 2000. Sur les échantillons disponibles au sein de la base SINTES, on observe que la MDMA est très fréquente (85 % à 100 %) et que son dosage est variable avec la présence constante de comprimés dosés à plus de 100 mg de MDMA. La présence d'autres produits que les amphétaminiques semble peu fréquente au sein de ces échantillons.

### Caractéristiques physiques et analytiques des six logos les plus fréquents au sein de la base SINTES en l'an 2000

Logo	Mitsubishi	Couronne	Euro	007	Tulipe	Poisson
Nombre de cp	107	40	35	34	31	31
Épaisseur 3 à 5 mm	93 %	100 %	100 %	91 %	81 %	71 %
Diamètre 6 à 7 mm	-	-	-	-	-	48 %
Diamètre 7 à 8 mm	-	-	-	91 %	-	-
Diamètre 8 à 9 mm	89 %	87 %	94 %	-	100 %	48 %
MDMA	91 (85 %)	38 (95 %)	33 (94 %)	34 (100 %)	31 (100 %)	31 (100 %)
Dosage moyen	64 mg	86 mg	78 mg	75 mg	52 mg	74 mg
Dosage > 100 mg	4 (7 %)	11 (34 %)	4 (17 %)	2 (8 %)	1 (5 %)	3 (14 %)
Dosage > 150 mg	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Amphétaminiques	102 (95 %)	38 (95 %)	35 (100 %)	34 (100 %)	31 (100 %)	31 (100 %)
Caféine	11 (10 %)	4 (10 %)	2 (6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Substances médicamenteuses	4 (4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Pas de principe actif	3 (3 %)	2 (5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

### Substances psychostimulantes rares

La cathinone : identifiée pour la première fois dans la base SINTES en l'an 2000. On ne dispose pas de précisions sur la présentation de l'échantillon.

Le 2-C-T-7 (2,5-diméthoxy-4- (n)-propylthiophénéthylamine) a été identifié pour la première fois dans la base SINTES en l'an 2000. Il a été retrouvé dans un comprimé provenant de l'est de la France.

Le 4-MTA (4-méthylthioamphétamine), été identifié pour la première fois dans la base SINTES en l'an 2000. Il a été retrouvé dans cinq comprimés provenant de trois régions différentes. Un comprimé contenait de la MDMA, un autre un intermédiaire de synthèse et trois ne contenaient que de la 4-MTA comme principe actif. Le dosage quantitatif du 4-MTA n'est pas disponible.

Le DOB (2,5-diméthoxy-4-bromoamphétamine) a été retrouvé dans deux comprimés en 1999, puis dans trois comprimés en 2000. Aucun principe psychoactif adjoint n'a été décelé. Les dosages quantitatifs de DOB ne sont pas disponibles.

Le PEA (Phénéthylamine) a été identifié deux fois en 1998 et deux fois en 1999. Un échantillon de poudre blanche collectée en 2000 dans l'est de la France en contenait. De la caféine était adjointe. Le dosage quantitatif n'est pas disponible.

La PMA (paraméthoxyamphétamine) a été retrouvée, au cours du premier semestre de 2001, dans cinq comprimés et deux échantillons de poudre. Il s'agit des premières identifications de PMA au sein de la base SINTES. Les échantillons provenaient de l'est et du sud-ouest de la France. Tous comprenaient plusieurs principes actifs (voir tableau). Le dosage de PMA pour les comprimés allait jusqu'à 29 mg.

### Caractéristiques des six échantillons contenant de la PMA identifiés au sein de la base SINTES

Logo	Contenu supposé	Aspect	Couleur	Épaisseur mm	Diamètre mm	Masse mg	Analyse	Doses mg	Région
Superman	MDMA	Comprimé	Blanc	5	8,1	299	PMA	6 mg	S-ouest
Superman	MDMA	Comprimé	Blanc	5	8,1	299	PMA	8 mg13	S-ouest
Superman	MDMA	Comprimé		5	8,1	302	PMA	29 mg	Est
Superman	MDMA	Comprimé	Beige	4,9	8,1	304,8	PMA	25 mg	Est
-	kétamine	Poudre	Blanche	-	-	-	PMA	???	Est
-	Kétamine	Poudre	Blanche	-	-	-	PMA	???	Est
Superman	MDMA	Comprimé	Beige	4,9	8,1	308	PMA	21 mg	Est

### LES DONNÉES ISSUES DU RECUEIL SOCIO-SANITAIRE

Le sexe et la catégorie d'âge ont été indiqués pour 634 personnes, soit 86 % de la population étudiée. On n'observe pas de différence de répartition des catégories d'âge selon le sexe ( $p = 0,18$ ). La majorité des personnes rencontrées se situeraient entre 21 et 25 ans (voir tableau). Le contexte dans lequel ont été collectés les échantillons était le plus souvent festif ( $n = 269$ , 65 %), puis privé ( $n = 80$ , 19 %), puis dans des concerts et des bars ( $n = 49$ , 12 %), et enfin dans la rue ( $n = 17$ , 4 %). Les effets recherchés sont variés, mais fréquemment axés sur l'empathie ( $n = 162$ , 41 %) et la stimulation ( $n = 96$ , 24 %). Les autres effets recherchés sont les hallucinations ( $n = 75$ , 19 %), une sensation de détente ( $n = 29$ , 7 %), ou une sensation de stupeur ( $n = 22$ , 6 %). Les effets ressentis sont déclarés comme anormaux dans 9 % des cas ( $n = 25$ ) et comme inexistantes dans 6 % des cas ( $n = 18$ ).

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

Pour les échantillons issus des sources sociosanitaires, nous disposons du contenu supposé selon l'utilisateur. Ceci permet de faire la description de ce qui est trouvé au sein des échantillons considérés comme étant de l'ecstasy.

Six cent soixante-deux échantillons (90 %) disposaient d'un contenu supposé, parmi ceux-ci, 442 (67 % de 662) étaient déclarés comme étant de l'ecstasy.

La présentation la plus fréquente était le comprimé (91 %), suivi de la gélule (5 %) et de la poudre (1 %). Le prix du comprimé considéré comme étant de l'ecstasy se situe autour de 100 F. On n'observe pas de variation selon le trimestre au cours de l'année 2000. Le prix est connu pour 21 gélules, il est en moyenne de 117 F. Pour 5 échantillons de poudre, le prix moyen était de 250 F sans que l'on sache la quantité correspondante pour chaque échantillon.

Les effets attendus les plus recherchés étaient l'empathie (n = 130, 55 %) et la stimulation (n = 53, 22 %). Les autres effets étaient la stupeur ou « défonce » (n = 20, 8 %), la détente (n = 18, 8 %), et les hallucinations (n = 9, 4 %). Les effets ressentis par les usagers étaient connus pour 160 personnes. Ils sont rapportés comme non désirés dans 9 cas (6 %) et comme inexistant dans 10 cas (6 %).

Les échantillons contenaient de la MDMA dans 78 % des cas, de la MDA (6 %), de la caféine (5 %), de l'amphétamine (5 %), et de la MDEA (2 %). Les substances médicamenteuses ne sont pas rares puisqu'elles sont retrouvées dans 15 % des échantillons. Enfin, 8 % des échantillons ne contenaient aucun principe actif.

Parmi les échantillons sous forme de comprimés, contenant de la MDMA, et disposant d'un dosage quantitatif (n = 224) la dose moyenne de MDMA est de 73 mg. Les quatre cinquièmes des échantillons contiennent moins de 100 mg de MDMA, 16 % en renferment entre 100 et 150 mg et 2 % en contiennent plus de 150 mg. Il n'y a pas de différence significative entre les trimestres. Toutefois, alors que les trois premiers montrent une dose moyenne de 75 à 76 mg, le quatrième trimestre présente une moyenne de 69 mg de MDMA par comprimé. Nous disposons du dosage quantitatif de MDMA sur au moins 10 échantillons pour 6 régions : Alsace (63 mg), Aquitaine (75 mg), Bourgogne (75 mg), Ile-de-France (68 mg), Languedoc-Roussillon (79 mg), PACA (69 mg). On observe donc des différences modérées de concentration moyenne selon les régions dont l'interprétation est rendue difficile par la méconnaissance de la représentativité des échantillons disponibles et le petit nombre d'échantillons disponibles.

