

**PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS
LIÉS AUX DROGUES
EN 2007**

**TENDANCES RÉCENTES
SUR LE SITE
DE BORDEAUX**

T R E N D

Tendances récentes et nouvelles drogues

RAPPORT TREND

BORDEAUX 2007

**PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS
LIÉS AUX DROGUES EN 2007**

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

Mlle Isabelle EVRART, Chargée d'étude

M. Emmanuel LAHAIE, Chargé d'étude

Mlle Valérie MOUGINOT, Secrétaire

Mme Nadine LANDREAU, Secrétaire de Direction

Équipe TREND/SINTES Bordeaux

Coordination TREND

Dr DELILE Jean-Michel,

Mlle RAHIS Anne-Cécile,

Enquêteurs

Mlle CREYEMEY Agnès, espace urbain

M. SEINE Raphaël, espace festif techno

Mlle SEIGNETTE Céline, espace festif techno

Collecteurs projet SINTES et Collecte Cocaïne

Mlle BECAT Eléonore (CLSPD Bx)

Mlle CREYEMEY Agnès (CEID)

M. DELILE Jean-Michel (CEID)

M. LANTHEAUME Yves (CEID)

M. MORALES Jean-Hugues (CEID)

Mlle RAHIS Anne-Cécile (CEID)

M. SEINE Raphaël (CEID)

Mlle SEIGNETTE Céline (CEID)

Structures de « premières lignes »

Mme REILLER Brigitte et M. BOURGUIGNON Nicolas, Responsable du CAARUD CEID Planterose et toute l'équipe.

Mme LATOUR Véronique Responsable du CAARUD et toute l'équipe de « la Case ».

Groupe focal répressif

M. BARTHE Bruno, Adjudant coordonnateur Région, Gendarmerie.

M. BASTIERE Yann, DDSP Gironde, SD Gironde, Brigade stupéfiants.

Mlle BECAT Eléonore, Chargée de mission CLSPD, Mairie de Bordeaux

M. BOURRIER Jérôme, Vice- Procureur de la République, Bordeaux

M. CAILLIEREZ Christophe, Coordinateur MILDT, DDASS 33.

M. CAREL Gilles, Lieutenant au Commissariat d'Arcachon

M. DELAIN Eric, Capitaine compagnie de la gendarmerie Arcachon.

M. VEYLET Patrick, ACD Gendarmerie Arcachon.

Dr DUMESTRE-TOULET Véronique, Toxicologue, Laboratoire TOXGEN

M. WANSON Yann, Capitaine, Chef groupe des stupéfiants S R Bordeaux.

Groupe focal sanitaire

Mlle BENY Laure, Coordinatrice Caan'Abus ANPAA.

Mlle CREYEMEY Agnès, Animatrice Socio-éducative (CEID)

Dr GUEZ Laurent, Coordinateur Réseau Agir 33.

Dr HARAMBURU Françoise, Pharmacologue, Service de Pharmacovigilance, CEIP Bordeaux

Mme LATOUR Véronique, « Boutique » MDM

Dr PAILLOU Virginie, Médecin Consultation d'Arès, CEID.

Dr REILLER Brigitte, Responsable Centre Planterose CEID.

Mlle COLLOMBAT Julie, Coordinatrice RENAPSUD

M. ROSSARD Philippe, Educateur spécialisé, CSST de la Maison d'Arrêt de Gradignan

Dr SANCHEZ Marie-Pierre, Pharmacien Inspecteur de Santé Publique DRASS

Dr SOUBIE-NINET Florence, Médecin Centre d'addictologie d'Arcachon, CEID

SOMMAIRE

CONTRIBUTIONS	3
INTRODUCTION	7
MÉTHODOLOGIE	9
LES OBSERVATEURS	11
ANALYSE	12
Le concept de diffusion	13
Les éléments explicatifs de diffusion	14
Notion de régulation	14
LES OUTILS	16
ESPACES D'OBSERVATION	21
L'ESPACE URBAIN	21
L'ESPACE FESTIF TECHNO	24
OBSERVATIONS ET RÉSULTATS EN 2007	27
OPIACÉS	27
Héroïne	27
Buprénorphine haut dosage	31
Le chlorhydrate de méthadone	34
Iboga	36
STIMULANTS	39
La cocaïne et le Crack	40
L'ecstasy	44
Les amphétamines	47
HALLUCINOGENES	49
Les champignons hallucinogènes	50
LSD	52
Kétamine	54
PCP et Tilétamine	58
GHB	60
POPPERS ET SOLVANTS	63
CONCLUSION	67
BIBLIOGRAPHIE	69
LEXIQUE	73
LISTE DES SIGLES	87
LISTE DES STRUCTURES DE SOINS EN AQUITAINE	89

INTRODUCTION

L'OFDT nous a confié la mise en œuvre locale du dispositif d'observation des tendances de consommations de drogues en Aquitaine depuis sept ans. Ce rapport est la synthèse du travail mené en 2007 par les collaborateurs directs de TREND à Bordeaux, l'équipe nationale TREND et l'ensemble du réseau de professionnels et d'utilisateurs qui nous accompagnent et en sont les coauteurs.

Ce dispositif d'observation TREND a pour fonction principale l'information précoce sur les phénomènes émergents liés aux drogues. Ce rapport qui en est la synthèse consiste à attirer l'attention des personnes ou institutions concernées sur les phénomènes émergents, et de proposer une analyse des éléments de continuité et des éléments de rupture. L'objectif général de ce travail est en effet 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 afin d'être au plus près des besoins des usagers.

La méthodologie employée depuis 2001 permet avec plus de précision de distinguer les éléments de continuité de phénomènes préalablement repérés par TREND, *les tendances*, de ceux qui apparaissent comme de réelles nouveautés ou des points de rupture suggérant un possible changement, *les phénomènes émergents*.

Ce dispositif repose sur la triangulation des informations obtenues à l'aide de différents outils qualitatifs :

- une observation de type ethnographique dans les espaces festifs et dans l'espace urbain ;
- la réalisation de groupes focaux associant, d'une part, des professionnels du champ sanitaire et, d'autre part, des acteurs du champ d'application de la loi ;
- la passation de questionnaires qualitatifs auprès d'équipes en charge de structures de première ligne (Caarud) et d'associations de réduction des risques intervenant dans les événements festifs.

Ces analyses reposent sur deux grands piliers méthodologiques du dispositif qui sont d'une part le principe de triangulation de l'information et d'autre part, le concept de diffusion, concepts qui bénéficieront d'un chapitre au sein de ce rapport.

Six années de recul permettent de confirmer 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 prennent de la perspective et même se développent, comme l'utilisation de la cocaïne ou la diffusion de l'usage d'héroïne à un nouveau groupe d'utilisateurs. Certains phénomènes émergent comme l'usage d'hallucinogènes de type dissociatif (Kétamine, Tilétamine, PCP) au sein de groupes ou d'espaces nouveaux.

Enfin d'autres tendances, a contrario, semblent se stabiliser comme l'usage d'ecstasy au sein des deux espaces étudiés ou qui ont disparu comme l'usage d'iboga que nous identifions l'année dernière comme un phénomène émergent (1).

Ce rapport est structuré autour de quatre grands chapitres; la méthodologie et les outils du dispositif, les usages et utilisateurs d'opiacés, les usages et utilisateurs de psychostimulants et enfin les usages et utilisateurs d'hallucinogènes.

Au regard des niveaux de prévalences des consommations de cannabis, de tabac et d'alcool il nous a été demandé de renseigner ces consommations. Afin d'embrasser au mieux la diversité de ces conduites et usages, un redéploiement important des outils et collaborateurs de TREND a été nécessaire. Cet exercice a été réalisé en 2004 avec la note thématique Cannabis (2) qui renseigne ces usages. Ces substances restent toujours très présentes dans nos grilles d'analyse et de recueil et seront évoquées au fil des événements notables de changement qui traversent leurs usages.

Ainsi compte tenu de l'édition récente d'une monographie réalisée par l'OFDT (3) à partir de l'ensemble des sources disponibles sur l'usage de Cannabis, et des données locales qualitatives et quantitatives nous n'aborderons pas de manière spécifique cette substance dans ce présent rapport.

Pour en faciliter la lecture nous avons introduit un lexique en fin de document, les références bibliographiques utilisées ainsi qu'une liste actualisée en 2008 des structures intervenant dans le champ de l'addiction.

MÉTHODOLOGIE

Cette année nous avons, après 7 ans d'exercice, choisi de reposer les fondamentaux méthodologiques du dispositif TREND tel qu'il fut conceptualisé par la première équipe de chercheurs de l'OFDT. Ces éléments structurant nos observations et analyses, nous en brosserons un portrait dans les grandes lignes tout comme son adaptation locale depuis lors. Dans ce dessein nous nous sommes largement inspirés du premier rapport TREND édité en 2000 (4).

Ce dispositif fait partie intégrante depuis 2001 en Aquitaine du système d'amélioration de la connaissance du phénomène d'usage de drogues aux côtés des trois grands types d'approches statistiques : Les statistiques administratives ou études portant sur les populations vues par les institutions sanitaires et sociales et les institutions répressives, les études sur des populations particulières touchées par la toxicomanie mais non rencontrées institutionnellement, et les enquêtes en population générale.

Ce système d'information permet de décloisonner l'observation des phénomènes récents auprès des différents protagonistes et autorise une meilleure réactivité du système afin de fournir des résultats dans des délais relativement rapides en termes de synthèse et de prospective.

Le projet TREND a été conçu pour répondre à ces besoins et dans une perspective de complémentarité avec les sources existantes. Ce dispositif tente donc de mettre en œuvre une approche permettant de :

- Détecter les phénomènes émergents généralement peu prévisibles et discrets ;
- Comprendre les contextes, les modalités d'usage et les implications diverses de la consommation des substances surtout qui n'apparaissent pas dans les banques de données administratives (populations dites cachées) ;
- Suivre dans le temps les évolutions de la consommation pour en dégager les tendances.

Il s'est inspiré des projets similaires réalisés dans d'autres pays tels qu'ils sont rapportés dans la littérature internationale spécialisée¹ (5) (6). Leurs expériences montrent que les informations d'ordre qualitatif, recueillies auprès d'observateurs sur le terrain, sont les plus rapides à identifier l'émergence des tendances.

Ce système de recueil d'information se veut être suffisamment ouvert pour permettre aux personnes témoins des changements d'en parler. Le recueil de données qualitatives permet la remontée d'une information relative à un événement non prévisible (émergence d'un phénomène), une remontée concomitante d'informations permettant de comprendre le phénomène et de le restituer dans son contexte, et enfin une souplesse dans le recueil des données qui peut éviter la lassitude des observateurs participant à un dispositif durable.

Les thèmes d'investigation qui sont retrouvés le plus fréquemment et qui permettent de cibler l'information recherchée pour décrire les tendances émergentes sont :

- La nature des produits consommés, leur disponibilité et prix ;
- Les modes de consommation ;
- Les contextes de consommation ;
- Le profil des usagers ;
- Les conséquences sanitaires et sociales de l'usage.

Deux types d'approche sont couramment utilisés pour le recueil de ce type de données. Il s'agit soit du recours à des observateurs et enquêteurs de terrain, soit de réunions périodiques de consensus regroupant des professionnels du domaine. Une méthode combinant ces deux approches a été choisie, en ajoutant également d'autres dispositifs institutionnels.

1. Ouvrages qui recensent et décrivent un grand nombre de systèmes de surveillance existant dans le monde, et la méthodologie utilisée pour évaluer rapidement et à un coût moindre, dans un lieu donné, la nature et l'ampleur d'un problème pour une action et une prévention rapides et efficaces.

LES OBSERVATEURS

Le choix des observateurs s'est fait en fonction de leur capacité à informer sur un ou plusieurs des thèmes suscités. L'observateur le plus proche du thème est appelé source primaire. Ainsi, les médecins généralistes sont source primaire pour l'information relative aux problèmes de santé tandis que les boutiques ou programmes d'échange de seringues, les associations d'auto support et les enquêteurs ethnographes de terrain sont source primaire concernant les modes d'usage, les produits et les usagers mais sont considérés comme source secondaire pour l'observation des pathologies liées à l'usage de substances psychoactives.

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 ».

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 comme la rue, les squats, les zones 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 courants musicaux programmés en ces lieux sont divers (*transe-goa*, *jungle*, *hardtek*, *hardcore*...) et font partie des courants de musiques électroniques.

ANALYSE

L'analyse des données provenant du dispositif TREND est réalisée par la coordination locale puis par l'équipe de l'OFDT. Les données qualitatives étant recueillies par les différents partenaires selon des thèmes communs peuvent être rassemblées par l'intermédiaire d'un logiciel de saisi et de traitement des données qualitatives : Nvivo®² version 8.

La validité des informations est ensuite vérifiée selon le concept de triangulation³ qui se réfère à l'exercice de comparaison d'une même information à l'aide de plusieurs sources. L'information est dite validée lorsqu'elle émane simultanément de trois sources non connexes, revêt un statut d'hypothèse en présence de deux sources, et acquiert le statut de rumeur lorsqu'elle n'est évoquée qu'à une seule reprise.

Pour en faciliter l'analyse, un outil a été créé : l'échelle de diffusion, élaborée à partir de douze éléments explicatifs. Cette méthodologie est reproductible permettant un suivi efficace des tendances dans le temps.

Ainsi la diffusion et surtout les éléments qui la renseignent permettent mettre en évidence l'amplitude et la mesure des phénomènes observés.

Le concept de diffusion

Le classement des substances selon leur phase de diffusion est établi à partir d'une batterie de douze éléments explicatifs. Ceux-ci sont construits à partir des observations de terrain du réseau TREND, observations issues

2. Cette base d'organisation de données permet de classer par produit et par thème. Ainsi, pour chaque produit, les informations ont été « classées » selon différents thèmes (une information pouvant apparaître dans plusieurs thèmes) : Disponibilité, Accessibilité, Prix, Préparation-temporalité, Mode d'administration, Effets-fréquence-intensité, Régulation-polyconsommation, Santé, Groupes de consommateurs, Perception des usagers, Perception des non-usagers, Appellations, Petit trafic, Scène ouverte. Les informations qui n'étaient pas relatives à un seul produit ont été « classées » dans des thèmes plus transversaux permettant de caractériser les usagers ou les contextes des consommations.

3. Il s'agit le terme utilisé par l'OMS pour la méthode du Rapid Risk Assessment pour définir la collecte de données auprès de sources différentes à un même moment, ce qui permet de vérifier la validité et la représentativité de l'information collectée.

des deux espaces de consommation étudiés : l'espace urbain et l'espace festif définis plus en détail dans la suite de ce chapitre.

Les limites des informations produites par le dispositif en matière de diffusion des substances psychoactives sont à souligner. Les données doivent être interprétées au regard de la méthode et du champ d'investigation, notamment les deux espaces de consommation préalablement décrits. Il ne s'agit pas de mesures de prévalence de consommation sur l'ensemble de la population française mais d'évolutions de la diffusion des consommations de certaines substances parmi les deux populations particulières.

