

PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS

liés aux drogues en 2002

Quatrième rapport national
du dispositif TREND

Pierre-Yves BELLO
Abdalla TOUFIK
Michel GANDILHON
Isabelle GIRAUDON
Nicolas BONNET

Pour la quatrième année consécutive, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies publie son rapport consacré au dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues). Celui-ci centre ses constatations sur des usages concernant un nombre réduit d'individus en France. Il vient donc en complément des dispositifs traditionnels d'observation des toxicomanies.

TREND a pour objectif de fournir, de façon précoce, aux différents acteurs investis dans le champ de la toxicomanie, et notamment aux décideurs, des informations sur les phénomènes émergents liés à l'usage de drogues. Ainsi, les éléments de connaissance produits par TREND sont-ils susceptibles d'aider à l'élaboration de réponses adaptées pour une meilleure protection des usagers et de la population en général.

Ce rapport présente les données recueillies au cours de l'année 2002 : elles s'appuient sur des systèmes d'information spécifiques (un réseau de 12 sites TREND établis en France et le système d'analyse des drogues de synthèse SINTES) et des systèmes partenaires. Les investigations spécifiques permettent de réaliser des approfondissements thématiques. Les résultats intermédiaires de quatre d'entre eux sont ici présentés.

PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS

liés aux drogues en 2002

Quatrième rapport national
du dispositif TREND

Pierre-Yves BELLO
Abdalla TOUFIK
Michel GANDILHON
Isabelle GIRAUDON
Nicolas BONNET

Juin 2003

CONTRIBUTIONS

Directeur de publication

Jean-Michel Costes, directeur de l'OFDT

Responsable du projet

Pierre-Yves Bello, responsable de l'unité « Tendances récentes », OFDT

Rédaction du rapport

Pierre-Yves Bello

Abdalla Toufik, chargé d'étude, OFDT

Michel Gandilhon, chargé d'étude, OFDT

Isabelle Giraudon, chargée d'étude, OFDT

Nicolas Bonnet, stagiaire DESS de santé publique, OFDT

Secrétariat

Valérie Mouginot

Relecteurs du rapport

Julie-Emilie Adès (OFDT), Mathieu Benhamou (Techno Plus), Catherine Bernard (DGS), Gérard Chevalier (DGS), Jean Michel Costes (OFDT), Jean-Pierre Council (OCRTIS), Sylvain Dally (CEIP Paris), Julien Emmanuelli (InVS), Chantal Gatignol (AFSSAPS), Alice Guiton (MILDT), Etienne Matter (ASUD), Xavier Thirion (CEIP Marseille).

Réseau TREND-SINTES en 2002

Bordeaux

Coordination

Jean-Michel Delile, coordinateur

Anne-Cécile Rahis, chargée de mission

Catherine Guivernau

Enquêteurs

Nicolas Bourguignon (CEID/TREND SINTES)

Michel Castagné (ARIT Biarritz/SINTES)

Agnès Creyemey (CEID/TREND)

Jean-Yves Demaria (La Source/TREND)
 François Dry
 Laurence Duprat (CEID/TREND)
 Christian Laine (Béarn toxicomanies/SINTES)
 Laurent Mazy (Béarn toxicomanies/SINTES)
 Cyril Olaizola (Mdm/TREND)
 Séverine Papon (Béarn toxicomanies/SINTES)

Dijon

Coordination

Gérard Cagni, coordinateur
 Philippe Mougel, co-coordonateur
 Florence Romano, co-coordinatrice

Enquêteurs

Stéphane Adam (SEDAP/TREND SINTES)
 Brahim Riyachi (SEDAP/TREND SINTES)

Guyane

Coordination

Monique Vallart, coordinatrice
 Richard Edme, co-coordonateur
 Pascale Nogues
 Estelle Farissier

Enquêteurs TREND

Sandrine Louiset
 Alfredo Flores Fuentes
 Nichole Nelzi
 Richard Hurpy
 Marie-Claire Coëta

La Réunion

Coordination

Muriel Roddier, coordinatrice

Enquêteurs TREND

Jean-François Guignard
 Grégory Guittaut

Lille

Coordination

Madiou Sampil, coordinateur
 Samantha Lopez, co-coordinatrice

Enquêteurs

Ugo d'Alessandro, (SPIRITEK/coordonateur SINTES)
 Patrick Djomboue (TREND)
 Laurence Genty (TREND/ SINTES)
 Peggy Debaisieux (SPIRITEK/TREND SINTES)
 Arnaud Lamant (SPIRITEK/TREND SINTES)
 Thierry M'Baye (SPIRITEK/TREND SINTES)
 Alexandre Schiavo (SPIRITEK/TREND SINTES)
 François-Xavier Wittek (SPIRITEK/TREND SINTES)

Lyon

Coordination

Catherine Miachon, coordinatrice
 Rommel Mendès-Leite, co-coordonateur

Enquêteurs

Jean-Gabriel Bionnet (Keep smiling/SINTES)
 Vanessa Lesage (Keep smiling/SINTES)
 Cédric Mortreuil (Keep smiling/SINTES)
 Florence Forgeot (Keep smiling/SINTES)

Marseille

Coordination

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

Enquêteur

Stéphane Akoka (Mutualité française de Nice-Mdm/TREND)

Martinique

Coordination

Sylvie Merle, coordinatrice
 Vanessa Cornely
 Sandrine Chatenay
 Annie Duféal
 Karyne Nivor

Enquêteurs TREND

Claude Fitte-Duval
 Marie-Jeanne Hardy-Dessources
 Françoise Launay
 Roland Marie-Anne
 Nikol Nelzy

Metz*Coordination*

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

Enquêteurs

Alexandre Agius (Pushing/TREND SINTES)
 Karim Hani (TREND)
 Cédric Mussle (Pushing/TREND SINTES)

Paris/Seine-Saint-Denis*Coordination*

Isabelle Grémy (ORSIF)
 Sandrine Halfen (ORSIF)
 Monique Leroux (RES)

Enquêteurs TREND

Benoît Delavault (Liberté)
 Daniel Grenier (RES)
 Jimmy Kempfer (Liberté)
 Abderrahim Lahmer (RES)
 Arnaud Solanet (Liberté)
 Malika Tagounit (RES)

Rennes*Coordination*

Marie-Pierre Briand, coordinatrice
 Guillaume Poulingue (CIRDD/TREND SINTES)

Enquêteur

Perrine Poulingue (TREND)

Toulouse*Coordination*

Serge Escots, coordinateur
 Thibaut Bouillie (ORS-MIP)
 Françoise Cayla (ORS-MIP)
 Georges Fahet (ORS-MIP/TREND)
 Alexandra Montero (GRAPHITI)
 Marie Musset (GRAPHITI/TREND)
 Elisabeth Suteau (TREND)

Enquêteurs

Saloua Chaker (TREND/SINTES)
 Céline Le Ven (TREND/SINTES)
 Sylvain Palaprat (TREND)
 Guillaume Suderie (SINTES)

REMERCIEMENTS à tous les membres des structures de bas seuil des sites du dispositif TREND, aux usagers ayant participé aux enquêtes et aux professionnels impliqués dans les différents groupes focaux « sanitaires » et « répressifs ».

Autres participants SINTES**Médecins du Monde***Coordination*

Patrick Beauverie, responsable mission XBT
 Nicolas Bonnet, coordinateur mission XBT

Responsables missions locales

Roberto Bianco-Levrin, Jean-Pierre Daulouede, Hans Gadelius, Patrick Gassmann, Fabrice Herry, Jean-Luc Pradeille, Jérôme Reynaud, Valère Rogissart, Lionel Sayag

Collecteurs

Stéphane Akoka, Olivier Brevet, Jérôme Debailleul, Solen Deligny, Marianne Godfarb, Mansour Hammadi, Sophie Jean, Daniel Kadyss, Georges Lachaze, Hervé Lalouf, Akli Malek, Céline Ochem, Cyril Olaizola, Alexia Pasinato, Pascal Perez, Amaya Saez, Christine Segui, Eric Torremocha

Association Liberté*Coordination*

Didier Touzeau, coordinateur
 Jimmy Kempfer, co-coordonateur

Collecteurs

Benoît Delavault
 Arnaud Solanet

Laboratoires d'analyse toxicologique**AP de Marseille: laboratoire de toxicologie de l'hôpital Salvator (CEIP CAP)**

Jocelyne Arditti, responsable scientifique
 Hubert Bourdon

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

Martine Galliot-Guilley, chef de laboratoire
 Dominique Fompeydie
 Jean Pierre Bazard
 Samira Djeddar (CEIP de Paris)

CHU de Caen: laboratoire de pharmacologie (CEIP)

Danièle Debruyne, responsable scientifique
 Reynald Le Boisselier

Douanes: laboratoire interrégional des douanes de Paris

Martine Chabrilat, responsable scientifique
 Véronique Nedellec
 Arnaud Bettocchi

Gendarmerie: laboratoire de l'IRCGN

Martine Perrin, chef de laboratoire

Police: laboratoire de la police scientifique de Lyon

Huguette Chaudron, chef de service
 Josiane Girard, chef des stupéfiants
 Fabrice Besacier, responsable adjoint

Partenariats associatifs*Usagers de l'espace urbain Réseau ASUD*

Laurent Albrand, Alain Abina, Pierre Brullard, Gilles Charpy, Alain Chateau, Roger Coustou, Christine Defroment, Jean-François Favatier, François Itard, Sylvia Kynast, Céline Labbé, Guillaume Martin, Etienne Matter, Pascale Morandini, Fabrice Olivet, Thierry Schaffauser, Gérard Schoefer, Jean-Pierre Scholer, Pascal Trabichet (Carpe diem), Yann Villars, Edmond Zdybal, les équipes de terrain

Observations milieu festif Techno Plus

Mathieu Benhamou, Thierry Charlois, Jean-Marc Priez et les équipes de Techno plus

Observations milieu festif Agoratek

Renaud Vischi
 Harry Bacto
 Alexia Pasinato
 Annève Seignalet
 Barbara Thiandoum

Partenariats institutionnels*Système SIAMOIS InVS*

Julien Emmanuelli

Oppidum CEIP

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

Enquêtes en population générale OFDT

François Beck, Stéphane Legleye

Veille Média OFDT

Astrid Fontaine

OCRTIS

Vincent Weiler

Exploitation des rapports d'activité types des CSST (1998-2001), DGS/OFTD

Christophe Palle

Catherine Bernard

Hélène Morfini

Elisabeth Sévenier

Investigations spécifiques*Usage de drogues chez les prostitués masculins*

Dalva Laurindo da Silva (ADRESSE-Association pour le développement des recherches sociologiques, statistiques et économiques)

Prostitution féminine

Suzanne Cagliero (ALRS-Association pour la recherche en sciences sociales)

Hugues Lagrange (ALRS)

Observation des usages non substitutifs de BHD en France en 2002

Serge Escots (Graphiti),

Georges Fahet (ORS-MIP)

Usages détournés de la kétamine en 2002-2003

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

Stéphane Akoka (GRVS)