### Que trouve-t-on sous l'appellation LSD ?

662 échantillons (90 %) disposaient d'un contenu supposé, parmi ceux-ci, 128 (19 % de 662) étaient déclarés comme étant du LSD. La présentation la plus fréquente était le buvard (96 %), dont le prix moyen se situe autour de 56 F.

Les principaux effets recherchés sont les hallucinations (n = 60, 71 %), puis viennent l'empathie (n = 13, 15 %), la stimulation (n = 9, 11 %) et la détente (n = 3, 5 %). Les effets ressentis par les usagers étaient connus pour 68 personnes. Ils sont rapportés comme non désirés dans 7 cas (10 %) et comme inexistant dans 2 cas (3 %).

Ces échantillons contenaient du LSD dans 33 % des cas. On retrouvait du cannabis dans 34 % de la MDMA, 16 %, de la caféine (1 %) 2 % de l'amphétamine. Les médicaments ne sont pas rares puisqu'ils sont retrouvés dans 9 % des échantillons. Enfin, 26 % des échantillons ne contenaient aucun principe actif.

### CONCLUSION

- Des molécules de la famille des amphétaminiques sont présentes dans plus des deux tiers des échantillons collectés en 2000. Mais les substances médicamenteuses restent fréquentes (11 %).
- L'absence de principe actif n'est pas rare. En effet, pour plus d'un échantillon sur huit il n'en a pas été retrouvé.
- Si l'on n'observe pas de variation nette de la quantité de MDMA par comprimé au cours de l'année, il semble en revanche possible qu'il en existe une selon les régions de collecte. Les échantillons des régions Ile-de-France et Franche-Comté présentent une concentration moyenne en MDMA supérieure aux autres régions.
- Les usagers ayant contribué à la collecte sociosanitaire sont le plus souvent de jeunes adultes ou des adolescents à la recherche d'effets stimulants et entactogènes.
- Il existe une grande hétérogénéité des produits collectés au cours de l'an 2000. Plusieurs produits psychostimulants ont été identifiés pour la première fois dans la base SINTES en 2000 et au début de 2001. Ces faits doivent inciter à une grande prudence et à la poursuite d'une surveillance de ces produits.

## **ANALYSE DES DÉMARCHES EXPÉRIMENTALES DE RECUEIL DE DONNÉES (TREND) AUPRÈS D'OBSERVATEURS NON-SPÉCIALISTES**

---

**Elisabeth Jacob ■**

Dans le cadre du dispositif TREND, une expérimentation visant à engager une observation en milieu ordinaire (en associant des professionnels non spécialisés sur les questions de toxicomanie) a été menée dans deux départements : l'Essonne et la Seine-Saint-Denis. L'objectif était de recueillir des informations sur les consommations d'un public qui ne se reconnaît pas dans les dispositifs de prise en charge ou de prévention destinés aux usagers de drogues, et qui échappe donc à l'observation réalisée en milieu spécialisé. Deux structures ont été chargées de mener ce travail, le réseau toxicomanie départemental Hérodote dans l'Essonne et la Mission départementale de prévention des toxicomanies (MDPT) en Seine-Saint-Denis. Ces deux structures ne sont pas parties des mêmes objectifs pour conduire cette démarche.

Pour la MDPT, l'objectif dépasse le seul souhait d'engager une démarche d'observation des consommations de produits psychoactifs. Les responsables de la MDPT espéraient, sur la base d'une plus ample connaissance de ce phénomène et de son incidence, qualifier les acteurs intervenant en direction de la jeunesse sur ces questions et les placer en situation d'impulser des actions de prévention des engagements dans des consommations de produits psychoactifs. La démarche d'observation était donc conçue comme un support, une amorce d'un travail plus ambitieux. En revanche, pour Hérodote, il s'agissait avant tout de formaliser les informations dont les professionnels sont détenteurs et de les faire remonter dans la perspective d'orienter les politiques en matière de prévention des toxicomanies. Mais au travers de ce travail, les acteurs de terrain auraient été conduits à davantage intégrer la question de l'usage de drogues à leur pratique, à changer leur approche, à aiguïser leur regard et donc à modifier leur pratique. Ce qui est un objectif principal pour la MDPT est donc une résultante du travail d'observation pour le réseau Hérodote. Ces différences ont eu des incidences sur la manière dont a été conduite la démarche dans les deux départements.

## QUALIFICATION DU CHAMP D'OBSERVATION

Chacune des deux coordinatrices a défini *a priori* la tranche d'âge des publics à observer : 12-30 ans pour la MDPT, 12-25 ans pour le réseau Hérodote. Les coordinatrices ont donc sollicité des partenaires en contact avec des publics correspondant à ces tranches d'âge. Outre le fait d'être en contact avec ces populations, l'existence d'un lien préalable avec les structures porteuses de la démarche a constitué dans les deux départements un premier critère de choix<sup>39</sup>. Hérodote a sollicité des professionnels qui faisaient déjà partie du réseau et avaient donc bénéficié de formation préalable sur les questions touchant aux toxicomanies et manifestaient un intérêt à y travailler. La MDPT a sollicité des intervenants qui, soit avaient participé aux formations sur site ou à d'autres formations plus légères organisées par la MDPT, soit avaient développé des projets de prévention soutenus financièrement par la MDPT.

Les deux départements ont affiché une volonté de conduire une observation en population générale<sup>40</sup>, condition *sine qua non* pour associer des acteurs de terrain, ces derniers craignant qu'une observation ciblée sur un public en difficulté ne vienne ajouter de la stigmatisation supplémentaire. Ce souci les a conduits à intégrer des professionnels de l'Éducation nationale, intervenants supposés être en mesure de conduire une observation large, auprès d'une population hétéroclite. En dehors de l'Éducation nationale, des associations de prévention spécialisées, des missions locales et des Points écoute ont été sollicités dans les deux départements.

Alors qu'Hérodote s'en est tenu à un réseau d'intervenants proches, avec lesquels les liens étaient déjà établis, de manière à garantir une adhésion à la démarche, la MDPT a cherché à élargir le champ d'observation en associant des intervenants avec lesquels les liens étaient moins affirmés. L'Aide sociale à l'enfance, la PJJ, les Services municipaux de la jeunesse et de la PMI ont donc été sollicités. Mais en cherchant à associer des acteurs qui ne manifestent pas forcément un intérêt particulier pour les questions de prévention des toxicomanies, la MDPT s'est heurtée à de nombreuses difficultés. La plupart de ces intervenants ont décliné l'invitation, soit pour des raisons de disponibilité, soit en raison des lourdeurs et des difficultés institutionnelles qu'ils rencontrent. Les tentatives d'ouverture auprès de professionnels distants de la question des consommations des toxicomanies ont

souvent été peu fructueuses. Ces difficultés ont contribué à faire porter la démarche par des professionnels déjà mobilisés et impliqués sur de multiples projets. Repérées comme des personnes particulièrement intéressées à travailler autour de ces problématiques, ces intervenants sont fréquemment sollicités de toute part. Ils n'ont donc que peu de temps à consacrer à un dispositif supplémentaire qu'ils vivent souvent comme une surcharge de travail.

La MDPT regrettait *a posteriori* de ne pas avoir sollicité des professionnels exerçant dans des écoles privées. Compte tenu de l'importance de l'échec scolaire en Seine-Saint-Denis, il semble que beaucoup de familles issues des classes moyennes scolarisent leur enfant dans le privé, cherchant à leur assurer les meilleures conditions possibles de réussite sociale. Ces établissements n'ayant pas été associés au recueil d'information, une frange de cette population échapperait de fait à l'observation. Cet élément est symptomatique des biais que peut introduire une démarche qui s'appuie davantage sur les liens préalables existant entre les coordinatrices et les intervenants de terrain, que sur une méthodologie raisonnée. Les difficultés rencontrées dans la recherche d'adhésion de professionnels pas ou peu directement concernés et/ou intéressés par la question des usages de psychotropes et avec qui les liens n'étaient pas complètement établis témoignent de la nécessité de s'appuyer sur un réseau déjà constitué. Mais cela a pour effet de focaliser l'attention sur les mêmes groupes de jeunes et ne permet pas ou peu d'ouvrir une observation en population générale et moins encore d'associer des intervenants qui tiennent les problématiques touchant la toxicomanie à distance. Ces éléments ont contribué à réduire d'autant le champ d'observation couvert.