Le concept de diffusion, notion fondatrice à l'exercice TREND ici défini comme :

« Un processus dynamique entamé lorsqu'une ou plusieurs personnes (les initiés) en viennent, dans une période historique et un espace géographique donnés, soit à faire usage d'une substance jusqu'alors inconnue, soit à adopter une modalité de consommation particulière d'une substance déjà connue, et en assurent, délibérément ou non, la promotion, provoquant ainsi l'expansion géographique et numérique de cet usage. Ce processus se déroule en quatre phases : la phase "cercle d'initiés", la phase de diffusion, la phase "plateau" et la phase descendante. La durée de ce processus, ainsi que de chacune de ses phases, peut-être courte (mois), moyenne (années), ou longue (décennies). Une substance ou une modalité de consommation peut ainsi avoir dans le même espace géographique un ou plusieurs cycles de diffusion » (4).

Les phases de diffusion dont il est question ici n'indiquent que des ordres de grandeur, eux-mêmes en constante évolution du fait du caractère essentiellement dynamique et changeant des phénomènes dont ils sont la traduction. En outre, la progression vers les phases de diffusion plus larges est loin d'être systématique. Par exemple, une substance peut parvenir à la phase de diffusion restreinte et régresser ensuite vers le cercle d'initiés puis disparaître sans passer par la phase transitoire ou de diffusion large.

Afin de pouvoir évaluer la diffusion des substances nous utilisons une série d'éléments explicatifs et signifiants, aisées à mettre en œuvre qui permettent, lorsqu'ils sont compilés, de renseigner les différentes phases décrites ci-dessus.

Les éléments explicatifs de diffusion

Le classement des substances selon leur phase de diffusion est établi à partir d'une batterie de douze éléments explicatifs, eux-mêmes regroupés à partir des trois axes : La substance, le consommateur et le circuit de vente de proximité.

Le premier concerne la disponibilité et l'accessibilité de la substance perçue et le prix. Le second s'intéresse aux caractéristiques des consommateurs, leurs perceptions, les modes d'utilisation auxquels ils recourent ainsi que les fonctions qu'ils attribuent aux substances, que ces fonctions soient intrinsèques ou régulatrices.

Le troisième axe documente le degré de structuration du deal, la diversité des lieux de vente et la visibilité du petit trafic de proximité.

Bien que chacun de ces éléments renseigne sur un aspect du phénomène, il ne peut à lui seul tenir lieu de facteur explicatif.

L'ensemble de ces indicateurs constituent l'ossature de la collecte de données, guide l'analyse et permet, in fine, d'avoir une mesure globale et comparable dans le temps des phénomènes de diffusion des substances illicites sur le territoire Aquitain.

Notion de régulation

Avant d'évoquer les outils mis en œuvre à la réalisation de ce travail, une dernière précision est à apporter quant à la notion de polyconsommation. Communément admise dans les descriptifs des conduites de consommation des usagers qui nous intéressent, celle-ci ne semble pas suffisamment précise pour décrire ces comportements de consommation : Le concept de régulation y a été préféré. Ce dernier en effet détaille toute modalité d'usage combiné de deux ou plusieurs substances psychoactives, consciemment pratiqué par un consommateur. Le but est de modifier les effets d'une ou plusieurs substances déjà consommées ou à consommer. Cet usage peut être concomitant ou différé dans le temps de quelques minutes à plusieurs heures, dans une unité temporelle n'ex-

cédant pas, la somme des durées d'effets spécifiques de chacune des substances consommées.

Cette distinction permet de renseigner avec plus de précision et de finesse les différentes finalités recherchées par les usagers et les fonctions que celles-ci remplissent.

Il va ainsi tantôt s'agir de fonctions de maximalisation des effets, laquelle consiste à tirer le maximum d'effets « positifs » de l'association de plusieurs substances :

- L'accélération et l'amplification de la montée (prise concomitante) ;
- La potentialisation des effets (prise concomitante) ;
- Le prolongement des effets (prise différée) ;
- La relance des effets (prise différée)

D'autres relèvent de la fonction d'équilibrage des effets ;

- La production de nouveaux effets par l'ajout d'une composante (prise concomitante/différée) ;
- Le masquage d'une catégorie d'effets spécifiques par la prise concomitante/différée ;
- La neutralisation des effets (prise concomitante/différée).

Mais également d'utilisation de substances à fin de maîtrise des effets « négatifs » d'une ou plusieurs substances psychoactives :

- L'atténuation d'une montée trop forte (prise concomitante) ;
- L'adoucissement de la descente (prise différée).

Et enfin des fonctions de « rechange » que sont :

- La gestion de la pénurie ;
- La substitution d'effets par la consommation concomitante.

LES OUTILS

Pour cela, le dispositif est doté de plusieurs outils, essentiellement de type qualitatif. Ces derniers sont déployés tout au long de l'année pour l'animation du réseau et l'observation ethnographique (espace urbain) et à un rythme plus soutenu du printemps à l'automne en ce qui concerne l'observation ethnographique au sein du milieu festif.

Les questionnaires qualitatifs destinés à être renseignés par les structures de premières lignes sont réalisés au dernier trimestre afin d'embrasser une année d'activité pour leurs observations. Cette temporalité est également retenue pour les deux réunions des groupes focaux qui clôturent le plus souvent l'exercice de l'année.

L'utilisation de ces outils se décline localement comme suit :

L'observation ethnographique de terrain des usages dans l'espace urbain et les espaces festifs. Cette observation se fait par des contacts avec les usagers par immersion : Des enquêteurs formés⁴ vont sur le terrain dans les milieux d'usage 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'aboutir à des relations partagées et prolongées avec différents types d'usagers vivant dans cet espace.

Pour l'espace festif, les enquêtes se déroulent soit en free, en club ou en festivals moins spécialisés. Certains enquêteurs *plantent leur tente au milieu de la tribu*⁵ en participant aux diverses manifestations au sein desquelles ils s'intéressent particulièrement à la consommation de drogues et aux phénomènes qui lui sont associés (préparation, effets, représentations, sociabilités spécifiques).

4. Directement aux sessions de formations conçues et opérées par l'OFDT à Paris, soit effectuées par l'équipe de coordination locale.

5. En référence à la méthodologie fondatrice employée en ethnographie ; l'observation participante qui consiste à s'immerger « dans le terrain » d'observation, en participant à sa vie et son fonctionnement afin de mieux saisir le point de vue de l'Autre, ses rapports avec la vie, à comprendre sa vision de son monde (26).

Deux enquêtes qualitatives réalisées 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 s'effectuent sur la base d'un questionnaire semi directif renseignant pour chaque substance les douze thématiques principales définies ci-dessus⁶ qui structurent les stratégies de collecte et d'analyse des informations. Ce questionnaire permet de globaliser les informations recueillies tout au long de l'année d'exercice et ainsi de mettre en perspective avec le coordinateur les faits saillants et les évolutions constatées en regard des exercices précédents.

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 d'un questionnaire semi directif, jumeau du précédent avec des variantes en termes de produit consommé. Ces enquêtes sont complémentées par des entretiens réalisés par le coordinateur sur ce même modèle auprès des usagers très insérés dans le milieu et capable de renseigner 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 sélectionnées sur la base de leurs compétences propres et réunies pour traiter certains sujets intéressant le dispositif TREND. Ces groupes sont dirigés par un modérateur qui introduit les sujets à débattre et aide le groupe à développer ses idées : il s'appuie sur une discussion collective et non sur des questions réponses individuelles. Il est ainsi possible d'observer des convergences d'opinion (ou des divergences) sur l'absence, l'existence, le développement de tel

6. Voir le chapitre les éléments explicatifs de diffusion.

ou tel phénomène. Il est ainsi possible de produire de manière rapide des connaissances sur des évolutions relativement récentes concernant les usages de drogues.

Depuis 2001, cet outil s'est révélé d'autant plus pertinent que les experts concernés sont restés impliqués dans le dispositif. À Bordeaux, l'assiduité des participants à ces groupes en a fait un élément central dans la démarche indispensable de triangulation des données. C'est la raison pour laquelle les groupes focaux sont programmés et réalisés en clôture d'exercice.

- 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, hépatologue...), s'est réuni le 8 février 2008.
- Le groupe focal répressif a réuni le 21 janvier 2008 des professionnels chargés de l'application de la loi et amenés à rencontrer fréquemment des usagers de drogues (police, douanes, justice...).
- Un groupe focal extraordinaire « nouveaux usagers d'héroïne » a été réalisé le 11 juillet 2007 qui a réuni des professionnels (médecins, infirmiers, éducateurs, psychologues, travailleurs sociaux...) des centres de soins particulièrement concernés par la thématique...

Dans le cadre du **dispositif SINTES** nous avons contribué à l'étude portant sur la composition de poudre d'héroïne qui se poursuit sur l'année 2008 (fin de collecte en Juin 2008).

La stabilité de l'équipe de coordination TREND à Bordeaux en place depuis sept ans a permis la constitution d'un réseau d'acteurs tant professionnels qu'usagers.

La collecte d'informations est devenue une circulation à double flux. Nombre de ces acteurs interpellent spontanément le dispositif et cela même sans impératif de collecte de données et contribuent fortement à sa réactivité.

ESPACES D'OBSERVATION

Deux espaces de consommation ont été définis pour ce rapport depuis 7 ans. L'espace urbain désigne l'étendue de l'observation qui se situe dans des zones urbanisées ou fortement urbanisées. Sur cet espace, compte tenu de la nature des observateurs, les informations sur la population en contact avec les structures de soins et d'accueil, c'est-à-dire ayant une consommation à problème, sont largement représentées. D'autres usagers, fréquentant cet espace, appartiennent à la fraction de la population d'usagers dite « cachée », c'est-à-dire les usagers ne fréquentant aucune structure de prise en charge sanitaire ou sociale. Ces derniers non visibles dans cet espace ou non repérés par le dispositif d'application de la loi échappent en l'état actuel du projet à notre champ d'observation tout comme les populations relevant de l'espace rural. Ainsi les consommateurs les plus insérés ne font pas partie des populations étudiées, pourtant quelques références apparaîtront dans le texte du fait de leur visibilité sporadique et inconstante.

Dans chaque site de l'espace urbain, l'observation repose essentiellement sur des enquêteurs ethnographes et des personnels de structures de bas seuil (CAARUD).

L'espace festif désigne les lieux où est diffusé un certain style de musique dite techno ainsi que les établissements de nuit. L'observation porte dans cet espace sur des usagers dans un cadre festif, indépendamment de toute demande de prise en charge sanitaire ou sociale. Il est bien évident que le milieu techno n'est pas le seul où l'on retrouve des consommations de drogues.

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 » (7), 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 « frees » 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 « teuffeurs » 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 « *teuffeurs 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 « croisé » nous renseignent particulièrement sur les connexions qui s'opèrent et les nouvelles diffusions d'usages qui se créent (7).

Ce groupe de jeunes errants est un public très présent sur le site bordelais et son attitude migratoire interrégionale semble s'être réduite au profit d'une plus grande sédentarisation. Les observateurs ethnographiques sur le terrain ont effectivement observé un renouvellement de personnes moins important dans ces groupes, une forme d'ancrage de plusieurs d'entre eux à Bordeaux. En guise d'exemple, 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.

Depuis deux ans, la sédentarisation de ces jeunes, couplée à une adaptation des dispositifs d'accueil à ces nouvelles populations (8), semble avoir contribué à la modification des publics reçus dans les CAARUD au profit des « jeunes en errance ».

Le point marquant pour cette année 2007 est la transformation du périmètre d'observation TREND par l'extension géographique de l'espace urbain investi par les usagers.

Il s'est agi d'une migration de la ville vers la périphérie, par l'ouverture de squats dans des friches industrielles, ou en banlieue (voire en zone rurale), de camions « posé »⁷ en bordure de rocade...

La fréquentation par les usagers de l'hyper centre en a été modifiée. Moins présents aux emplacements habituels de manche et de rencontre, leurs modalités de captation par le dispositif ont dû être révisées.

D'autres éléments semblent avoir contribué à cette évolution :

Des travaux d'urbanisme réalisées dans une des artères de l'hyper centre point de rendez-vous habituel de ces publics, la restriction d'accès de certains « points clés » de l'activité de mendicité (tabac, gare, distributeurs etc.) et, l'apparition d'autres publics sur ces lieux, concurrents directs pour les activités de mendicité (population récemment immigrée dans la région).

Ces rassemblements de centre-ville n'ont toutefois pas disparu mais semblent davantage organisés sous la forme de « points de rencontre » dédiés, à heures précises, à l'organisation et à la répartition des tâches allouées à chacun dans les squats (courses, plans, alimentations des chiens, matériels.)

Ainsi cette transformation de l'occupation de l'espace urbain qui a été majeure en 2007 a conduit les équipes CAARUD à redéployer une partie de leurs activités dans ces nouveaux secteurs géographiques.

7. Sur calles quelques fois...

L'ESPACE FESTIF TECHNO

Dans notre perspective de « mesure » de l'évolution du mouvement festif techno et de la manière dont il s'exprime localement nous avons observé en 2007 la même tendance à la diminution des grandes manifestations dans la région.

Conjointement à cet tassement des lieux de fêtes spécifiques, nous avons observé une « dilution » de la spécificité culturelle des programmations techno ces deux dernières années. Qu'il s'agisse de celle des clubs ou de certains rassemblements, les styles de programmations musicales apparaissent nettement moins affirmés. Pour les programmeurs qui semblent avoir maintenu une programmation typique, il semble qu'il le fasse 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 de non-connaisseurs... ça fait bizarre... ».

Ce délitement du mouvement techno amorcé depuis plusieurs années 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. »

Cette moindre spécificité culturelle du mouvement qui apparaît moins marqué dans son identité a eu pour impact direct pour le dispositif TREND un éparpillement des sources d'observations qui cumulé à un vieillissement des enquêteurs n'ont que peu facilité l'observation des capteurs de tendances du milieu.

L'organisation de free parties « clandestines et gratuites » reste constante. Elles se déroulent dans les campagnes péri girondines,

périmètre que trois à quatre Sound Système se répartissent tacitement. Il apparaît que ce redéploiement des free au sein du milieu rural par les Sound Système soit également une réponse apportée à un public nouveau et demandeur.

À 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 qui contournent les contraintes des clubs et renouvellent le genre alternatif.

« 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. »

D'ampleur modeste, ces rassemblements ne sont pas uniquement désignés comme une re-modélisation du « mouvement techno » comme ce fut le cas en 2002 (9) mais comme des « squats » ayant une vocation culturelle variée. Matérialisé dans un bâtiment squatté ils accueillent différentes expositions ou performances musicales à vocations artistiques où coexiste un public composite : néo bab, néo punk, traveller's, clubbers de tous horizons...

OBSERVATIONS ET RÉSULTATS EN 2007

OPIACÉS

Le développement ces dix dernières années 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 son usage normal 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 de nouveaux 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 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 faits (10).

Héroïne

L'héroïne, diacétylmorphine, est un opiacé synthétisé en 1874 à partir de la morphine (11). En France, elle se présente sous deux formes chimiques : chlorhydrate (la blanche), assez rare ; base (la brune), beaucoup plus disponible. Son usage entraîne fréquemment une forte tolérance et une forte dépendance physique et psychique.

Depuis 2005, l'ensemble des indicateurs du dispositif TREND témoignent d'une amplification de la diffusion de l'héroïne à Bordeaux. Qu'il s'agisse de l'augmentation de la disponibilité, des discours prolixes des usagers sur les différentes variétés (même si la dite « brune » est la seule dont nous pouvons attester la présence sur le site), d'une image plus

valorisée de la substance auprès des usagers, ou encore des voyages transfrontaliers d'approvisionnement qui apparaissent plus fréquents...

