

**PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS
LIÉS AUX DROGUES
EN 2006**

**TENDANCES RÉCENTES
SUR LE SITE
DE BORDEAUX**

T R E N D

Tendances récentes et nouvelles drogues

Rapport TREND Bordeaux 2006

Jean-Michel DELILE
Anne-Cécile RAHIS

Les contributions

Nous tenons à remercier l'ensemble des partenaires qui, par leurs compétences, leur disponibilité et leur investissement, nous ont permis de réaliser ce rapport qui est une œuvre commune. Nous tenons aussi à exprimer toute notre gratitude aux usagers de drogues pour leur aide précieuse dans la réalisation des différentes enquêtes.

Nous tenons spécialement à remercier toute l'équipe de l'OFDT à Paris pour leur soutien et leur disponibilité tout au long de l'année et plus particulièrement :

M. Jean-Michel COSTES, Directeur de l'OFDT
Mme Agnès CADET-TAIROU, Responsable de l'unité « tendances récentes »
M. Abdalla TOUFIK, Chargé d'étude
M. Michel GANDILHON, Chargé d'étude
Isabelle EVRART, Chargée d'étude
Mlle Valérie MOUGINOT, Secrétaire
Mme Nadine LANDREAU, Secrétaire de Direction

Équipe TREND/SINTES Bordeaux

Dr DELILE Jean-Michel, Coordinateur
Mlle RAHIS Anne-Cécile, Chargée de missions
Mlle CREYEMEY Agnès, Enquêtrice espace urbain
M. SEINE Raphaël, Enquêteur espace festif techno
Mlle SEIGNETTE Céline, Enquêtrice espace festif techno

Collecteurs projet SINTES et Collecte Cocaïne

Mlle BECAT Eléonore (CLSPD Bx)
Mlle CREYEMEY Agnès (CEID)
M. DELILE Jean-Michel (CEID)
Mr LANTHEAUME Yves (CEID)
Mlle RAHIS Anne-Cécile (CEID)
M. SEINE Raphaël (CEID)
Mlle SEIGNETTE Céline (CEID)

Structures de « premières lignes »

Mme REILLER Brigitte, Responsable du Centre Planterose et toute l'équipe de la « boutique ».
Mme LATOUR Véronique Responsable de la Mission Réduction des Risques Médecins du Monde et toute l'équipe de « la Case » (« Boutique ») et du PES.
M. SPINHIRNY Didier, Responsable du Programme Échange de Seringues du CEID et toute l'équipe du PES.

Groupe focal répressif :

M BAILLET, Chef groupe stupéfiant
Mr BARTHE Bruno, Adjudant coordonnateur Région, Gendarmerie

M. BASTIERE Yann, DDSF Gironde, SD Gironde, Brigade stupéfiants
Mlle BECAT Eléonore, Chargée de missions, Mairie de Bordeaux
M. CAILLIEREZ Christophe, Inspecteur principal, DDASS 33.
M. CAREL Gilles: Lieutenant au Commissariat d'Arcachon
Dr DUMESTRE-TOULET Véronique, Toxicologue, Laboratoire TOXGEN
M. HENGEN Guy, Coordinateur CCSPD, mairie de Bordeaux.
M. MOLINIE Pierre, Commandant de police, chef brigade stupéfiants, DIPJ Bordeaux.
Mr MINVIELLE Alain, Adjoint Chef du secteur Capucins Bordeaux.
Mr PARISET Patrick, Brigadier Major, Chef secteur Belcier, Bordeaux
M. REY Jean-Louis, Vice-Procureur de la République, Bordeaux
Mr WANSON Yann, Capitaine, Chef groupe des stupéfiants S R Bordeaux

Groupe focal sanitaire :

Pr AURIACOMBE Marc, Chef du département d'Addictologie
M. BARC Pierre, Educateur spécialisé, CAANABUS
Mlle CREYEMEY Agnès, Animatrice Socio-éducative (CEID)
Dr DESTRIAU Yves, Médecin Conseil CNAMTS
M. EGEA Christian, Statisticien Régional DRASS
Dr. FOUCHER Juliette, Hépatologue, Réseau Hépatite C
Dr HARAMBURU Françoise, Pharmacologue, Service de Pharmacovigilance, CEIP Bordeaux
Mme LATOUR Véronique, « Boutique » MDM
Mlle LAZES Aurélie, Réseau Agir 33
M. MURA Philippe, Pharmacien inspecteur DRASS
Dr OCHOA André, Directeur ORSA
Dr PAILLOU Virginie, Médecin Consultation d'Arès, CEID.
Dr REILLER Brigitte, Responsable Centre Planterose CEID.
Mme ROCHET Élise, Educatrice RENAPSUD
M. ROSSARD Philippe, Educateur spécialisé, CSST de la Maison d'Arrêt de Gradignan
Dr SOUBIE-NINET Florence, Médecin Centre d'addictologie d'Arcachon, CEID

Sommaire

| | |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Les contributions | 2 |
| Sommaire | 4 |
| Introduction..... | 5 |
| Points de repère sur le site | 6 |
| L'activité TREND de l'année | Erreur ! Signet non défini. |
| L'espace urbain | 8 |
| L'espace festif techno..... | 10 |
| Observations et résultats en 2006 | 11 |
| Héroïne | 11 |
| Buprénorphine haut dosage | 12 |
| Le chlorhydrate de méthadone | 13 |
| Les sulfates de morphine | 15 |
| L'opium et la rachacha | Erreur ! Signet non défini. |
| Iboga..... | Erreur ! Signet non défini. |
| Les amphétamines | Erreur ! Signet non défini. |
| La cocaïne et le Crack | Erreur ! Signet non défini. |
| L'ecstasy | Erreur ! Signet non défini. |
| Le LSD | Erreur ! Signet non défini. |
| La Kétamine..... | Erreur ! Signet non défini. |
| Liste des structures en Aquitaine | Erreur ! Signet non défini. |
| Dordogne | Erreur ! Signet non défini. |
| Gironde..... | Erreur ! Signet non défini. |
| Lot et Garonne | Erreur ! Signet non défini. |
| Lot et Garonne | Erreur ! Signet non défini. |
| Pyrénées-Atlantiques..... | Erreur ! Signet non défini. |
| Liste des « Consultations Cannabis » en Aquitaine | Erreur ! Signet non défini. |

Introduction

Cette nouvelle édition du rapport TREND du site de Bordeaux est donc consacrée à l'analyse des phénomènes émergents et tendances récentes en matière de consommation de substances psychoactives survenues dans l'année dans l'agglomération bordelaise et en Gironde en 2006.

L'ensemble du dispositif d'observation a été mis en œuvre afin de rendre compte le plus fidèlement et le plus rapidement possible à la fois des éléments de continuité de phénomènes préalablement repérés par TREND, les tendances, et de ceux qui apparaissent comme de réelles nouveautés ou des points de rupture suggérant un possible changement, les phénomènes émergents.

Six années de recul permettent de confirmer avec plus d'assurance ou à l'inverse d'invalider que tel ou tel phénomène nouveau constitue bien une réelle tendance à prendre en compte et non un simple artefact ou une anecdote...

Ainsi, certaines tendances se confirment et même se développent, comme l'utilisation croissante de cocaïne ou encore l'apparition d'un groupe d'usagers d'héroïne, alors que d'autres, a contrario, s'amenuisent comme l'usage d'ecstasy au sein des deux espaces.

Ce rapport n'a en tout cas pas vocation à être un état des lieux exhaustif des consommations de drogues à Bordeaux ni à plus forte raison en Aquitaine. Il consiste à attirer l'attention des personnes ou institutions concernées sur les phénomènes émergents, souvent très minoritaires, et de proposer une analyse des éléments de continuité et des éléments de rupture afin d'identifier au plus tôt les phénomènes candidats à devenir une tendance qu'il conviendrait de prendre en compte pour l'élaboration des politiques et des actions de prévention et de soins.

Ce travail et ces analyses n'ont été possibles que grâce à l'implication durable des partenaires institutionnels et associatifs (au sein des groupes focaux et des structures de première ligne notamment), des enquêteurs et des usagers qui animent le réseau local tout au long de l'année.

Points de repère sur le site

Le dispositif et ses outils

L'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) a mis en place depuis 2001 en Aquitaine un dispositif intitulé Tendances Récentes et Nouvelles Drogues. Pour la sixième année consécutive, le CEID a assuré la coordination du site Aquitain TREND en 2006. L'observation est orientée de manière prioritaire vers les usagers des produits illicites dont la prévalence dans la population française est trop faible pour permettre une observation de qualité par les enquêtes épidémiologiques classiques en population générale. Le dispositif Trend permet la mise en évidence précoce d'évolutions et de phénomènes ne concernant souvent qu'un nombre réduit d'individus. La mise en lumière de ces phénomènes permet une réflexion objective, à plusieurs niveaux, sur les nécessités d'adaptation des comportements et des actions de chacun pour diminuer les dommages possibles.