Les coordinatrices se sont aperçues qu'elles ne pouvaient guère, par l'intermédiaire des professionnels de l'Éducation nationale, conduire une observation en population générale<sup>41</sup>. Les médecins scolaires n'interviennent que très ponctuellement dans les établissements et ne voient donc que les situations problématiques pour l'institution (problèmes de violence, indiscipline, etc.). Les infirmiers scolaires, bien que davantage présents dans les établissements, ne perçoivent aussi bien souvent qu'une part infime des usages effectifs des jeunes. L'observation en population générale est donc largement biaisée par le poids institutionnel et réglementaire de leur cadre d'exercice professionnel. Les autres partenaires voient des populations différentes ou du moins ne perçoivent pas les mêmes problématiques. Les Missions locales, les Points écoute, les associations de prévention spécialisées touchent des publics très différents selon leurs orientations de travail et leurs méthodes d'intervention. Au sein d'une même équipe, des différences significatives peuvent apparaître. Suivant que les professionnels participent à des manifestations collectives ou qu'ils effectuent un travail individuel, qu'ils sont nouvellement en poste ou qu'ils

39. Pour le réseau Hérodote, ce critère a été défini en concertation avec l'OFDT dans le souci de faciliter l'implication des intervenants, d'assurer les meilleures conditions possibles d'engagement du projet pour pouvoir ensuite en tirer des enseignements.

40. On entend par population générale une population composite, hétérogène qui ne peut être distinguée par une caractéristique particulière, à la différence d'une population spécifique. Ce critère a été pris en compte dans les deux départements. En Seine-Saint-Denis, la sollicitation d'intervenants exerçant dans des contextes professionnels variés participait du souhait d'ouvrir sur une observation large. Dans l'Essonne, la prise en compte de la configuration du département (zone urbaine, rurale, semi-rurale) et la volonté de couvrir l'ensemble du territoire départemental allaient dans le même sens.

41. Ceci semble avoir été davantage l'objectif de la MDPT que du réseau Hérodote.



interviennent sur le même secteur depuis plusieurs années, qu'ils manifestent un intérêt à travailler sur les questions d'usages de psychotropes ou les évitent soigneusement, ils ne voient pas les mêmes populations et n'ont pas le même regard sur les questions touchant aux consommations de psychotropes.

Au regard de cette hétérogénéité, il apparaît difficile de qualifier en amont les publics touchés par les partenaires. La MDPT avait élaboré, préalablement au recueil de données, une première fiche dans ce but. Selon les responsables de la MDPT, cette fiche aurait contribué à démobiliser certains partenaires. Certaines questions portaient des effets évaluatifs et obligeaient les intervenants à mettre à jour les limites de leur travail et les difficultés qu'ils rencontraient. Les supérieurs hiérarchiques de certains professionnels ont sans doute bloqué la possibilité des intervenants à remplir cette fiche, y voyant probablement une ingérence de la MDPT dans leur activité. Les résistances institutionnelles, la suspicion des professionnels ont constitué des obstacles à une qualification préalable du champ d'observation. Ce n'est que maintenant que les responsables de la MDPT parviennent davantage à obtenir ce type d'information. La qualification des publics observés semble donc se faire dans le cadre d'un processus de travail où l'explicitation des terrains d'intervention et des populations touchées peut prendre place.

### QUALIFICATION DE L'OBJET D'OBSERVATION

L'ensemble des partenaires pensait dans un premier temps qu'il s'agissait d'observer et de rendre compte exclusivement des consommations d'héroïne. Cet élément nous renseigne déjà sur l'appréhension qu'ont la plupart des intervenants de ce que recouvre la notion de toxicomanie. Les promoteurs du projet ont donc dû engager un travail d'explicitation de manière à élargir l'objet d'observation à des consommations plus usuelles, en y intégrant les consommations de produits licites. Chacun a ensuite défini son champ d'observation. Pour Hérodote, l'observation concernait l'ensemble des consommations licites ou illicites, tabac exclu. Pour la MDPT, le tabac était compris dans le champ d'observation.

Parti sur ces bases, chacun des partenaires a élaboré sa propre grille d'observation. Hérodote a spécifié le nom des produits sur les grilles (une partie pour le cannabis, une autre pour l'alcool, etc.). La MDPT a laissé les intervenants les noter eux-mêmes. Pour Hérodote, indiquer le nom des produits permet de guider les observateurs, de baliser le champ d'observation<sup>42</sup>. Pour la MDPT, ne pas les indiquer vise à ne pas induire *a priori* les observations en focalisant l'attention sur

quelques produits spécifiques. Se profile ici une différence importante entre les objectifs recherchés. Pour la MDPT, il s'agissait moins de parvenir à recueillir des informations fiables, que d'amener les partenaires à observer des consommations. Au travers d'une observation large, ils espéraient que les observateurs allaient construire eux-mêmes leurs propres catégories d'observation, sans se caler automatiquement sur les standards existant en la matière. Pour cette raison, ils ont refusé de donner aux intervenants une liste des différents produits, comme ces derniers le leur demandaient. Pour Hérodote, le recueil de données était posé comme premier. Il apparaissait donc plus rentable de focaliser dans un premier temps l'observation sur des consommations que les partenaires de terrain connaissent déjà, et donc de cibler les produits les plus courants.

Pourtant, si les guides n'ont pas été construits de la même manière, les réponses qui ont été apportées dans les deux départements ne sont guère divergentes. La plupart des observations concernent des produits assez classiques (cannabis, alcool). Les intervenants ne donnent souvent que des informations sur des consommations pour lesquelles ils se sentent compétents dans leur rôle d'observateur, et laissent de côté les consommations moins usuelles, celles qui n'entrent pas directement dans leur champ d'observation ou qui apparaissent trop banales pour être signalées (tabac). L'observation est donc bornée par ce que les professionnels ont préalablement délimité comme étant leur champ d'intervention et, donc, d'observation potentielle. Lors du premier recueil, aucune donnée ne faisait référence à des consommations d'ecstasy, les consommations de crack n'apparaissent quasiment pas. Les interrogations de nombreux intervenants quant à l'utilisation qui allait être faite de ces informations ont certainement eu une incidence sur la qualité des informations recueillies. Le souci de ne pas jouer un rôle de délateur a interféré de manière importante sur le recueil de données. La plupart des intervenants ont veillé à ce qu'il ne soit pas possible, à partir des éléments d'information qu'ils livraient, d'identifier les personnes. Ces éléments ont certainement contribué à appauvrir le recueil de données. Les explications données par les personnes à charge de ce dossier dans les deux départements et les gages de confidentialité apportés ont permis de lever certaines inquiétudes. Mais l'absence d'engagement clair de l'OFDT sur l'intérêt et l'utilisation de ce recueil a sans doute été préjudiciable.

L'objet d'observation évolue au fur et à mesure de la qualification des intervenants dans leur rôle d'observateur et de l'établissement de relations de confiance avec les personnes à charge de cette démarche. Il semble difficile de le définir et de le délimiter d'emblée. Ces constatations valent pour les deux départements et ont conduit les personnes chargées de la démarche à construire une observation en plusieurs temps : une première observation large, une seconde observation davantage ciblée sur des axes spécifiques. Ces réajustements ont été l'occasion d'engager

42. Selon la coordinatrice, ce mode de recueil a été retenu en concertation avec les intervenants, ceux-ci ayant émis l'hypothèse que les usages étaient différents selon les produits consommés.

un travail d'explicitation du champ d'observation et des termes utilisés (qualification des différentes formes d'usage, intensif, abusif, récréatif, appréhension des associations de produits, etc.).