Si les professionnels de santé et du champ d'application de la loi réunis dans le cadre du dispositif TREND ont également souligné la hausse de la disponibilité de l'héroïne, ils observent, non seulement une hausse du nombre d'usagers consommant de l'héroïne dans les structures de soins où ils interviennent mais aussi l'émergence d'un nouveau groupe d'utilisateur.

Cette tendance qui s'affine aujourd'hui concerne avant tout l'apparition de ce nouveau groupe de consommateurs d'héroïne qui se distingue des « habituels » usagers dépendants à l'héroïne.

En effet, jusqu'alors il était d'usage de distinguer les consultants en deux groupes (12).

Le premier groupe, le plus important en nombre, se compose d'usagers, en grande majorité des hommes, âgés de 35 ans environ, relativement désinsérés socialement, voire en errance, fréquemment bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI). La consommation d'héroïne semble se faire de façon privilégiée par voie injectable.

Le second groupe d'usagers, présente comme principales caractéristiques d'être plus jeunes de dix à quinze ans par rapport au premier groupe, de fréquenter (ou d'avoir fréquenté) les espaces festifs « alternatifs » (free parties et teknivals), d'avoir été initialement des usagers de produits de synthèse, d'utiliser (ou d'avoir initialement utilisé) les opiacés pour « gérer la descente » de stimulants. Pour ceux-ci en effet, *c'est principalement la fonction de régulation de l'héroïne qu'il faut retenir* (13).

Or, à côté de ces deux groupes d'usagers, un nouveau groupe d'usagers d'héroïne se développe qui s'est distingué de prime abord par le circuit d'information par lequel nous avons eu connaissance de leur existence. Ces nouveaux usagers ont été visibles essentiellement au départ dans les centres de consultations (CSST) ou par le système judiciaire (services de soins en prison et interpellation d'usagers dépendants), et quasiment imperceptibles par les structures de première ligne, fait exceptionnel concernant les usages d'héroïne.

Ceci est à mettre en relation avec les modes d'administration qu'ils utilisent, la voie nasale (rejetant l'injection, considérée comme la dernière limite à ne pas franchir) et leur niveau d'insertion sociale, plus élevé que les autres usagers, les rendant ainsi invisibles aux services de réduction des risques et aux dispositifs de première ligne plutôt pensés et aujourd'hui fréquentés par les usagers les plus précarisés.

Étudiants ou en activité professionnelle, ces usagers se différencient tant par leur jeune âge que par la présence dans leur vie d'un entourage familial et relationnel dense. Ils s'écartent également du moindre réseau structuré autour du produit, et rejettent tout ce qui peut s'apparenter à l'image qu'ils ont du toxicomane et de la dépendance.

Pour ces usagers, l'héroïne est consommée pour ses effets intrinsèques et non comme régulateur d'un psychostimulant comme nous l'avions noté par le passé concernant les usagers d'héroïne issus du milieu festif (décrit précédemment).

Des logiques de consommation découlent les logiques de soins : ne pratiquant pas l'injection, ils privilégient sevrages et substitutions courtes.

« Je note des changements dans la prise en charge, tu reviens dans le modèle abstinent il n'y a pas de logique de substitution pour eux. L'essentiel (des usagers [NDR]) 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... » (Propos de professionnel).

Les primo consultations dans les centres spécialisés semblent pour bonne part liée à l'apparition des premiers signes de dépendance (syndrome de manque, difficultés financières, pressions de l'entourage ou de l'employeur), signant la perte de contrôle de leur consommation.

La nature récente de ces usages, souvent inférieurs à un an lorsqu'ils viennent consulter, rend d'autant plus visible ce passage du comportement d'abus à la celui de dépendance.

Les orientations vers ces structures de soins ont été en grande partie effectuées par les médecins généralistes qui se retrouvaient en difficulté de prise en charge face à des usagers dépendants, qui souvent s'étaient substitués eux-mêmes (Méthadone ou Buprénorphine).

Les demandes formulées par ces usagers s'articulent autour de deux grands axes : sevrage et substitution courte.

Les usages d'héroïne

Comme les années précédentes, les observateurs du réseau des sites font état de trois modes dominants d'administration de l'héroïne : l'injection et le sniff, et plus marginalement la fumette (« chasse au dragon »). L'injection reste le mode d'administration qui domine dans l'espace urbain au sein des populations qui fréquentent les structures de première ligne.

Les usagers d'héroïne de l'espace urbain la consomment alternativement par inhalation (« *chassez le dragon* ») et par voie parentérale (intra-veineuse). 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 comme l'usage d'iboga que nous relayions l'année dernière comme un phénomène émergent et qui s'est avéré n'être à Bordeaux, qu'une tendance éphémère.

Pour un coût moyen de 60 € le gramme, l'héroïne brune demeure la plus fréquemment utilisée. Les pratiques d'approvisionnement transfrontalières apparaissent plus nombreuses, pratiques motivées par le prix de l'héroïne négocié aux alentours de 15 € le gramme en Espagne.

Les représentations de l'héroïne ou plutôt de la râbla ne semblent pas s'être fondamentalement transformées en 2007 bien qu'il soit à noter une tendance à l'amélioration de l'image de l'héroïne dans les deux espaces étudiés.

Dans l'espace urbain, ce phénomène s'expliquait d'une part du fait de la « lassitude » éprouvée par certains usagers à l'égard de la buprè-

norphine haut dosage et, d'autre part, par le développement de modes d'administration moins stigmatisés que l'injection comme le sniff ou la fumette.

Les usagers qui consomment la râbla en fin d'évènements 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 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, tu n'as pas de gros flash, ce n'est pas vécu comme un produit violent. »

Buprénorphine haut dosage

La buprénorphine haut dosage (BHD) est un opiacé d'action partielle et mixte agoniste/antagoniste, qui existe sous la forme de comprimés à laisser fondre sous la langue. Commercialisée sous la spécialité princeps Subutex®, deux génériques de la buprénorphine sont désormais disponibles depuis deux ans.

Le chapitre que nous leur consacrons s'intéresse essentiellement aux mésusages et détournements dont cette molécule est l'objet. En effet, en regard de nos espaces d'observation et des populations étudiées, assez logiquement, les usagers étant rencontrés loin d'un cadre thérapeutique, le degré de mésusage apparaît particulièrement élevé.

Depuis quelques années 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.

« Je note toutefois une nouvelle vague de jeunes sous Subutex® qui le shootent. Ce sont 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 ».

Ainsi le contournement de son usage thérapeutique semble se renforcer sous l'angle de la diversification des détournements dont il est l'objet. En effet, l'utilisation de la buprénorphine se fait quelquefois dans ces groupes par voie injectable, procurant un effet rapide et intense quelques minutes après l'injection; cet effet est lié à la montée rapide de la concentration de produit dans le sang et à l'augmentation de son pouvoir renforçant opiacé (14) concomitant.

Depuis peu, à la pratique d'injection du Subutex®, s'ajoute celle de la prise par voie nasale, plus affirmée cette année et qui concerne les usagers non-injecteurs.

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. Seulement pour ces usagers, la substitution par son générique semble avoir compliqué ces pratiques sans que nous puissions en connaître pour l'instant le réel impact. Ainsi, beaucoup de « mésuseurs » réclament à leur médecin prescripteur du Subutex® non substituable par le générique.

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 liés à l'injection de Subutex® qu'ils attribuent conjointement à une meilleure maîtrise de la préparation et à l'utilisation plus fréquente des Stérifiltres®. Il est à noter que pour certains usagers l'utilisation du Stérifiltre® n'est allouée qu'à la buprénorphine, l'usage du « classique » et néanmoins plus risqué filtre à cigarette reste de rigueur pour l'injection d'héroïne.

La diffusion du Subutex® auprès de publics précarisés a fait naître un mode de consommation nouveau, anecdotique, qui s'ajoute aux panels d'utilisation détournées uniquement pour ses propriétés sédatives et euphorisantes. Il s'agit de confection de cigarettes ou joints auxquelles sont ajoutés du Subutex® réduit en poudre et dosé précisément (1 ou 2 mg par cigarette). Il semblerait que ces usages nés au sein d'espaces confinés comme la prison ou les foyers d'hébergement trouvent leur utilité dans la commodité et la discrétion de la consommation où

l'addition de Subutex® à l'usage du Cannabis leur permet d'en réduire la consommation.

Un des phénomènes nouveaux concernant le Subutex® est la mise sur le marché de son générique et surtout des représentations dont il est l'objet, notamment en ce qui concerne son efficacité et son utilisation : les usagers expriment un lien analogique entre taille et concentration.

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 termes d'effets bien qu'une bonne part d'usagers aient clos la question en augmentant les dosages eux-mêmes.

Sa taille plus réduite que son homologue, le Subutex®, le rend 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.

D'autres, qui pratiquent l'injection, lui attribuent, une quantité moindre d'excipients et ainsi la réduction des risques locaux.

De plus en fin d'année 2007 lors de l'application localement du dispositif « tiers payant contre génériques »⁸ qui consiste à faire l'avance des frais en cas de refus du générique par le patient a généré une petite onde de choc auprès des usagers. Outre les inquiétudes annoncées ci-dessus, cette vague de substitution a généré deux types de comportement chez les usagers les plus déstabilisés ; soit un refus de substitution (sans bénéfice du tiers payant) soit l'augmentation du dosage de buprénorphine de vingt pourcent en moyenne selon les estimations des médecins prescripteurs des centres.

En termes d'image, la présence dans la rue des génériques et des craintes afférentes a semble t-il concouru à la revalorisation du Subutex®.

« 8 € -10 € le comprimé de 8 mg, sauf que comme il est meilleur que le générique, et hop! 5 € le comprimé de 8 mg, c'est nul parce que ce n'est pas

8. Mesure de la CPAM concernant la Gironde depuis le 1er novembre 2007: les pharmaciens de Gironde ne peuvent plus pratiquer la dispense d'avance de frais, ou tiers payant, en cas de refus du médicament générique par les assurés.

du Subutex®, il est plus petit, quand tu le piles il est plus transparent, et il y a moins de produit dedans donc ils augmentent leur dose... »

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

Tel est le cas des groupes d'usagers d'origine étrangère que nous évoquions en 2005 (15) et que nous identifions comme des consommateurs occasionnels de Subutex® piochant dans la palette d'opiacés. Ils paraissent, eux aussi, présenter une dépendance plus marquée. Pour ces personnes sans ouverture de droits et en situation précaire, il s'agit à priori d'un approvisionnement extérieur à la prescription médicale ce qui semble avoir généré une offre de Subutex® et de médicaments psychotropes ciblée vers ces personnes sans couverture sociale.

Le chlorhydrate de méthadone

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

Depuis la mise en place du dispositif TREND et jusqu'en 2005, la présence de méthadone sur le marché parallèle s'est toujours avérée ponctuelle et limitée.

Depuis nous avons continué de noter la présence de méthadone sur le marché parallèle tout en constatant la toujours faible ampleur de ce trafic comparativement au Subutex®. De plus contrairement aux ventes de ce dernier, qui peuvent être l'œuvre de trafiquants non usagers, la méthadone vendue provient presque exclusivement de stocks et de surplus accumulés par des patients substitués qui, pour une raison ou une autre, ne consomment pas la totalité des doses prescrites et délivrées.

« Notamment quand les médecins refusent de diminuer les doses prescrites, les patients baissent d'eux-mêmes et gardent la différence... »

Son utilisation, détournée ou non de son usage initial, se fait exclusivement par voie orale.

L'offre de méthadone® au sein de l'espace urbain semble s'être légèrement accrue ces deux dernières années et les prix de vente dans la rue revus à la baisse. Alors que depuis quelques années le flacon se négociait autour de 10 € quelque soit le dosage (60 mg le plus souvent), la fourchette de prix oscille entre 5 € et 10 € en 2007.

La disponibilité de la méthadone® semble élargie sans qu'il ne s'agisse pour autant de pratiques de deal organisées et systématisées.

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 signifiante en la matière puisqu'une bonne part des patients a déjà une prise de méthadone régulière ou déclare avoir été initiée à la méthadone® dans la rue et connaissent assez bien la substance (dosage, utilisation...).

Parmi eux, l'on retrouve les nouveaux usagers d'héroïne dont les demandes en 2007 ont alerté les professionnels au vu de la masse de demandes dans un laps de temps relativement court :

« Cette année la tendance c'est l'apparition d'une demande de traitement de substitution venant de jeunes insérés qui apparaît alarmant vu la quantité de demande l'année dernière. Ils ont déjà pris de la Méthadone dans la rue et bien qu'ayant une dépendance aux opiacés déjà installée, ils sont juste au début... ils se substituent à la Méthadone et viennent demander un traitement en seconde intention, et cela se passe plutôt bien. Ils ont fait des tentatives avec le Subutex® qui ne semblaient pas concluantes. Ils ne sont pas désinsérés, la plupart d'entre eux travaille et a envie de passer à autre chose. »

Ce type de pratiques semble effectivement s'être étendu et les personnes en demande de traitement naïves à la consommation de méthadone® sont dorénavant rares. Les initiations du traitement dans la rue sont une pratique qui semble s'installer.

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 eu- 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 comme nous l'observons l'année dernière.

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... Cette dernière indication qui a motivé les usagers à la réalisation de cette expérience. c'est la raison pour laquelle, malgré les propriétés hallucinogènes évidentes de l'iboga, nous traitons de son usage sous l'angle « thérapeutique » que les usagers lui reconnaissent.

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 sont une chose nouvelle pour le dispositif.

« 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 vi--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. À Bordeaux, ces initiations se sont déroulées sans pairs ni tradipraticiens 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 chamanique (16). L'efficacité de la cure semble résider, pour les usagers, prioritairement dans les effets psychédéliques, entendus au sens propre 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 ?).

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'appétit (17).

« Il m'a dit qu'il avait eu énormément de visions : la deuxième 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 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 psys 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 semblent 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 fait 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'ibogaïne, mais de la yohimbine (vasodilatateur utilisé 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 parler de l'iboga, je n'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 n'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 curiosité (18) que d'attrait chez les usagers au dire 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'ibogaïne au tableau des stupéfiants ; il est devenu effectif le 12 mars 2007.

STIMULANTS

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

La cocaïne et le Crack

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

Fortement stimulante, elle produit un sentiment d'euphorie, de puissance intellectuelle et physique, et une indifférence à la fatigue. Le crack est une forme dérivée de la cocaïne, obtenue après adjonction de bicarbonate, ou d'ammoniaque, au chlorhydrate de cocaïne. La forme basée 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.

Enfin, entre 2000 et 2005, on assiste à une accélération de la diffusion de la cocaïne, avec un taux d'usage au cours de l'année multiplié par 2 ou 3 selon les populations considérées. Le nombre de personnes ayant

consommé de la cocaïne en 2005 est estimé à 200 000 personnes, effectif qui reste donc relativement modéré en population générale⁹.

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'usagers 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.

9. Le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois au cours de la vie) de la cocaïne en population générale, selon les dernières données disponibles, est le plus élevé parmi les produits illicites stimulants. Il atteint 2,6 % chez les personnes de 15 à 64 ans après avoir plus que doublé en 10 ans. La fréquence d'expérimentation est maximale chez les 25-34 ans où elle atteint 4,1 %.