Deux espaces d'observation ont été privilégiés depuis sa mise en place : l'espace dit « urbain » et l'espace dit « festif techno ».

1) L'espace urbain recouvre pour l'essentiel les lieux où l'on rencontre des usagers actifs de drogues à Bordeaux ; il s'agit des CAARUD, Centres de soins, et des lieux ouverts tels que la rue, les squats, zone de regroupement...

L'espace festif techno désigne les lieux où se déroulent des fêtes qu'elles soient commerciales (clubs, discothèques, festivals...) ou non (free parties, teknivals, soirées « privées »). Les accointances musicales programmées en ces lieux sont diverses (*transe-goat, jungle, hardtek, hardcore...*) mais font partie des courants de musiques électroniques.

Pour cela, le dispositif s'est doté de plusieurs outils, essentiellement de type qualitatif qui sont :

* L'observation ethnographique de terrain des usages dans l'espace urbain et les espaces festifs tout au long de l'année. Cette observation se fait par des contacts avec les usagers par immersion : des enquêteurs vont sur le terrain dans les milieux d'usages afin d'y observer les modifications et/ou les constances des usages de drogues de ces publics. Au sein de l'espace urbain, les enquêtes se déroulent essentiellement dans la rue grâce à des contacts établis de longue date et qui ont permis d'établir des relations partagées et prolongées avec différents types d'usagers vivant dans cet espace.

* Deux enquêtes qualitatives auprès des équipes des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) à Bordeaux à savoir l'équipe de Médecins du monde (la Case) et celle du CEID (Centre Planterose). Ces enquêtes sont effectuées sur la base du questionnaire semi directif renseignant pour chaque substance les six thématiques principales préalablement définies, qui structurent les stratégies de collecte et d'analyse des informations :

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

Les différents professionnels travaillant dans ces structures, de par leur implication, ont largement concouru à relayer les informations au sein du réseau TREND et ont permis à de multiples reprises d'attirer l'attention du dispositif sur des phénomènes liés à l'usage de drogues dans leur domaine d'intervention en supplément des enquêtes qualitatives réalisées.

* Deux enquêtes qualitatives auprès d'enquêteurs spécifiques du monde festif techno sur la base du questionnaire semi-directif, enquête complétée par des entretiens réalisés par le coordinateur sur ce même modèle auprès des usagers très insérés dans le milieu renseignant l'ensemble des substances présentes et spécifiques à cet espace.

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

- le groupe focal sanitaire, composé de professionnels investis dans la prise en charge sanitaire non exclusive d'usagers de drogues (addictologues, psychiatre, urgentiste, infirmière, généraliste, infectiologue...), s'est réuni le 7 mars 2007.

- le groupe focal répressif a réuni le 28 mars 2007 des professionnels chargés de l'application de la loi, amenés à rencontrer fréquemment des usagers de drogues (police, douanes, justice...).

* Une enquête quantitative (PRELUD) auprès de 102 usagers fréquentant des CAARUD dont les résultats sont exploités à l'échelon national.

* Dans le cadre du dispositif SINTES nous avons contribué à l'étude portant sur la composition de poudre de cocaïne consommée sur le site en 2006.

Le développement perceptible depuis plusieurs années dans la région de l'usage de cocaïne, dont les effets en termes de santé publique sont encore mal appréciés, génère une préoccupation grandissante de l'ensemble des acteurs locaux.

Cette étude s'est intéressée à l'un des aspects mal documentés de l'usage de cocaïne : la composition toxicologique des poudres consommées. Son objectif est de recueillir des échantillons de cocaïne à un niveau où le produit ne sera plus transformé, c'est-à-dire au plus proche de l'utilisateur. Nous avons ainsi organisé localement la collecte des produits et recruté et formé des enquêteurs.

Pour cela nous avons redéployé une partie du travail d'enquête auprès d'un nouveau groupe de consommateurs; il s'agissait de personnes insérées qui ont des pratiques de consommation qui se déroulent essentiellement au sein d'espace récréatif et qui n'ont pas de connexion avec le dispositif TREND.

Nous nous sommes appuyés sur la méthode dite «boule de neige» afin de rencontrer ces usagers « invisibles » jusqu'alors pour le dispositif, exception faite des discours tenus à leur égard par d'autres usagers.

D'autre part, conjointement à cette collecte nous avons également participé au recueil de données d'une enquête spécifique en direction de ces mêmes publics qui se poursuit en 2007 et qui consiste à aller recueillir, sur la base d'un entretien semi-directif et enregistré une description fine des usages de la cocaïne chez les consommateurs dits « insérés ».

Pour cette substance en particulier, nous nous sommes heurtés à des difficultés propres aux caractéristiques du groupe au sein duquel nous souhaitons effectuer une partie de la collecte (sujet que nous développerons dans le chapitre dédié à la cocaïne.)

L'espace urbain

Depuis 2004, la porosité croissante que nous observons entre les deux espaces étudiés, liée au passage de certains usagers de l'un à l'autre tend à estomper les spécificités de leurs usages. Sont particulièrement concernés ces jeunes désaffiliés, catégorisés sous le terme « jeunes errants » qui déambulent d'un espace à l'autre au rythme de leurs besoins (produits ou besoins vitaux) mais aussi certains usagers ayant perdu le contrôle d'une consommation initiée sur la scène festive et fréquentant maintenant les structures de réduction des risques et les centres de soins.

Nous avons pu constater que de nombreux jeunes issus de l'espace urbain, plutôt marginalisés, se retrouvaient de plus en plus fréquemment au sein de l'espace festif. Ainsi, les usagers les plus visibles de cette tendance sont ces jeunes gens qui vivent en squat, « zonent » l'après-midi et que l'on rencontre dans les concerts, dans les « free » et les manifestations diverses plus libres, moins encadrées, peu payantes ou aux abords des grandes manifestations (parkings, campings...). Ces derniers se revendiquent de l'idéologie des « teufeurs » ou tout du moins de ce qu'ils en imaginent en ayant suivi depuis un à deux ans les « rythmes du mouvement » et participé à de grands rassemblements. Ils restent pour la plupart dans le centre ville, vivent en squat et sont aisément décrits comme des « teufeurs sédentarisés ».

Ainsi, il apparaît que les distinctions observées, notamment en ce qui concerne les produits consommés spécifiquement dans chaque espace, s'amenuisent et les usagers qui se situent à leur « croisée » nous renseignent particulièrement sur les connections qui s'opèrent et les nouvelles diffusions d'usages qui se créent¹.

Ce groupe de jeunes errants reste très présent sur le site et leur attitude migratoire interrégionale semble s'être restreinte au profit d'une possible sédentarisation.

En effet, les observateurs de terrain ont visualisé cette année d'une sorte d'ancrage de quelques groupes à Bordeaux. Bien que peu signifiant en soi, une observation illustre ce changement puisque, en lieu et place du traditionnel sac à dos, ce sont les « caddies » et poussettes, signes désuets de la condition de SDF qui font désormais partie du paysage urbain de certains de ces jeunes pour transporter portée de chiots, affaires personnelles, etc...

« Moi j'ai le sentiment que les errants, urbains, actuels ont tendance à la stagnation, plus que les années précédentes, ou même s'ils revenaient à bordeaux, ils n'étaient plus mobiles. Les mobilités festivières semblent s'être atténuées aussi. »

La sédentarisation de ces jeunes, couplée à une adaptation des dispositifs d'accueil à ces nouvelles populations, semble avoir contribué à la fréquentation plus importante de ces structures par ces groupes comme nous l'indique une structure de réduction des risques en évoquant le profil des usagers qu'ils reçoivent :

« Il s'agit quasiment plus que des gens en errance et une population plus jeune entre 18 et 25 ans. Nous voyons plus de femmes et des gens qui ont de grosses pathologies et surtout ils ont tous et de plus en plus de chiens qui ne sont pas acceptés partout... »

Dans ce même temps, la visibilité des traveller's dans l'espace urbain en 2006 apparaît clairement amoindrie, illustrée par la raréfaction des séjours de groupes de « punks et traveller's » à Bordeaux.

¹ Delile J.M, Rahis A.C. *Usagers nomades ou en errance urbaine à Bordeaux*, in Rapport local TREND 2004, Observatoire français des drogues et toxicomanies, Paris. Pp 40-60. 2004

Cette évolution, dans le sens de la sédentarisation des jeunes et de l'appauvrissement des transferts de population de traveller's et divers « technoïdes », peut possiblement être corrélée à la moindre amplitude du mouvement festif techno dans la région.

L'espace festif techno

Une des caractéristiques du mouvement festif techno est sa nature évolutive, ainsi en 2006 nous avons noté une tendance à la diminution des grandes manifestations spécialisées dans la musique techno et électronique dans la région.

La spécificité culturelle techno des programmations en 2006 dans certains clubs bordelais, voire certaines manifestations, apparaît nettement moins affirmée et l'on observe également que ceux qui ont maintenu une programmation électro le font moins régulièrement qu'auparavant.