### CONSTRUCTION DES OUTILS D'OBSERVATION

La MDPT a proposé une grille d'observation à l'ensemble des partenaires, toutes professions et institutions de rattachement confondues. Au cours d'une réunion, les partenaires ont signalé l'existence de situations très floues du point de vue de l'existence ou non de consommation, mais très préoccupantes sur d'autres plans (situations de souffrance, mal-être, difficultés familiales, etc.), situations dont il était difficile de rendre compte à partir d'une entrée sur les produits et les consommations. Il est apparu très frustrant et très difficile pour les intervenants de réduire ces situations aux seuls effets des consommations. La nécessité de prendre en compte les autres pans de la réalité des personnes, de davantage contextualiser l'information est ressortie fortement des discussions. Ces éléments sont sans doute aussi à rattacher au souci d'éviter toute déformation des informations recueillies et d'une utilisation mal à propos par les organismes publics. Sur la base de ces observations, la MDPT a élaboré une fiche sur les situations difficiles où il devrait être possible de rendre compte des situations des personnes dans toute leur complexité.

En parallèle, des entretiens ont été réalisés auprès des professionnels pour saisir la nature des difficultés à remplir les fiches. Ces entretiens n'avaient pas pour objectif de recueillir des données, mais de faire expliciter aux intervenants ce qu'ils étaient en mesure d'observer. Certains professionnels ont donné des informations très riches alors qu'ils n'avaient rempli aucune fiche. Ces éléments montrent l'importance des difficultés éprouvées par les professionnels à rendre compte par écrit de leurs observations et dénotent une tendance à ne rapporter que les informations qu'ils pensent que l'on attend d'eux. Les intervenants ne se sentent pas habilités à parler d'un sujet qui n'est pas au centre de leur intervention. Les informations qu'ils donnent n'ont pas pour eux de portée heuristique, elles ne sont ni vérifiables ni transposables. On peut penser que les arguments qu'ils avancent traduisent à la fois une légitimation du fait de ne pas ou peu observer des phénomènes d'usage de produits, autant qu'une réelle difficulté à les percevoir et à en rendre compte dans leur cadre normé d'exercice professionnel.

Dans l'Essonne, la constitution de petits groupes par profession a conduit à l'élaboration de fiches distinctes selon les intervenants. Chaque groupe de professionnels (les éducateurs de prévention spécialisée, les missions locales, les médecins scolaires et les pharmaciens) a élaboré ses propres outils. Dans un second temps, des interviews ont été réalisées par la coordinatrice. Dans ce cadre, la personne chargée de suivre la démarche a fait le même constat que la MDPT. L'entretien en

face à face apporte des éléments beaucoup plus riches que le recueil par écrit. Les raisons sont sans doute les mêmes que celles qui ont été identifiées par la MDPT. Mais cette méthode pose la question de la possibilité de pérenniser le dispositif. Est-il possible d'effectuer un recueil d'information auprès des mêmes personnes sur la base d'interview sur le long terme ?

Bien que la démarche n'ait pas été conduite de la même manière dans les deux départements, des points de convergence ressortent. En premier lieu, après avoir effectué un recueil assez généraliste, les deux personnes chargées de conduire la démarche ont été amenées à développer un nouveau recueil de données sur des axes spécifiques. En second lieu, la nécessité d'associer les partenaires à l'élaboration des outils d'observation et d'effectuer des réajustements qui prennent en compte les réalités de terrain et les difficultés rencontrées par les professionnels ressort fortement de ces deux expériences. Le corollaire de la prise en compte de ces impératifs est la démultiplication des outils d'observation et leur perpétuelle évolution en fonction des demandes des partenaires de terrain ; ce qui compromet du même coup le croisement et la comparaison des données recueillies. C'est toute la dialectique entre la nécessité d'engager une démarche pragmatique au plus proche du terrain et la volonté de généraliser et de transposer des données recueillies à partir d'outils différents qui est ici posée.

### POSITIONNEMENT DES OBSERVATEURS SUR LES QUESTIONS D'USAGE DE PSYCHOTROPES

Les intervenants ont des positions extrêmement différenciées sur les questions de toxicomanie. Certains professionnels tiennent ces problématiques à distance ou ne peuvent les percevoir dans le cadre de leur exercice professionnel. D'autres passent d'une négation de l'existence de consommations à une amplification et à une diabolisation du phénomène. On peut alors s'interroger sur la validité des informations rapportées dans ces contextes. Le fait de passer d'un extrême à un autre témoigne de leur appréhension à l'égard de ces problématiques. Les informations qu'ils fournissent sont davantage le produit des représentations sociales en vigueur sur les toxicomanies, que le résultat d'une observation empirique du phénomène. Des professionnels sont au contraire très impliqués sur ces questions. Leur participation au programme TREND s'inscrit souvent dans le prolongement d'activités antérieures dans ce domaine.

L'appréhension des phénomènes de consommation est donc loin d'être uniforme. Elle dépend autant des cadres d'intervention professionnels et de la possibilité d'engager une observation dans ces contextes, que d'un intérêt particulier des professionnels à travailler autour de ces questions. Les différences dans le positionnement



des intervenants contribuent à rendre très disparates et hétérogènes les informations recueillies. Ces éléments témoignent de la nécessité d'engager, tout au long de l'observation, une réflexion et une mise à plat des représentations, dans le but de qualifier les intervenants et de définir des modalités communes d'observation et d'enregistrement.

## COMPARAISON DES RÉSULTATS

La plupart des professionnels ont cherché à ne transmettre que des informations fiables, ce qui les a souvent conduits à recouper les informations dont ils pouvaient disposer et à ne pas noter des informations rapportées sans les vérifier préalablement. Ce souci d'objectivité est à rattacher aux réserves qu'ont émises de nombreux intervenants sur la validité des informations qui pouvaient être collectées par leur intermédiaire. Le caractère territorialisé du recueil d'information (à l'échelle départementale) leur semblait entrer en contradiction avec la vocation nationale affichée. En second lieu, l'approche qualitative leur apparaissait d'une faible portée heuristique. La recherche de scientificité les amenait à privilégier un recueil quantitatif, considéré comme plus objectif. Ces éléments ont sans doute contribué à gommer les consommations moins fréquentes et peu observées pour s'attacher principalement aux consommations les plus usuelles.

C'est donc principalement sur les consommations de cannabis et d'alcool que les intervenants ont rapporté le plus de données. Les informations recueillies dans les deux départements sont assez similaires. Ces deux produits sont le plus souvent associés. Cette association est analysée comme une recherche de défoncée, l'alcool étant utilisé pour amplifier les effets du cannabis. La MDPT note également des associations fréquentes cannabis/alcool/médicaments/tabac. Dans les deux départements, les consommations de cannabis commencent à 12 et vont jusqu'à 40 ans et plus pour Hérodote, 30 ans pour la MDPT. Cette dernière note une pointe chez les 16-17 ans. L'usage de cannabis concerne majoritairement les hommes. Il est décrit comme étant plus problématique pour ces derniers. Néanmoins, les effets de visibilité ont interféré sur le recueil de données. Dans les deux rapports, la faible visibilité des consommations des filles a été mentionnée. Une forte composante psychologique imprègne les résultats relatifs aux effets recherchés. Les effets calmants, la gestion de l'anxiété, du mal-être, du stress apparaissent dans les deux rapports. Hérodote pointe également la recherche d'effets stimulants (consommation le matin pour commencer la journée) et désinhibiteurs.

Les consommations d'alcool observées concernent majoritairement la bière (8/6) et le whisky. Dans le rapport Hérodote, ces consommations touchent des jeunes en situation précaire, principalement des garçons. Il est également noté que si les consommations sont moins fréquentes chez les filles, elles sont en revanche

plus problématiques. La MDPT rapporte l'existence de consommation d'alcool à deux tranches d'âges : les 16-21 ans et les 10-14 ans, ce qui tendrait à témoigner de la précocité des engagements. Il est signalé dans les deux rapports une concomitance entre l'intensification des consommations d'alcool et des phénomènes de déscolarisation et/ou arrêt de la scolarité.

Les usages de médicaments, du fait sans doute du flou entourant la nature de ces consommations (où s'arrête l'usage thérapeutique et où commence la toxicomanie), n'ont que très peu été mentionnés (en dehors des informations données par les pharmaciens pour le réseau Hérodote). Les informations recueillies concernent des usages détournés de Subutex® (par voie intraveineuse), des consommations de somnifère, d'antidépresseur ou d'anxiolytique (plus spécifiquement chez les filles en Seine-Saint-Denis). Hérodote note le retour de boîtes de Néo-codion® aux abords des lieux de rassemblement des jeunes.