Beck, F., et al., *Les niveaux d'usage de drogues en France en 2005, Exploitation des données du Baromètre Santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte*. Tendances, 2006. 48 : p 6.

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 physiques négatives.

« Tout le monde pense que c'est un bon produit, les trois quarts des gens qui consomment la coke la préfèrent aux autres produits. »

La dangerosité de la cocaïne, telle qu'elle nous est le plus fréquemment rapportée, est jugée proportionnelle à la « fragilité psychologique » de l'utilisateur qui peut s'il n'est pas assez « fort » s'avérer incapable de gérer sa consommation.

De facto, ce n'est pas la dangerosité de la substance qui est incriminée dans ces observations mais bien les difficultés intrinsèques aux usagers aisément qualifié d'« abuseurs » par le groupe.

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 qui sont 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 base apparaît de plus en plus utilisée dans ces mêmes milieux. Cette pratique moins visible et plus discrète complémente 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 tu 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 de gens 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 qui ont été relevés les années précédentes; d'une part les effets liés aux désordres cardiovasculaires; tachycardie, arrêt cardiaque, conséquences vasculaires pour les injecteurs, et d'autre part les effets inhérents aux désordres psychologiques passagers, relatifs au contexte de consommation ou à la vulnérabilité propre du consommateur.

Son prix reste stable depuis deux ans aux alentours de 60 € à 80 € le gramme.

Enquête spécifique Cocaïne

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 1 gr. 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 :

La cocaïne n'apparaît pas centrale dans les préoccupations de ces usagers aux usages qu'ils qualifient volontiers de simples et récréatifs.

Les motivations habituellement rencontrées lors de la collecte dans les milieux précaires sont avant tout d'ordre sanitaire, les usagers souhaitant minimiser les problèmes liés aux produits de coupe et maîtriser tant que faire ce peut le contenu de ce qu'ils vont ingérer, sniffer ou injecter.

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

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 Phénacétine¹⁰, 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. Il s'agit d'un précurseur du paracétamol, commercialisé initialement pour ses propriétés antalgiques (antidouleur) et antipyrétiques (baisse de la fièvre). La Phénacétine 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.

10. Pour plus d'information sur la Phénacétine : Produit de coupe de la cocaïne en augmentation : Note d'information SINTES du 21 décembre 2007 consultable sur le site : http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir_071129_phen.pdf.

L'ecstasy

L'ecstasy désigne habituellement des comprimés contenant de la MDMA (Méthylène-dioxy-3,4-méthamphétamine), substance synthétique dérivée de l'amphétamine et classée comme stupéfiant en France. Elle est disponible sous trois formes : comprimés, le plus souvent assortis d'un logo ; gélules ; poudre et depuis 2006 sous forme de cristaux.

Les évolutions amorcées depuis ces trois dernières années emboîtent le pas de celles qui sont observées sur l'ensemble du territoire national de TREND.

En effet, l'évolution relative à la désaffection des comprimés d'ecstasy en Aquitaine 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. Ce phénomène bénéficie à la poudre, le MDMA, et dans une moindre mesure à d'autres substances psychostimulantes comme la cocaïne ou plus marginalement, au GHB ou à la Kétamine.

Du point de vue des usagers, deux éléments expliquent cet engouement pour la poudre.

D'une part, depuis plusieurs années déjà, la qualité, réelle ou supposée, toujours plus médiocre et aléatoire des comprimés, perçue par les usagers, les conduit à se tourner vers la MDMA en poudre supposée être « réellement » de la MDMA, à telle point que la dénomination ecstasy ne s'applique plus qu'aux comprimés, la poudre étant simplement désignée par le terme « MDMA ».

Par ailleurs, à la recherche de sensations plus intenses et de moyens pour se démarquer des novices, les usagers les plus expérimentés se sont tournés vers la poudre et le sniff réservés alors aux « initiés ». Comme tout effet de mode, celui-ci tend à se diffuser au-delà du noyau d'origine. On observe effectivement que le marché de l'ecstasy semble au cours de ces dernières années opérer un glissement du comprimé vers la poudre.

L'ecstasy en comprimés apparaît désormais comme « ringarde » et quasiment réservée aux novices.

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).

La poudre en revanche serait l'apanage des « anciens » de 25 à 30 ans, davantage intégrés dans un sous-groupe culturel et montrant par cette préférence leur caractère branché. Pour eux, la poudre serait de la MDMA relativement pure. Sa forme, rappelant celle de la cocaïne permettrait d'en imiter le mode de prise, le sniff, faisant en quelque sorte rejaillir sur ce produit moins cher un peu de l'image de cette dernière, tout en favorisant des sensations plus intenses que la prise orale (10).

Au sein de l'espace urbain nos interlocuteurs ne manifestent que peu d'intérêt pour l'ecstasy, discours qui fait contraste avec sa « popularité » locale du début des années 2000 « *on entend plus parler d'ecstasy, c'est moins courant, ça n'est plus présent dans leur quotidien* ». Cette tendance à la désaffection de l'ecstasy est quelquefois corrélée par ces usagers à la présence imposante de la cocaïne et à sa popularité.

Les formes comprimé et gélule sont très répandues dans l'espace festif commercial des clubs et des discothèques où elles constituent selon les usagers, « *l'une des conditions indispensables d'une soirée réussie* ». L'usage d'ecstasy concerne ici une population jeune, plutôt bien insérée dans la société, pour laquelle la consommation s'inscrit, en théorie, dans un cadre récréatif.

Dans l'espace festif alternatif (*free* et *rave parties*) c'est la forme poudre qui est la plus volontiers consommée. Dans ce milieu toujours à la recherche de sensations plus radicales, la forme poudre, circulant sous l'appellation MDMA, bénéficie au contraire d'une bonne image liée surtout à la meilleure qualité qui lui est prêtée.

Les comprimés et les gélules étant les formes les plus répandues, la voie orale constitue de loin le mode d'administration le plus courant. Ils sont « gobés » selon l'expression consacrée.

La pratique du sniff est également rencontrée y compris pour la forme comprimé de l'ecstasy qui est préalablement écrasé. La recherche d'effets plus intenses (liés à une montée plus rapide), le phénomène de mode lié

à la popularité du sniff comme mode d'administration « branché » et enfin la recherche d'une dimension plus conviviale liée au partage de traits semblent être à l'origine de cette pratique.

Ainsi si cette substance a connu un développement important dans la dernière décennie, les tendances de consommations variées toute 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 *Adam*¹¹ d'Alexander Shulgin.

11. 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 (29).).

Les amphétamines

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

Les amphétamines possèdent des propriétés stimulantes et anorexigènes. La consommation des amphétaminiques est essentiellement festive, mais l'amphétamine est également utilisée par certains comme produit dopant ou comme coupe-faim. Utilisée dans un cadre médical par le passé pour diminuer l'appétit, elle n'est plus autorisée à la prescription qu'en cas d'indications très restreintes¹².

La métamphétamine, dérivé synthétique puissant de l'amphétamine nommé Yaa baa, Ice ou Crystal est une substance dont la consommation apparaît inexistante en Aquitaine et plus globalement en France.

L'amphétamine ou *speed* est disponible sous deux formes : la forme poudre et pâte.

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*, son autre nom paraît bénéficier d'une image toujours valorisée pour ses qualités intrinsèques dans ces milieux. Stimulant et énergisant, il semble correspondre aux demandes des usagers qui font la fête (rester éveillé, être stimulé) et être compatible avec les activités de subsistance nécessaires à la vie dans la rue (accroissement de la vigilance, réactivité).

Les *speeds* disponibles sur Bordeaux sont principalement les *speeds* blancs et jaunes en pâte ou en poudre. Depuis plusieurs années son prix reste stable entre 15 € à 20 € le gramme en moyenne.

L'amphétamine est très majoritairement sniffée, notamment en milieu festif alternatif lorsque sa forme le permet. La pratique alternative est l'usage en « bombe » ou « parachute » comme la MDMA (un peu de

12. Les dernières indications médicamenteuses des amphétamines concernent le traitement de certaines affections chez l'enfant essentiellement, mais dans le cadre de contraintes réglementaires qui préviennent tout tournement à une échelle significative (17).

poudre emballée dans une feuille de papier à cigarette puis ingérée) et concerne sa forme pâte « trop grasse » pour être « travaillé » (réduite en poudre suffisamment fine) afin d'être sniffée.

L'injection est le fait d'une population marginale et précaire qualifiée de jeunes errants dans le dispositif TREND. Ces jeunes apparentés aux milieux techno underground fréquentent également les structures de réduction des risques en milieu urbain.

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 sont 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 substance associée massivement reste l'alcool puisque le speed semble juguler les effets de l'ivresse. Dès lors, les usagers le consomment sans ressentir les effets de limites habituelles (ivresses alcooliques) et ce d'autant plus lorsqu'elle s'insère dans des consommations de rue où l'alcool tient une place nodale.

La méthamphétamine signalée les années précédentes comme nouvelle substance, forme d'amphétamines fortement dosée ne semble toujours pas s'être individualisée en tant que telle. Elle apparaît dans les discours comme étant une version plus concentrée des amphétamines, sa base. Indépendamment des noms divers sous lesquels la métamphétamine est identifiée yaa baa, ice, métamphet, crystal etc... Il est à considéré dans les discours locaux qu'au nom métamphétamine, fait référence toutes substances produisant un effet supérieur à celui de l'amphétamine.

HALLUCINOGÈNES

Les hallucinogènes sont des substances provoquant des distorsions des perceptions sensorielles (visuelles, auditives, tactiles et cénesthésiques) et du cours de la pensée.

Nous distinguerons dans ce chapitre les hallucinogènes dits d'origine naturelle de ceux qui sont identifiés comme synthétiques. Parmi ces derniers il convient particulièrement d'y adjoindre les anesthésiants de type dissociatif qui composent la grande actualité de TREND en 2007.

Les principales substances hallucinogènes naturelles consommées sont celles qui sont contenues dans les champignons dits « hallucinogènes ». Les autres plantes hallucinogènes (*Datura stramonium*, *Salvia divinorum*...) sont consommées mais de manière beaucoup plus marginale. Les hallucinogènes synthétiques, moins consommés que les champignons, sont le LSD, parfois appelé « acide », « trip » ou « buvard », et la kétamine, anesthésique humain et vétérinaire qui, à fortes doses, produit des hallucinations (10).

Le phénomène marquant dans la région concerne l'usage plus important de ces derniers hallucinogènes de synthèse dans certains groupes étudiés, comme le PCP et le GHB ainsi que les contextes nouveaux de consommation s'y rattachant (clubs et discothèques).

À l'heure actuelle la consommation de ces nouveaux hallucinogènes dans la région demeure relativement circonscrite aux populations étudiées et apparaît comme un épiphénomène que seules les investigations futures viendront valider ou invalider.

Les champignons hallucinogènes occupent la part la plus importante des consommations d'hallucinogènes. Parmi les autres plantes, la *Salvia* et le *Datura* sont les plus fréquemment expérimentées. Il existe par ailleurs de nombreuses plantes hallucinogènes consommées très marginalement par des groupes très spécifiques d'usagers (*Ayahuasca*¹³, *Peyotl*, Graines de *LSA*, *Mandragore*, *Iboga*¹⁴) dont l'usage dans la région a été renseigné au sein d'une exploration spécifique réalisée en 2004 (2).

13. Pour plus d'infos (22)

14. Bien qu'appartenant à la famille des hallucinogènes, nous avons choisi de faire apparaître l'utilisation d'*Iboga* dans le chapitre des opiacés pour l'usage dédié avant tout au sevrage qui en a été fait.

Depuis quelques années les groupes amateurs des substances d'origine naturelle sont composés d'usagers plutôt connaisseurs et expérimentés (les traveller's et les ex soixante-huitards), et au fil des années de plus jeunes consommateurs sont venus grossir les rangs des amateurs de la « *perche naturelle* » : les zonards et de jeunes usagers de tous horizons (jeunes expérimentateurs (lycéens étudiants), les jeunes teuffeurs et plus rarement les Clubbers.

Ces usages sont surtout le fait d'opportunités (disponibilités saisonnières ou de réseau proximal) et se déroulent préférentiellement dans des sphères privées et sont rattachés à des contextes de consommations festives.

Une étude multicentrique pilotée par le GRVS¹⁵ en 2005 à laquelle nous avons contribué sur les usages de substances hallucinogènes d'origine naturelle (19) a mis en évidence plusieurs profils d'usagers de ces substances selon leur motivation de consommation.

Les champignons hallucinogènes

Les champignons hallucinogènes, dont il existe de nombreuses variétés, contiennent des substances capables de produire des hallucinations ; il s'agit essentiellement de la psilocybine. Certaines poussent en France, d'autres sont de provenances plus exotiques (mexicaines, hawaïennes colombiennes...).

Pour ces derniers, l'importation concerne essentiellement des spores de ces dites variétés et non les champignons en tant que tels.

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

- Le phénomène de diffusion semble être stabilisé.
- La consommation est un phénomène qui relève de l'espace festif, et plus particulièrement des soirées privées ou du milieu techno alternatif (rave et free parties). Par contre, les champignons ne seraient pas disponibles dans les clubs et les discothèques.

15. Groupement Recherche Vulnérabilité Sociale

- Les populations concernées sont plutôt jeunes et appartiennent fréquemment à des milieux revendiquant une marginalité par rapport au système de valeurs dominant.
- Les préoccupations d'ordre spirituel accompagnant l'usage peuvent également être présentes mais restent minoritaires.

Les autres produits sont plus rares et l'observation de l'usage est accessible essentiellement par des recueils ethnographiques. Ces hallucinogènes concernent principalement trois groupes de consommateurs tels que les a identifiés Catherine Reynaud (19) dans son étude sur les usages contemporains de plantes et de champignons hallucinogènes :

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

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, la seule substance sur le site à la réputation indémodable.

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 2007 plus présent, essentiellement au sein de l'espace festif et ce même chez des non-initiés.

La nouveauté se situerait du côté d'une accessibilité accrue dans ce même espace où le LSD est vendu aux côtés des 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 entourées lors des sessions de consommation; *voyage* ou *trip*.

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. Littéralement nommé *mauvais voyage*, il s'agit d'un ensemble de manifestations qui regroupent expériences de déréalisation ou sensation de devenir fou. Sensations suffisamment angoissantes pour provoquer de véritables attaques de panique à l'origine de troubles du comportement qui peuvent être périlleux (fuites éperdues, violences...) (17).

Les « remontées » d'acides¹⁶, 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).

Nous avons dans ce chapitre regroupé les usages de produits ayant un effet anesthésiant de type dissociatifs¹⁷ puisqu'il recouvre à lui seul une tendance importante du site en 2007.

Cette tendance regroupe d'une part, l'augmentation de la disponibilité de la Kétamine dans de nouveaux espaces et d'autre part la diversification de ces anesthésiants, substances « jumelles » de la Kétamine, disponibles sur le site. Il s'agit de PCP, Phencyclidine, et de la Tilétamine.

Devant la nouveauté du phénomène, les discours ne sont pas homogènes concernant l'identité de chacune de ces drogues, souvent comparées voire assimilées entre elles. Ce fut particulièrement le cas entre le PCP et la Tilétamine dont nous proposerons une approche très conditionnelle des données au vu de la difficulté à statuer sur la nature de ce qui est consommé et de la fraîcheur du phénomène à Bordeaux. C'est la raison pour laquelle nous traiterons l'usage de ces deux substances simultanément afin d'exposer le plus fidèlement possible la validité de chaque information.