Dans cette dynamique, ce qui apparaît le plus notable est l'hétérogénéité des styles musicaux programmés au cours d'une même soirée.

« La fréquentation de ces clubs est aléatoire, leurs programmations sont techno. Ils en font moins mais organisent des week-ends (ou soirées) rock électro-rock, hip hop... ce n'est plus du tout la scène électro exclusivement parfois t'as même l'impression d'être dans un club classique où tu retrouves un public non-connaisseurs... ça fait bizarre... ».

Dans le même temps, en début d'année 2006, l'attitude des organisateurs des soirées techno s'est modifiée suite à un décret autorisant l'accueil d'un nombre de personnes plus important au cours de ces soirées (passant d'un maximum de 250 à 500 personnes.)

Certains enquêteurs notent d'ailleurs un lien de causalité entre cette nouvelle donne et l'organisation plus soutenue de free parties, « clandestines et gratuites », se déroulant dans les campagnes péri-girondines (entre 70 et 80 km de Bordeaux), périmètre que trois à quatre Sound-Systemes se répartissent tacitement. Il apparaît que ce redéploiement des free au sein du milieu rural par les Sound Systemes soit également une réponse apportée à un public nouveau et demandeur :

« Dans les milieux ruraux la free party c'est ce qui est à la mode, beaucoup plus que les clubs ça permet aux gens des départements où il n'y a pas de grosses villes de sortir et voir du monde, c'est facile...la techno qui va à la campagne...ça fait naître des vocations, l'avenir de la free party va être dans ces lieux là, ils n'ont pas de salles de concert, pas de festivals...juste la boîte à Jacky... »

A la croisée des chemins entre free parties et soirées payantes organisées, sont apparus des rassemblements « qui font penser aux retours des raves parties du début des années 90 », fêtes organisées dans des hangars, moulins, salle des fêtes...

« Ces soirées contournent les contraintes des clubs (fermeture à 4h, prix élevés), sans reproduire les schémas des free parties (musique dure toute la nuit, en extérieur, climat glauque...), et rassemblent un public très hétéroclite. »

Enfin, ce délitement du mouvement techno amorcé depuis deux ans maintenant s'accompagne d'une moindre spécificité de celui-ci ; les organisateurs s'accrochent à des rassemblements moins spécialisés et « posent leur son » en marge des grands festivals généralistes :

« Lors de la plupart des festivals généralistes festifs (rock, chansons, hip-hop, reggae, électro...), des Sound System se sont installés sur les parkings, selon un mode d'organisation proche des free parties où le public des free parties se retrouve. »

Observations et résultats en 2006

Depuis le début de nos observations, le développement de la prescription des traitements de substitution (méthadone, Subutex) a abouti à une mutation profonde du paysage de la consommation d'opiacés. Dans cette famille sont référencés des médicaments comme la morphine et en particulier le sulfate de morphine disponible sous forme de gélules, mais volontiers « détourné » de ses usages initiaux pour être injecté (Moscontin®, Skénan®), et bien entendu des produits illicites comme l'héroïne, sans doute l'opiacé le plus connu. Sa diffusion, bien qu'ayant amorcé un léger déclin suite à la mise en place des premiers programmes de substitution au milieu des années 1990 en France semble reconquérir quelques adeptes récemment.

Les opiacés dits « naturels » semblent avoir connu un cycle de diffusion plus important au sein de l'espace festif techno, ils sont représentés par l'opium lui-même, très utilisé et par la rachacha, pâte ou « confiture » d'opium réalisée à base de bulbes de pavot cuisinés et réduits à l'état de confiture. Enfin, les médicaments de substitution (méthadone et buprénorphine) font aussi l'objet de paragraphes spécifiques du fait des mésusages qui en sont fait.

Héroïne

L'ensemble des sources TREND s'accorde à noter une fluctuation à la hausse de la disponibilité de l'héroïne en 2006 et particulièrement en fin d'année. Ce que nous supposons l'année dernière semble s'affirmer nettement selon l'ensemble des indicateurs TREND :

- Augmentation de la disponibilité ;
- Apparition d'une nouvelle population de consommateurs, plutôt jeunes, socialement bien insérés ;
- Discours plus variés sur les différentes sortes d'héroïne (brune, blanche, rose) ;
- Visibilité accrue et importante des consommateurs dans différents lieux de soins (augmentation des demandes de substitution liées à l'usage quasi exclusif d'héroïne, et augmentation des demandes de sevrage) ;
- Visibilité accrue des usagers d'héroïne par la sphère judiciaire (service de soins en prison, Interpellations d'usagers dépendants) ;
- Voyages transfrontaliers d'usagers plus fréquents.

Un groupe de consommateurs est devenu plus visible par les intervenants du champ toxicomanie, qu'il s'agisse des professionnels du soin et de la justice.

Les caractéristiques principales de ces personnes sont d'avoir la trentaine ou moins, d'être socialement insérées et de consommer principalement de l'héroïne par voie nasale.

« J'ai en tête quatre usagers de bonne famille, arrivés en détention en bleu de travail, complètement insérés qui fréquentent le milieu mais n'y ont pas d'amis ni d'autres connections. »
Pour ces personnes l'héroïne est consommée pour ses effets propres et non pas pour gérer une descente de psychostimulants comme nous l'avions noté dans nos descriptions par le passé concernant les usagers d'héroïne issus du milieu festif.

« On revient 10-15 ans en arrière dans le type de profils et de prise en charge des personnes rencontrées au sein de la prison, ils ont une attitude hédoniste vis-à-vis du produit... »

Pour cette nouvelle population, des logiques de consommation découlent les logiques de soins : ne pratiquant pas l'injection, ils privilégient sevrages et substitutions courtes :

« Les changements dans la prise en charge c'est que tu reviens dans le modèle abstinent is n'y a pas de logique de substitution pour eux. L'essentiel (des usagers) consomme en sniff et de la même manière qu'il réfute le Subutex®, ils prohibent la seringue. La seringue c'est un pas de plus dans les travers de la toxicomanie... »

Les usagers d'héroïne de l'espace urbain la consomment alternativement par voie pulmonaire (« *chassez le dragon* ») et par voie parentérale. Cette pratique se retrouve plus particulièrement chez des usagers pour qui la consommation d'héroïne se révèle plutôt occasionnelle car ils trouvent là, pensent-ils, un moyen d'éviter la dépendance et de maîtriser au mieux leurs consommations.

Par ailleurs, l'usage d'héroïne reprend une place certaine dans le paysage de consommation actuel des usagers substitués. Ces usagers vont parfois effectuer eux-mêmes une cure de sevrage à l'aide de méthadone® (15 jours) ou encore exceptionnellement recourir à des alternatives thérapeutiques telles que l'usage d'Iboga.

Pour un coût moyen de 60 € le gramme, l'héroïne brune demeure la plus fréquemment utilisée. Les pratiques d'approvisionnement transfrontalières apparaissent plus nombreuses que les années précédentes, pratiques motivées par le prix de l'héroïne à environ 15 € le gramme en Espagne.

« Dans certains groupes de l'espace urbain, à tour de rôle, quelqu'un va faire les courses en Espagne et ramène coke, héro... sans chiens c'est mieux ».

Les représentations de l'héroïne ou plutôt de la râbla ne semblent pas s'être fondamentalement modifiées en 2006. Les usagers qui consomment la râbla en fin d'événements festifs par voie nasale semblent lui conférer une place qui leur évite la confrontation massive avec les représentations négatives dont elle est habituellement l'objet dans ce milieu : *« C'est un truc pour calmer ce n'est pas de l'héro ils font le rapprochement avec l'opium mais avec l'héroïne non. Parce que c'est connoté l'héroïne, ça s'injecte, ce n'est pas bien, tu sniffes c'est gentil, t'a pas de gros flash, ce n'est pas vécu comme un produit violent. »*

Buprénorphine haut dosage

Dans la continuité des années précédentes, les observateurs situés en milieu urbain confirment la forte présence de la Buprénorphine dans les consommations des milieux les plus marginalisés ; les jeunes en situation d'errance au sein de l'espace urbain tout comme les personnes ayant récemment immigré à Bordeaux semblent avoir systématisé leur consommation pour lesquelles la Buprénorphine tient une place plus centrale.

Ainsi le détournement de son usage thérapeutique semble se renforcer sous l'angle de la diversification des détournements dont il est l'objet. A la pratique d'injection du Subutex® s'ajoute celle de la prise par voie nasale qui concerne les usagers non-injecteurs.

En parallèle, en dépit de cette tendance, certains acteurs sanitaires ou intervenant dans les CSST et les CARRUD s'accordent à souligner une diminution de fréquence des problèmes sanitaires habituels liés à l'injection de Subutex® qu'ils attribuent conjointement à une meilleure maîtrise de la préparation ainsi qu'à l'utilisation plus systématisée des Stérifiltres®.