Les consommations de cocaïne et de crack apparaissent de manière marginale. La MDPT constate une association avec des médicaments et le cumul de ces consommations avec des pathologies alimentaires et des tendances dépressives : désir de mourir, recherche d'effets anesthésiants. Il est également noté que les protections dans le cadre des relations sexuelles ne seraient plus prises en compte. Hérodote rattache davantage ces consommations à un cadre festif.

Quelques situations de consommation d'héroïne ont été rapportées. Elles concernent principalement des jeunes connus, en situation d'errance ou de désocialisation. Hérodote rapporte des consommations d'héroïne en sniff. La MDPT fait état de prises en injection, fumée ou sniffé. En Seine-Saint-Denis, les consommations observées sont le plus souvent associées à de l'alcool et/ou du Subutex® en injection. Les personnes sont décrites comme dépressives, dans un état physique dégradé. La plupart sont touchées par l'hépatite C.

Le tabac ne rentrait pas dans le recueil de données d'Hérodote. La MDPT a rapporté quelques informations sur ces consommations. Celles de tabac apparaissent largement sous-évaluées (trop banales pour être rapportées). Seules les consommations perçues comme problématiques ont été mentionnées. Elles sont signalées par les professionnels de l'Éducation nationale compte tenu de l'interdit en vigueur dans les établissements. Une Mission locale en a également fait état, certainement en raison de l'importance du coût de cette consommation rapporté aux faibles revenus dont peuvent disposer les jeunes. Enfin, quelques éducateurs de prévention ont signalé l'existence de consommations précoces (12 ans).

Le rapport Hérodote fournit quelques informations sur les consommations d'ecstasy. Elles sont majoritairement prises dans un cadre festif. Les intervenants de l'Essonne ont essayé d'apporter des éléments pour expliquer le peu d'information qu'ils pouvaient donner sur ces consommations. En dehors des explications causa-

listes à tonalité culturaliste visant à expliquer la non-consommation de produits de synthèse par les jeunes, le caractère festif et perçu comme non problématique de ces consommations font qu'elles sortent souvent du champ d'observation des professionnels. On peut penser que des éléments similaires peuvent expliquer le fait qu'aucune consommation d'ecstasy n'ait été signalée en Seine-Saint-Denis.

Se profile ici une limite importante du recueil d'information. Seules les consommations considérées problématiques sont observables par les professionnels. Les usages non problématiques ou qui se déroulent en dehors de la présence des intervenants (à d'autres heures que celles des temps de travail, sur d'autres lieux) échappent à l'observation. Ces éléments sont importants à prendre en compte dans la lecture des résultats. Les phénomènes émergents et les consommations résiduelles n'apparaissent pas ou peu dans le recueil de données. Pour pouvoir les observer, il y a sans doute nécessité de mettre en place des protocoles d'observation particuliers avec une vocation de recherche davantage prononcée.

## CONCLUSION : ENSEIGNEMENTS ET PRÉCONISATIONS

■ L'engagement d'une observation en milieu non spécialisé ne va pas de soi et ne peut porter ses fruits immédiatement. Un processus de construction des catégories d'observation, d'établissement d'un socle de définition commune, de qualification du champ d'observation et de mise en compétence progressive des intervenants doit être engagé simultanément au recueil de données. Il apparaît donc nécessaire de prévoir une sensibilisation sur les questions de toxicomanie préalable à l'engagement de la démarche, et une formation et autoformation continue tout au long de son déroulement.

■ Il est indispensable que les structures chargées de ce projet puissent disposer de suffisamment de moyens techniques et humains pour assurer simultanément un travail d'animation, de coordination, de formation et de traitement des informations (matériel de traitement de données, possibilité de faire appel à des intervenants extérieurs, de trouver des appuis et des compétences auprès d'un groupe ressource).

■ La question de la légitimité des structures porteuses est essentielle. Pour qu'une démarche de cette nature puisse susciter l'adhésion des professionnels, il est important que des enjeux de pouvoir ou de dépendance financière ne viennent pas parasiter les relations. La démarche ne peut tenir que sur la base d'un engagement volontaire des professionnels. Si ces derniers se sentent contraints d'une manière ou d'une autre d'y participer, il y a peu de chances que les résultats soient fructueux.

■ Il est impératif que l'utilisation des données et l'intérêt de cette démarche soient clairement explicités et que des gages de confidentialité soient apportés. La plupart des intervenants se sont montrés réticents à donner des informations sur une question aussi sensible que l'usage de produits psychotropes. Pour qu'ils puissent adhérer à cette démarche, il est non seulement nécessaire de les associer à son élaboration, mais aussi de garantir une transparence quant à l'exploitation politique qui sera faite des résultats.

■ Entamer une réflexion sur les ressorts des engagements dans des consommations et autour de l'établissement de projets de prévention adaptés apparaît une condition indispensable à la pérennisation de la démarche. Les professionnels qui ont accepté de s'y engager espèrent qu'à plus ou moins long terme ce travail va déboucher sur une véritable réflexion ou sur la mise en place d'actions de prévention susceptibles d'apporter une plus-value à leur travail et les aider à construire des réponses adaptées. La nécessité de rechercher un intérêt commun à l'ensemble des professionnels à s'investir dans cette démarche et de développer, dans le cadre ou en dehors du dispositif, des surfaces d'échanges et de réflexion où pourraient s'élaborer des projets semblent incontournables.

■ Enfin, plusieurs limites du recueil de données doivent être signalées. En premier lieu, les difficultés à intégrer des professionnels peu ou pas impliqués sur la question des toxicomanies contribuent à limiter le champ d'observation. Les populations davantage favorisées, les classes moyennes ou les publics distants des institutions échappent à l'observation en raison de la non-implication des observateurs potentiels. Il serait à ce titre intéressant de réfléchir aux manières de contourner ou d'atténuer les résistances hiérarchiques pouvant faire obstacle à l'implication de nouveaux intervenants et donc à l'élargissement du champ d'observation. En second lieu, les consommations moins usuelles ou qui ne posent pas de problèmes visibles aux usagers ou aux professionnels ont souvent été laissées de côté. Ces éléments contribuent à focaliser l'attention sur des publics spécifiques et sur des usages particuliers, au risque de renforcer les stéréotypes et les lieux communs traditionnellement accolés à ces populations et/ou à l'usage de certaines substances. Il apparaît donc important de prévoir une articulation avec des dispositifs de recherche susceptibles d'investiguer les zones d'ombres du dispositif, mais aussi d'étayer et de creuser les axes que le recueil d'informations a permis de dégager.

## PRATIQUES ET REPRÉSENTATIONS DANS LE CHAMP DE L'USAGE DE DROGUES EN FRANCE

---

Astrid Fontaine, Caroline Fontana, Céline Verchère, Renaud Vischi ■

### L'ENQUÊTE

L'objet particulier de cette étude<sup>43</sup> consistait à restituer les pratiques et les représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France. Deux catégories de produits sont concernées : des produits consommés dont on a pu observer un accroissement ou un changement concernant leurs modes d'usage (cocaïne, amphétamines, héroïne, rachacha, kétamine) ; des produits dits « nouveaux produits » et/ou « produits rares » (2CB, GHB, DMT, PCP, etc.).

Le recueil des données a débuté au deuxième trimestre 1999 et s'est déroulé sur une période de douze mois, autour de quatre pôles régionaux (région parisienne, région PACA, région Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon).

L'étude est de nature qualitative, essentiellement construite à partir d'entretiens semi-directifs et d'observations de terrain.

Quarante entretiens semi-directifs ont été réalisés entre avril 1999 et juillet 2000<sup>44</sup>. Les usagers de psychotropes réguliers (ou ex-usagers réguliers) ont été privilégiés. Toutes les personnes interrogées consomment ou ont consommé plusieurs produits différents au cours de leurs trajectoires psychoactives. Presque toutes sont issues de réseaux différents, ce choix méthodologique tendant à restituer la diversité des discours.

Vingt-et-une observations ont été réalisées entre avril 1999 et mai 2000. Elles portent sur l'ensemble des situations et sur les discours informels liés à la circulation et à la consommation effective des substances référencées.