Architecture informatique de la base SINTES

Bernard Legoueix, OFDT

Maquette et suivi de fabrication

Frédérique Million, OFDT

SOMMAIRE

CONTRIBUTIONS	3
INTRODUCTION GÉNÉRALE	13
MÉMORANDUM DES RÉSULTATS DU DISPOSITIF TREND EN 2002	15
LES OBSERVATIONS GÉNÉRALES DE TREND EN 2002	29
ORGANISATION ET MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF TREND EN 2002	31
LES ESPACES ÉTUDIÉS ET LES USAGERS	43
L'USAGE D'OPIACÉS	67
<i>Héroïne</i>	69
<i>La buprénorphine haut dosage</i>	81
<i>La méthadone</i>	91
<i>Les sulfates de morphine</i>	95
<i>La codéine</i>	99
<i>Le rachacha</i>	103
L'USAGE DE STIMULANTS	107
<i>La cocaïne et le crack</i>	111
<i>L'ecstasy</i>	121
<i>L'amphétamine et la méthamphétamine</i>	133
L'USAGE D'HALLUCINOGENES	141
<i>Le LSD</i>	143
<i>La kétamine</i>	147
<i>Les champignons et autres hallucinogènes d'origine naturelle</i>	155
<i>Le gamma OH (GHB)</i>	165
<i>Autres produits hallucinogènes</i>	169
L'USAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES NON OPIACÉS	173
<i>Le flunitrazépam (Rohypnol®)</i>	175
<i>Le trihexyphénidyle (Artane®)</i>	179

INVESTIGATIONS SPÉCIFIQUES	183
LES USAGES DÉTOURNÉS DE LA KÉTAMINE EN 2002-2003	185
ÉLÉMENTS D'OBSERVATION DES USAGES NON SUBSTITUTIFS DE LA BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE, EN FRANCE, EN 2002	205
LA CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHOACTIFS CHEZ LES FEMMES PROSTITUÉES	233
L'USAGE DE DROGUES CHEZ LES PROSTITUÉS MASCULINS	245
 SYSTÈMES PARTENAIRES	 261
SIAMOIS : TENDANCES EN MATIÈRE DE RÉDUCTION DES RISQUES CHEZ LES USAGERS DE DROGUES PAR VOIE IV AU 30/12/2002	263
OPPIDUM : OBSERVATION DES PRODUITS PSYCHOTROPES ILLICITES OU DÉTOURNÉS DE LEUR UTILISATION (NOUVELLES TENDANCES 2002)	269
 ANNEXES	 277
GLOSSAIRE	279
LISTE DES SIGLES	283
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	285

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce rapport présente les résultats issus du quatrième exercice annuel du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) en 2002.

L'objectif du dispositif TREND de l'OFDT, mis en place en 1999, est de fournir aux décideurs, professionnels et usagers, des éléments de connaissance sur les usages et sur les usagers de drogues illicites de faible prévalence ainsi que sur les phénomènes émergents qui leurs sont liés. Ces derniers recouvrent soit des phénomènes nouveaux soit des phénomènes existants mais pas encore détectés par les systèmes d'observation en place. La mise à disposition précoce de ces éléments de connaissance doit permettre aux différents acteurs investis dans le champ de la toxicomanie (décideurs, professionnels, usagers) d'élaborer des réponses, que ce soit au niveau de la décision publique, des activités professionnelles des uns et des autres ou au niveau du comportement individuel. Cette utilisation des informations produites est donc à même de favoriser une meilleure protection des usagers et de la population en général.

Le rapport comprend plusieurs parties pouvant être abordées séparément : le mémorandum, la synthèse générale, les investigations spécifiques et les systèmes d'information partenaires.

Le mémorandum présente en quelques pages l'essentiel des constats issus de l'ensemble des données collectées en 2002.

Après un court rappel sur la structuration et les méthodes du dispositif TREND, la synthèse générale présente les résultats de l'exercice 2002 selon deux axes : les usagers et les produits. Ces derniers sont abordés par grandes familles (les opiacés, les stimulants, les hallucinogènes et les médicaments psychotropes non opiacés). Chaque chapitre traitant d'une famille est précédée de points de repères et suivie d'éléments de synthèse.

La partie traitant des investigations spécifiques présente quatre travaux en cours de réalisation dans le cadre de TREND. Deux traitent d'investigations tentant d'approfondir des thématiques préalablement identifiées par TREND : l'usage et les usagers de kétamine, l'usage non substitutif de buprénorphine haut dosage. Deux contribuent à explorer des espaces habituellement peu suivis par TREND : les consommations de produits psychotropes chez les femmes

prostituées et chez les hommes prostitués. Chacun de ces travaux devraient s'achever et donner un rapport final publié par l'OFDT au cours de l'année 2003.

Deux des systèmes d'information partenaires de TREND ont fourni une contribution spécifique. L'équipe de coordination de l'enquête OPPIDUM renouvelle l'effort de l'année précédente en parvenant à mettre dès à présent à disposition du lecteur les premiers résultats de son enquête 2002 et en fournissant ainsi des éclairages précieux sur les personnes pharmacodépendantes prises en charge par des structures sanitaires et sociales. Enfin, le responsable du dispositif SIAMOIS de l'InVS nous livre une synthèse des éléments essentiels pouvant être dégagés en 2002 sur l'évolution des ventes de méthadone, de buprénorphine haut dosage et de matériel d'injection.

Au-delà des nombreuses personnes mentionnées dans la partie contribution, ce rapport ne pourrait exister sans la participation des multiples acteurs ayant accepté de prendre un peu, parfois un peu plus, de leur temps pour répondre patiemment à nos demandes, questionnaires, interrogations et autres sollicitations. Usagers, soignants, policiers, éducateurs et autres acteurs sociaux, tous ont en commun de nous avoir fait confiance et de croire à l'utilité de l'objectivation des faits. Nous espérons que, malgré ses imperfections, ce quatrième rapport TREND, répondra à une grande partie de leurs attentes.

MÉMORANDUM DES RÉSULTATS DU DISPOSITIF TREND EN 2002

Ce mémorandum présente de manière synthétique les résultats issus du quatrième exercice annuel du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) en 2002. Ce dispositif porte sur les phénomènes émergents liés à l'usage des produits psychoactifs utilisés par une petite partie de la population française. Après un bref rappel sur l'organisation et les méthodes de travail du dispositif, ce document présente les espaces étudiés avant d'aborder les résultats concernant les usagers et les quatre familles de produits (opiacés, stimulants, hallucinogènes et médicaments psychotropes non opiacés).

LE DISPOSITIF TREND : ORGANISATION ET MÉTHODES

L'objectif du dispositif TREND de l'OFDT, mis en place en 1999, est de fournir aux décideurs, professionnels et usagers, des éléments de connaissance sur les usages et sur les usagers de produits utilisés par une petite partie de la population française ainsi que sur les phénomènes émergents qui leurs sont liés. Ces derniers recouvrent soit des phénomènes nouveaux soit des phénomènes existants mais qui n'avaient pas été détectés par les systèmes d'observation en place. La mise à disposition précoce d'éléments de connaissance doit permettre aux différents acteurs investis dans le champ de la toxicomanie (décideurs, professionnels, usagers) d'élaborer des réponses, que ce soit au niveau de la décision publique, des activités professionnelles des uns et des autres ou au niveau du comportement individuel. Cet usage des informations produites doit donc favoriser une meilleure protection des usagers et de la population en général.

Le dispositif de recueil des informations s'appuie sur trois catégories de sources d'information : des systèmes de collecte TREND, des investigations spécifiques et des systèmes d'information partenaires.

Les systèmes de collecte TREND comprennent le réseau des sites TREND (treize sites en 2002), le système SINTES (analyse de drogues de synthèse) et la veille média (analyse des représentations sur les drogues illicites véhiculées par une sélection de magazines destinés aux jeunes adultes).

- Le réseau des sites TREND comprenait treize coordinations en 2002, dont trois outre-mer. Chaque site réalise plusieurs types de collectes d'informations au cours de l'année : observations de terrain, questionnaires qualitatifs, groupes focaux de professionnels du champ sanitaire, groupes focaux de professionnels du champ répressif, groupes focaux d'usagers, enquête quantitative auprès des usagers de structures de première ligne. Chaque site produit un rapport annuel.
- Le système SINTES comprend deux volets. Le volet sociosanitaire réalise des collectes d'échantillons de drogues de synthèse et remplit des questionnaires auprès des usagers. Les échantillons sont analysés par un réseau de cinq laboratoires. Le volet répressif repose sur la transmission par les services scientifiques de la police, des douanes et de la gendarmerie des résultats d'analyses toxicologiques réalisées sur des échantillons de drogues de synthèse issus de saisies.
- La veille média comprend la lecture, l'indexation et l'analyse du discours sur les drogues de six périodiques de la presse française, plutôt orientés vers les jeunes adultes.

Les investigations spécifiques du dispositif TREND portent sur l'approfondissement de l'étude d'une problématique particulière ou d'une population. Cette année, deux problématiques sont en cours d'investigation (l'usage de kétamine et le primo-usage de buprénorphine haut dosage) et une population a été explorée (les personnes prostituées).

Les systèmes d'informations partenaires fournissent des informations récentes permettant soit de mettre en perspective les données TREND, soit de les compléter. En 2002, ils comprennent :

- l'enquête OPPIDUM (Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse) réalisée par les centres d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances (CEIP). Elle permet une description annuelle des usagers de produits psychotropes vus par des structures sanitaires et sociales (essentiellement des CSST) ;
- le système SIAMOIS (Système d'information sur l'accessibilité au matériel d'injection et de produits de substitution) gérée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) qui décrit l'évolution des ventes de médicaments de substitution aux opiacés (buprénorphine haut dosage et méthadone) et de matériels d'injection ;
- l'enquête ESCAPAD de l'OFDT qui décrit, entre autres, les expérimentations et les consommations de produits psychotropes des jeunes de 17/18 ans se présentant à la Journée d'appel et de préparation à la défense.

Les outils de recueil d'information propres au dispositif TREND portent essentiellement sur deux espaces sociaux : « l'espace urbain » et « l'espace festif techno ». L'espace urbain recouvre, pour l'essentiel, les lieux de la ville où l'on peut rencontrer et/ou observer des usagers actifs de drogues. Il permet de rendre compte de l'usage de drogues des personnes que l'on peut rencontrer dans les structures d'accueil dites de « bas seuil » ou de première ligne (boutiques et programmes d'échange de seringues), certains centres de soins spécialisés et les lieux « ouverts » tels que le monde de la rue et des squats. L'espace festif techno désigne les lieux où se déroulent des événements festifs relevant de la culture techno et ce quel que soit le type d'événements, qu'il ait lieu dans le cadre d'un club, d'un teknival, d'une free-party voire d'une soirée privée. Ces espaces ont été choisis car la probabilité de pouvoir y constater des phénomènes, nouveaux ou non observés jusqu'alors, est élevée et qu'ils offrent une ouverture à certaines formes d'observation. Le choix d'investiguer en priorité ces deux espaces ne signifie nullement qu'ils épuisent à eux seuls la réalité de l'usage de drogues en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Ces choix pourront d'ailleurs évoluer dans le temps. En outre, cette focalisation particulière des observations ne doit pas faire perdre de vue au lecteur les dimensions souvent réduites des populations observées. La plupart des phénomènes présentés dans ce rapport ne sont que peu ou pas quantifiables à l'échelle de la population générale. En effet, l'expérimentation (usage au moins une fois au cours de la vie) des produits étudiés concerne rarement plus de vingt personnes adultes sur mille en France (voir tableau 1). Les usages actuels (au cours des douze derniers mois) ou récents (au cours du mois écoulé) sont encore moins fréquents.