Un des phénomènes nouveaux concernant le Subutex® est la mise sur le marché de son générique. Les représentations dont il est l'objet sont liées à son efficacité et à son utilisation.

Sa moindre amertume en bouche fait dire à certains qu'il est plus simple à prendre, d'autres, pour la même raison, s'interrogent sur l'équivalence en terme d'effets...

Sa taille plus réduite que son homologue, le Subutex®, semble le rendre moins aisément sécable et fractionnable, et la quantité de poudre qu'il produit après écrasement fait dire à certains usagers qu'il

est moins simple à utiliser en sniff. Ses partisans qui pratiquent l'injection y voit, quant à eux, une moindre présence d'excipients et ainsi une réduction des risques locaux liées à cette pratique. Cette buprénorphine n'échappe donc aux représentations communes et aux craintes liées aux médicaments génériques.

Les groupes d'utilisateurs demeurant identiques aux années précédentes, seule l'utilisation du Subutex® par le groupe des jeunes en errance, telle qu'identifiée l'année dernière, semble s'être amplifiée. En effet, alors que nous spécifions que ces jeunes utilisaient le Subutex® principalement en descente de psychostimulants et de manière épisodique, il semblerait que, pour les observateurs de l'espace urbain, cette consommation soit devenue plus régulière. D'autre part, le Subutex® semble avoir pris une place plus importante dans le panel des substances consommées par ce même groupe (fréquence d'utilisation plus importante, formalisation de prescriptions) et qu'ils aient de plus en plus recours à la voie injectable (pour ceux qui pratiquent déjà l'injection de psychostimulants). Pour ces mêmes observateurs, il s'agirait pour cette population d'une entrée franche dans un parcours de consommation plus « standardisé ».

Le mode de consommation du Subutex® en sniff semble avoir pris un peu d'ampleur en particulier chez les usagers ne pratiquant pas l'injection, mais qui trouvent par là un moyen d'avoir des effets plus rapides et intenses que pris en sublingual.

« Je note toutefois une nouvelle vague de jeunes sous Subutex® qui le shootent. C'est les jeunes que je rencontrais il y a 5 ans (qui avait entre 18 et 21 ans) qui prenaient le sub pour descendre de la coke et qui aujourd'hui ont 25 ans et qui shootent le sub...les produits c'est en plus».

De plus, les groupes d'utilisateurs d'origine étrangère évoqué l'année dernière, que nous identifions comme des consommateurs occasionnels de Subutex® piochant dans la palette d'opiacés, apparaissent, eux aussi, présenter une dépendance plus marquée. Pour ces personnes sans ouverture de droits et en situation précaire, il s'agit a priori d'un approvisionnement extérieur à la prescription médicale.

Bien que les scènes de vente et de consommation de Subutex® se soient quelque peu soustraites aux regards depuis 2 ans, le petit trafic de Subutex® reste visible en certains points de l'agglomération bordelaise connus de tous.

La revente de Subutex® semble être réalisée par des usagers dits « de la zone » qui génèrent des discours réprobateurs au sein de l'espace urbain :

« Les personnes qui revendent se font passer pour des dépendants et revendent leur sub ou alors ce sont des usagers dépendants qui diminuent leur consommation et revendent leurs excédents. »

Le chlorhydrate de méthadone

L'offre de méthadone® au sein de l'espace urbain semble s'être légèrement accrue en 2006 et les prix de vente dans la rue revus à la baisse. Alors que depuis quelques années le flacon se négociait autour de 10 € quel que soit le dosage (60 mg le plus souvent), cette moyenne est de 7,5€ en 2006.

La disponibilité de la méthadone® semble élargie sans qu'il ne s'agisse pour autant de pratiques de deal organisées et systématisées (un cas de deal a été évoqué par le GFR en 2006).

Du point de vue des observateurs il s'agit toujours de dépannage, de troc, d'échange sans apparente réalité commerciale. L'anamnèse des parcours de consommation des usagers en demande de traitement de substitution est également signifiant en la matière puisque une bonne part des patients ont

déjà une prise de méthadone régulière ou déclarent avoir été initiés à la méthadone® dans la rue et connaissent assez bien la substance (dosage, utilisation...).

Ce type de pratiques semble effectivement s'être étendu et les personnes en demande de traitement naïves à la consommation de méthadone® sont maintenant rares.

Corrélativement à cette constatation, les perceptions de la méthadone® par les usagers apparaissent plutôt positives ce qui a, semble-t-il, conduit certains d'entre eux à pratiquer des cures de sevrage eux-mêmes à l'aide de méthadone® obtenue dans la rue.

Ces pratiques d'auto-substitution, bien que n'étant pas nouvelles en soi, semblent s'inscrire dans la tendance plus large de recherche d'alternatives thérapeutiques au traitement de la dépendance, au même titre que la recrudescence des demandes de sevrages et des expérimentations de l'Iboga.

La voie d'administration utilisée demeure exclusivement la voie orale même si certains persistent à «*vouloir trouver la technique* » pour l'injecter.

Les sulfates de morphine

Les sulfates de morphine se présentent sous forme de spécialités à action prolongée (Moscontin LP® et Skénan®). Bien que ne disposant pas d'Autorisation de Mise sur le Marché pour cette indication, les présentations d'action prolongée sont parfois utilisées comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés². Toutefois le médecin prescripteur doit au préalable obtenir l'accord du Médecin-conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Comme traitement substitutif, le sulfate de morphine bénéficie auprès des patients d'une image favorable en raison de ses effets proches de ceux de l'héroïne.

A Bordeaux, les sulfates de morphine ont accusé une nette diminution de leur disponibilité depuis deux ans. La raison principale est l'application des mesures de contrôles de la CPAM qui en ont limité la prescription et la délivrance. De fait, son accès dans la rue en a été clairement affecté et les usagers qui avaient réussi jusque-là à « *s'en faire prescrire* », considérés comme de « *vieux routards de la défonce* », ont été orientés vers les Centres de traitement de substitution.

Les discours dans la rue se sont taris à son sujet et nous pouvons considérer qu'en 2006 cette substance est devenue rare à Bordeaux et très difficile d'accès.

L'opium et la rachacha

L'opium d'aspect « caramel dur, cassant » provient de la récolte du latex obtenu par scarification de bulbes de pavot « *on incise des bulbes (dans les champs pharmaceutiques) à l'aide d'une lame et l'on récolte le liquide qui en sort quelques minutes après. Quand la récolte est terminée, on chauffe dans une poêle pour sortir l'eau et obtenir l'opium qui ressemble à du caramel dur (ça casse)* ».

Pour la rachacha, pâte molle marron-rouge, la préparation est plus longue puisqu'elle consiste à cuire les bulbes récoltés et non pas à simplement collecter le latex puis à le sécher ou le réduire...

La différence majeure entre l'opium et la rachacha provient donc des procédures de préparation et du pourcentage de substances actives qu'elles sont respectivement censées contenir, l'opium étant supposé plus fortement concentré.

La rachacha, plus que l'opium encore, est restée disponible cette année à Bordeaux. Pendant la période estivale en particulier, rachacha et opium sont usités comme opiacés de « confort » en descente d'autres substances consommées au cours de la soirée.

Ces deux substances, à la disponibilité aléatoire et peu prévisible, ne font que rarement l'objet d'un trafic, et sont surtout le fait d'échange et d'opportunité.

Leur origine naturelle font de l'opium et de la rachacha des opiacés relativement bien perçus.

Quelques usagers, les plus amateurs (de jeunes errants ou des usagers nomades³), arrivent à se constituer quelques « réserves » en limitant largement la diffusion de ce qu'ils ont eux-mêmes « récoltés » et préparés. De fait, ils apparaissent les seuls à ne pas limiter leur consommation à la seule période estivale, normalement plus propice à sa disponibilité.

² Conformément à la note de la Direction générale de la Santé (DGS) de juin 1996.

³ Tels qu'ils ont été définis dans la note thématique « Usagers nomades ou en errance urbaine et dispositifs spécialisés de première ligne ou de soin à Bordeaux. » dans le rapport TREND bordeaux 2004.

En ce qui concerne les autres groupes, la consommation de ces deux dérivés apparaît plus occasionnelle, souvent le fait d'opportunités liées à leur présence dans certaines fêtes ou à des usagers qui ont eux-mêmes réalisé une récolte et ont préparé leur rachacha.

Iboga

L'iboga est un arbuste d'Afrique Équatoriale, *Tabernanthe iboga*, dont les racines contiennent notamment un alcaloïde hallucinogène, l'ibogaïne, aux propriétés également psychostimulantes. Dans les sociétés traditionnelles africaines l'iboga pouvait être utilisé, à de faibles doses, comme stimulant de la vigilance, et, à fortes doses, intégré à toutes sortes de mixtures hallucinogènes utilisées à des fins magico-religieuses notamment lors de cérémonies comme le *bwiti* du Gabon. Plus récemment, l'ibogaïne a pu être utilisée aux USA comme catalyseur de psychothérapies et surtout proposée comme un principe anti-addictif global réduisant notamment l'appétence pour la cocaïne et les opiacés... Actuellement, l'iboga est obtenu par commande sur Internet soit sous forme de graines fraîches viables soit de racine réduite en poudre.