La consommation et la disponibilité de la Kétamine, substance phare de cette catégorie, est sur le site en augmentation, ce qui fait rupture avec les observations réalisées depuis 2001 concernant son utilisation qui se limitaient pour bonne part à l'espace festif. Depuis deux ans, ces consommations semblent se diffuser largement au sein de l'espace urbain, chez les jeunes en situation d'errance, et dans une partie du clubbing bordelais.

16. Autre nom donné au LSD

17. Substances qui dépriment certaines régions cérébrales comme le thalamus et le cortex tandis que d'autres, notamment le système limbique reste activées. Ces anesthésiques procurent une sensation de bien-être et entraînent des hallucinations. À des doses élevées, elles peuvent induire un coma.

Jusqu'alors, la Kétamine était la seule substance représentant cette catégorie de drogue modérément disponible à Bordeaux. L'apparition en milieu d'année de la Tilétamine, son homologue témoignent de l'affection grandissante pour ces substances auprès des différents publics que nous rencontrons. Les usagers qui les consomment sont à la recherche d'effets euphorisants, sensation d'ébriété, d'hallucinations et d'effets radicaux de dissociation.

Il est à noter que les effets obtenus avec ces drogues sont étroitement corrélés aux doses consommées, ceci semble particulièrement vrai pour la Kétamine et le GHB.

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 hallucinations qui amènent certaines personnes à l'utiliser de façon récréative (10). 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.

Ces dernières années d'une disponibilité relative, ses premiers amateurs dans la région ont été les traveller's et autres nomades, « *tournés vers l'Angleterre* », pour se répandre parmi des groupes d'usagers plus jeunes, dans le cadre d'expérimentations et en particulier dans les nouvelles générations de jeunes errants.

Plus disponible en période estivale du fait des attitudes migratoires de nomades et autres festivaliers techno en transit, il semblerait que la forte visibilité de son usage concoure à surestimer son ampleur: la démarche robotisée, saccadée, les troubles moteurs avec chutes, l'hilarité... trahissent dans ces espaces relativement confinés la présence de Kétamine: « *En soirée ça se sait vite car ça se voit.* »

Dans l'espace urbain sa diffusion était très modérée et concernaient essentiellement les jeunes en errance urbaine et les usagers naviguant dans les deux espaces (les usagers satellites).

Ces deux dernières années, la demande de Kétamine dans ces groupes apparaît grandissante, les usagers témoignent de démarches de recherche active de la substance contrairement aux années précédentes où les consommations de Kétamine étaient surtout le fait d'opportunités.

D'autre part la Kétamine est apparue disponible dans certains clubs bordelais, milieu jusqu'alors épargné par sa diffusion.

La Kétamine est utilisée en anesthésie vétérinaire principalement ou humaine¹⁸ dont les effets sont le fruit d'une alchimie à trois dimensions : les effets anesthésiants, les effets hallucinogènes et les effets dissociatifs. Mais l'efficacité de ces effets est largement conditionnée par les doses auxquelles elle est consommée d'une part, et le contexte de consommation selon qu'il s'agisse d'une consommation en appartement ou en squat d'autre part : en ce qui concerne sa consommation en club il apparaît clair qu'aux dosages importants les manifestations visibles de l'imprégnation sont peu compatibles avec ce type de lieux.

Les effets recherchés en ces lieux sont davantage l'euphorie et la désinhibition se rapprochant d'une sensation d'ébriété rapide, elle est alors consommée en petite quantité et les effets dissociatifs et troubles de la coordination sont moins intenses :

« J'ai compris que c'était la façon la plus rapide pour arriver à un état proche du mec complètement bourré, rien qu'avec une seule trace de ce produit ».

« J'ai eu des hallucinations j'étais posé contre le mur, j'avais des pertes d'équilibre et des difficultés à évaluer les distances... »

« Les sensations d'ébriété mais de manière un peu différente. Le monde bouge, tu tiens debout mais c'est étrange... »

Dans les autres contextes de consommation et chez des usagers plus confirmés, les effets recherchés sont d'un autre ordre ; les hallucinations, les sensations de décorporation où les sujets peuvent avoir la sensation

18. Les deux indications de la kétamine : à forte dose comme anesthésique général, et à faible dose comme antalgique (30).

que leur esprit s'est « détaché » de leur corps (out of body) et du monde (20); renvoie à des motivations plus radicales de consommation.

L'aboutissement extrême du voyage sous Kétamine serait pour les usagers les plus aguerris l'expérience proche de la mort, la Near Death Experience (NDE), dont nous n'avons que des discours indirects, mais qui semble contribuer largement à la réputation controversée de la Kétamine :

« faut être sacrément sur de toi ou être avec des gens qui assurent si tu veux tenter l'expérience (NDE) »

La Kétamine, majoritairement disponible sous sa forme poudre est vendue au gramme, apparaît pour bonne part sous sa forme liquide aux concentrations variables (5 ml ou 20 ml) et est consommée ou cédée au réseau proximal après transformation directe de l'utilisateur. Son prix moyen est compris autour de 40 € à 50 € le gramme.

La Kétamine vétérinaire liquide a une forme galénique conçue pour être injectée en intramusculaire. Ce mode d'administration est peu ou pas utilisé sur le site où elle est jugée par les usagers inutile et douloureuse. La Kétamine est, sur le site, essentiellement consommée par voie nasale après transformation de sa forme liquide en poudre, une fois ouvertes les fioles s'évaporent rapidement.

La modalité d'administration habituel de la Kétamine est la voie nasale. La pratique d'injection, bien que marginale, est de plus en plus fréquemment rencontrée par les usagers de l'espace urbain.

Ces témoignages de comportements, bien que marginaux (sources directes et secondaires), se sont répétés en 2007 et apparaissent souvent corrélés à des comportements de consommations extrêmes.

Les pratiques d'injection en intraveineux direct (sans transformation préalable en poudre) sont considérées comme dangereuses du fait de la concentration du produit dans sa forme liquide. Certains usagers semblent en avoir fait l'expérience, de source secondaire cette expérience décrite comme difficile présentait une symptomatologie (3 jours de délire avec

perte de connaissance), qui s'apparentait au tableau décrit par K. Jansen (21) du *K-hole*¹⁹ consécutivement à ce mode d'administration.

« Il est resté trois jours dans son squat sans bouger ils ont failli appeler les pompiers, ils croyaient qu'il était mort. »

Bien qu'obtenant la Kétamine sous forme liquide et la consommant en Intra veineux certains usagers la transforment au préalable en poudre et la diluent ensuite avant de l'injecter.

L'extension de ce mode de consommation semble avoir fait naître un nouveau conditionnement disponible dans la rue auprès de ce public initié, elle est alors vendue à la seringue à raison de 10 € la dose (2 ml).

D'autre part, la Kétamine semble être sujette à de diverses expérimentations exposées par de 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 ne pouvais plus bouger, c'est une anesthésie, mais avec une conscience. »

Depuis le début de nos observations sur cette substance il n'a jamais fait aucun doute sur le statut très controversé de la Kétamine qui scindait les usagers en deux groupes bien distincts : ses amateurs et ses détracteurs. Cette année il semblerait que sa diffusion accrue et une plus grande connaissance des dosages et de ses effets concourent à tasser les représentations et à niveler les discours sur la Kétamine.

19. Le « K-Hole » est une expression consacrée qui évoque le « trou noir » (perte de conscience, perte des repères du temps et de l'espace) qui peut être provoqué par la prise de Kétamine.

Les acteurs du dispositif s'accordent à dire qu'ils rencontrent davantage de consommateurs et d'expérimentateurs de kétamine qu'auparavant, éléments qui cumulés avec les observations précédentes signent une plus grande diffusion de ce produit.

PCP et Tilétamine

Le PCP (phencyclidine) nommé *Angel Dust* (« poussière d'ange ») est un hallucinogène de synthèse. Son utilisation en médecine a été abandonnée depuis des années en raison de ses effets hallucinogènes et dissociatifs puissants, proches de ceux de la Kétamine (22). Ses caractéristiques psychoactives sont essentiellement dissociatives, entendue comme une « séparation entre l'esprit et le corps » ou une privation sensitivo-sensorielle (déformation des messages envoyés vers le système nerveux central) (11).

La Tilétamine²⁰ est un anesthésique ayant une structure chimique similaire à celles de la phencyclidine (PCP) et de la Kétamine utilisée en médecine vétérinaire (anesthésie de type dissociatif). Son profil pharmacologique et toxicologique est proche de ceux de ces molécules, avec, toutefois, des effets plus puissants et plus durables que la Kétamine (plusieurs heures)²¹. Sa diffusion en France est sporadique et était inexistante jusqu'à cette année sur le site.

La présence de ces deux substances à Bordeaux est apparue au second semestre de l'année 2007 avec une disponibilité très faible. L'évènement notable dans l'observation ethnographique est la confusion quant à l'identité de ce que les usagers consommaient et l'amalgame des substances entre elles qu'ils réalisaient (Tilétamine pour PCP et inversement, Tilétamine comme LSD, PCP comme Kétamine et PCP comme GHB...). Ceci laisse à penser qu'en plus d'être récemment arrivées sur le site elles ne bénéficient pas d'une grande notoriété et semblent le fait de consommations exceptionnelles, d'opportunités, ce que confirme le fait que leur consommation semble jusqu'à présent non-

20. 2-éthylamino-2-thien-2-cyclohexanone

21. Données issues d'une note d'information du dispositif SINTES de L'OFDT sur la « TILÉTAMINE Nouvelle identification » 10 février 2005 (32) (31).

encadrées des habituels discours sur les modalités de consommation que l'on retrouve pour toute autre substance.

La distinction, en l'état actuel de nos explorations, entre l'identité chimique de ce qui est nommé par les uns PCP et par d'autres Tilétamine, n'est pas réalisable...

Le seul élément contribuant à arbitrer est l'analyse toxicologique réalisée sur un échantillon que l'utilisateur identifiait comme du PCP et qui s'est avéré être de la Tilétamine mais aucunes sources directes d'utilisateurs et autres collectes n'ont pu nous aider à statuer.

Cette substance se présente sous forme de poudre cristalline et est consommée par voie nasale en dehors d'un usage par voie parentérale qui nous a été mentionné. Son prix serait proche de celui de la Kétamine au gramme à savoir 40 €. La puissance de cette drogue est une perception claire chez les usagers l'ayant consommée et de fait les dosages seraient à calibrer avec précision :

« La Tilétamine c'est de la même famille que le LSD, ça se présente sous forme de cristaux, de sel ou de sucre, tu le sniff mais un micro trace c'est très fort... en gros tu ne mets pas plus de 10 ou 15 cristaux dans ta trace (trace: 1 cm sur 1 mm) et ça te perche pendant 3 heures et faut surtout pas le mélanger à la Kétamine [...] Tu le vends comme un trip, par perche, mais il ne faut pas le couper, c'est un produit qui n'est pas vendu à tout le monde... en fait c'est comme la Kétamine mais fois dix. »

Consommée pour ses propriétés hallucinogènes de type dissociatif « dix fois plus fort que la Kétamine » son utilisation a donné lieu chez les usagers à des troubles de la coordination motrice, une incapacité à se mouvoir, à une insensibilité à la douleur et à un décalage des perceptions au temps et à l'environnement :

« C'est comme s'il avait toujours conscience d'être dans son corps mais qu'il ne pouvait pas du tout bouger. »

Un autre usager décrit quant à lui la similitude des effets psychédéliques avec ceux du LSD pour les hallucinations et des propriétés de modifications des perceptions proches de l'introspection qu'elle induit.

« Tu es comme sous LSD, t'entend comme sous LSD et t'es anesthésié comme sous Kétamine mais t'es Kéblo et conscient comme avec le LSD: t'entends tous ce qui se passe... mais bon c'est quand même assez rare, le PCP c'est un

anesthésiant vétérinaire, tu déliras, alors que la Tilétamine c'est psychédélique comme le LSD pas comme la Kétamine... Pour certains c'est trop fort, moi j'ai vu la mort, cette fois là c'était plus comme un délire Kéta, j'avais les jambes qui me lâchaient au bout de 3 heures. Tu marches chelou mais pas contre tu ne sens pas la douleur, je me suis tapé la main violemment contre une pierre en étant persuadé que c'était mon oreiller et je me suis couché dessus pour dormir... »

GHB

Le GHB est un sédatif utilisé en médecine en France depuis plus de trente ans comme anesthésique général. Développé en France par Henri Laborit, il a été popularisé depuis quelques années aux états-Unis comme anabolisant, aphrodisiaque, pour les troubles du sommeil, comme supplémentation naturelle, comme antidépresseur, etc., aucune de ses soi-disant propriétés n'étant d'ailleurs démontrée (22).

Le GHB²² est un anesthésiant ayant une double action : euphorisante puis sédatrice et amnésiante. Cette molécule est détournée de manière récréative par certains et de manière criminelle par d'autres (dans le cadre de tentatives de soumission chimique d'une personne par une autre).

Plus connue sous le nom de « drogue du violeur » c'est, en France, son utilisation criminelle de soumission chimique qui lui a valu sa réputation.

Depuis la création du dispositif TREND en Aquitaine, le GHB demeurerait un produit rarement observé en ce qui concerne son utilisation récréative. Dans les autres sites TREND qui signalent l'utilisation du GHB à cette fin, Paris en particulier, ce serait surtout le GBL²³ qui serait disponible et vendu pour du GHB : le GBL est un solvant industriel, précurseur du GHB, ayant comme caractéristique de se transformer en GHB dans l'organisme après ingestion par voie buccale. À Bordeaux nous ne sommes pas en mesure d'identifier la substance, les tentatives de collectes dans le cadre de la vieille SINTES ayant avortées. Ceci essentiellement du fait du

22. Gamma Hydroxybutyrate.

23. Le GBL ne fait l'objet d'aucun classement juridique « l'inscription de la GBL sur la liste des stupéfiants n'est pas envisageable, du fait de sa très large utilisation dans l'industrie. Une réflexion sur ce sujet est actuellement menée par les acteurs de santé publique, les services de répression et l'industrie afin de trouver une solution pour limiter son utilisation et son détournement. » (33)

conditionnement de la substance, le GHB est vendu à la dose (dans une seringue ou contenant de spray nasal souple) et est versé (ou pulvérisé) directement dans le verre.

La nouveauté en 2007 réside dans l'apparition de son utilisation dite récréative et volontaire par une frange d'usagers, trend setters, au sein du milieu « clubbing gay » bordelais comme euphorisant et désinhibiteur.

Sa disponibilité apparaît faible et l'opportunité de sa consommation relativement liée, pour nos interlocuteurs, à la raréfaction de l'ecstasy cumulée à l'attrait de la nouveauté. « *Y'a des tazes... non y'a du GHB* ». Ce rapprochement avec l'ecstasy renoue avec l'origine de sa consommation récréative lors des premières « raves » où le GHB était nommé « *ecstasy liquide* » et aux effets empathogènes qu'il induit.

Sa diffusion récente semble restreinte au clubbing techno d'acointance gays et *gay friendly* et à une part de clubs non spécialisés et touche un public de « trend setters ».