Tableau 1 : Fréquence, en 2002, de l'usage de certaines substances illicites au cours de la vie, pour mille personnes chez les 15-34 ans, les 35-75 ans et les 15-75 ans

	15-34 ans	35-75 ans	15-75 ans
Cocaïne	30 ‰	13 ‰	19 ‰
Ecstasy	19 ‰	2 ‰	11 ‰
Champignons hallucinogènes	21 ‰	6 ‰	11 ‰
LSD	15 ‰	8 ‰	10 ‰
Héroïne	5 ‰	9 ‰	7 ‰

Source : EROPP 2002¹, OFDT

Lecture : en 2002, parmi les personnes âgées de 15 à 34 ans, 30 sur 1 000 ont pris de la cocaïne au moins une fois au cours de leur vie.

1. Ce tableau est adapté de celui présenté page 176 par F. Beck, S. Legleye et P. Peretti-Watel, 2003, in *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes* (EROPP), Paris, OFDT, 2002, 228 p.

LES RÉSULTATS

Les espaces étudiés et les usagers

Au cours de l'année 2002, les modifications du contexte légal² et des stratégies des forces de l'ordre ont eu un impact certain sur les deux espaces d'investigation du dispositif TREND. Les observateurs rapportent un certain nombre de changements concernant : l'usage et les modalités d'usage des produits, le petit trafic, ainsi que l'intervention sanitaire des structures dites de réductions des risques.

Au sein de l'espace urbain, l'augmentation de la visibilité de l'activité policière a entraîné une diminution de l'accessibilité de l'héroïne sur certains sites. Des usagers se sont repliés vers des produits de présentation plus discrète (comprimés). Le petit trafic s'est déplacé vers des lieux (périphérie des villes) et des espaces (espace privé) moins visibles. Par ailleurs, la raréfaction des événements festifs techno non commerciaux (type free-party) a amené certains trafiquants à redéployer une partie de leur offre de produits stimulants et hallucinogènes en direction de lieux de vente de l'espace urbain (cités, rue, domiciles...).

Au sein de l'espace festif techno, d'importantes modifications ont été observées. Les adeptes des événements non commerciaux semblent avoir évolué selon trois scénarios : l'adaptation au nouveau contexte légal en organisant des événements en collaboration avec certains établissements de nuit (boîtes diffusant de la musique techno), le retour vers une clandestinité plus marquée par l'organisation de free-party confidentielles, la participation à des événements techno se déroulant hors des frontières (Belgique, Allemagne, Italie, Espagne). Les interventions de réduction des risques et des dommages et de prise en charge des urgences sont plus difficiles à organiser du fait de la plus grande confidentialité des événements non commerciaux et de leur petite taille justifiant moins le déplacement d'une équipe de prévention.

Les usagers de produits de l'espace festif techno sont essentiellement de jeunes adultes, le plus souvent de sexe masculin. Les origines sociales semblent assez variées. Les produits consommés sont surtout des stimulants, puis des hallucinogènes. L'usage d'opiacés reste marginal. Les modalités d'usage des produits sont

2. L'article 53 de la loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne (LSQ) a complété la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité (LOPS). L'article 23-1 nouveau de la LOPS confère un nouveau cadre juridique aux rassemblements couramment appelés « rave-party ». Les organisateurs de ces rassemblements sont désormais tenus de déclarer leurs projets aux préfets des départements sur le territoire desquels les « rave-party » sont prévues. Le décret n° 2002-887 du 3 mai 2002 précise ce dispositif et prévoit un régime différencié selon que les organisateurs souscrivent ou non l'engagement de bonnes pratiques qui fait l'objet de l'arrêté du même jour.

surtout la prise par voie orale (« gobage ») et le sniff, plus occasionnellement l'inhalation à chaud (« fumette »), l'injection reste rare. Au vu de la moindre accessibilité de certains produits au cours de la seconde moitié de l'année 2002 du fait de la raréfaction des événements festifs, il semble que les modalités d'obtention et de consommation de produits se soient modifiées, la consommation s'étalerait sur l'ensemble de la semaine et non plus sur la fin de la semaine.

Le profil des usagers des structures de première ligne, tel qu'il apparaît à la lumière de l'enquête quantitative TREND, reste celui d'un jeune adulte (âge moyen : 31 ans), le plus souvent de sexe masculin (81 %), célibataire (72 %), vivant dans des conditions précaires de logement (32 %) et de revenus (revenus issus de l'aide sociale : 50 %). Quatre sites du dispositif rapportent l'accroissement numérique d'une population marginalisée issue de l'immigration d'Europe de l'Est.

Au sein de ces populations, les consommations quotidiennes importantes de tabac (plus d'un paquet par jour : 40 %), d'alcool (plus de dix verres d'alcool par jour tous les jours : 14 %) et de cannabis (consommation quotidienne : 54 %) concernent une part importante des usagers.

Les opiacés et les stimulants constituent les deux catégories de produits les plus consommés. Selon l'enquête TREND, l'héroïne demeure la substance illicite la plus expérimentée au cours de la vie (voir tableau 2), mais la cocaïne et la buprénorphine haut dosage sont les substances les plus utilisées au cours du mois écoulé, en dehors de l'alcool, du tabac et du cannabis. Les consommations récentes de drogues de synthèse semblent stables par rapport à 2001. Celle de flunitrazépam (Rohypnol®) serait en diminution (le mois dernier : 21 % en 2001 ; 14 % en 2002), probablement du fait des conditions plus restrictives de prescription mises en place en février 2001.

Tableau 2 : Fréquence, en pourcentage, de la consommation de certains produits psychoactifs au cours de la vie et au cours du dernier mois parmi des usagers de structures de première ligne en 2002 (N = 964)

	Consommation		Fréquence de consommation au cours du mois écoulé		
	Au moins 10 fois au cours de la vie	Au cours du mois écoulé	Quotidienne	Hebdomadaire	Mensuelle
Héroïne	684 (71 %)	299 (31 %)	41 %	29 %	30 %
Cocaïne	669 (69 %)	403 (42 %)	19 %	30 %	51 %
BHD	568 (57 %)	407 (42 %)	82 %	11 %	7 %
Ecstasy	406 (42 %)	245 (25 %)	10 %	28 %	62 %
Flunitrazépam	349 (36 %)	137 (14 %)	54 %	32 %	14 %

Données et exploitation : TREND/OFDT

La part d'usagers problématiques ayant recours à la voie injectable reste importante. Toutefois, les données récentes disponibles vont dans le sens d'une poursuite de la diminution du recours à la voie injectable, notamment chez les usagers les plus jeunes. Cette année, selon l'enquête TREND, la pratique récente (au cours du mois écoulé) du sniff (49 %) apparaît comme plus fréquente que celle de l'injection (44 %). Parmi les injecteurs récents, la fréquence du partage de matériel ou de produit reste élevée et près d'un quart des personnes (26 %) déclare avoir partagé ses seringues au cours du mois écoulé. Parmi les sniffeurs récents, le partage de la paille concerne près d'une personne sur deux (43 %).

Une majorité d'usagers (63 %) rencontrée en 2002 au sein des structures de première ligne se déclare en bon état de santé physique. Toutefois, plus d'un tiers (39 %) déclare souffrir de problèmes dentaires et près d'un sur vingt (4 %) avoir présenté une surdose au cours du mois écoulé. Si globalement le dépistage pour le VIH (81 %) et le VHC (72 %) concerne une majorité de personnes, on observe un moindre taux chez les moins de 26 ans (61 % pour le VIH et 52 % pour le VHC) traduisant un défaut de réalisation du dépistage. En 2002, les taux de positivité parmi les personnes déclarant connaître le résultat de leurs sérologies sont de 10 % pour le VIH, de 49 % pour le VHC et de 14 % pour le VHB. Les taux de positivité sont moindres chez les plus jeunes (moins de 26 ans : VIH 2 % ; VHC 19 %) et chez les non-injecteurs.

Au cours de l'année 2002, les espaces prostitutionnels masculin et féminin ont été explorés afin d'estimer l'importance et les modalités des usages de produits psychotropes. Ces investigations ont été menées à partir de questionnaires et d'entretiens, à Marseille et à Paris pour les hommes et les transgenres³ et à Lille, Marseille et Paris pour les femmes⁴.

Les hommes (99 %) et les transgenres (82 %) rencontrés ont généralement moins de 35 ans. Il s'agit donc de jeunes adultes, célibataires dont la plupart déclare la prostitution comme leur occupation professionnelle. L'alcool est consommé par plus des trois quarts des personnes et 10 % se considèrent dépendantes. Le cannabis est consommé quotidiennement par 56 % des personnes. Parmi les drogues « festives » ou « récréatives », la plus utilisée au cours du mois écoulé est le poppers (13 % des hommes et 14 % des transgenres). L'ecstasy semble faire plus partie de l'univers des garçons (11 % d'usage récent et 45 % d'expérimentateurs) que de celui des transgenres (2 % d'usage récent et 34 % d'expérimentateurs). La cocaïne est consommée récemment par 7 % des personnes et expérimentée par 42 %. L'usage récent d'héroïne (2 %) ou de crack (1 %) apparaît très

marginal. Il s'agit donc d'une population présentant une surconsommation importante de produits psychoactifs dont les motivations semblent fréquemment liées à leurs contraintes professionnelles.

Parmi les femmes enquêtées, les origines sont diverses : Union européenne (47 %), Europe orientale (23 %), Afrique sub-saharienne (19 %), Maghreb (9 %). L'âge moyen est de 33 ans et l'âge médian de 30 ans. Moins de la moitié (42 %) déclare avoir consommé de l'alcool au cours du mois écoulé. Seules 2 % d'entre elles se considèrent dépendantes. L'usage récent d'héroïne est de 5 % mais l'expérimentation concerne 13 % des femmes enquêtées. L'expérimentation de cocaïne ou de crack concerne 17 % des personnes dont 100 % des expérimentatrices d'héroïne. L'usage d'héroïne peut précéder comme s'intriquer dans les débuts de la prostitution.

L'usage récent de drogues illicites, hors cannabis, semble concerner une minorité importante de personnes prostituées. Il apparaît plus fréquent chez les hommes et les transgenres que chez les femmes. L'usage d'héroïne comme facteur explicatif d'une entrée dans la prostitution semble plus fréquent chez les femmes que chez les hommes et les transgenres.

LES FAMILLES DE PRODUITS

Les opiacés

L'héroïne reste un produit fréquemment expérimenté par les usagers des structures de première ligne (au moins dix fois : 71 %), en revanche, elle l'est beaucoup moins (31 %) au cours du mois écoulé. Au sein de l'espace festif techno, la régulation d'usage de stimulants à l'aide d'opiacés existe mais reste cantonnée à une sous-population de taille restreinte. L'héroïne demeure, à l'instar des années précédentes, un produit peu disponible et peu accessible. L'obtention de cette substance passe la plupart du temps par des intermédiaires ayant recours à la vente à domicile.

En 2002, on observe, chez les usagers d'héroïne des structures de première ligne, un taux d'injection au cours du mois écoulé toujours élevé (61 %). Toutefois, il est moindre chez les usagers les plus récents (46 % chez les usagers depuis moins de cinq ans). Le sniff (52 % en 2002 contre 31 % en 2001) et l'inhalation (24 % en 2002 contre 15 % en 2001) semblent plus pratiqués en 2002. L'image de l'héroïne semble s'améliorer dans les deux espaces. Dans l'espace urbain, l'héroïne apparaît comme un produit de choix comparé aux autres opiacés et particulièrement à la buprénorphine haut dosage dans un usage non substitutif. Dans l'espace festif, la perception de l'héroïne semble aussi s'améliorer du fait du déve-

3. L. Da Silva, L'usage de drogues chez les prostitués masculins, Cf. p. 245.

4. S. Cagliero, H. Lagrange, Les consommations de produits psychoactifs chez les femmes prostituées, Cf. p. 233.

loppement de modes d'usage (sniff, inhalation) moins stigmatisés que l'injection et de la présence de produits tels que la kétamine, qui apparaissent comme beaucoup plus dangereux.