En 2006 plusieurs usagers ont manifesté un intérêt croissant à l'égard de l'Iboga. Cet intérêt, pour cette substance et d'autant plus son usage est une chose nouvelle pour le dispositif. L'utilisation de l'Iboga par ces usagers est davantage fondée sur son potentiel thérapeutique alternatif que sur ses dimensions hédonistes. Certains vantent ses propriétés introspectives et pensent que ce long voyage, les aidant à dévoiler les origines personnelles de leur addiction, agit comme une cure. Les effets hallucinogènes sont accompagnés d'une forte anxiété, de variations de la tension artérielle et d'une augmentation de l'appétit⁴.

« J'ai eu une aura toute la journée, c'est un truc de fou...J'ai eu un gros sentiment d'empathie et un bien être vis à vis de tout, de la forêt, des êtres humains, je renais à ma manière. En fait prendre de l'iboga c'est passer de l'âge adolescent à l'âge adulte ; en fait tu meurs et tu renais. »

La consommation d'Iboga a été identifiée auprès d'usagers dépendants aux opiacés de longue date et qui ont entrepris une cure de sevrage sous l'angle d'une nouvelle thérapeutique des addictions afin d'en « finir » avec leur dépendance.

Ce petit groupe d'expérimentateurs semble avoir été en contact avec l'iboga au travers de discours tenus par des connaissances ayant voyagé au Gabon. A Bordeaux, ces initiations se sont déroulées sans pairs ni tradi-praticiens alors que les personnes initiées aspiraient dans le même temps à ne pas isoler l'usage de cette plante du rituel auquel il est rattaché en Afrique.

L'élection de cette substance semble effectivement reposer sur l'association de substances hallucinogènes d'origine naturelle et d'une pratique néo chamanique⁵.

L'efficacité de la cure semble résider pour les usagers prioritairement dans les effets psychédéliques, entendus au sens propre premier du terme à savoir « révélateur de l'âme », que l'iboga déclencherait.

Il est question d'hallucinations et de prise de conscience accrue de soi et de son environnement qui fonderaient les vertus curatives de l'iboga. Celles-ci permettraient la résolution d'un problème intrapsychique impliqué dans la dépendance, sorte de dialogue interne permettant à la personne de s'interroger sur sa vie et d'y apporter une réponse (peut-être différente ?).

« Il m'a dit qu'il avait eu énormément de visions la 2eme fois il s'est mis devant une glace 30-45 minutes, il a vu toutes ses vies antérieures et surtout il pouvait aller à n'importe quel âge en

⁴ Delile JM, *Psychostimulants et psychodysléptiques* dans Traité d'addictologie sous la dir Pr Michel Reynaud, Médecine Sciences Flammarion, Nov. 2006, chapitre 90, pages 585 à 596

⁵ Delile JM, Rahis AC. *Consommation de substances d'origine naturelle*, in Rapport local TREND 2004, Observatoire français des drogues et toxicomanies, Paris. Pp 22-39. 2004

voyageant dans tête il pouvait aller à l'âge qu'il souhaitait pour se rappeler des choses qui lui posaient problème et ils les revivaient en même temps. »

Pour autre un usager ayant réalisé une « cure » dans une autre région au sein d'une communauté gabonaise on retrouve cette même finalité *« de recommencer pour le côté introspection, j'ai vu des psy étant gamin et ce qui m'intéressait c'était que c'est l'équivalent de 10 ans de thérapie en 3 jours »*.

D'après les descriptions d'un usager, les premiers effets sont ressentis dans le premier ¼ heure à deux heures après la prise et comprennent bouffées de chaleur, hypersomnie et légères hallucinations. Une phase qui associe excitation psychomotrice, logorrhée et humeur versatile semble perdurer.

« Je me sens super speed je m'énerve facilement mais je ne suis pas angoissé. Je suis hyper bien dans ma tête et des fois c'est le contraire. »

« Ton cerveau ouvre une porte et tous les mauvais délires ça te fais super réfléchir c'est comme la coke c'est tonifiant. »

L'Iboga est disponible sur Internet et la quantité prévue pour une cure est de dix grammes en prise unique. D'après les descriptifs, le produit se présente sous la forme d'une poudre, composée de racines légèrement broyées à partir desquelles est réalisée une décoction dans un litre d'eau bouillante. Les doses effectivement consommées oscillent entre 6 et 10 grammes par voie orale (tisane et dans du miel) et le prix de revient d'une cure est estimé à 50 € environ.

Une part de la substance reçue par Internet par un usager a été analysée en septembre 2006. Cet échantillon ne contenait pas d'Ibogaine, mais de la yohimbine (vasodilatateur utilisée pour stimuler l'érection) contenue dans la plante rauwolfia.

La grande amertume de l'Iboga semble avoir provoqué chez la personne des douleurs gastriques de type spasmodique accompagnées de fortes nausées et vomissements incoercibles pendant les quatre jours qu'a duré la cure ; temps pendant lequel s'alimenter s'est avéré impossible, et ce en lien avec l'anorexie induite par la prise d'iboga.

« Les vomissements c'était comme des convulsions, en plus je vomissais que de la bile. »

En marge de ces expériences la connaissance de cette substance reste très confidentielle. Hormis ce cercle d'initiés, les autres usagers semblent se représenter cette substance comme potentiellement dangereuse, ce qui laisse supposer une diffusion relativement restreinte.

« J'ai entendu parlé de l'iboga, j'en ai pas vu, j'ai essayé de m'en procurer... j'ai un ami, le mec il avait des grosses doses de Méthadone®, il en a pris et du jour au lendemain il a pas ressenti de manque et il était hyper bien. Mais c'est relativement cher quand même c'est 40 € pour une personne, en fait tu revis des trucs de ton enfance c'est assez hardcore tu revis des scènes de ta vie. »

Par ailleurs, en France, les événements incriminant l'Iboga dans le décès d'un usager semblent avoir suscité plus de curiosités que d'attrait chez les usagers aux dires des membres du groupe focal sanitaire :

« Lorsque l'on réalise des requêtes sur le site internet pour savoir quels articles sont les plus consultés, l'on retrouve principalement la cocaïne et l'iboga qui sont les mots clés les plus utilisés. »

« C'est le produit de l'année, il y a un intérêt très fort pour l'iboga, on nous a posé beaucoup de questions, il s'agissait d'usagers plutôt âgés, je sais que deux personnes ont tenté l'expérience dans une communauté et que d'autres en avaient commandé ».

Depuis, l'AFSSAPS a rendu un avis favorable pour le classement de l'Iboga et de l'Ibogaine au tableau des stupéfiants ; il est devenu effectif le 12 mars 2007.

Les amphétamines

Les amphétamines demeurent des substances très liées à la notion de fête et aux performances physiques par les usagers les plus marginalisés, les teufeurs et les usagers qui naviguent entre les deux espaces (festif et urbain). Le *speed* paraît bénéficier d'une image toujours valorisée pour ses qualités propres. Stimulant, énergisant, il semble correspondre aux demandes des usagers qui font la fête et être compatible avec les activités de subsistance nécessaires à la vie dans la rue.

Les speeds disponibles sur Bordeaux sont principalement les speeds blancs et jaunes en pâte ou en poudre. Le prix reste stable de 15€ le gramme en moyenne, il oscille entre 10€ et 20€ le gramme selon les personnes, les lieux, les contextes...

Les effets délétères décrits font essentiellement référence aux abus et à la descente. En effet, certains usagers ont décrit des surconsommations ayant provoqué des situations de malaises accompagnées d'une forte angoisse, de tachycardie, d'un sentiment de persécution, hallucinations visuelles...

Les mesures préconisées par les usagers eux-mêmes ont été d'isoler la personne dans un endroit calme et d'appliquer un soutien similaire à celui recommandé lors de mauvais délires hallucinogènes.

Tout comme les années précédentes, les associations sont diverses et variées. Se consommant tout au long de la fête, lui sont adjointes de nombreuses substances, qu'elles soient stimulantes (ecstasy, cocaïne) ou encore plus sédatives en périodes de descente (opiacés, cannabis).

La méthamphétamine signalée les années précédentes comme nouvelle substance ne semble toujours pas s'être individualisée en tant que telle et apparaît dans les discours des usagers comme étant une version plus concentrée des amphétamines, sa base.

La cocaïne et le Crack

La cocaïne se présente sous deux formes : chlorhydrate (poudre blanche obtenue à partir de la feuille de coca) destinée à être injectée (voie intraveineuse) ou sniffée (voie nasale) et base obtenue après adjonction de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque au chlorhydrate de cocaïne (caillou, galette), destinée à être fumée (voie pulmonaire). La forme base est appelée crack lorsqu'elle est vendue directement sous cette forme et généralement appelée free base lorsque l'utilisateur achète le chlorhydrate et réalise lui-même la manipulation.