« Là ça y est... il n'y a plus d'ecstasy. Le GHB c'est la drogue du moment, dans des clubs techno, branchés, en After... au début c'est eux [les gays] les premiers et maintenant ça s'est diffusé, tu sais les gays ils sortent dans les autres milieux électro alors bon... »

Le GHB est disponible sous forme liquide vendue directement à la dose : une quantité environ un millilitre d'un liquide transparent et un peu épais. Le prix d'une dose est compris entre 15 € à 20 €, les usagers rencontrés en ont consommé une à deux doses dans une soirée.

Les effets décrits dans la littérature spécialisée varient considérablement en fonction des doses ingérées, de la simple ébriété au coma, rendant pour ce dernier la consommation visible suite aux problèmes sanitaires rencontrés. Mais ni le Groupe Focal Sanitaire, ni les usagers ne nous ont fait état de telles complications.

À petites doses, il semblerait que le GHB soit consommé pour ses fonctions désinhibantes, un peu similaires à celles de l'alcool, alcool qui est fortement déconseillé d'associer à cette prise par les usagers. Sur ce point la littérature concernant les dangers (dépression respiratoire grave) liés aux GHB concernent effectivement son association avec l'alcool (23).

« La demi seringue contenait environ 1 ml, le dealer a dit qu'il faut boire de l'eau avec et ne pas mélanger à l'alcool en même temps, mais en même temps il te met le GHB dans ton verre que ce soit de l'alcool ou pas. »

Aux doses ingérées les effets sont similaires à ceux de l'alcool, relaxation, détente, euphorie, mais sans aucun effet résiduel désagréable du lendemain (pas de « gueule de bois ») couplée un sentiment d'empathie, des troubles de l'équilibre et à une fatigue importante.

« Il y avait que ça on a pris ça... tu ne dances pas pareil, tu es défoncé, fatigué mais sans envie de dormir parce que tu es défoncé... tu ris bêtement, tout mou, tu renverses les verres tout ça... j'ai pris que ça par contre... j'ai pris quelques Lexomil® pour dormir... je fume des joints mais bon ça ne sert à rien... »

Ces effets d'environ 3 à 4 heures ont été entrecoupés de période d'amnésie, de somnolence et d'hypotonie en fin de sessions, symptômes qui ont régressé soudainement aux dires des usagers :

« Tu as un grand coup de chaud, 5 à 10 minutes après, ça m'est vite monté, j'avais la tête chaude, j'étais un peu mou, vacillant... un peu en excès de confiance. J'ai parlé pendant 10 minutes à un homme alors que qu'il me disait qu'on ne se connaissait pas et je ne l'ai pas compris. Je crois que j'ai eu quelques absences pendant 10 minutes... attention le mec ne m'aurait pas violé mais j'ai pris 2 doses et j'étais quand même assez lucide... sur ma défonce [...] Je suis revenu à moi dans l'after mais comme un branque et je ne me souviens plus de rien, personne ne peut se souvenir de rien... ».

POPPERS ET SOLVANTS

Les solvants et le Poppers sont utilisés pour les gazs, émanations de liquides ou bombes aérosols, en vu d'être inhalées (absorption à froid des vapeurs et gaz par les voies aériennes supérieures) par les utilisateurs.

Ces substances à inhaler sont globalement disponibles et peu coûteuses et elles procurent une « défonce » bon marché, rapide, particulièrement attrayante pour les plus jeunes usagers.

Ce chapitre va s'intéresser à un phénomène essentiellement lié aux consommations des jeunes usagers scolarisés et aux étudiants qui échappent habituellement aux observations du dispositif TREND. Cependant au vu des informations qui nous ont été relayées au travers des outils du dispositif le groupe focal Sanitaire et des sources d'informations indirectes nous allons évoquer avec une certaine réserve méthodologique ces consommations de divers solvants qui apparaissent en recrudescence au sein de ce public.

Les dernières données en 2005 de l'enquête ESCAPAD (24) en Aquitaine montrent que les niveaux d'expérimentations du poppers se situent dans la moyenne nationale autour de 5 % des jeunes de 17 ans interrogés.

Le poppers²⁴ est un vasodilatateur, utilisé de façon détournée, principalement au sein de la communauté gay pour favoriser les rapports sexuels. Il est également utilisé par de jeunes expérimentateurs pour ses effets étourdissants et enivrants, et pour ses propriétés euphorisantes et désinhibantes.

Les propos sur les expérimentations semblent s'être densifiés à la rentrée 2007 auprès de ces jeunes qui trouvent dans cette substance une accessibilité simple (non illicites pour ceux vendus en sex-shop)

24. Certaines variétés de poppers contenant des nitrites de pentyle ou de butyle sont interdites à la vente ou à la distribution gratuite en France par le décret n° 90-274 du 26 mars 1990; d'autres, non mentionnés dans le décret d'interdiction (nitrite d'amyle, de propyle par exemple), n'étaient pas réglementés et restaient disponibles de manière licite, notamment dans les sex-shops ou les bars gays jusqu'en novembre 2007. *Décret n° 2007-1636 du 20 novembre 2007 relatif aux produits contenant des nitrites d'alkyle aliphatiques, cycliques, hétérocycliques ou leurs isomères destinés au consommateur et ne bénéficiant pas d'une autorisation de mise sur le marché.*

Certaines variétés de poppers contenant des nitrites de pentyle ou de butyle sont interdites à la vente ou à la distribution gratuite en France par le décret n° 90-274 du 26 mars 1990; d'autres, non mentionnés dans le décret d'interdiction (nitrite d'amyle, de propyle par exemple), n'étaient pas réglementés et restaient disponibles de manière licite, notamment dans les sex-shops ou les bars gays jusqu'en novembre 2007. Le *Décret n° 2007-1636 du 20 novembre 2007*²⁵ a élargi l'interdiction à l'ensemble des poppers.

D'un prix modique (autour de 5 €), son utilisation pouvant être discrète (inhale directement au-dessus du flacon) et ses effets relativement brefs concourent à l'attrait pour cette substance :

« Ces usages sont des jeunes filles en internat qui sniffaient le poppers le soir parce que c'est de la défonce légale, on ne peut pas nous arrêter parce qu'on en a et les gens ne se rendent pas compte, le poppers c'est pareil, ils disent qu'ils trouvent ça facilement, pas cher, ils ne se font pas avoir et ils l'achètent tous au même Sex shop, endroit où on leur demande pas de carte d'identité. »

« Ils auraient trouvé du poppers qui ne fait plus mal à la tête, parce qu'apparemment le poppers c'est 1 minute de fous rire pour 2 heures de barre dans la tête. »

Les solvants et divers volatiles (eau écarlate, aérosols, spray déodorant)²⁶ sont également consommés chez ces jeunes publics. Inhalé à froid à l'aide d'un tissu (*huffing*) qu'il s'agisse d'un oreiller, chiffon ou foulard, les effets rapportés sont du même ordre que ceux qui sont obtenus avec le poppers; sensation d'ivresse, état d'excitation, vertiges souvent accompagnés de céphalées (25).

« Les solvants plus anecdotiques, plus eau écarlate chez les collégiens mais d'avantage le poppers; on sent que l'imaginaire autour du stimulant sexuel ils ne savent pas trop mais comme c'est vendu en Sex shop... ça donne la pêche pendant 2 à 5 minutes avec euphorie mais avec des effets secondaires désagréables maux de tête, brûlures entre nez et bouche et lèvres supérieures. Contexte de consommation variable et pas forcément dans le milieu festif (collégiens lycéens) plutôt après midi ».

25. Décret n° 2007-1636 du 20 novembre 2007 *relatif aux produits contenant des nitrites d'alkyle aliphatiques, cycliques, hétérocycliques ou leurs isomères destinés au consommateur et ne bénéficiant pas d'une autorisation de mise sur le marché.* Disponible sur le site: <http://www.legifrance.gouv.fr>

26. Ces hydrocarbures sont des liquides volatils; certains sont des composés gazeux utilisés comme gaz propulseurs des aérosols (butane, propane ...)

CONCLUSION

Quelques rappels avant de livrer une synthèse des tendances qui se dégagent de ce rapport.

La scission du champ d'observation entre espace urbain et espace festif, tels qu'ils sont définis dans ce rapport, est loin d'épuiser la réalité de l'usage de drogues en Aquitaine. Au vu des modifications qui traversent les deux espaces en termes de territorialité et de la pertinence de la captation des publics ciblés il nous est apparu nécessaire d'interroger ces définitions.

En effet le travail de terrain effectué dans cette mobilité semble épuiser les concepts d'espaces préalablement posés dans la trame méthodologique. Une des pistes de travail consisterait à ouvrir le champ d'observation à d'autres espaces et milieux culturels afin de tendre vers une couverture plus large du champ des usages et de la diffusion des produits tout en conservant la pertinence des unités d'observation pour le rendu des tendances.

Cette réflexion a été à l'honneur lors de la dernière réunion des coordinateurs TREND qui s'est tenue en juin 2008 à Rennes. Ce travail, loin de refondre une méthodologie qui a montré son efficacité, propose de reposer aux côtés de bases fondatrices de TREND les nécessaires adaptations méthodologiques qu'un système d'informations réactif et rapide se doit de mettre en œuvre.

Ce rapport met en exergue un certain nombre d'évolutions qui méritent d'être soulignées :

- La diffusion de la cocaïne en phase de diffusion large à savoir qu'elle atteint simultanément plusieurs tranches d'âge et milieux socioculturels au cours de laquelle, la diffusion semble être encore dans sa dynamique de progression.
- L'apparition durable d'un nouveau groupe d'utilisateurs d'héroïne qui pose les conditions d'un possible élargissement du cycle de diffusion de l'héroïne.

- La diffusion de l'ecstasy en phase plateau en regard de la situation observée localement dans les années 2000. Pour rappel, au cours de la phase « plateau », la diffusion n'est plus dans une dynamique d'accroissement mais de stabilisation voire de stagnation.

Au rang des phénomènes émergents il est à noter cette année une claire affection pour de nouvelles substances jusqu'alors peu diffusées dans les publics de clubbers : il est en effet question d'une diffusion en progression de la Kétamine à de nouveaux espaces, à l'apparition fugace de PCP et/ou de Tilétamine auprès de publics avertis.

Le point d'orgue de ces phénomènes est sans conteste la nouvelle utilisation récréative et volontaire de GHB à Bordeaux dans les clubs, GHB dont l'usage n'avait pas été renseigné par TREND dans la région si ce n'est dans le cas rare d'« affaires » d'abus portées à notre connaissance.

Dans cette même veine les usages de poppers et autres solvants sont apparus plus nettement en 2007, en particulier chez les plus jeunes usagers, habituellement peu captés par le dispositif.

Ce monitoring des tendances de consommations de drogues nous indique le clair recours aux psychostimulants par une partie constamment élargie de la population étudiée (suivie) et qui nécessiterait d'intensifier notre attention à l'endroit des effets délétères (sanitaires et sociaux) produit par les usages de cocaïne qui apparaissent peu bruyants à l'heure actuelle mais semblent probablement à anticiper.

D'autre part, qu'il s'agisse des usages d'héroïne dans ce nouveau groupe ou des récentes utilisations d'hallucinogènes au sein de clubs, notre vigilance reste entière quand au développement de ces phénomènes et à leur possible pérennité.

Nous attendons et espérons vos remarques et conseils pour l'amélioration de ce document dans l'avenir et renouvelons nos chaleureux remerciements à tous ceux qui ont aidé à la réalisation de ce rapport et qui chaque année renouvellent leur implication.

BIBLIOGRAPHIE

1. **J-M Delile, A-C Rahis**, *Phénomènes émergents liés aux drogues en Aquitaine : Rapport TREND 2006*. Bordeaux : OFDT, 2008. p. 34
2. **J-M Delile, A-C Rahis**, *Les usages de cannabis in Rapport TREND Aquitaine en 2004*. Bordeaux : OFDT, 2005. pp. 61-98.
3. **(Dir), J-M Coste**, *Cannabis : données essentielles*. Saint-Denis : OFDT, 2007. p. 232
4. **A. Sarradet, M. Gandilhon, A. Toufik**, *Tendance récentes : Rapport TREND*. Paris : OFDT, 2000.
5. **EMCDDA**, Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research. *Scientific Monograph Series N° 4*. 2000.
6. **Al, Griffiths P &**, *Detecting, Tracking and Understanding emerging trends in drug use. Final report*. Lisboa : EMCDDA, 1999.
7. **J-M Delile, A-C Rahis**, Usagers nomades ou en errance urbaine à Bordeaux. *Rapport TREND Aquitaine 2004*. Bordeaux : OFDT, 2005, pp. 40-60.
8. **A. Creyemey, Y. Lantheaume**, *De la rue des Erres à la rue des Arts*. CEID, Conseil Général, DDASS Gironde, Mairie de Bordeaux. Bordeaux : 2005. p. 23, Projet multipartenarial.
9. **J-M Delile, A-C Rahis**, *Phénomènes émergents liés aux drogues en Aquitaine : Rapport TREND 2002*. Bordeaux : OFDT, 2003. pp. 6-7.
10. **A. Cadet-Taïrou, M. Gandilhon, I. Evrard, A. Toufik**, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 : Huitième rapport national du dispositif Trend*. Saint-Denis : OFDT, 2008. p. 191.
11. **W-E Cohen, S. Inaba**, *Excitants, calmants, hallucinogènes*. [trad.] Lagier. s.l. : Piccin, 1993. p. 168.
12. **S. Halfen, C. Vincelet, I. Gremy**, *Toxicomanie et usages de drogues à Paris : états des lieux en 2007 et évolutions : TREND*. Paris : ORS Ile-de-France, 2008.

13. **C. Reynaud-Maurupt, C. Verchère**, *Les nouveaux usages de l'héroïne*. Paris: OFDT, 2003. p. 92.
14. **M. Sanchez**, Psychopathologie de l'usage de drogues. Reynaud M. *traité des addictions*. Paris: Flammarion, Médecine-Sciences, 2006, Chapitre 87, p. 566.
15. **A-C Rahis**, Usages et modalités d'usage chez les nouvelles populations d'immigrés à Bordeaux. Rahis A-C, Delile J-M, *Usage de drogues en Aquitaine: Rapport TREND 2005*. Bordeaux: OFDT, 2006, pp. 57-80.
16. **M. Perrin**, *Le chamanisme*. Paris: Que Sais-je PUF, 1993.
17. **J-M Delile**, Psychostimulants et psychodysléptiques. [auteur du livre] Reynaud M. (Dir). *traité d'addictologie*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 2006, 90, p. 594.
18. **ASUD/IBOGA**, [www.ftp://ftp2.asud.org/asud/asud_journal_24.pdf](http://ftp2.asud.org/asud/asud_journal_24.pdf). [En ligne]
19. **C. Reynaud-Marupt**, *usages contemporains de plantes et champignons hallucinogènes*. Saint-Denis: OFDT, 2006. p. 160
20. **S. Akoka, C. Reynaud-Maurupt**, *Usages détournés de la Kétamine en France: « Ket-riding » ou les nouveaux voyages immobiles*. Paris: OFDT, 2001-2003. p. 66.
21. **K. Jansen**, *Ketamine: Dreams and Realities*. Sarasota, USA: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies, 2001. p. 31.
22. <http://www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr/pharmacodependance/liste.phpet>. [En ligne] 2008.
23. **A. Boissonnas**, Pathologies somatiques non infectieuses des opiacés, de la cocaïne et autres drogues illicites. [auteur du livre] Reynaud M. (Dir). *Traité d'addictologie*. Paris: Flammarion, 2006, p. 574.
24. **F. Beck, S. Legleye, O. Le Nezet, S. Spilka**, *Analyse régionale ESCAPAD 2005 : les consommations de produits psychoactifs à 17 ans en Aquitaine*. Saint-Denis: OFDT, 2007.
25. **A. Boucher**, Toxicomanie aux solvants. *VIGtox*. Juin 2007, N° 34, p. 4.