La buprénorphine haut dosage (BHD) est, en 2002, le traitement de substitution aux opiacés le plus utilisé en France (79 557 personnes en 2002, selon SIAMOIS). Parmi les structures de soins enquêtées par OPPIDUM, la presque totalité des personnes consommant de la BHD le font dans le cadre d'un protocole médical. Elles l'utilisent essentiellement par voie orale (87 %) et plus accessoirement par voie injectable (11 %) ou nasale (7 %). Son utilisation dans l'espace festif techno est rapportée, mais apparaît très minoritaire. Dans l'espace urbain, sa disponibilité et son accessibilité sont très élevées sur le marché parallèle, son prix médian (3,3 euros le comprimé de 8 mg) continue de diminuer en 2002. Les modes d'obtention sont variés et 18 % des usagers s'approvisionnent exclusivement sur le marché parallèle. Si la voie d'administration la plus fréquente est la voie orale (61 %), l'injection concerne près d'une personne sur deux (46 %) et le sniff près d'une sur six (17 %). Par rapport à l'enquête de 2001, la voie orale croît (+ 24 points) et la voie injectable diminue (- 18 points). La fréquence d'usage est essentiellement quotidienne (83 %). On constate l'existence de populations en situation précaires (SDF, migrants, ex prisonniers) qui recherchent cette substance du fait de sa facilité d'accès, de la modicité de son prix et de ses effets sédatifs qui permettent de supporter des conditions de vie difficiles. Il existe également des personnes n'ayant jamais été dépendantes à d'autres opiacés qui se déclarent dépendantes à la BHD. Parmi les usagers problématiques de l'espace urbain, la perception de la BHD reste mauvaise, en particulier du fait de son fort potentiel addictif et de ses effets collatéraux lors d'injections.

Une investigation complémentaire sur les usages non substitutifs de la BHD est en cours⁵. L'analyse intermédiaire qui est réalisée utilise le fichier de l'enquête quantitative auprès des usagers de structures de première ligne et seize entretiens semi-directifs auprès d'usagers soit primo-consommateurs (consommation de BHD avant tout autre opiacé), soit primo-pharmacodépendants à la BHD (dépendance à la BHD avant tout autre opiacé).

Parmi les 502 personnes, utilisatrices de structures de première ligne, ayant consommé de la BHD au cours du mois écoulé, 7 % sont primo-consommateurs et 13 % primo-pharmacodépendants. Enfin, 11 % sont devenus dépendants de la BHD après au moins deux ans d'interruption de toute consommation d'opiacés. La fréquence de la dépendance à la BHD, hors substitution, apparaît non négligeable au sein de cette population. Parmi les personnes ayant accepté un entretien, la presque totalité n'utilise pas la voie sublinguale, mais plutôt la voie injectable

5. S. Escots, G. Fahet, Éléments d'observation des usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage en France, en 2002, Cf. p. 205.

ou nasale. La plupart (12/16) a recours uniquement ou partiellement au médecin pour se fournir en BHD, une minorité (4) jamais. L'obtention de BHD par prescription semble aisée. L'absence d'héroïnomanie avérée ne semble pas réhibitoire, la prescription pouvant s'avérer être une substitution à la BHD de rue. Le premier contact avec la BHD peut se réaliser dans un contexte de grande précarité sociale, de relations amicales ou de couple, d'événements festif. Si la première prise entraîne souvent des effets désagréables (nausées, vomissements...), ils sont généralement associés à des sensations plaisantes qui inciteront à renouveler l'expérience. Trois principaux types d'effets recherchés se dégagent : la défonce, le fait de « pouvoir assurer », l'anxiolyse. Par ailleurs, la BHD peut-être utilisée en régulation de produits stimulants, amenant parfois à la création d'un cercle vicieux entre l'opiacé et les stimulants. Ces premiers résultats soulèvent la question de l'existence d'usages non substitutifs de la BHD en France et celle d'éléments contribuant au développement de ces usages.

Le nombre estimé de personnes traitées par méthadone (13 500, SIAMOIS) en France aurait augmenté de 40 % entre 2001 et 2002. Parmi les personnes rencontrées par des structures de soins sanitaires et sociales (OPPIDUM) en 2002, 35 % ont consommé de la méthadone dont 98 % dans le cadre d'un protocole médical. Parmi les usagers des structures de première ligne (TREND), 17 % ont consommé de la méthadone au cours du mois écoulé dont 80 % quotidiennement. Le mésusage, s'il existe, apparaît marginal. Les perceptions de ce produit sont à double tonalité, d'une part il s'agit d'une porte de sortie de la dépendance à l'héroïne, d'autre part d'un produit synonyme de dépendance majeure.

Les sulfates de morphine (Skenan LP®, Moscontin LP®) sont des produits d'usage peu fréquents, tant dans OPPIDUM (2 %) que parmi les usagers de l'enquête première ligne TREND (9 %). Pour ces derniers, la fréquence d'usage est généralement quotidienne (62 %) et la voie d'administration dominante l'injection (80 %). L'image qu'ont les usagers de ce produit est plutôt bonne. L'accessibilité et la disponibilité semblent sujettes à une grande variabilité.

Les codéinés sont des produits d'usage peu fréquents, tant dans OPPIDUM (1 %) que dans l'enquête première ligne TREND (8 %). Parmi les usagers rencontrés par TREND, il s'agit soit d'anciens héroïnomanes s'autosubstituant, soit de personnes très marginales. Le mésusage de codéine semble diminuer depuis quelques années. L'image de ce produit reste celle d'un produit « ringard » destiné aux vieux toxicomanes.

Les stimulants

La cocaïne sous sa forme chlorhydrate (poudre destinée surtout au sniff) ou base (crack/free-base destiné surtout à être fumée) est un produit stimulant très utilisé parmi les usagers de l'espace festif techno et de l'espace urbain. L'image de

la forme poudre est souvent positive chez les usagers récents, mais la tonalité des appréciations est nettement moins enthousiaste chez les personnes plus expérimentées. L'image de la forme base est très négative quand elle apparaît sous la dénomination « crack ». En revanche, celle-ci peut s'avérer positive sous l'appellation « free-base » car elle est alors souvent considérée comme un produit « pur ». La disponibilité de la forme poudre continue d'augmenter dans l'espace urbain et dans l'espace festif. Celle de la forme « base » reste essentiellement centrée sur Paris et les Antilles, le plus souvent sous la dénomination « crack ». Sur d'autres sites métropolitains, elle semble augmenter, souvent sous l'appellation « free-base ». Parmi les usagers problématiques de l'espace urbain, plus des deux tiers (69 %) ont expérimenté plus de dix fois la cocaïne et plus de la moitié (55 %) en ont utilisé au cours du mois écoulé. La fréquence d'usage est le plus souvent épisodique. Les usagers de cocaïne les plus récents (moins de cinq ans) s'injectent moins (36 %) et sniffent plus (59 %) que les consommateurs les plus anciens. Au sein de l'espace festif, les usagers de cocaïne présentent une grande diversité de profils sociaux traduisant une diffusion importante. Les modes d'administrations dominants restent la voie nasale (sniff) et l'inhalation à chaud (fumette). Parmi les usagers problématiques de l'espace urbain, si l'injection concerne encore plus de la moitié des personnes, le sniff et l'inhalation continuent de progresser.

L'ecstasy demeure un produit très aisément observé au sein de l'espace festif techno tout en poursuivant son développement au sein d'autres espaces sociaux. La forme la plus fréquente reste le comprimé dont la voie d'administration presque exclusive est la voie orale. Toutefois, les échantillons d'ecstasy sous forme de poudre ou de gélules sont plus fréquemment observés qu'auparavant. Ils sont généralement perçus par les usagers comme étant de meilleure qualité que les échantillons sous forme de comprimés. Ces formes sont plus souvent associées que les comprimés à une utilisation par voie nasale. Les usagers les plus expérimentés semblent avoir une perception plutôt péjorative de l'ecstasy ce qui pourrait être un facteur favorisant à une diminution de la fréquence de l'usage de ce produit au cours des années à venir.

La dose moyenne de MDMA contenue dans les comprimés d'ecstasy SINTES continue de diminuer en 2002 pour atteindre 56 mg. Au cours de la seconde moitié de l'année, des échantillons dosés à plus de 100 mg ont été identifiés amenant à la diffusion de notes d'information rapides. Les comprimés intégrés à SINTES en 2002 contiennent de la MDMA dans 82 % des cas et des substances médicamenteuses dans 6 % (voir tableau 3). Les poudres présentent des concentrations de MDMA très variées, allant de 2 % à 95 %. Dans les poudres analysées par SINTES, les produits fréquemment retrouvés sont la caféine (34 %), l'amphétamine (30 %) et la MDMA (28 %). Le prix du comprimé d'ecstasy a poursuivi sa baisse au début 2002, puis s'est stabilisé au second semestre 2002 pour se situer généralement entre 10 et 15 euros.

Tableau 3 : Forme et contenu des échantillons de la base SINTES collectés et saisis en France, en 2002

	Comprimé	Gélule	Poudre	Liquide	Buvard	Total
MDMA	82 %	59 %	28 %	1/36	7/25	70 %
Amphétamine	7 %	8 %	30 %	0	1/25	10 %
Tous amphétaminiques*	88 %	73 %	57 %	1/36	8/25	78 %
Caféine	7 %	11 %	34 %	0	7/25	12 %
Anesthésiques**	0 %	< 1	10 %	9/36	1/25	2 %
Hallucinogènes***	0 %	0 %	0 %	1/36	9/25	< 1 %
Substance médicamenteuse	6 %	41 %	22 %	5/36	10/25	11 %
Absence de substance psychoactive	5 %	10 %	14 %	12/36	3/25	8 %
Nombre total	1 452	132	280	36	25	1 925

* : MDMA, MDEA, MDA, amphétamine

** : kétamine, Lidocaïne®, Gamma-OH

*** : LSD, Psilocybine

Données et exploitation: SINTES/OFDT

Lecture : parmi les 1 452 comprimés recueillis en 2002, 82 % contenaient de la MDMA. Un échantillon pouvant contenir plusieurs produits (par exemple MDMA + caféine), les totaux en colonnes sont supérieurs à 100.

L'amphétamine est un produit qui reste consommé par une minorité de personnes. Sa disponibilité semble hétérogène selon les sites. Elle est fréquemment présente (42 %) dans les échantillons de poudre collectés par SINTES. La circulation, en France, de méthamphétamine sous les dénominations « ice » ou « yaba », d'après les informations disponibles, apparaît très rare.

Les hallucinogènes

L'usage récent de LSD concerne une minorité d'usagers problématiques rencontrés au sein de l'espace urbain (14 %). Il s'agit essentiellement d'usages épisodiques, par voie orale. La disponibilité et l'accessibilité de ce produit ont fortement diminué en 2002. Concomitamment, le prix moyen semble avoir augmenté (10 à 15 euros pour un buvard) et l'image du produit s'être améliorée. Plus des deux tiers des 29 échantillons supposés de LSD analysés par SINTES en 2002 ne contenaient pas de LSD.