Fortement stimulante, elle produit un sentiment d'euphorie, de puissance intellectuelle et physique et une indifférence à la fatigue et à la faim.

La disponibilité et la diffusion de cocaïne n'ont plus de commune mesure avec les références de disponibilités que nous proposons dans le premier rapport TREND local. Chaque année, nous avons noté un accroissement de sa diffusion au sein des espaces d'observation TREND et bien au-delà... Ainsi, d'un point de vue méthodologique, il est à noter que dans l'ensemble des informations recueillies concernant la cocaïne, certaines émanent de sources d'informations alternatives (personnes connaissant le dispositif et proposant spontanément des éléments de compréhension) qui ont ceci de particulier qu'elles se situent pour beaucoup en dehors des zones d'investigations traditionnelles du dispositif TREND, ce qui nous indique la grande prudence quant à la mesure à appliquer au phénomène.

En effet, nous avons déjà, l'an passé, mis l'accent sur la composition très hétéroclite des « profils » d'utilisateurs que nous avons rencontrés, d'âges très différents (de 16 à 45 ans), de conditions

socioprofessionnelles composites (tous milieux et classes sociales représentés), et dont les usages se déroulent dans différents espaces majoritairement récréatifs.

Pour ces usagers, l'utilisation de cocaïne apparaît très liée aux contextes festifs au sens large (et non pas uniquement à ceux où est programmée de la musique techno).

Cet usage est ainsi observable dans différents types d'établissements, de fêtes, de soirées (plus privées), de festivals (de grande ampleur ou plus cachés) : sorties en discothèque, bars... ou plus confidentiellement à l'occasion de petites soirées, de repas dans des espaces privés, autant d'occasions « ordinaires » où la cocaïne trouve facilement une place.

La représentation de la cocaïne demeure majoritairement positive du point de vu de ces usagers insérés pour lesquels elle est associée à la fête et présente une dangerosité relative : « *plus psychologique que physique* » n'engendrant que peu de conséquences négatives en termes de dépendance : « *Tout le monde pense que c'est un bon produit, les trois quarts des gens qui consomment la coke la préfèrent aux autres produits.* »

Sa consommation dans ces espaces festifs ne provoque que peu de discours réprobateurs, même du point de vue des non usagers, du fait notamment d'une représentation sociale positive de drogue « maîtrisable » en regard de la consommation d'autres substances. Seuls ceux identifiés comme abuseurs « *qui ne se contrôlent pas* » sont relégués durement au statut de toxicomane, la cocaïne étant par là « blanchie ».

Les modalités d'usage de la cocaïne sont par ordre décroissant d'utilisation, la voie nasale, la pratique de la base et la voie injectable. Chez la grande majorité des usagers et d'autant plus qu'ils sont insérés le mode de consommation de prédilection demeure la voie nasale. Pourtant depuis deux ans, la pratique qui consiste à fumer la cocaïne sans la baser apparaît de plus en plus utilisée dans ces mêmes milieux. Cette pratique moins visible et plus discrète complète souvent le sniff, lors de déplacement ou d'absence d'endroit où consommer :

« *Tu prends une clope que tu trempe dans la came et tu la fumes. Mais c'est souvent pour ce qu'il reste sur la table quand t'as fait les traces pour ne pas gâcher. Tu fais des traces pour 5-6 potes il en reste un peu tu essuies ta clope, ou tu aspiras au travers du bout de la clope éteinte au prix que ça coûte tu ne vas pas la jeter.* »

Un autre argument avancé par les consommateurs pour le choix de cette pratique est qu'elle permet une mesure de la qualité de la cocaïne, alternative de la base, par sa combustion comme l'illustrent ces propos :

« *Pas mal connaissent la technique de la cigarette, ils observent comment réagit la cocaïne à la chaleur; plus elle fait des « bulles » et se consume « sans couler, sans partir » meilleure elle est.* »

Les effets négatifs reconnus par les usagers sont identiques à ceux relevés les années précédentes ; d'une part ceux liés aux désordres cardiovasculaires ; tachycardie, arrêt cardiaque, conséquences vasculaires pour les injecteurs, et d'autres part ceux inhérents aux désordres psychologiques passagers, relatifs au contexte de consommation ou à la vulnérabilité propre du consommateur.

Son prix reste fixe aux alentours de 60€ à 80€ le gramme.

Enquête spécifique

Pour la mise en place de l'enquête de collecte de cocaïne en fin d'année 2006 au sein de réseaux de consommateurs très diversifiés, nous avons réalisé un travail ethnographique afin d'entrer en contact avec des populations consommatrices mais qui échappent habituellement à la visibilité de TREND. Cette démarche a débouché d'une part sur la collecte de 30 échantillons de cocaïne, mais surtout sur une connaissance plus poussée de ces populations et de leurs particularités et distinctions au regard des difficultés rencontrées lors des collectes. En effet, bien qu'éloquents sur leurs pratiques de

consommations, les usagers ont rarement pu céder un échantillon lors de leurs cessions de consommation et les collecteurs ont rarement pu aboutir aux objectifs posés.

Nous avons ainsi pu détacher plusieurs hypothèses suite à ces entraves en réalisant un petit détour méthodologique qui éclaire la spécificité de leur usage :

D'une part, la cocaïne achetée pour une occasion par ces usagers (de 1gr à 5 gr) est souvent entièrement consommée dans la soirée par les différents protagonistes. Lors de ces occasions la cocaïne « prévue » ou disponible se partage (quand la personne est celle qui « arrose » pour la soirée en référence à une dette/partage antérieur des autres protagonistes) et peu d'usagers rencontrés semblaient être en mesure d'en conserver pour une autre occasion.

D'autre part, malgré nos présupposés, la connaissance du contenu exact de la cocaïne chez ces utilisateurs occasionnels ne semble pas être une préoccupation majeure, contrairement à l'attention portée sur ce point par les autres usagers rencontrés jusqu'alors dans le même cadre d'enquête. Ceci semble t-il pour plusieurs raisons : les motivations habituellement rencontrées lors de ces exercices sont avant tout d'ordre sanitaire, les usagers souhaitant minimiser les problèmes liés aux produits de coupe et maîtriser tant que faire se peut le contenu de ce qu'ils vont ingérer, sniffer, injecter.

Dans ce groupe là ces arguments semblent « s'écrouler » devant l'opportunité de la consommation, le mode de consommation, le sniff, qui semble atténuer le sentiment de prise de risques et résiste peu face à la représentation d'une drogue peu dangereuse de leur point de vue.

Il faut noter que de ces hypothèses il apparaît que la place que tient la cocaïne et sa consommation dans leur vie et leurs préoccupations n'est pas centrale contrairement aux publics rencontrés jusqu'alors dans ce type d'enquête.

Sur l'ensemble des collectes, les taux relevés de cocaïne pure dans les échantillons oscillent entre 5% et 23%. Réalité bien éloignée des niveaux observés par les toxicologues locaux et le dispositif SINTES en 2004 qui avoisinaient les 90% de pureté pour les cocaïnes « de la plage ».

Les produits de coupe majoritairement contenus dans les échantillons de cocaïnes collectés à Bordeaux sont la Phenacétine, la caféine et le paracétamol.

La première, plus fréquemment rencontrée est une molécule interdite à la vente en France depuis 1994, en raison, notamment, de sa toxicité rénale (notamment cancérogénicité). Il s'agit d'un précurseur du paracétamol, commercialisé initialement pour ses propriétés antalgiques (antidouleur) et antipyrétiques (baisse de la fièvre). La Phenacétine se présente sous la forme d'une fine poudre composée de cristaux blancs brillants sans odeur et avec un léger goût amer rappelant la cocaïne qui elle-même se présente sous la forme d'une poudre blanche sans odeur, et dont le chlorhydrate a un goût légèrement amer.

L'ecstasy

L'évolution amorcée en 2004 relative à la désaffection des comprimés d'ecstasy semble perdurer au sein des deux espaces et tout particulièrement chez les Trend setters qui se détournent de ce produit dont ils semblent avoir épuisé le genre au profit de sa forme pulvérulente, le MDMA, ou d'autres substances.

Ainsi bien que sa disponibilité au sein du milieu festif apparaisse stable, ses consommateurs seraient aujourd'hui préférentiellement les jeunes usagers, primo-expérimentateurs de substances illicites (hors Cannabis).

Nos interlocuteurs au sein de l'espace urbain ne manifestent que peu d'intérêt pour l'ecstasy faisant contraste avec sa « popularité » locale du début des années 2000.

Ainsi si cette substance a connu un développement important dans la dernière décennie, les tendances de consommations variées tout comme l'offre et la diversité de produits disponibles sur les deux

espaces, et en particulier le développement de l'usage de cocaïne, semblent concourir à ce désamour manifeste pour cet Adam⁶ d'Alexander Shulgin.