26. **B. Malinowski**, *Les Argonautes du Pacifique Occidental*. Paris : Gallimard, 1989. pp. 81-82.
27. **(Dir), M. Reynaud**, *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion Medecine-Sciences, 2006. 800 p.
28. **ILIAD-OFDT**, http://www.ofdt.fr/BDD_len/iliad/menu_indic_region.xhtml. *www.ofdt.fr*. [En ligne] 2006. Base de données ILIAD.
29. **A. Shulgin, An. Shulgin**, *PIHKAL : A chemical love story*. s.l. : Transform Press, 1995.
30. **D. Flectcher**, *Ketamine et analgésie*. s.l. : Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, et Sfar., 2002. Conférences d'actualisation. pp. 197-205.
31. **SINTES-OFDT**, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/sintesveille/notes.html>. *http://www.ofdt.fr*. [En ligne] 2005. Tiletamine : nouvelle identification.
32. **AFSSaPS-DGS**, www.sante.gouv.fr/htm/actu/tiletamine.pdf. [En ligne] 2002. Alerte SINTES/OFDT.
33. **AFFSaPS**, Détournement de la gamma butyrolactone. *Vigilances*. Avril 2005, N° 26, p. 5.

LEXIQUE

Accessibilité perçue

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

Agoniste

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

Amphétamines, amphétaminiques

Chef de file d'une famille de molécules, les amphétaminiques, l'amphétamine est le plus souvent appelée « speed ». Celui-ci se présente généralement sous forme de poudre le plus souvent sniffée. Les autres amphétaminiques sont, entre autres, la méthamphé-

mine (ice, crystal-meth, yaabaa...), la MDMA (méthylènedioxy méthamphétamine, ecstasy), etc. Produits stimulants, les amphétaminiques effacent la sensation de fatigue et entraînent une insomnie, donnent un sentiment de vigilance, d'euphorie et d'hyperconcentration, suppriment la sensation de faim et augmentent la confiance en soi. L'ecstasy, à forte dose, peut en outre modifier les perceptions sensorielles. La consommation chronique entraîne une dépendance psychique et une tolérance. Utilisée de façon thérapeutique par le passé, l'amphétamine n'est plus prescrite que dans le syndrome d'hyperactivité de l'enfant (Ritaline®), uniquement par des spécialistes hospitaliers. La MDMA et la méthamphétamine sont classées comme stupéfiants en France.

Antagoniste

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

Ayahuasca

Boisson hallucinogène issue de l'infusion de deux plantes d'Amérique centrale: Banisteriopsis caapi (une liane) et Psychotria viridis (arbuste de la famille

du caféier). La combinaison des deux permet la libération de diméthyltryptamine (DMT), molécule hallucinogène. La DMT est classé comme stupéfiant en France.

Baser

Action de transformation du chlorhydrate de cocaïne (poudre) en cocaïne base (cailloux).

Benzodiazépines (BDZ)

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

Boutiques

Lieux d'accueil créé en 1993 pour les usagers de drogues en situation de

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

Buprénorphine

haut dosage (BHD) / Subutex®

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

Cannabis

Plante comprenant plusieurs espèces, le cannabis est surtout connu pour la production de marijuana (herbe), de résine (haschisch) et d'huile de cannabis.

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

Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues. (CAARUD)

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

Champignons hallucinogènes

Champignons contenant des substances hallucinogènes. Ils induisent des distorsions des perceptions sensorielles, voire des hallucinations. Il existe de nombreuses espèces, certaines proviennent de l'étranger (Hawaï, Colombie, Mexique...), d'autres poussent en France. Ils sont presque exclusivement utilisées par voie orale soit tel quel, soit au sein d'une préparation culinaire. Les champignons les plus consommés en France sont les psilocybes.

Club

Discothèque (le terme de discothèque n'est jamais utilisé par les amateurs de musique électronique). On parle de clubbing, l'activité d'aller en club, et de clubbeurs pour ceux qui s'y rendent très fréquemment. En France, c'est le milieu des amateurs de musique électronique les plus insérés socialement (du fait du coût très élevé d'une nuit dans ces établissements).

Cocaïne

Stimulant obtenu chimiquement à partir de la feuille de coca (chlorhydrate de cocaïne). Le chlorhydrate de cocaïne se présente sous forme de poudre blanche, généralement sniffée et parfois fumée ou injectée; on peut également le trouver sous forme de cailloux (freebase). La consommation de cocaïne induit une stimulation importante de la vigilance, une sensation d'accélération

de la pensée et entraîne une dépendance psychique forte. La substance, quelle que soit sa forme, est un produit classé comme stupéfiant en France.

« **Cocaïne base** »

Voir crack

Codéine

Médicament opiacé, dérivé synthétique de la morphine et utilisé comme analgésique soit seul (Dicodin®, Codenfan®) soit combiné à d'autres molécules (exemple: Codoliprane®), ou contre la toux à doses très faibles (exemple: Néo-Codion®). Les comprimés sont avalés. Elle développe une action analgésique environ dix fois plus faible. L'accès possible à plusieurs de ces médicaments sans prescription a permis à certains héroïnomanes, surtout avant l'accès aux traitements de substitution, de les utiliser comme substitut à l'héroïne (mais cela nécessitait des quantités très importantes). La codéine est classée comme stupéfiant en France.

Crack

Stimulant obtenu par adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque à du chlorhydrate de cocaïne. Le produit est également dénommé « free-base » ou « cocaïne base » par les usagers. Il est généralement fumé mais peut aussi être inhalé (pipe), plus rarement injecté (après avoir été dissous dans de l'eau additionnée à un milieu acide). Le crack

se présente sous forme de « galette » aisément débitable en morceaux (dits « rochers » ou « cailloux »). Le produit provoque une sensation fulgurante de flash plus puissante que celle induite par la cocaïne. La dépendance psychique s'installe plus rapidement qu'avec la cocaïne.

Crystal

Voir Ice

CSAPA

Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie dont la mise en place est par la Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008. Ils s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Leur mission s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique). Ils remplacent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les rassemblant sous un statut juridique commun. L'objectif poursuivi étant d'améliorer le service rendu aux usagers en permettant une meilleure adéquation entre les moyens et les besoins sur un territoire.

Datura stramonium

Plus connue en Europe sous l'appellation « herbe au diable » les feuilles de

cette plante sont utilisées en infusion pour leurs propriétés hallucinogènes. Les espèces de *Datura stramonium* sont répandues sur tous les continents. Cette plante a longtemps été utilisée comme médicament, notamment contre l'asthme (sous forme de cigarettes) mais son utilisation pharmaceutique est interdite depuis 1992.

Descente

Période de décroissance des effets d'une substance, en général stimulante. Cette phase, selon les substances, peut-être vécue très désagréablement sur le plan psychologique en s'accompagnant notamment de symptômes dépressifs. Les usagers utilisent fréquemment d'autres substances, notamment opiacées pour en atténuer les effets.

Disponibilité perçue

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

Dragon

Chasser ou fumer le dragon est une méthode pour consommer l'héroïne en

la faisant chauffer sur un papier aluminium et en inhalant la fumée au moyen d'une paille.

Ecstasy

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

Errants (usagers errants)

Population jeune, aux conditions de vie souvent précaires, poly consommatrice, fréquentant l'espace festif alternatif mais recourant aussi, de manière plus ou moins fréquente aux dispositifs sociaux et sanitaires d'urgence présents dans les centres des grandes villes. Ils présentent la particularité d'être visibles dans les deux espaces d'investigation du dispositif TREND. Les « errants » se distinguent des « nomades » par le caractère davantage subi de leur situation et une moindre maîtrise de l'ensemble de leurs pratiques.

Expérimentation

Avoir consommé une substance psychoactive au moins une fois dans sa vie.

« Free-base »

Voir crack.

Free -party

Rassemblement des adeptes de musique techno organisé souvent sans autorisation des pouvoirs publics ; et qui dure généralement un ou deux jours. À l'extérieur dans un coin de na-

ture, quelles que soient les conditions climatiques, ou sur des sites industriels abandonnés. Ces manifestations peuvent réunir de deux cents à deux mille personnes. L'entrée y est souvent gratuite. Les compositions musicales lors de ces rassemblements sont issues de la famille des musiques Électroniques, d'accointances diverses; Hard-core, Hard-teck, Tribe, jungle, transe,.

Hallucinogène (ou psychodysléptique)

Les psychodysléptiques (Delay et Deniker, 1957) sont des substances perturbatrices des perceptions sensorielles et du cours de la pensée. Cette classe renvoie pour l'essentiel aux classiques hallucinogènes auxquels il convient d'ajouter dorénavant les substances dissociatives qui ont des propriétés et des modalités d'usage voisines. Ils ont la capacité à produire des hallucinations (perceptions sans objet à percevoir) le plus souvent visuelles mais aussi auditives, tactiles et cénesthésiques (catégorie phantastica ou hallucinatoria de L. Lewin) (17).

La plupart sont des végétaux ou des alcaloïdes extraits de ceux-ci et, plus rarement, des produits obtenus par synthèse chimique. On distingue: les phényléthylamines (mescaline, ecstasy à forte dose), les dérivés indoliques (DMT, psilocybine, ayahuescas, LSD) ou d'autres hallucinogènes à structu-

res diverse: sauge divinatoire, cannabis, poppers, kétamine.

Héroïne

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

Iboga

L'Iboga est une préparation à base de racines d'un arbuste des forêts équatoriales d'Afrique de l'ouest, Tabernanthe Iboga. Son principal principe actif est l'ibogaïne. Psychostimulante, elle est à l'origine d'agitation, de tremblement, d'incoordination des mouvements

parfois de convulsions. À dose plus élevée, des hallucinations visuelles et auditives peuvent survenir ainsi qu'un sentiment de dépersonnalisation. Son usage est très marginal en France. Il vise la réalisation de traitement psychothérapeutique « express » ou de sevrages radicaux chez les personnes dépendantes à un produit.

Ice

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

Kava ou Kava Kava

Dit aussi Kawa ou Kawa Kawa (Nom allemand.) Plante tropicale utilisée historiquement dans les îles du pacifique dans le cadre de rituels récréatifs. Consommée pour ses propriétés anxiolytiques sous forme de boisson préparée à partir de ses racines. Interdit en France en 2002 par mesure de prévention d'une éventuelle hépatotoxicité.

Kétamine

Produit hallucinogène de type dissociatif utilisé en France, en anesthésie vétérinaire et humaine (chlorhydrate). Les

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

Khat

Le khat est une plante (*catha edulis*) dont les feuilles sont utilisées comme stimulant nerveux. Celles-ci sont en général consommées fraîches, mastiquées ou consommées en infusion. L'alcaloïde principal contenu dans la plante est la cathinone, laquelle agit comme un stimulant du système nerveux central dont les effets sont similaires à ceux des amphétamines. Classé comme stupéfiant.

LSD (acide lysergique)

Hallucinogène synthétique, le LSD se présente le plus souvent sous forme de buvard destiné à être avalé. Plus rarement, il se trouve sous forme de micro-pointes ou de liquide (« gouttes »). Il a accompagné le mouvement psychédélique et la montée de la contre-culture américaine des années 1960-1970. Ce produit n'entraîne ni dépendance, ni

tolérance. Le LSD est classé comme stupéfiant en France.

MDMA ou Méthylène-dioxy-3,4-méthamphétamine

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

Médicaments psychotropes

Médicaments dont l'effet recherché est de modifier l'état psychique. Les principales classes de médicaments psychotropes sont : les hypnotiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les neuroleptiques et les thymorégulateurs (régulateurs de l'humeur). Les médicaments psychoactifs constituent une classe plus large que les psychotropes. Lorsque l'on ne parle pas des médicaments, les mots « psychotro-

pe » et « psychoactif » ont la même signification.

Mescaline

Principe actif du peyotl (*Echinocactus williamsii*) et d'autres plantes hallucinogènes, la mescaline provoque des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle. Sa consommation peut occasionner crises de panique, angoisse, paranoïa et autres troubles psychiatriques, de manière plus ou moins durable.

Méthadone

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

En septembre 2007, une nouvelle forme galénique de Méthadone a reçu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Il s'agit de Méthadone AP-HP gélule. Les conditions de prescriptions sont plus restrictives et figure sur le plan de

gestion des risques communiqué par l'AFSSaPS d'avril 2008. Disponible sur le site <http://afssaps.sante.fr/htm/10/pgr/fichepgrmethadone.pdf>.

Métamphétamine

Les dénominations les plus connues de cette molécule amphétaminique sont Ice (cristal de métamphétamine appelé encore Crystal) et yaa baa (comprimés de métamphétamine). Les effets stimulants de la métamphétamine sont plus puissants et plus durables que ceux de l'amphétamine. La consommation chronique entraîne une dépendance psychique et une augmentation des doses consommées.

Morphine (sulfate de)

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

Nomades (usagers nomades)

Population jeune, aux conditions de vie souvent précaires, poly consommatrice, fréquentant l'espace festif alternatif mais recourant aussi, de manière plus

ou moins fréquente aux dispositifs sociaux et sanitaires d'urgences présents dans les centres des grandes villes. Ils présentent la particularité d'être visibles dans les deux espaces d'investigation du dispositif TREND. Les « nomades » se distinguent des « errants » par le caractère choisi et revendiqué de leur forme de vie et une meilleure maîtrise de l'ensemble de leurs pratiques qui apparaissent dans l'ensemble moins subies que choisies.

Opiacés

Famille de produits obtenus à partir de l'opium, produit sédatif d'origine naturelle provenant de cultures de pavot (*Papaverum somniferum*). Leurs effets au niveau de la cellule sont transmis par des récepteurs spécifiques (opio-récepteurs). Leur action peut être agoniste et/ou antagoniste à l'opiacé de référence (la morphine). Outre la morphine, l'héroïne, la codéine, la méthadone, la buprénorphine haut dosage, la nalorphine, la naloxone et la naltrexone sont des opiacés. Une des caractéristiques majeures de certains opiacés est leur capacité à induire une dépendance psychique et physique.

Opium

Suc épaissi obtenu par incision, avant la maturité du fruit, des capsules d'un pavot. L'opium a donné lieu au XIXe siècle au développement d'une toxicomanie spécifique, l'opiomanie. En France, avant la première guerre

mondiale, il était moins coûteux de recourir à l'opium qu'aux alcools forts. La loi du 12 juillet 1916 a mis un terme à la consommation du produit dans les fumeries. En pratique, l'opium est traditionnellement fumé ou inhalé sous forme de vapeurs, plus rarement ingéré (généralement pour une utilisation thérapeutique) ou prisé (pour la poudre d'opium).

PCP

La PCP (ou phencyclidine) autrement appelé poussière d'ange est un anesthésique qui se présente sous forme de poudre grise.