Les résultats des observations TREND réalisées en 2002 montrent que la fréquence de l'usage de la kétamine ne semble pas avoir évolué entre 2001 et 2002

(7 % d'usagers récents dans l'enquête TREND première ligne). Elle concerne une petite minorité de personnes présentant des profils sociaux très variés. L'usage extrême de kétamine lors de temps festifs semble davantage stigmatisé en 2002 qu'en 2001 par les participants aux fêtes. Des usages plus maîtrisés se développeraient, diminuant la fréquence de ces conséquences les plus visibles. La voie d'administration dominante est le sniff, il s'agit d'un usage épisodique pour la grande majorité des personnes. La kétamine semble être un produit dont l'image est plutôt située à l'extrême de l'échelle de dangerosité des produits. En 2002, sa disponibilité et son accessibilité semblent avoir diminué.

Les résultats intermédiaires de l'investigation spécifique sur les usages détournés de kétamine réalisée par le GRVS⁶ sont issus de 160 questionnaires quantitatifs, dix entretiens et deux discussions collectives auprès d'usagers de kétamine (au moins un épisode de consommation depuis janvier 2001). Les expérimentateurs rencontrés présentent un profil et une insertion sociale très hétérogène allant d'une intégration complète en termes de revenus, de logement, de protection sociale jusqu'à une marginalité extrême. La proportion de femmes (40 %) est plus importante qu'habituellement dans des populations d'usagers. Une forte minorité de ces personnes (28 %) déclare une consommation au cours du mois écoulé. L'usage quotidien ou pluri-hebdomadaire concerne moins d'un expérimentateur sur dix (6 %). De fait, une part importante d'expérimentateurs ne s'engage pas dans des consommations itératives de ce produit du fait d'effets jugés non satisfaisants. Par ailleurs, les expérimentateurs de kétamine présentent des taux très élevés d'expérimentation d'autres substances, particulièrement les hallucinogènes et les stimulants. Les effets recherchés lors de prise de kétamine sont essentiellement des hallucinations (43 %), une sensation de décorporation (33 %), et/ou une stimulation (27 %). Le cannabis et l'alcool sont des produits fréquemment associés à la prise de kétamine. Au vu de ces premiers résultats, des actions de prévention en direction des usagers de kétamine pourraient s'avérer utiles. L'espace festif techno, les lieux d'accueil à bas seuil d'exigence et les CSST apparaissent comme des lieux pertinents pour leur réalisation.

L'usage de champignons hallucinogènes concerne une petite minorité des personnes observées par TREND, on ne note pas d'évolution récente de la fréquence de leur consommation. Toutefois, il semble que leur utilisation touche des profils sociaux très variés. La voie essentielle d'utilisation est la voie orale. Leur image de produit naturel, peu dangereux, sans lien avec le trafic concourt à une perception positive s'inscrivant dans celle dont bénéficient, depuis quelques temps, les plantes hallucinogènes. Si leur accessibilité et leur disponibilité semblent stables,

elles sont d'évaluation difficile du fait des possibilités d'autoculture et de la fréquence des échanges non commerciaux (don, échange).

L'usage de *Salvia divinorum* concerne des cercles très restreints d'usagers. Ses effets sont peu adaptés à un contexte festif et son utilisation se déroulerait beaucoup plus dans des contextes calmes et intimes. Sa disponibilité reste restreinte. L'utilisation de *datura* semble être plus fréquemment observée, en particulier du fait de son coût modique. En 2002, plusieurs sites TREND rapportent des observations d'usage de « rose des bois » dont le principe actif serait la LSA.

Le GHB n'est quasiment pas observé dans les espaces suivis par TREND.

Le protoxyde d'azote devient d'observation anecdotique.

Les médicaments psychotropes

La fréquence de l'usage de flunitrazépam (Rohypnol®) parmi les usagers problématiques de l'espace urbain poursuit sa baisse, probablement du fait de la modification des conditions de prescription en février 2001. Sa disponibilité et son accessibilité sur le marché parallèle continuent de diminuer. L'image de cette molécule reste très mauvaise.

L'usage détourné de trihexyphénidyle (Artane®) semble essentiellement cantonné à la Réunion et, dans une moindre mesure, à Marseille et à Paris. Cette molécule conserve une très mauvaise image.

6. S. Akoka, C. Reynaud-Maurupt, Les usages détournés de la kétamine en 2002-2003 : compte rendu intermédiaire d'une investigation spécifique TREND, Cf. p. 185.

LES OBSERVATIONS GÉNÉRALES DE TREND EN 2002

ORGANISATION ET MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF TREND EN 2002

LE DISPOSITIF TREND

L'objectif du dispositif TREND de l'OFDT est de fournir aux décideurs, professionnels et usagers, des éléments de connaissance sur les phénomènes émergents liés aux usages de drogues en France. Les phénomènes émergents recouvrent soit des phénomènes nouveaux soit des phénomènes existants mais qui n'avaient pas été détectés par les systèmes d'observation en place. La mise à disposition précoce d'éléments de connaissance doit permettre aux différents acteurs investis dans le champ de la toxicomanie d'élaborer des réponses que ce soit au niveau de la décision publique, des activités professionnelles des uns et des autres ou au niveau du comportement individuel. Cet usage des informations produites doit favoriser une meilleure protection des usagers et de la population en général.

Le dispositif vient en complément des grandes sources traditionnelles d'information. L'observation est orientée en priorité en direction des substances illicites à faible prévalence d'usage, lesquelles échappent généralement aux dispositifs d'observation classiques. Dans ce cadre, six thématiques principales ont été définies, qui structurent les stratégies de collecte et d'analyse des informations :

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

Deux espaces principaux d'observation ont été choisis : « l'espace urbain » et « l'espace festif techno ». Il s'agit d'espaces sociaux considérés comme innovateurs en termes d'usage de nouveaux produits et de modalités d'usage des produits et qui en même temps offrent une ouverture à certaines formes d'observation. Il y est donc possible de collecter des informations et la probabilité d'observer des phénomènes nouveaux y est élevée. L'espace urbain recouvre, pour l'essentiel, des

personnes que l'on peut rencontrer dans les structures d'accueil dites de « bas seuil » ou de première ligne (boutiques et programmes d'échange de seringues), certains centres de soins spécialisés et les lieux « ouverts » tels le monde de la rue et des squats. L'espace festif techno désigne les lieux où se déroulent des événements festifs relevant de la culture techno et ce quel que soit le type d'événements, qu'il ait lieu dans le cadre d'un club, d'un teknival, d'une free-party voire d'une soirée privée. Le choix d'investiguer en priorité ces deux espaces ne signifie nullement qu'ils épuisent à eux seuls la réalité de l'usage de drogues en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Ce choix pourra d'ailleurs évoluer dans le temps.

LES OUTILS DE COLLECTE D'INFORMATION DU DISPOSITIF

La collecte des informations s'appuie sur des outils propres de collecte orientés vers les deux espaces privilégiés, des investigations spécifiques et des systèmes d'information partenaires.

Les outils spécifiques comportent :

- le réseau des sites TREND : douze sites ayant une stratégie commune de collecte et d'analyse d'informations ;
- le système SINTES : dispositif de collecte d'échantillons de drogues de synthèse et d'analyse toxicologique ;
- la veille média : indexation et analyse du discours sur les drogues de journaux orientés vers les jeunes adultes.

Les investigations spécifiques développées dans le cadre de TREND peuvent porter sur l'approfondissement d'une thématique identifiée en routine ou sur l'exploration d'un espace social susceptible de présenter des usages de drogues particuliers.

Les systèmes d'information partenaires réalisent des collectes d'information récentes qui permettent de disposer d'éclairages complémentaires actualisés. Ils comprennent :

- L'enquête OPPIDUM du réseau des Centres d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances (CEIP) appuyé par l'AFSSAPS. Il s'agit d'une enquête d'observation et de surveillance multicentrique réalisée chaque année au mois d'octobre durant quatre semaines. Son objectif est de surveiller l'évolution de la consommation des substances psychoactives consommées par les sujets présentant une pharmacodépendance et d'évaluer le potentiel d'abus et de dépendance des médi-

caments. Le recueil d'information se fait auprès de personnes présentes dans des structures sociales et sanitaires. OPPIDUM offre une description des usagers fréquentant des structures de soins, essentiellement des centres de soins spécialisés. En 2002 a été réalisée la quatorzième édition de cette enquête annuelle.

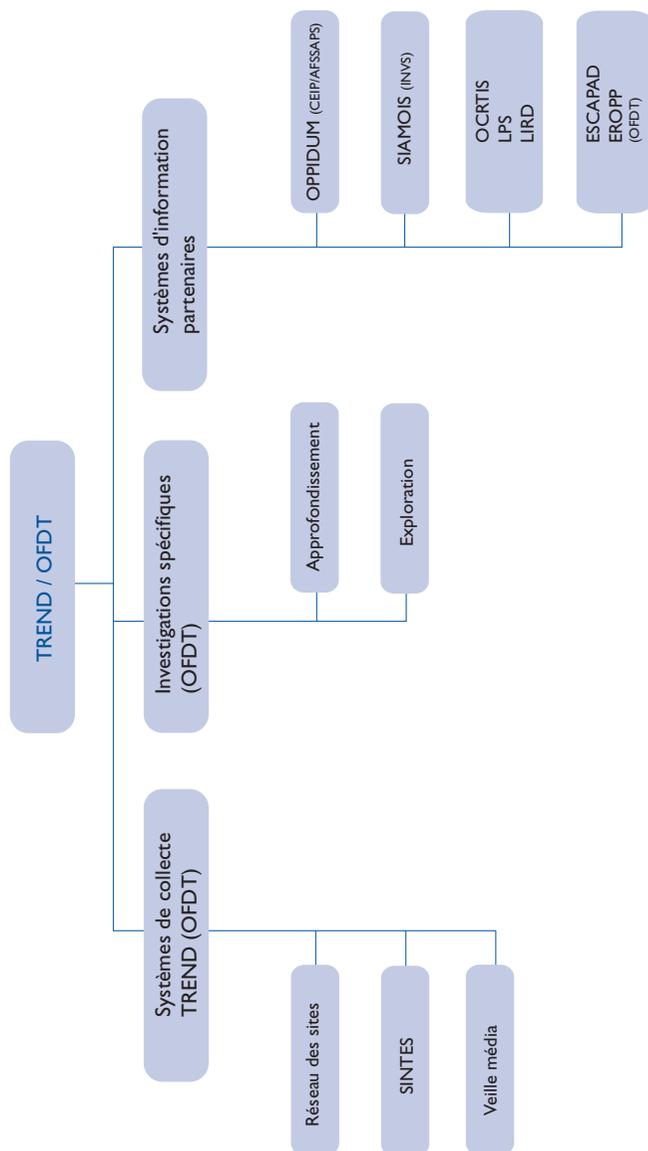
- Le système SIAMOIS (Système d'information sur l'accessibilité au matériel officiel d'injection et de substitution) de l'Institut de veille sanitaire (inVS), lequel observe l'évolution dans le temps des ventes en pharmacie de matériel d'injection destiné aux usagers de drogues et de produits de substitution (méthadone, buprénorphine haut dosage).

■ L'enquête sur la santé et les consommations lors de l'Appel de préparation à la défense (ESCAPAD) de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), qui traite, sur la base d'une enquête quantitative, des consommations de substances psychoactives chez les jeunes de 17/18 ans. Un échantillon représentatif des adolescents qui passent leur journée d'appel de préparation à la défense remplit un questionnaire auto-administré et strictement anonyme qui porte sur leur santé, leur mode de vie, leurs consommations et les contextes d'usage de produits psychoactifs. En 2002 a été réalisée la troisième édition de cette enquête annuelle.