Le LSD

Le LSD, en buvards ou micro-pointes (rares), fait partie du paysage de consommation tant des jeunes errants et que des coutumiers de l'espace festif techno qui préfèrent souvent le consommer en extérieur aux grés des opportunités.

La disponibilité du LSD reste fidèle à ce qu'elle est depuis plusieurs années maintenant. Toujours recherché, mais inégalement acquis en tant que tel, le LSD reste toujours de disponibilité sporadique, inconstante et de qualité incertaine sur le site.

Pourtant le LSD semble être en 2006 plus présent, essentiellement au sein de l'espace festif et ce même chez des non-initiés.

« Les consommateurs c'est un peu tout le monde maintenant je suis super étonné de voir qu'il y'a des gens bien habillés qui vont vouloir des trips je pense que c'est des effets de mode, ils entendent parler et hop en teuf ils demandent des trips pour se taper un petit délire. »

La nouveauté se situerait du côté d'une accessibilité accrue dans ce même espace où le LSD est vendu aux côtés d'ecstasy et de la cocaïne, circuit d'approvisionnement inhabituel :

« En free party, je cherchais des Taz, et puis on m'a proposé des Bart (nom du dessin sur le LSD), j'en ai pris une moitié... et j'ai vu deux jeunes filles 18-19 ans, ne trouvant pas d'ecstasy acheter un trip parce qu'on leur en avait proposé : « on m'a proposé des trips, on s'en fait une moitié chacune, ça sera toujours ça... ». »

La culture de consommation des trips est largement diffusée des plus néophytes aux consommateurs les plus chevronnés faisant du LSD un produit accessible aux personnes capables d'en maîtriser les effets et/ou d'être entourés lors des sessions de consommation.

Cet hallucinogène de référence avec lequel les usagers ont connu l'euphorie, du « vrai visuel » et des expériences introspectives fortes ne peut se défaire du spectre du *bad-trip* dont chaque usager connaît la dangerosité par observation d'amis « restés perchés » ou par vécu personnel. Les « remontées d'acides⁷ », ou l'apparition d'hallucinations se manifestant à distance de la prise rappellent à ces utilisateurs la portée de cette substance.

Pour ces derniers d'ailleurs, cet épisode de détresse, quand il a pu être dépassé, signe l'arrêt le plus souvent de la consommation de LSD et bien souvent d'autres substances hallucinogènes (cannabis inclus...).

⁶ Nom donné à la MDMA en comparaison à son acolyte la MDEA (Eve) par Alexander SHULGIN, (chimiste américain qui a créé processus de synthèse de nombreuses phényléthylamines dont la MDMA dans son ouvrage célèbre PIHKAL Phenethylamines I Have Known And Loved : A Chemical Love Story.).

⁷ Autre nom donné au LSD

La Kétamine

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

Les usagers de Kétamine sont en effet dans leur grande majorité des jeunes issus de la mouvance des traveller's et des nomades. Les jeunes qui la consomment sont à la recherche d'effets euphorisants, d'hallucinations et d'effets radicaux de dissociation.

Les manifestations physiques que la Kétamine provoque ne laissent aucune équivoque quant à la visibilité de sa consommation. La démarche robotisée, saccadée, les troubles moteurs avec chutes, l'hilarité...trahissent dans ces espaces relativement confinés la présence de Kétamine.

Pourtant, contrairement à ce qu'il peut être observé au sein de l'espace festif cette consommation au sein de l'espace urbain semble être domestique et se dérouler en petits cercles d'initiés (squats, appartements, soirées privées...).

La Kétamine, majoritairement disponible sous sa forme pulvérulente et vendue au gramme, semble remplacée pour bonne part par sa forme liquide (d'origine vétérinaire) aux concentrations variables et consommée après transformation directe de l'utilisateur (chauffée afin de cristalliser le liquide puis réduite en poudre) : « *Quand tu la topes en liquide ça se calcule en ml y'a différents dosages de Kétamine soit le 5ml qui te donne un gramme soit du 20ml qui te donne un gramme.* »

Les prix qui nous ont été communiqués l'ont été en gramme. Ceci s'expliquerait par une demande des usagers plus forte que l'offre de produit. Ceux-ci, lorsqu'ils s'en procurent, la consomment et/ou la revendent au réseau de connaissance proximal, et dans ce cas la transforment en poudre.

Jusqu'alors le prix moyen de la Kétamine se situait autour de 60€le gramme. En 2006 elle semblait se négocier davantage entre 40€et 50€le gramme.

La modalité d'administration habituelle de la Kétamine est majoritairement la voie nasale mais plusieurs usagers de l'espace urbain témoignent de pratiques d'injection pourtant considérées comme dangereuses du fait de la concentration du produit dans sa forme liquide. Malgré cette dangerosité avérée plusieurs sources ont fait, cette année, état de telles pratiques auxquelles venaient parfois se surajouter l'injection dans la veine jugulaire.

Ces témoignages de comportements, bien que marginaux (sources directes et secondaires), se sont répétés en 2006 et apparaissent souvent corrélés à des comportements de consommations extrêmes.

Contrairement aux années précédentes, elle semble être sujette à de diverses expérimentations relevées par le dispositif par des jeunes usagers de l'espace urbain :

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

- Par voie orale «*Un pote l'a bu liquide, on avait de quoi faire un gramme, mais en mélangeant dans de la bière mais c'est plus lourd que la bière et ça tombe au fond, on était les deux derniers à boire et on a tout bu. Mon pote est tombé par terre, à moitié conscient, il a dormi un petit moment et moi j'ai collé une douille et pendant une heure ou deux, j'entendais ce*

qu'on me disait, je pouvais répondre mais je pouvais plus bouger, c'est une anesthésie, mais avec une conscience.»

Malgré ces pratiques extrêmes les discours et les représentations apparaissent moins tranchés et les acteurs du dispositif s'accordent à dire qu'ils rencontrent davantage de consommateurs de Kétamine qu'auparavant, éléments qui vont dans le sens d'une plus grande diffusion de ce produit.

« La disponibilité de la Kétamine est quand même plus importante qu'il y a deux ans, y'a pas mal de Kétamine »

Liste des structures en Aquitaine

DORDOGNE

CEID Dordogne
8, rue du 4 septembre 24000 Périgueux
05 53 46 63 83
Contact: M. Johann DINTRAS
Courriel : ceid.dordogne@ceid.asso.fr

CEID Dordogne, antenne de Bergerac
4, cours Alsace-Lorraine 24100 Bergerac
05 53 74 20 49
Contact : M. Johann DINTRAS

Unité d'addictologie ESCALES
Hôpital Vauclaire 24700 Montpon
05 53 82 82 16
Contact : Dr Jean-Jacques CORNU

ANPAA 24
18-20 rue Aubarède
24000 Périgueux
05 53 07 66 82
Contact : M. Vincent PATISSOU
Courriel : comite24@anpa.asso.fr

ANPAA 24 Bergerac
4 cours Alsace Lorraine
24100 Bergerac
05 53 61 70 83
Contact : Mr Vincent PATISSOU
Courriel : cabergerac@wanadoo.fr

GIRONDE

Comité d'étude et d'information sur la drogue (CEID)
CSST et siège social
24, rue du parlement Saint-Pierre 33000 Bordeaux
05 56 44 84 86
Courriel : ceid@ceid.asso.fr
Contact : Dr Jean-Michel DELILE

CSST Département d'addictologie Centre Carreire du CHCP
121, rue de la béchade 33076 Bordeaux cedex

05 56 56 67 02

Contact : Professeur Marc AURIACOMBE

Courriel : addictologie@perrens.aquisante.fr

Courriel : marc.auriacombe@u-bordeaux2.fr

Centre d'addictologie d'Arcachon du Bassin –Sud Espace Henri Dunant

8 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny

33120 Arcachon

05 56 83 11 12

Contact (antenne CEID) : Dr Florence SOUBIE-NINET

ANPAA 33

67, rue Chevalier 33000 Bordeaux

05 57 57 00 77

Contact: M. Thierry TAVEAUX

Courriel : comite33@anpa.asso.fr

Centres résidentiels

Centre résidentiel de soins en addictologie CEID

33-35, impasse du 4 septembre 33130 Bègles

05 56 49 59 58

Contact: M. Hafiz NOURY

Courriel: ceid.begle@wanadoo.fr

CSST SEARS

Ferme Merlet

33910 Saint-Martin-de-Laye

05 57 55 07 07

Contact : Dr Richard CASTET

Courriel : sears@wanadoo.fr

Service d'appartements thérapeutiques CEID

24, rue du parlement St Pierre 33000 Bordeaux

05 56 81 40 34

Contact: Said AOULA

Courriel: ceid@ceid.asso.fr

Structures de réduction des risques

CAARUD CEID

¹) Centre Planterose

16, rue Planterose 33000 Bordeaux

05 56 91 07 23

Contact : Dr Brigitte REILLER, Responsable médical

Courriel : planterose@ceid.asso.fr

²) Unité mobile CEID

24, rue du parlement Saint-Pierre 33000

05 56 44 84 86 ou 06 09 10 36 86

Contact: M. Nicolas BOURGUIGNON

CAARUD La Case

¹) Boutique Médecins du monde

2, rue des érables 33800 Bordeaux

05 56 92 51 89

Contact : Mme Véronique LATOUR

Courriel : rdr.mdm.bx@wanadoo.fr

²) Unité mobile Médecins du monde

2, rue des érables 33800 Bordeaux

05 56 92 51 89

Contact : Mme Véronique LATOUR

Boutique Solidarité Passerel

Esplanade Georges Pompidou 33120 Arcachon

05 56 83 00 33

Contact : M. Hubert LE GUEN

Réseaux de professionnels

Réseau AGIR 33

7, rue de l'ormeau Mort, 33000 Bordeaux

05 56 51 56 51

Contact : Dr. Philippe CASTERA

Courriel : rvhtox33@quaternet.fr

RENAPSUD (Réseau Nord Aquitaine des professionnels du soin aux Usagers de Drogues)