Poppers

Préparations contenant des nitrites d'alkyl (amyle, butyle, propyle, cyclohexyle), dissous dans des solvants organiques se présentant sous la forme de petit flacon ou d'ampoule à briser pour pouvoir en inhaler le contenu. Ces produits circulent dans le milieu homosexuel depuis les années 1970, puis se sont progressivement étendus à d'autres usagers. Classés comme hallucinogènes, ils produisent une euphorie éventuellement accompagnée de rire, une dilatation intense des vaisseaux et une accélération du rythme cardiaque. Les poppers sont utilisés par certains pour améliorer les performances sexuelles.

Primo-usagers de BHD

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

Programme d'échange de seringues (PES)

Mise en œuvre d'une distribution de seringues à l'unité ou de trousse de prévention dans des lieux fixes (associations, pharmacies) ou mobiles (bus, équipes de rue). Par extension, sont nommés PES les lieux où sont distribuées les seringues. Ces programmes ont été mis en place à la fin des années 80.

Psilocybine

Hallucinogène d'origine naturelle, issu des champignons de type psilocybe. Ingérés crus ou cuits (dans une omelette par exemple), ces derniers provoquent des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle. Leur consommation peut occasionner crises de panique, angoisse, paranoïa et autres troubles psychiatriques de manière plus ou moins durable. La psilocine et la psilocybine sont classées produits stupéfiants en France.

Psychoactif (ve) (produit, substance)

Qui agit sur le psychisme en modifiant le fonctionnement du cerveau, c'est-à-dire l'activité mentale, les sensations, les perceptions et le comportement. Au sens large, beaucoup de produits possèdent un effet psychoactif (chocolat à

forte dose et café par exemple), mais tous ne posent pas problème. Dans un sens plus restreint, les substances psychoactives sont celles dont l'usage peut être problématique. On classe habituellement les substances psychoactives en trois catégories: les sédatifs, les stimulants et les hallucinogènes.

Rachacha

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

Rave party

Les rave parties rassemblent jusqu'à six mille personnes pour des soirées événementielles organisées dans de grands espaces loués pour l'occasion, voire en plein air pendant la saison estivale. L'entrée est payante et de prix variable en fonction de la programmation. Les styles de musique écoutée sont différenciés et le plus souvent, plusieurs plateaux de son et dance floors laissent le choix des genres: Trance, Jungle, Drum'n'bass, mais aussi des courants musicaux plus 'durs' comme le Hard-core et le Hard-teck.

Rose des bois

Plante qui produit des graines qui contiennent, entre autres, un principe actif hallucinogène, le LSA (D-Lysergic acid amine ou ergine), proche chimi-

quement du LSD. Les graines sont utilisées en petites quantités par mastication, mais elles se prêtent aussi à une extraction, aisée, du LSA. Les effets induits par le LSA durent entre 6 et 8 heures. Le classement du LSA comme stupéfiant est actuellement en discussion.

Salvia divinorum (ou sauge divinatoire)

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

Scène ouverte de drogue

Lieu de vente et consommation de drogues où habitants et citoyens non-consommateurs sont confrontés à l'usage et au petit trafic en public des produits illicites.

Sound system ou son

Collectif de « teuffeurs » réuni autour d'un système de sonorisation (souvent installé sur un véhicule) permettant de participer activement à des événements festifs. Au-delà de l'équipement technique et de la production collective, un sound system est également un noyau d'organisation communautaire. On peut aussi trouver le terme

de « tribe » (tribu) souvent utilisé pour désigner un groupe plus important.

Speed-ball

Mélange de cocaïne et d'héroïne consommée par voie injectable.

Stimulants (ou psychoanaleptiques)

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

Structure de première ligne

Voir CAARUD

Stupéfiants (produits ou substances)

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

dépendance et les dangers qu'elle représente pour la santé publique.

Surdose

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

Teknival

Rassemblement des adeptes de musique techno organisés souvent sans autorisation des pouvoirs publics. Un teknival (festival techno) peut durer de trois à sept jours et rassembler de cinq à quinze mille personnes.

Tilétamine

La tilétamine (2-éthylamino-2-thien-2-cyclohexanone) est un anesthésique ayant une structure chimique similaire à celles de la phencyclidine (PCP) et de la kétamine, utilisé en médecine vétérinaire (anesthésie de type dissociatif). Son profil pharmacologique et toxicologique est proche de ceux de ces molécules, avec, toutefois, des effets plus puissants et plus durables que la kétamine (plusieurs heures). Le produit se présente sous forme d'une poudre blanche cristalline soluble facilement dans l'eau.

Traitement de substitution aux opiacés (TSO)

Modalité de traitement médicamenteux d'un sujet dépendant, reposant sur l'administration d'une substance ayant une activité pharmacologique

similaire à celle de la drogue addictive (l'héroïne ou un autre opiacé en l'occurrence). La substitution vise à stabiliser la consommation d'opiacés illicites ou, pour le moins, à la diminuer, à insérer le patient dans une logique de soins psychiques et physiques. En limitant ou en supprimant le manque psychique, elle permet d'échapper aux risques de cette consommation et offre surtout un répit qui facilite l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de vie. Depuis 1995, les médecins disposent de deux médicaments: la méthadone et la buprénorphine haut dosage. Quelques rares patients sont également traités avec des sulfates de

morphine, mais il n'existe pas pour ce dernier médicament d'Autorisation de mise sur le marché.

Usage récent

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

Yaa baa

Forme de méthamphétamine répandue en Asie du Sud-est.

Des compléments d'informations sont disponibles sur les sites Internet du département Hospitalo-universitaire de Pharmacologie de Bordeaux / Pharmacodépendance :

www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr/fr/pharmacodependance/liste.htm

et le site de L'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies :

www.ofdt.fr

LISTE DES SIGLES

AFSSAPS: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AAM: Autorisation de mise sur le marché

AAH: Allocation adulte handicapé

AFSSAPS: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

BHD: Buprénorphine haut dosage

BZP: Benzodiazépines

CAARUD: Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue

CEID: Comité d'Études et d'Information sur la Drogue.

CEIP: Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance

CMU: Couverture maladie universelle

CSST: Centre de soins spécialisés pour toxicomanes

CSAPA: Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

ESCAPAD: Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (OFDT)

EnaCARRUD: Enquête Nationale Caarud

PRELUD: Première ligne Usagers de drogues

RECAP: Recueil commun sur les addictions et les prises en charge

RMI: Revenu minimum d'insertion

SINTES: Système d'identification national des toxiques et des substances

THC: Tétrahydrocannabinol

TREND: Tendances récentes et nouvelles drogues

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

VHC: Virus de l'hépatite C

VHB: Virus de l'hépatite B

UDIV: Usagers de drogues par voie intraveineuse

LISTE DES STRUCTURES DE SOINS 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

ANPAA 24 Bergerac

10 rue Saint-Georges

24 100 Bergerac

05 53 61 70 83

Contact : M. Vincent Patissou

Courriel : cabergerac@wanadoo.fr

CEID Dordogne, (antenne de Bergerac)

10 rue Saint-Georges

24 100 Bergerac

05 53 74 20 49

Contact : M. Johann Dintras

Centre résidentiel

Association AURORE

Communauté Thérapeutique

Maison d'André Le Gorrec

24310 Brantôme

05 53 35 10 03

Contact : M. Jean-Loup Valette

Courriel : gdbost.t@wanadoo.fr

Service d'addictologie départemental

ESCALES

79 avenue Georges Pompidou

24 000 Périgueux

05 53 05 66 80

Contact : Dr Jean-Jacques Cornu

Courriel : jean-jacques.cornu@ch-montpon.fr

Consultation Cannabis

CAAN'abus 24

8, rue du 4 septembre

24 000 Périgueux

05 53 46 63 83

Contact : M. Johann Dintras

Courriel : ceid.dordogne@ceid.asso.fr

ANPAA 24

18-20 rue Aubarède

24 000 Périgueux

05 53 07 66 82

Contact : M. Vincent Patissou

Courriel : comite24@anpa.asso.fr

Gironde

GIRONDE

Comité d'étude et d'information sur la drogue
(CEID)

CSST

24, rue du parlement Saint-Pierre

33000 Bordeaux

05 56 44 84 86

Courriel : ceid@ceid.asso.fr

Contact : Dr Jean-Michel Deille

CSST Département d'addictologie Centre

Carrière du CHCP

121, rue de la béchade

33076 Bordeaux cedex

05 56 56 67 02

Fax : 05 56 56 67 03

Mail : addictologie@perrens.aquisante.fr

Courriel : marc.auriacombe@u-bordeaux2.fr

Contact : Pr Marc Auriacombe

Centre d'addictologie du Bassin d'Arcachon

Sud CABAS

38 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny

33120 Arcachon

05 56 83 11 12

Contact : Mme Véronique Rumolino

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.begles@wanadoo.fr

Communauté Thérapeutique du Fleuve

10-18 Avenue Franck Chassaing

33720 Barsac

05 56 76 39 20

Contact : M. Lysbert Rouillon

Courriel : ceid.barsac@orange.fr

CSST SEARS La 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 : Saïd Aoula

Courriel : appart@ceid.asso.fr

Consultation Cannabis

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 : Mlle Laure Beny
Courriel : caanabus@yahoo.fr

CAAN'abus Le Teich
Maison de la solidarité (face à la Mairie)
33470 Le Teich,
06 78 25 57 35
Contact : Mme Véronique Rumolino

Pact Jeunes/AGEP
Service de Prévention de l'Abus et de la
Consommation de Toxiques chez les jeunes
17, rue du Cloître 33000 Bordeaux.
05.56.48.27.15
Contact : Mme Gaas
Courriel : agep-point-jeunes@wanadoo.fr

CAARUD

Centre Planterose CEID
16, rue Planterose
33000 Bordeaux
05 56 91 07 23
Contact : Dr Brigitte Reiller,
Courriel : planterose@ceid.asso.fr

La Case – Boutique Médecins du monde et
Bus

2, rue des érables
33800 Bordeaux
05 56 92 51 89
Contact : Mme Véronique Latour
Courriel : rdr.mdm.bx@wanadoo.fr

Unité mobile CAARUD CEID
24, rue du parlement Saint-Pierre
33000 Bordeaux
05 56 44 84 86 ou 06 09 10 36 86
Contact : M. Nicolas Bourguignon

Réseaux de professionnels

Réseau AGIR 33
7, rue de l'ormeau Mort
33000 Bordeaux
05 56 51 56 51
Contact : Dr Philippe Castera
Courriel : reseau.agir33@wanadoo.fr

RENAPSUD
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 : lasourcedeslandes@orange.fr

ANPAA 40

109, rue Fontainebleau

40000 Mont-de-Marsan

05 58 75 46 04

Contact : M. Christian Beautier

Courriel : comite40@anpa.asso.fr

CSST « La source »

14, Avenue du Sablar

40100 Dax

05 58 56 38 00

Contact : Mme Andrée Busquet

Courriel : lasource.dax@wanadoo.fr

Consultations Cannabis

PAPRIQA (point accueil prévention
risques informations quartiers addictions

Consultations cannabis)

160 Avenue Georges Clemenceau

40000 Mont-de-Marsan

05 58 75 92 04

Contact : N. Marhoum et C. Mesplede

Courriel : lasourcedeslandes@orange.fr

Centre Méthadone « La source »

14, rue Lamartine

40100 Dax

05 58 58 03 45

Contact : M. Eric Roulet

Courriel : lasource.daxmetha@wanadoo.fr

CSST Broquedis association Suerte

Domaine de Broquedis

40390 Saint-andré de Seignanx

05 59 56 73 73

Contact : M. Jean Rolando

Courriel : association.suerte@wanadoo.fr

LOT-ET-GARONNE

CSST La Verrière
8 rue du 4 septembre
47000 Agen
05 53 48 15 80
Contact: M. Christian Vives
Courriel: sast.info@aspp-asso.com

CAARUD Sast la Verrière
8 rue du 4 septembre
47000 Agen
05 53 48 15 80
Contact: M. Christian Vives
Courriel: sast.info@aspp-asso.com

Appartements de coordination thérapeutique
Sast la Verrière
8 rue du 4 septembre
47000 Agen
05 53 48 15 80
Contact: M. Christian Vives
Courriel: sast.info@aspp-asso.com

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

Consultation Cannabis

Consultation Cannabis
Sast la Verrière
Résidence du 4 septembre
47000 Agen
05 53 66 60 60
Contact: M. Christian Vives
Courriel: Cannabis47@orange.fr

PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

CSST ARIT

21, bis rue des frères

64200 Biarritz

05 59 24 82 60

Contact: M. Frédéric Demange

Courriel: arit@arit.org

Antenne Saint-Jean de Luz,

Antenne Saint-Pée sur Nivelle,

Antenne Hendaye.

Contact: Mme Françoise Laxague

Courriel: arit@arit.org

CSST Béarn Toxicomanie

23, rue du Maréchal Joffre

64000 Pau

05 59 27 42 43

Contact: M. Jean Carmouze

Courriel: toxicomanies@groupe-realise.org

Site: <http://toxicomanies.groupe-realise.org/>

CSST et CCAA 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 64 109 Bayonne Cedex

05 59 44 31 00

Contact: Dr Jean-Pierre Daulouède

Courriel: mdm.bayonne@wanadoo.fr

ANPAA 64

Avenue Paul Pras

64000 Bayonne

05 59 63 22 69

Contact: M. Richard Irazusta

Courriel: comite64@anpa.asso.fr

Consultations Cannabis

Consultations cannabis ARIT

34, boulevard Victor Hugo

64500 Saint-Jean de Luz

06 87 77 50 24

Contact: Mme Françoise Laxague

Consultation Cannabis et Maison des parents

Béarn toxicomanie

23, rue du Maréchal Joffre

64000 Pau

05 59 27 42 43

Contact: M. Pierre Alvarez

Courriel: toxicomanies@groupe-realise.org

Site: <http://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 (Antenne Saint jean de Luz)
 Contact: Mme Nicole Iriate
 Courriel: mdm.bayonne@wanadoo.fr

Structures de réduction des risques

CAARUD AIDES Béarn Le SCUD
 4 rue Serviez
 64000 Pau
 06 29 12 42 57
 Contact: M. Gilles Penavayre
 Courriel: gpenavayre@aides.org

CAARUD AIDES Pays Basque Le SCUD
 3 avenue Duverger de Hauranne
 64100 Bayonne
 Tél. 05 59 55 41 10
 Contact: M. Bernard Pascal
 Courriel: pbernard@aides.org

CAARUD ARIT
 8 rue Jacques Lafitte
 64000 Bayonne
 06 88 63 48 85
 Contact: Mme Maritxu Labeguerie et
 Mme Évelyne Sampedro
 Courriel: arit@arit.org

CAARUD BIZIA Saint-Jean de Luz et
 transfrontalier.
 Hôpital de Saint-Jean de Luz
 05 59 44 31 00 (antenne Saint jean de Luz)
 Contact: M. Cyril Olaizola
 Courriel: cyrilobizia@wanadoo.fr

Réseaux professionnels

RESAPSAD
 Centre hospitalier de la côte basque
 Avenue interne Jacques Loeb BP 08
 Bayonne Cedex
 05 59 44 40 73
 Contact: Dr Éliane Herran
 Courriel: resapsad@wanadoo.fr

Équipe 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: gcampagne001@chicb.com

Achévé d'imprimer
par Pleine Page
à Bordeaux
en octobre 2008