■ Les données de l'OCRIS (Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants), qui portent sur les statistiques d'activité policière et les décès par surdose. Lors de chaque début d'année, l'OCRIS réalise une analyse des données collectées au cours de l'année écoulée. Elle permet de disposer d'une description des saisies des différents produits, des interpellations pour usage simple et usage-revente, des décès attribués à l'usage de produits stupéfiants.

■ Les analyses toxicologiques sur les saisies de produits psychotropes illicites réalisées par les réseaux des laboratoires de la police scientifique et des douanes. Une partie des saisies de produits stupéfiants réalisées par les douanes et la police est adressée à leurs laboratoires scientifiques respectifs. Des données synthétiques sur les résultats de ces analyses sont communiquées à l'OFDT.

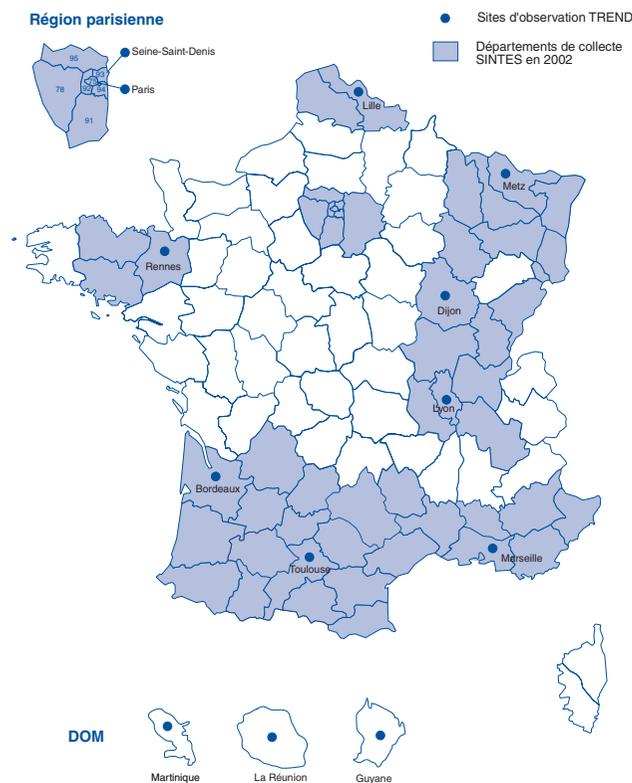
Structuration de la collecte d'information du dispositif d'observation TREND de l'OFDT



Le réseau des sites

Le réseau des sites est placé depuis l'année 2001 sous la responsabilité de douze coordinations locales chargées d'assurer la réalisation de la collecte des informations nécessaires à l'identification des phénomènes émergents liés à l'usage de drogues. Celles-ci ont été mises en place après deux années de fonctionnement du dispositif afin de disposer d'un interlocuteur pour chaque site permettant d'épouser au plus près les réalités du terrain. L'objectif de ces coordinations est d'assurer, en partenariat avec la coordination nationale, la constitution et la pérennité d'un réseau local de collecte et d'analyse des informations et de rédiger un rapport annuel local rendant compte des évolutions constatées sur leur site.

Localisation des sites TREND et des départements de collecte SINTES en 2002



Les outils de collecte au niveau local

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

- des observations ethnographiques réalisées dans l'espace urbain et dans l'espace festif techno ;
- des questionnaires qualitatifs remplis par des équipes en charge de structures bas seuil, des associations de santé communautaire ou de réduction des risques dans le cadre du mouvement festif techno et des associations d'usagers ;
- des groupes focaux réunissant des professionnels investis dans les champs sanitaires et répressifs et des usagers impliqués notamment dans les groupes d'auto-support ;
- une enquête transversale quantitative réalisée auprès d'usagers de structures bas seuil partie prenante du réseau local.

Les observations ethnographiques sont réalisées dans l'espace urbain et l'espace festif techno par des enquêteurs familiers du terrain, maîtrisant les méthodes de base de l'observation et de la retranscription d'observation s'agissant de la consommation de produits psychoactifs et des phénomènes qui lui sont associés (préparation, vente, sociabilités spécifiques). Ces enquêteurs sont recrutés par le coordinateur local. Chacun est tenu de remettre chaque mois un compte rendu de ses observations, lesquelles font l'objet chaque trimestre d'une note synthétique rédigée par le coordinateur.

Les questionnaires qualitatifs reposent sur des questionnaires semi-ouverts adaptés à la réalité de chaque espace portant sur chacune des substances intéressant le dispositif TREND. Les substances investiguées pour les deux espaces sont entre autres : héroïne ; buprénorphine haut dosage (Subutex®) ; sulfate de morphine (Skenan®, Moscontin®) ; méthadone ; codéine ; cocaïne ; crack/free-base ; cannabis ; flunitrazépam (Rohypnol®) ; trihexiphénidyle (Artane®) ; autres benzodiazépines ; solvants ; ecstasy ; amphétamines ; kétamine ; LSD ; opium/rachacha ; champignons hallucinogènes.

Pour chaque produit, les thèmes abordés sont relatifs à la disponibilité, à l'accessibilité, au prix, à la préparation, au mode d'administration, aux problèmes de santé, aux caractéristiques des consommateurs, à la perception du produit, au trafic.

Pour l'espace urbain, les questionnaires sont remplis, en collaboration avec le coordinateur, par les équipes des structures bas seuil partenaires du réseau local. Pour l'espace festif techno, le remplissage est confié à des associations travaillant sur la réduction des risques intervenant dans cet espace.

La méthode de travail recourant à la constitution de « groupes focaux » s'inspire de la pratique de cette technique par l'Organisation mondiale de la santé lors de diagnostics rapides de situation. Il s'agit de réunir des personnes ayant une théma-

tique commune, mais des pratiques et des points de vue diversifiés. Il est ainsi possible d'observer des convergences d'opinion (ou des divergences) sur l'absence, l'existence, le développement de tel ou tel phénomène. On peut ainsi produire de manière rapide et assez légère des connaissances sur des évolutions relativement récentes. Les coordinateurs ont en charge jusqu'à trois groupes focaux :

- les groupes focaux sanitaires, qui rassemblent des professionnels investis dans la prise en charge sanitaire non exclusive d'usagers de drogues (psychiatre, urgentiste, infirmière, généraliste, infectiologue...). Ces groupes doivent essentiellement fournir des informations sur les phénomènes de comorbidité associés à l'usage de drogues ;
- les groupes focaux répressifs, qui réunissent des professionnels de l'application de la loi amenés à rencontrer fréquemment des usagers de drogues (police, douanes, justice...). Ces groupes doivent essentiellement fournir des informations sur les évolutions récentes du petit trafic ;
- des groupes focaux composés d'usagers ou d'ex-usagers impliqués dans des groupes d'auto-support. Ces groupes doivent essentiellement fournir des informations sur les produits et leurs modalités d'usage.

Les participants sont réunis pour une séance de travail de quelques heures. L'animateur et un auxiliaire sont chargés d'animer la séance tout en guidant la discussion vers les thèmes privilégiés du groupe focal. Une prise de notes détaillées est extrêmement précieuse pour la réalisation d'un compte rendu précis et d'une analyse du contenu de la discussion du groupe.

L'enquête transversale quantitative est réalisée, chaque année, auprès des usagers des structures bas seuil participantes de chacun des sites. Le questionnaire évolue légèrement tous les ans, essayant de prendre en compte les remarques émises. Le recueil d'information auprès des usagers se déroule pendant quelques semaines. Celui-ci repose sur un questionnaire fermé qui aborde la description sociodémographique de la personne, quelques éléments de son état de santé, ses consommations de produits psychoactifs et, en 2002, quelques questions plus approfondies sur l'usage de buprénorphine haut dosage.

Par ailleurs, dans le cadre du réseau des sites, des partenariats nationaux avec des associations susceptibles de rapporter des observations, sous la forme de notes destinées aux coordinations locales, dans les deux espaces d'investigation, peuvent être établis¹.

1. Pour l'année 2002, trois partenariats ont été établis avec : l'association Techno + pour une observation des phénomènes émergents liés à l'usage de substances psychoactives dans l'espace festif techno avec notamment trois collaborations avec les coordinations locales de Paris, Toulouse et Rennes ; l'association « Liberté » pour des observations ethnographiques dans les événements festifs techno d'Ile-de-France ; l'association AGORATEK pour des observations ethnographiques relatives au suivi des comportements et des usages dans le champ des usages festifs en France (Ile-de-France, Bretagne, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées).

La plupart des coordinations TREND de métropole sont partie prenante du système SINTES (Système d'identification national des toxiques et des substances). La base de données SINTES vise à identifier, par le biais d'analyses toxicologiques de produits de synthèse, les nouvelles tendances (suivi épidémiologique) et les nouveaux produits (identification de molécules ou d'associations de molécules inconnues jusqu'alors). Les collectes réalisées au niveau local permettent de disposer d'informations sur la composition des drogues de synthèse qui circulent dans une région donnée.

Le rapport de site

Les synthèses à suivre sont donc le produit de la confrontation, de la mise en perspectives, des données obtenues, au niveau local, grâce aux outils de collecte présentés plus haut. Cette méthode de travail, fondée sur le croisement des données, permet d'éviter la simple juxtaposition d'informations. Chaque rapport de site est le fruit d'un processus de confrontations des données disponibles aboutissant à une synthèse des faits qui paraissent les plus pertinents et les plus confirmés. Le système d'information français sur les drogues se trouve ainsi enrichi de connaissances découlant directement des observations quotidiennes des acteurs de terrain, quels qu'ils soient.

La rédaction des rapports de site est placée sous la responsabilité de chacun des coordinateurs de site. Une charte de rédaction et une structure communes ont été établies conjointement par les coordinateurs et l'OFDT. Toutefois, chaque site peut adapter le plan en fonction des problématiques locales.

Le système SINTES

Le Système national d'identification des toxiques et substances (SINTES) est opérationnel depuis 1999. Il a pour objectif de produire des informations sur les drogues de synthèse consommées en France (forme, composition, dosage), sur les usagers de ces produits et sur les contextes dans lesquels ces substances sont consommées. Il permet en outre de répondre aux obligations de la France prévues par l'action commune européenne du 16 juin 1997 instaurant un système d'alerte rapide portant sur l'apparition de nouvelles drogues de synthèse. SINTES recueille deux types d'information :

- des résultats d'analyses d'échantillons de drogues de synthèse. Les produits analysés proviennent d'une partie des saisies réalisées par les services répressifs (police, douanes et gendarmerie) et de collectes effectuées par des acteurs socio-sanitaires auprès de consommateurs,
- des informations de contexte recueillies pour chacun des produits collectés par les acteurs socio-sanitaires.