---

43. Étude réalisée dans le cadre du projet TREND/OFDT 1999/2000, « Approche ethno-sociologique pour l'étude des pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France (région parisienne, région Rhône-Alpes, région Languedoc-Roussillon et région PACA) », Rapport du LIRESS, OFDT, février 2001. (A.) FONTAINE ; (C.) FONTANA ; (C.) VERCHERE ; (R.) VISCHI. Rapport disponible sur simple demande à l'OFDT.

44. La population interrogée présente une nette dominante masculine : 31 hommes pour 9 femmes. Elle se situe entre 20 et 30 ans, est très majoritairement citadine. Les profils socioprofessionnels sont divers, un tiers des personnes peut toutefois être qualifié de « précaire ».

Le terrain principal des observations a été le milieu des fêtes techno<sup>45</sup> du fait de la visibilité relative des usages, de la diversité des produits psychoactifs disponibles, mais aussi des besoins de l'OFDT. Les quatre enquêteurs avaient tous une expérience et une connaissance préalable de ces manifestations.

Du fait des problèmes de méthodologie que pose l'ethnographie des usages de drogues, les comptes rendus d'observation se sont révélés être des matériaux moins intéressants que les entretiens qui ont davantage été exploités par les chercheurs au cours de l'analyse.

## CONTEXTES ET DÉTERMINANTS

Les produits psychotropes sont plus ou moins « circonstanciés » selon leur nature. On distingue des produits « affranchis », consommés en toutes circonstances, comme la cocaïne, le cannabis ou l'alcool ; des produits « de détente », associés à des environnements tranquilles ou domestiques, essentiellement les opiacés ; des produits festifs enfin, psychoactifs considérés comme particulièrement adaptés à la fête, l'ecstasy étant emblématique de cette dernière catégorie.

Les contextes de consommations apparaissent très variables selon les produits consommés, les représentations et les pratiques des usagers. Si le contexte festif était le plus souvent évoqué par les personnes que nous avons interrogées, du fait de l'orientation de notre étude (prédominance des observations et des contacts en terrain festif), certains usagers nous ont fait part de leurs pratiques dans un cadre privé et dans le milieu du travail.

L'usage de psychotropes en contexte festif correspond majoritairement à un désir de rompre avec le quotidien et de maximiser les sensations éprouvées dans la fête. Dans les fêtes techno, l'usage de drogues est toléré, parfois même valorisé, bien que certaines pratiques comme l'injection puissent être mal perçues. Cet usage est le plus souvent « récréatif », et la fête constitue pour quelques-uns l'environnement exclusif de consommation. Il évolue quelquefois vers des prises de moins en moins circonstanciées et devient aussi, pour certains usagers, une condition nécessaire à la fête.

Le choix d'un cadre privé est souvent justifié par une volonté de sécuriser les épisodes de consommation et de valoriser les effets des produits.

L'usage au travail est de type utilitariste, il a pour objectif principal d'augmenter la productivité ou de résister à la fatigue. Il s'agit le plus souvent de produits stimulants aux effets peu visibles.

45. Pour dix d'entre elles, tandis que les onze autres portent sur la description de scènes de consommation. Deux notes mensuelles complètent ces matériaux.

D'autres éléments, plus généraux et transversaux, déterminent les usages. La consommation de psychotropes est avant tout conditionnée par la disponibilité des produits. Elle dépend du degré d'implication dans le trafic des drogues et inversement. Définie comme une pratique sociale, elle est aussi déterminée par le groupe qui peut la stimuler, l'influencer et qui la sécurise. La consommation collective est souvent perçue comme une garantie à l'encontre du ressenti d'abus ou d'addiction.

## Le polyusage

Le polyusage<sup>46</sup> est une pratique ancienne et courante actuellement influencée et accentuée par la variété des produits disponibles sur le marché. Sur les quarante entretiens réalisés, seules deux personnes disent ne pas apprécier les associations de produits.

Cette pratique se construit autour de règles complexes, sociales autant que « techniques » (en termes de dosages, d'échelonnement des prises, de combinaison des effets), souvent acquises au fil des expériences et auprès des pairs. L'usager varie les associations en fonction des produits et des contextes rencontrés, mais aussi de ses envies et de ses « goûts » personnels. L'alcool, le tabac et le cannabis apparaissent comme des produits accompagnant presque systématiquement la prise d'autres produits.

Les associations évitées par les usagers sont peu nombreuses. Toutefois, les produits de même nature sont rarement pris simultanément. On rencontre plus fréquemment des associations de produits antagonistes<sup>47</sup> qui créent des effets hybrides.

Le polyusage s'organise selon plusieurs modalités. Le cumul peut être non-intentionnel, lié au contexte et au groupe, les combinaisons ne répondant à aucune logique préalable. Les produits sont alors consommés au gré des rencontres, des propositions, et ne sont pas toujours achetés. Le partage, l'offre, le troc de produits sont courants, ce qui renforce la tendance à les associer.

Les associations peuvent au contraire être stratégiques et répondre à des objectifs précis : obtenir un effet spécifique déjà expérimenté et apprécié, essayer un « cocktail » dont on a entendu parler, gérer une descente ou encore « se défoncer<sup>48</sup> ».

46. Nous entendons par « polyusage » le fait de consommer plusieurs produits lors d'un même épisode de consommation.

47. Le « speedball » par exemple, mélange de cocaïne et d'héroïne, est une combinaison antagoniste des plus anciennes.

48. Ce terme, comme beaucoup d'autres qui composent le champ lexical rattaché à l'usage de drogues, revêt plusieurs significations, que l'on ne peut saisir que si l'on a connaissance du contexte dans lequel il est utilisé. Il est ici entendu comme la recherche d'une sensation très forte, vécue de manière plutôt solitaire, et qui s'inscrit dans une logique d'excès.

## Particularités des substances psychoactives étudiées

### Le speed

Le *speed* intervient dans les trajectoires de consommation après la découverte de l'ecstasy et apparaît donc comme relativement « nouveau », même si certains usagers avaient fait l'expérience des amphétamines sous d'autres formes antérieurement.

C'est la poudre la plus abordable financièrement, ce qui justifie en partie certains soupçons sur sa qualité. Le *speed* est effectivement perçu comme un psychotrope bas de gamme, nocif, impur. Il apparaît comme un produit d'agrément, accessoire et secondaire dans une association.

La consommation de *speed* est rarement programmée. Elle intervient occasionnellement et au gré des rencontres, souvent à défaut d'autre chose. Le *speed* est fréquemment partagé, offert ou troqué. Un épisode de consommation s'inscrit dans la durée et l'utilisateur a tendance à multiplier les prises.

Les effets du *speed* sont essentiellement physiques, il stimule les capacités, facilite la communication, et de ce fait est considéré comme adapté à la fête. Perçu comme un produit aux effets « gérables » puisqu'il altère peu l'état de conscience de l'utilisateur, il est utilisé aussi dans le travail, mais pour des fonctions ne demandant pas une forte concentration.

Le *speed*, considéré comme un produit moins subtil que la cocaïne, a des effets secondaires marqués. Il rend nerveux, agressif, trouble le sommeil et l'appétit. La phase de descente, jugée particulièrement difficile, est souvent accompagnée de produits relaxants visant à l'adoucir.

### Cocaïne

La cocaïne est un produit disponible, dont le prix est en baisse et que toutes les personnes que nous avons interrogées ont déjà consommé. Elle est le plus souvent prise en sniff de manière conviviale et dans des contextes festifs (lieux privés ou publics). L'usage de cocaïne peut également être de type utilitariste, motivé par le désir ou le besoin d'accroître ses performances, que ce soit dans le travail, dans le sexe ou dans une autre activité.

Elle est très fréquemment associée à d'autres produits, du fait de son prix onéreux d'une part, et de ses propriétés stimulantes d'autre part, qui font qu'elle se marie bien avec des substances relaxantes telles que l'alcool, le cannabis, l'héroïne ou la kétamine. Ces associations permettent d'atténuer la nervosité engendrée par la cocaïne et de mieux maîtriser les effets relaxants des autres produits.