7, rue de l'Ormeau Mort, 33000 Bordeaux

05 56 31 14 62

Contact : Mlle Julie COLLOMBAT

Courriel : contact@renapsud.org

LANDES

CSST "La source "

160, Avenue Georges Clemenceau 40000 Mont-de-marsan

05 58 75 92 04

Contact : M. Didier SPINHIRNY

Courriel : la-source.mdemarsan@wanadoo.fr

CSST " La source "

160, Avenue du Sablar 40100 Dax

05 58 56 38 00

Contact : Mme Andrée BUSQUET

Courriel : lasource.dax@wanadoo.fr

Centre Méthadone "La source "

14, rue Lamartine 40100 Dax

05 58 58 03 45

Contact: Mr Eric ROULET

Courriel: lasource.daxmetha@wanadoo.fr

CSST Broquedis association Suerte

Domaine de Broquedis 40390 Saint-Martin de Seignanx
05 59 56 73 73
Contact : M. Jean ROLANDO
Courriel : association.suerte@wanadoo.fr

ANPAA 40
109, rue Fontainebleau 40000 Mont-de-Marsan
Contact : M. Christian BEAUTIER
Courriel : comite40@anpa.asso.fr

LOT ET GARONNE

CHRS CERESO
72, avenue du Général de Gaulle 47000 Agen
05 53 48 15 70
Contact : M. Alain SOULA
Courriel : sast.info@aspp-asso.com

Pôle prévention :
101, cours du 14 juillet 47000 Agen
05 53 66 49 88

CSST "La verrière et service" d'appartements thérapeutiques
72 avenue du Général de Gaulle 47000 Agen
05 53 48 15 80
Contact : M. Christian VIVES

Permanence du SAST" La verrière "
Hôpital Saint-Cyr 47000 Villenave sur lot
05 53 49 89 24
Contact : Dr Olivier JACQUIEZ

Permanence du SAST La Verrière
Mission locale de la Moyenne Garonne 47207 Marmande
05 53 64 47 88

Réseau pharmacien 47 (programme échange seringue)
8, rue du 4 septembre 47000 Agen
05 53 48 15 80
Contact : Mme Agnès CHABROT-DUPUY

ANPAA 47
148, place Lamennais 47000 Agen
05 53 66 47 66
Contact : Mme Françoise ROUZADE
Courriel : comite47@anpa.asso.fr

PYRENEES-ATLANTIQUES

CSST ARIT

21, bis rue des frères 64200 Biarritz

05 59 24 82 60

Contact : M. Frédéric DEMANGE

Courriel : arit.contact@arit.org

CSST ARIT antenne Saint jean de Luz

34, boulevard Victor Hugo 64500 Saint-jean de Luz

06 87 77 50 24

Contact : Mme Françoise LAXAGUE

CSST Béarn Toxicomanie

23, rue du Maréchal Joffre 64000 Pau

05 59 27 42 43 fax 05 59 27 74 67

Contact : M. Jean CARMOUZE

Courriel : toxicomanies@groupe-realise.org

Antenne Béarn Toxicomanie

9, rue Aristide Briand 64300 Orthez

Sur rendez-vous : 05 59 67 01 67

Permanence Addictologie Béarn Toxicomanie

Rue Adou Oloron 64400 Oloron

05 59 27 42 43 (sur rendez-vous)

Contact : M. Pierre ALVAREZ

CSST CIAT

16-18 rue Montpensier 64000 Pau

05 59 82 90 13

Contact : Mme Catherine DUSSAU

Courriel : ciat.pau@wanadoo.fr

CSST Association Bizia CH de la côte basque

Avenue interne Jacques Loeb, bâtiment Zabal BP 08 64109 Bayonne Cedex

05 59 44 31 00

06 76 28 69 35 (antenne Saint jean de Luz)

Contact : Dr Jean-Pierre DAULOUEDE

Courriel : mdm.bayonne@wanadoo.fr

Structures de réduction des risques

Boutique de L'ARIT

8 rue Jacques Lafitte 64000 Bayonne

06 88 63 48 85

Contact : Mmes Maritxu LABEGUERIE et Evelyne SAMPEDRO

Courriel : arit.contact@arit.org

Réseaux de professionnels

Centre hospitalier de la côte basque
Avenue interne Jacques Loeb BP 08 Bayonne Cedex
05 59 44 40 73 fax 05 59 31 10 79
Contact : M. Jacques VEUNAC
Courriel : resapsud@infonie.fr

Equipe de liaison et de soins en addictologie ELSA
Centre hospitalier de la côte basque
Avenue interne Jacques Loeb BP 08 64109 Bayonne Cedex
05 59 44 40 75 (équipe infirmière)
Contact : Dr Gérard CAMPAGNE
Courriel : gcampagne001chicb.com

ANPAA 64
Avenue Paul Pras 64000 Bayonne
05 59 63 22 69 fax 05 59 52 13 00
Contact : M.Richard IRAZUSTA
Courriel : comite64@anpa.asso.fr

Liste des « Consultations Cannabis » en Aquitaine

Dordogne

REPSUD Dordogne
8 rue du 4 septembre 24000 Périgueux
05 53 46 63 83
Contact : M. Claude Pierrard
Émail : repsud.dordogne@free.fr

Gironde

CAAN'Abus (Consultation avancée d'Addictologie Nouveaux usages et Abus de drogues chez les jeunes)
130 cours Alsace Lorraine
33000 Bordeaux
05 56 01 25 66
Contact : Mme Véronique Guarguil
Courriel : caanabus@yahoo.fr

Permanence de Caanabus au SIUMPPS Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
13 avenue Pey-Berland
33405 Talence Cedex
Le mercredi de 14h à 17h
Tel : 05 56 04 06 06
Contact : Laurence GARCIA
Courriel : l.garcia@ceid.asso.fr

CAAN'abus Le Teich
Maison de la solidarité (face à la Mairie)
Le Teich,
Tous les jeudi 17h-19h,
Tel : 06 78 25 57 35
Contact : Véronique RUMOLINO

Pact Jeunes
Service de Prévention de l'Abus et de la Consommation de Toxiques chez les jeunes
17, rue du Cloître 33000 BORDEAUX
Tel : 05.56.48.27.15
Courriel : agep-point-jeunes@wanadoo.fr

Landes

PAPRIQA (point accueil prévention risques informations quartiers addictions Consultations cannabis)

65 rue Gambetta 40000 Mont-de-Marsan

05 58 85 88 37

Contact : N. Marhoum et C.Mesplede

Courriel: lasource.dax@wanadoo.fr

Lot et Garonne

ICARE (Information conduites addictives rencontre et écoute)

Consultations Cannabis

8 rue Rayssac 47000 Agen

05 53 66 60 60

Contact : M. Christian Vives

Courriel: icare2@wanadoo.fr

Pyrénées-Atlantiques

Consultations cannabis ARIT

34, boulevard Victor Hugo 64500 Saint-Jean de Luz

06 87 77 50 24

Contact : Mme Françoise Laxague

Consultation Cannabis Béarn toxicomanie

23, rue du Maréchal Joffre 64000 Pau

05 59 27 42 43

Contact : M. Pierre ALVAREZ

Courriel: toxicomanies@groupe-realise.org

Consultation cannabis CIAT

16-18 rue Montpensier 64000 Pau

05 59 82 90 13

Contact : Mme Geneviève Cazalet-Martet

Courriel: ciat.pau@wanadoo.fr

Consultation cannabis Association Bizia

CH de la cote basque, Avenue interne Jacques Loeb

Bâtiment Zabal BP 08 64109 Bayonne Cedex

05 59 44 31 00

Contact : Dr Jean-Pierre Daulouède

Courriel: mdm.bayonne@wanadoo.fr