Le dispositif s'appuie sur trois réseaux de partenaires :

- les acteurs socio-sanitaires pour la collecte des produits et le remplissage des questionnaires. Ce réseau s'est étoffé progressivement de 1999 à 2002. Il se superpose maintenant en grande partie aux coordinations TREND de France métropolitaine. Il est maintenant constitué de huit structures coordonnant localement le travail d'une cinquantaine de collecteurs : CEID - Bordeaux ; Médecins du Monde (MdM) - Bayonne, Nice, Marseille, Montpellier, Paris ; SEDAP - Dijon ; SPIRITEK - Lille ; association Liberté - Bagneux ; CMSEA - Metz ; CIRDD - Lyon ; GRAPHITI - Toulouse. On distingue deux grands groupes de collecteurs : il s'agit d'une part d'acteurs du milieu associatif intervenant dans le champ de la prévention, et particulièrement de la réduction des risques, et des dommages en milieu festif et, d'autre part, de travailleurs du champ sanitaire et social intervenant en toxicomanie (infirmiers, éducateurs, médecins) ;
- les laboratoires d'analyse toxicologique : le laboratoire de la police scientifique de Lyon, le laboratoire des douanes de Paris, le laboratoire de l'hôpital Fernand-Widal à Paris (CEIP), le laboratoire de l'hôpital Salvator à Marseille (CEIP) et le laboratoire du CHU de Caen (CEIP). L'analyse toxicologique des produits est généralement réalisée par chromatographie gazeuse couplée à la spectrométrie de masse ;
- les services répressifs pour la transmission des résultats d'analyse des produits saisis par leurs services : police, douanes, gendarmerie. Au sein des services de la police scientifique, les laboratoires de Paris, Marseille, Toulouse, Lille et Lyon sont chargés de réaliser les analyses toxicologiques des produits saisis en France. Le laboratoire interrégional des douanes d'Ile-de-France centralise les résultats des dix laboratoires des douanes couvrant le territoire français. Les analyses des produits saisis par la gendarmerie sont effectuées par l'IRCGN, au laboratoire de gendarmerie de Rosny-sous-Bois.

L'ensemble des informations obtenues (éléments de contexte, données toxicologiques) est intégré à la base de données SINTES. Les informations produites par SINTES sont des informations rapides sur des échantillons considérés comme particulièrement dangereux et des analyses périodiques sur les tendances observables à partir des éléments disponibles.

La veille média du dispositif TREND

Depuis la fin de l'année 2000², le dispositif d'observation des tendances récentes (TREND) s'est enrichi d'une veille sur un certain nombre de magazines³ destinés aux jeunes adultes dans le but d'étudier l'évolution des représentations véhiculées par ceux-ci s'agissant des drogues illicites et de leur usage. L'intégration d'une telle approche part du postulat que certains magazines destinés à des publics de jeunes adultes peuvent éventuellement constituer une source d'information pertinente pour suivre l'évolution des dites représentations dans le contexte français.

Les magazines sélectionnés disposent d'une audience relativement large (plusieurs dizaines de milliers d'exemplaires) et s'adressent en priorité à un public situé dans la tranche d'âge des 20-30 ans, laquelle est sociologiquement la plus concernée par l'usage de drogues. Il faut toutefois préciser que le public visé par les magazines est très spécifique et n'est pas représentatif de l'ensemble de la tranche d'âge susmentionnée. Le lectorat des magazines est pour l'essentiel constitué de jeunes urbains « branchés » fréquentant régulièrement l'espace festif et côtoyant de près ou de loin l'univers de la consommation de substances psychoactives.

La méthode de travail consiste à relever systématiquement les références manifestes (articles ou dossier ouvertement consacrés à une substance donnée), ou implicites (allusions, clin d'œil, évoquant l'usage de drogues). Les substances retenues sont l'ecstasy, les amphétamines, le cannabis, la cocaïne, le crack, le Cristal, le GHB, l'alcool (en association avec d'autres produits), les colles/solvants, l'héroïne, la kétamine, le LSD, les champignons, le yaba, les médicaments et autres substances. La grille d'analyse par produit comprend 11 items susceptibles, une fois renseignés, de permettre la mise en évidence des représentations sur telle ou telle substance. Les items retenus sont relatifs au « contexte de consommation » ; aux « risques sanitaires » ; à l'« image » du produit ; au « trafic » ; au « marché » ; à la « qualité » ; aux « effets positifs » ; aux « associations » éventuelles avec d'autres substances ; aux « types d'usage » ; à la « politique » et enfin à la « répression ».

Outre ce travail sur les représentations, la veille sur les magazines est utilisée comme source d'information susceptible d'alimenter les indicateurs TREND sur les tendances émergentes. En 2002, la presse quotidienne, par le biais de la revue de presse réalisée par la MILDT, est venue renforcer cette veille.

2. Un article de synthèse rendant compte des premiers résultats de la veille pour l'année 2001 a été publié dans le rapport TREND de l'année dernière. Cette année, les perceptions par produit ont été intégrées directement dans le chapitre de synthèse.

3. La première année d'observation, la veille comprenait quatre magazines, *L'Affiche* (rap, hip hop), *Max* (actualité people, société), *Technikart* (culture, underground), *Têtu* (gay). En 2002, deux nouveaux magazines ont été intégrés, *Nova* (actualité musicale et branchée), *Trax* (musique électronique).

Les investigations spécifiques

Les investigations spécifiques développées dans le cadre de TREND peuvent porter sur l'approfondissement d'une thématique identifiée en routine ou sur l'exploration d'un espace social susceptible de présenter des usages de drogues particuliers.

Les méthodes de collecte d'information et d'analyse varient selon les thématiques abordées. Il s'agit de travaux à visée opérationnelle, devant être réalisés dans un temps relativement court (moins d'une année) et donnant généralement lieu à un article bref dans le rapport TREND et à un rapport final.

ANALYSE ET ELABORATION DE LA SYNTHÈSE GÉNÉRALE TREND ANNUELLE

Chaque source d'information fournit des éléments utiles à la synthèse annuelle contenue dans le rapport TREND.

Chaque système partenaire fournit soit un article synthétique, soit des résultats bruts issus des analyses réalisées sur les données 2002.

Chaque site fournit :

- un rapport de site présentant une synthèse des observations réalisées au cours de l'année écoulée* ;
- une base de données qualitatives contenant l'ensemble des données qualitatives indexées selon une stratégie commune à tous les sites ;
- des questionnaires quantitatifs remplis auprès des usagers de structures de première ligne du site.

Une analyse spécifique de la base de données SINTES est réalisée qui permet de fournir des éléments pertinents sur les drogues de synthèse.

La base de données qualitative alimentée par la veille média est analysée et permet la production d'une synthèse sur les perceptions et les images véhiculées par les journaux suivis.

À partir des rapports des sites et de l'ensemble des données qualitatives recueillies au cours de l'année écoulée, une synthèse est réalisée selon un plan prédéfini.

À partir de l'ensemble des questionnaires quantitatifs obtenus des sites, une base de données quantitative est constituée puis analysée et donne lieu à un premier document suivant un plan prédéfini.

* Ces rapports sont mis en forme et publiés par l'OFDT, *Observations locales des drogues. Observations sur les usagers de drogues en 2002 dans douze sites en France. Rapports locaux du réseau des sites TREND*, OFDT, 2003, 465 p.

L'ensemble des documents ainsi obtenus est réuni et une synthèse est réalisée. Le plan détaillé préétabli permet de rassembler l'ensemble des informations disponibles pour chaque thème et, le cas échéant, de les confronter. Actuellement, une double stratégie d'analyse est suivie. D'une part une stratégie classique partant des différentes familles de produits et décrivant pour chacun d'eux les caractéristiques des usagers et du produit et, d'autre part, une stratégie partant des usagers visibles dans un espace. Malheureusement, pour le moment, cette dernière n'est réalisable que dans « l'espace urbain ».

La synthèse générale ainsi obtenue est soumise à de nombreuses relectures au sein de l'équipe TREND, à l'OFDT, puis par les coordinateurs de sites et les partenaires du dispositif et enfin par une partie du Collège scientifique de l'OFDT et des partenaires institutionnels.

LES ESPACES ÉTUDIÉS ET LES USAGERS

ÉVOLUTION DES ESPACES ÉTUDIÉS

Au cours de l'année 2002, les modifications du contexte légal⁴ et des stratégies des forces de l'ordre ont eu un impact certain sur les deux espaces investigués par le dispositif TREND. Les observateurs rapportent un certain nombre de changements concernant l'usage et les modalités d'usage des produits ; le petit trafic et l'intervention sanitaire des structures dites de réductions des risques.

L'espace urbain

À partir du second semestre 2002, la plupart des observateurs de l'espace urbain rapportent une augmentation de l'activité policière sur les lieux de trafic et autour des structures d'accueil des toxicomanes (boutiques et programmes d'échange de seringues).

Le site d'Ile-de-France constate « un accroissement de la pression policière sur les usagers de stupéfiants ». Toulouse évoque comme point saillant de l'année 2002 « une pression policière sur certains endroits de rassemblement des usagers de drogues ». Il en va de même sur les sites de Martinique, Lyon et Metz. Pour le site de Marseille : « Les scènes ouvertes auraient disparu, en lien avec le renforcement de la présence policière en 2002 dans le contexte de la campagne électorale des présidentielles de 2002 et des lois Sarkozy. »

Du fait de cette visibilité et de cette activité plus importante des forces de l'ordre, certains sites rapportent une modification des consommations de substances illicites au sein de l'espace urbain.

4. L'article 53 de la loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne (LSQ) a complété la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité (LOPS). L'article 23-I nouveau de la LOPS confère un nouveau cadre juridique aux rassemblements couramment appelés « rave party ». Les organisateurs de ces rassemblements sont désormais tenus de déclarer leurs projets aux préfets des départements sur le territoire desquels les « rave-party » sont prévues. Le décret n° 2002-887 du 3 mai 2002 précise ce dispositif et prévoit un régime différencié selon que les organisateurs souscrivent ou non l'engagement de bonnes pratiques qui fait l'objet de l'arrêt du même jour.

L'activité policière, en effet, est susceptible d'entraîner la raréfaction d'un produit engendrant ainsi des problèmes d'accessibilité pour les usagers, les conduisant à renoncer à une substance. C'est notamment le cas à Metz et à Lyon pour l'usage d'héroïne.

Metz: « Si l'organisation de la vente d'héroïne continue sur le modèle des années précédentes, avec des quartiers identifiés par les consommateurs, elle subit depuis l'été 2002, une forme de déstabilisation par des interventions de la police, plus nombreuses, plus régulières et fortement médiatisées, y compris en centre-ville, qui ont un effet immédiat sur les consommateurs habituels. Ils hésitent à se rendre dans les quartiers connus pour le deal, par crainte d'être interpellés et certains font part de leur difficulté croissante à s'approvisionner. »

Lyon: « En ce qui concerne la brune, avant les élections présidentielles, elle était plus facile d'accès mais après cela la politique mise en œuvre par le nouveau gouvernement et par la mairie de Lyon jouent un rôle sur les lois du marché. »

Une présence policière plus marquée peut également favoriser l'adoption de produits dont la consommation est moins visible, plus discrète :

Paris: « Pour limiter l'augmentation des prises de risques judiciaires, les usagers auraient tendance à choisir d'autres produits disponibles dans des lieux moins surveillés et/ou auraient recours à des produits moins compromettants (comprimés, médicaments). »

La diminution des free-party consécutives à la modification du contexte légal favorise un redéploiement de l'offre des produits plus spécifiques à la scène festive techno vers l'espace urbain. Ainsi, la réduction du nombre et de l'importance des événements festifs techno non commerciaux semble accentuer le phénomène de porosité entre les deux espaces déjà constaté au cours des deux années précédentes.