D'après les témoignages que nous avons recueillis, la cocaïne peut, dans un premier temps, donner l'impression d'une drogue « facile à gérer ». Cependant, les usagers témoignent des nombreux effets secondaires négatifs physiques et psychologiques qu'elle occasionne à court ou à moyen terme.

Lorsqu'elle est consommée en freebase<sup>49</sup> (technique qui semble se développer) ou en injection, l'usage peut devenir très compulsif et solitaire, engageant parfois l'utilisateur dans une phase de dépendance au produit et/ou au mode de prise.

L'image de la cocaïne reste celle d'une « drogue de luxe », coûteuse, dont la qualité n'est pas toujours assurée et principalement consommée par une frange privilégiée de la population.

### Kétamine

L'usage de kétamine est occasionnel pour la plupart des personnes que nous avons interrogées. Quelques-unes rapportent des épisodes de consommation très régulière. Il semble, d'après les témoignages, que ce produit soit susceptible d'induire une accoutumance et une dépendance psychique à ses effets.

Bien que le contexte festif soit peu adapté à l'expérimentation d'un produit anesthésiant par nature, la kétamine est consommée dans ce contexte par beaucoup d'utilisateurs, du fait de sa disponibilité (même relative) dans ce type d'événements, et des pratiques courantes de partage, d'offre ou de troc de produits. Les usagers amateurs d'expériences psychédéliques, qui souhaitent en explorer plus profondément les effets, privilégient des contextes intimes plus souvent privés.

La kétamine est un psychotrope dont la diffusion est grandissante et les effets encore peu connus. Ils pourraient être caractérisés par leur variété, leur étrangeté et leur intensité.

Prise à faibles doses, souvent associée, elle provoque une ivresse singulière, euphorique et ludique, appréciée en contexte festif.

Prise par gros traits ou en injection, comme produit unique, les usagers ressentent plus intensément ses effets de dissociation du corps et de l'esprit et vivent une expérience plus intérieure.

La kétamine donne à l'utilisateur l'impression que son corps lui échappe et qu'il voyage avec son esprit. Elle transforme radicalement la perception du monde environnant, le rapport à l'espace et le rapport au temps, pour susciter des états proches du rêve.

49. Cailloux de cocaïne pure fumé. L'inhalation provoque un effet instantané, court et intense.



Ses effets sont considérés comme difficiles à gérer. Ils sont tantôt recherchés pour leur nouveauté ou leur intensité, tantôt rejetés par ceux qui veulent rester maître des situations et d'eux-mêmes. La perte du contrôle de soi occasionnée par le produit induit des comportements jugés dangereux.

### Héroïne

L'héroïne pourrait être qualifiée de « drogue à étapes », ses effets se métamorphosant à chaque stade de consommation. Lorsque les usagers n'en sont pas dépendants, elle est fréquemment utilisée comme produit « de soutien », permettant de se soustraire à différentes pressions de la réalité quotidienne, d'effacer un mal-être général, de gommer les tensions, de faciliter une ouverture aux autres, de soigner le stress ressenti lors des descentes de produits stimulants et/ou hallucinogènes, de contrecarrer les « dérapages psychologiques » provoqués par ces mêmes substances. Une fois sous l'emprise de ce produit, la prise d'héroïne n'apporte plus à l'utilisateur qu'un plaisir en négatif, celui de ne pas être en manque.

L'héroïne représente parfois l'ultime barrière à ne pas franchir en matière de consommation de substances psychoactives. Elle reste un produit des plus mal perçus, que ce soit par les anciens usagers, par les usagers occasionnels actuels ou par ceux qui n'ont jamais goûté, et son usage demeure caché, même en contexte festif. Le fait de stigmatiser aussi fortement cet usage peut constituer un moyen pour d'autres usagers de se rassurer quant à leur propre consommation psychoactive.

La consommation actuelle d'héroïne, par des personnes ne se reconnaissant pas dans l'histoire et les profils d'anciens injecteurs, existe non seulement dans l'espace festif mais aussi dans d'autres espaces impliquant plusieurs profils de population que nous n'avons pas pu définir dans le cadre de la présente étude.

### Rachacha

La fabrication de rachacha semble s'être développée au cours des dix dernières années, en particulier dans le sud de la France. Elle est réalisée dans des conditions d'hygiène plus ou moins bonnes.

Le rachacha est un produit bon marché fréquemment troqué ou offert. Son usage est le plus souvent occasionnel, opportuniste, et peut devenir régulier pendant des périodes de disponibilité du produit. Il n'est pas nécessairement lié à un événement particulier. Le rachacha est consommé à plusieurs ou en solitaire, en contexte festif mais également privé.

Il a des effets calmants, relaxants qui peuvent être recherchés en contexte festif pour pallier les descentes difficiles de produits stimulants et/ou hallucinogènes.

Il peut aussi être consommé au quotidien à faibles doses pour obtenir un état d'apaisement, de décontraction, de bien-être intérieur, en n'altérant que très légèrement l'état de conscience de l'utilisateur.

À plus fortes doses, il est ressenti comme un produit « planant ».

Bien qu'il soit souvent perçu comme inoffensif, le rachacha peut créer chez des usagers réguliers une tolérance et une accoutumance.

### Produits rares

Le générique « produits rares » recouvre ici un ensemble confondant des produits peu disponibles (ici GHB, 2CB, DMT et PCP) et des produits disponibles dont les usages paraissent exceptionnels ou très restreints<sup>50</sup> (ici Datura).

Les produits rares sont l'objet de discussions et de spéculations, ils nourrissent l'imaginaire même si leur usage reste effectivement marginal et la connaissance de leur nature et de leurs effets très approximative.

La Datura, le PCP et le DMT sont caractérisés par l'intensité de leurs effets, par la modification radicale dans le rapport au monde qu'ils occasionnent. Ils sont souvent comparés à des produits de type hallucinogène plus connus comme la kétamine ou le LSD. Les discours concernant le GHB et le 2CB sont le plus souvent approximatifs et stéréotypés. Ces deux derniers produits sont comparés à l'ecstasy dans leurs effets.

La consommation de ces « produits rares » reste limitée et occasionnelle chez les usagers rencontrés. La plupart n'en ont qu'une petite expérience mais tous ont, en revanche, une longue expérience des psychoactifs en général.

### Perception des usages et des « risques<sup>51</sup> » associés

La clandestinité forcée de l'usage de substances psychoactives ainsi que l'expérience d'états modifiés de conscience provoquent ou accentuent une prise de distance des usagers vis-à-vis des discours institués sur leur pratique, notamment sur sa dangerosité. On remarque d'ailleurs que plus ils développent une connaissance en quelque sorte « intérieure<sup>52</sup> » en matière de substances psychoactives, plus leur réceptivité aux langages « extérieurs<sup>53</sup> » concernant ces pratiques diminue.

50. À l'exception du GHB (anesthésiant léger), les substances évoquées sont de type hallucinogène (d'origine naturelle ou synthétique).

51. Ce thème est moins dirigé par les matières recueillies que par les problématiques d'interventions politiques et sanitaires dans le champ des usages de drogues. On le retrouve néanmoins de manière récurrente dans les données recueillies sous des formes assez diverses (limites posées à la consommation, catégorisation des effets des produits, conséquences à long terme des usages...).

52. Connaissance acquise par la pratique.

53. Discours souvent alarmistes, caricaturaux et stigmatisants des abstinents et/ou de la société.

Bien que certains usagers, notamment les plus anciens, estiment être passés par des périodes de dépendance ou de consommation compulsive et/ou abusive, le fait de prendre des drogues plus ou moins régulièrement est d'une manière générale légitimé. On est donc bien loin des représentations ordinaires de l'usager « toxicomane ». L'usage de psychoactifs est justifié par un besoin consenti et assumé d'expérimentation, de voyage ou de fuite (sortie de la réalité), d'épanouissement mais aussi de stimulation et d'accroissement des capacités personnelles.

Il apparaît pourtant un phénomène évolutif dans l'interprétation de l'usage. Dans un premier temps, il est presque toujours « positif » et les périodes d'abus ou de dépendance ne sont pas réellement prises en compte, mais elles font l'objet d'une analyse *a posteriori*.

La question des risques a ici été abordée en tant qu'« acte délibérément choisi qui implique un affrontement à ses limites physiques et psychiques ». Les usagers parlent « d'abus », « de dépassement des limites », mais n'évoquent pas directement les « risques ». Pour eux, prendre un risque, c'est « abuser », « ne pas vérifier la qualité d'un ou des produits », « mettre en jeu sa santé », « jouer avec la loi ». La perception de la prise de risque est influencée par l'environnement (la disponibilité et le mode de consommation des produits), les autres (stimulation collective) et la perception de ses aptitudes personnelles. Nous avons pu identifier trois types de comportements par rapport au risque. Celui-ci est soit ignoré par les individus, soit perçu mais non géré, soit identifié et géré.

La perception du risque est nuancée en fonction de la perception de la « dangerosité » des produits consommés. Les personnes interrogées mettent en avant trois critères. D'après eux, la dangerosité d'un produit psychoactif se juge à partir de sa nature, de l'intensité de ses effets (puissance de l'altération de la conscience), et des conséquences physiques et psychiques qu'il peut induire. Certains éléments, comme les rumeurs et la plus ou moins grande connaissance des produits, jouent aussi sur la perception de leur dangerosité.

La perception du risque d'un individu évolue au cours du temps et en fonction de l'environnement dans lequel il se situe. Il passe fréquemment par trois phases dans sa consommation de substances psychoactives : une phase de découverte, souvent euphorique, où la notion du risque n'est pas ou peu prise en considération, puis une phase d'observation où il cherche à évaluer ses limites, et enfin une phase de positionnement par rapport au risque : prise de distance et développement de stratégies de gestion de la consommation ou alors déni du risque. Dans ce dernier cas, les pratiques restent inchangées, mais l'usager ne retrouve pas pour autant les plaisirs éprouvés initialement.

## CONCLUSION

Du fait de la diversité des produits et des associations de produits pratiquées, les vécus d'un même événement festif sont multiples. Plus globalement, les pratiques et les trajectoires des usagers sont de plus en plus complexes et personnalisées.

La généralisation de la prise de psychotropes (légaux et illégaux) et sa complexification font que la frontière entre consommation récréative et consommation abusive est aujourd'hui fragile et souvent fluctuante (d'où l'intérêt de parler « d'épisodes » de consommation). Du même coup, la stigmatisation de personnes « droguées » ou « toxicomanes » tend à disparaître, elle est réservée à des pratiques comme l'injection, qui font encore figure d'exception. L'assouplissement de l'interdit, l'ouverture du marché et le développement de l'usage de psychotropes tendent à banaliser le phénomène de « l'assistance chimique ».

Les nouveaux usagers de psychotropes illégaux procèdent par tâtonnement, empiriquement, et souvent sans connaissance préalable des produits, de leurs effets et des risques qui peuvent y être associés. Une nouvelle culture de l'usage de drogues se construit à travers les expériences des uns et des autres. Elle se transmet oralement, les produits, leurs effets, leurs associations, étant très discutés entre usagers.



## CONCLUSIONS DU RAPPORT TREND

---

Les points de conclusion présentés ci-après relatifs aux tendances en termes d'usage de substances psychoactives ne prétendent pas donner une image parfaite et absolue de la situation qui prévaut en la matière en France. Ces tendances sont tirées d'un système d'observation qui est encore largement expérimental et dont les champs d'investigation sont limités. Tout comme l'année précédente, deux espaces ont été étudiés à savoir l'espace urbain, qui recouvre principalement la population en contact avec les structures de soin et d'accueil et l'espace festif (milieu techno), lequel cible des usages s'inscrivant dans un contexte récréatif. Cette limitation 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 dans l'Hexagone. Le dispositif TREND, de manière pragmatique, se construit à partir d'espaces où il existe une tradition d'observation, des structures de terrain capables de faire remonter l'information.

Dans l'espace urbain, les produits opiacés restent les produits dominants. La tendance qui se confirme encore cette année est une redéfinition de l'importance relative des produits qui composent cette famille. La buprénorphine haut dosage (BHD) devient de plus en plus prépondérante sur le marché parallèle des opiacés au détriment de l'héroïne. La disponibilité croissante des médicaments de substitution, notamment la BHD, modifie la place des autres opiacés. La demande d'héroïne et de dérivés codéinés semble diminuer. La méthadone est disponible hors prescription médicale, mais sa diffusion reste très limitée. Dans cette nouvelle configuration, héroïne et BHD dominent le marché parallèle des opiacés. La méthadone et les sulfates de morphine semblent jouer un rôle marginal.

Dans l'espace festif techno, la consommation d'héroïne serait en augmentation. Elle est consommée à la fois comme un produit de régulation des stimulants et hallucinogènes et pour ses effets opiacés propres. Cet usage semble être pour le moment minoritaire. La poursuite d'une observation de ce phénomène s'impose.

Dans l'espace urbain, la voie d'administration intraveineuse de l'héroïne demeure prépondérante. L'usage de la voie nasale tant pour l'héroïne que pour la BHD est en progression. Une situation opposée est observée au sein de l'espace festif où les voies nasale et pulmonaire demeurent prépondérantes, mais où l'usage de la voie injectable serait en discrète augmentation tout en restant assez rare.

La disponibilité de la cocaïne et du crack continue d'augmenter tant dans l'espace festif que dans l'espace urbain. La MDMA et les amphétamines sont surtout présentes dans l'espace festif techno alors que la cocaïne et le crack le sont dans les deux espaces. Les modes d'administration dominants sont : la voie nasale pour la cocaïne et les amphétamines ; la voie orale pour l'ecstasy ; et la voie pulmonaire pour le crack. Dans l'espace urbain, la cocaïne et le crack sont aussi utilisés par voie injectable.

Le LSD est l'hallucinogène le plus diffusé au sein de l'espace festif techno suivi par les champignons hallucinogènes. Le profil des consommateurs de LSD, de champignons ou de protoxyde d'azote semble être assez similaire à celui des consommateurs d'ecstasy. Celui des consommateurs réguliers de kétamine semble quant à lui différent. Ils seraient plus souvent adeptes d'un mode de vie marginal et en rébellion avec la société.

La consommation détournée de benzodiazépines, notamment de flunitrazépam (Rohypnol®) est importante dans les milieux les plus marginalisés. Cette consommation vient en complément d'autres produits comme l'alcool, l'héroïne, la BHD voire la cocaïne ou le crack.

Les trois départements d'outre-mer se distinguent, par rapport à la France métropolitaine, par une faible diffusion des opiacés. À la Réunion, il existe une consommation de médicaments psychotropes (benzodiazépines, tranquillisants) détournée relativement importante. En Guyane et à la Martinique est observée une consommation relativement importante de crack. En dehors du mésusage d'Artane® à la Réunion, la diffusion des hallucinogènes semble inexistante ou rare dans les trois DOM. L'ecstasy, de son côté, se diffuse à petite échelle mais semble en augmentation.

Parmi les produits collectés comme produits de synthèse, on trouve 71 % de dérivés amphétaminiques dont 64 % de MDMA. Parmi les comprimés contenant de la MDMA, le dosage moyen est de 75 mg. Près d'un cinquième des échantillons présente une quantité de MDMA supérieure à 100 mg. Plusieurs produits psychostimulants ont été identifiés pour la première fois au sein de la base de données SINTES : la cathinone, le 2-CT7, le 4-MTA et la PMA.

## GLOSSAIRE DES PRINCIPALES SUBSTANCES CITÉES DANS LE RAPPORT

---

**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-méthylènedioxyméthamphétamine) : 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<sup>e</sup> 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.

**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.

## Médicaments

**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.

**Artane®** : médicament anticholinergique de synthèse prescrit essentiellement aux malades atteints de la maladie de Parkinson, détourné et utilisé pour ses effets hallucinogènes.

**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.

**Sulfates de morphine** (dont le Skénan® et le Moscontin®) : morphiniques à libération prolongée.

INABA (D.S.), COHEN (W.E.), *Excitants, calmants, hallucinogènes*, traduit de l'anglais par LAGIER (G), Piccin, 1997, 383 p.

RICHARD (D), SENON (J.-L.), *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Larousse, 1999, 433 p.

**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>