Rennes: « L'annulation de soirées au dernier moment pourrait avoir pour conséquence de voir arriver sur le milieu urbain des produits destinés aux soirées techno. Ainsi, le groupe focal répressif note par exemple sur l'année 2002, un "écoulement" en milieu urbain de micro pointes destinées à une soirée annulée. Ce type de produits semblait auparavant très peu disponible sur le marché rennais. »

Bordeaux: « L'espace urbain a été la scène de nombreuses modifications en 2002. Parmi celles-ci, la porosité des espaces investis est devenue évidente, identifiée tant au niveau local qu'au niveau national. La mobilité entre les groupes de l'espace urbain et de l'espace "techno" a été notable. Alors que les lieux de deal et de regroupement étaient en début d'année localisés en certains points, la présence policière accrue aux différents lieux de "bivouac" a contribué à "nomadiser" cette population. »

Ile-de-France: « La disparition des espaces festifs techno en Ile-de-France développe les usages hors de ces espaces. »

Plusieurs sites rapportent des difficultés d'intervention accrues pour les acteurs investis dans le champ de la toxicomanie, notamment ceux en charge des problèmes sanitaires et de la réduction des risques. Il semble en effet que la surveillance accrue dans certaines villes des lieux fréquentés par les usagers de drogues dont les boutiques, les associations d'autosupport et les PES (Programme d'échange de seringues), les dissuadent d'avoir recours à l'assistance des structures de soutien et d'accueil. Ainsi, le site de Metz note que « depuis juin 2002, et les modifications apportées dans la politique de sécurité publique, la structure d'autosupport des usagers connaît une baisse importante de sa fréquentation habituelle (moins 50 %). Elle serait liée à la peur d'être contrôlé dans la rue, à la sortie du local par la police. On revient à l'anonymat du fait du développement de la surveillance des distributeurs de seringues et du local ASUD. »

Il semble que l'accentuation de la présence policière favorise un phénomène observé depuis quelques années : le déplacement du petit trafic vers des quartiers plus périphériques ou dans des lieux offrant une moindre visibilité comme l'espace privé (vente à domicile), les squats, voire le métro.

Bordeaux: « Néanmoins, toujours circonscrit dans le centre, l'usage et le deal de substances semblent plus retranchés dans des zones moins accessibles, plus discrètes, plus retirées. Pour les enquêteurs ethnographes, il ne fait nul doute que l'usage et le deal se soient réfugiés dans des lieux plus confinés, moins visibles. »

Certains sites rapportent également une augmentation des prix pratiqués par les dealers et/ou des quantités vendues. Les prix sont arrondis à la hausse afin de simplifier les transactions. Le site d'Ile-de-France note qu'à Paris « les prix en euros ont tous été arrondis à la hausse, les dealers expliquant qu'ils veulent éviter les rendus de monnaie exposant plus longtemps la transaction ». À Rennes, « depuis le passage à l'euro, certains détaillants ont changé leur offre. Il semblerait qu'ils préfèrent vendre des parts plus grosses pour un prix plus important afin de ne pas rendre de petite monnaie (moins de 10 euros). Ils écoulent ainsi plus rapidement leurs produits ».

L'espace festif

L'organisation des événements festifs

Le changement du contexte légal d'organisation des événements festifs technos a accéléré un processus de scission des organisateurs d'événements techno non commerciaux en plusieurs groupes.

Un groupe tente de s'adapter à la loi, soit par le biais de l'organisation d'événements répondant aux normes imposées, soit en organisant des soirées dans des établissements de nuit (bars, clubs et discothèques). À Toulouse, des organisateurs

de free-party « se sont organisés (en association pour la plupart en label techno...) et ont fait des soirées en clubs. Lieux où, les années précédentes, il n'était pas imaginable de mettre les pieds ! Mais tout le monde y a trouvé son compte : les labels se sont fait connaître, les propriétaires de clubs ont gagné énormément d'argent et certains ont pu rajeunir leur image ». À Metz : « [...] Les organisateurs de raves se sont, pour une partie importante d'entre eux, rabattus sur des discothèques et clubs dont ils ont plus ou moins réussi à prendre le contrôle. » Pour attirer ce nouveau public, beaucoup d'établissements de nuit ont modifié leur offre musicale afin de la mettre au goût des adeptes des free-party, et certains d'entre eux ont réduit les prix d'entrée pour attirer un public habitué à la gratuité des free-party.

Un autre groupe, plus radical, continue d'organiser des free-party clandestines d'un type nouveau, conçues et redimensionnées pour échapper à la répression. Celles-ci sont de petite taille, de 50 à 500 personnes, généralement 250, peu accessibles du fait d'un choix délibéré de lieux peu connus, plus discrètes car loin des agglomérations. L'information se fait alors par le bouche à oreille uniquement, sans « info line » ni distribution de « flyers ».

Enfin, un troisième groupe tente de préserver quelques aspects des free-party tout en restant plus ou moins dans la légalité comme le montre l'exemple de la « free market party » rapporté par le site de Bordeaux : « Il s'agit d'un nouveau concept, d'ampleur modeste, désigné comme une remodelisation du "mouvement techno" qui a perdu en spontanéité au vu de la médiatisation dont il a été le sujet. Il s'agit de petites manifestations où coexistent musique et performances artistiques diverses : spectacle de feu, d'échasses, improvisations, stands de massage, de coiffure, création de bijoux, de vêtements. Ces manifestations se déroulent en dehors de la ville, dans des hangars ou des usines désaffectées, ce qui n'est pas sans rappeler les origines du "mouvement techno" en Angleterre ». Dans le même esprit, le site de Rennes rapporte l'organisation de « soirées anniversaires ». « Le groupe focal répressif note également le développement de ces soirées "anniversaires" : depuis le changement de loi on voit de plus en plus d'anniversaires qui sont à la limite de l'organisation de la mini rave et qui restent juste à la dimension qu'il faut pour ne pas tomber sous le coup de la loi. Et sous prétexte d'anniversaire et qui n'est souvent qu'un prétexte car personne n'est concerné par l'anniversaire, si on regarde les dates de naissance de chacun, aucun ne tombe sur la date de la rave... ».

Par ailleurs, les sites TREND, situés dans des régions frontalières, notent un déplacement des usagers et de l'organisation d'événements festifs au-delà des frontières : Allemagne pour les Lorrains, Belgique pour les nordistes, Espagne pour les Aquitains et les Toulousains, Italie pour les Marseillais et les Niçois. La plupart de ces événements sont organisés à proximité immédiate de la frontière française pour un public essentiellement français.

La consommation de produits psychoactifs

Les modalités de consommation des produits semblent s'être modifiées du fait de leur moindre accessibilité.

La consommation des produits est moins focalisée sur le week-end et tend à s'étaler tout au long de la semaine.

Ile-de-France : « Les consommations s'organiseraient comme les soirées : moins de grosses consommations le week-end et plus de petites consommations, même la semaine. La consommation deviendrait donc moins événementielle et plus régulière, avec une banalisation de la consommation quotidienne des drogues. Pour l'instant, la plupart des consommateurs rencontrés dans ces lieux considéreraient avoir toujours une consommation festive et conviviale, même si cela est très fréquent. Par contre si la quantité de produits consommés en une soirée diminue, le mélange des produits se développerait (en particulier alcool) car l'offre se réduirait. »

Rennes : « Les consommateurs fréquentent de plus en plus les bars, clubs, ou l'accessibilité des produits est moindre. Face à ces constats, la recherche de produits s'organise la semaine en prévoyance du week-end. La consommation deviendrait donc moins événementielle mais plus régulière, d'où une banalisation quotidienne des consommations. »

Les participants à des événements transfrontaliers disposent d'un accès plus aisé à des produits plus disponibles dans les pays limitrophes.

Toulouse : « [...] Cette migration a eu une incidence sur les consommations, dans la mesure où les produits sont plus disponibles de l'autre côté des Pyrénées. »

Les produits consommés et leurs modalités d'usage perdent leur spécificité compte tenu de la disparition de la frontière entre le monde des établissements de nuit et celui des free-party : « Mais il y a eu des conséquences sur les consommations dues au mélange de deux populations et de deux cultures différentes. En effet, il est à noter une augmentation de l'alcoolisation des "teufeurs" et une augmentation de la prise de cocaïne, destinée à la base à un public de classe sociale plus élevée. Pour les clubbers, habitués de l'ecstasy du samedi soir, c'est la polyconsommation qui est en augmentation. La disponibilité du speed, de la MDMA, de la cocaïne dans les clubs a fait augmenter leur consommation » (Toulouse).

Les interventions sanitaires

Au sein des établissements de nuit, les observateurs notent une difficulté d'accès, refus des gérants, pour qui la présence d'association de réduction des risques équivaldrait à un aveu de la présence des drogues au sein de leurs établissements, et l'inadaptation fréquente de ces lieux pour accueillir des événements techno :

« [...] Dans la plupart des clubs l'eau était payante, pas de sorties pour respirer en cas de malaise, pas de discussion avec les consommateurs, et donc pas d'information sur les produits (surtout chez le nouveau public...) » (Metz). « Ce qui pose problème c'est que les salles sont souvent surchargées avec les conséquences que cela implique en termes d'hyperthermie, de comas... » (Toulouse).

Lors de petites free-party, les associations de prévention n'ont souvent pas l'information pour y intervenir, par souci de clandestinité : « La mise en place d'actions de réduction des risques devient de plus en plus difficile. Les petites soirées ne sont pas connues des acteurs de réduction des risques ainsi ils semblent moins présents sur ces soirées où le type de consommation reste le même qu'au-paravant » (Rennes).

Le petit trafic

Les modifications du contexte légal et de l'activité des forces de l'ordre ont eu un impact sur le petit trafic au sein de l'espace festif.

Le petit trafic serait devenu moins important et plus discret dans les petits événements techno.

Moins important, car la clientèle potentielle, compte tenu de la taille de l'événement, ne permet plus d'assurer des volumes de vente rentables : « L'offre se réduirait, les dealers "professionnels" ne semblent pas suivre le mouvement (ils ne sont pas informés) de toutes les petites soirées et le "marché" devient moins intéressant » (Rennes).

Discret, dans la mesure où, contrairement aux grands événements rassemblant des milliers de personnes, les petits ne garantissent plus l'anonymat lié au nombre. Les tractations sont plus facilement repérables. Aussi les dealers risquent-ils plus d'être repérés par les organisateurs ou la police : « Le deal se fait discret et se pratique dans les voitures, les camions » (Ile-de-France).

Le déplacement des petits trafiquants vers les festivals musicaux où l'anonymat est garanti par le nombre de personnes et les possibilités de vente plus intéressantes du fait d'un public plus nombreux et moins averti : « On voit donc arriver ces petits revendeurs au sein des festivals. Les festivaliers étant moins avertis que les teufeurs, les arnaques semblent beaucoup plus faciles » (Rennes).

L'écoulement des produits destinés à l'espace festif techno vers l'espace urbain du fait de l'annulation de certains événements : « L'annulation de soirées au dernier moment pourrait avoir pour conséquence de voir arriver sur le milieu urbain des produits destinés aux soirées techno » (Rennes).

CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS

Les données qui vont suivre ne concernent que les usagers de « l'espace urbain⁵ » et sont issues soit des observations qualitatives du réseau des sites TREND, soit de l'enquête « première ligne 2002 ». Il ne s'agit donc pas d'une description des usagers de l'ensemble des villes concernées, mais bien des personnes amenées à pouvoir être rencontrées, soit dans la rue, soit dans une structure d'accueil d'accès immédiat. Il s'agit souvent, mais non toujours, des personnes les plus en difficulté, soit avec leurs consommations, soit du fait de leurs conditions de vie.

Parmi les personnes ayant participé à l'enquête « première ligne 2002 », on observe, comme en 2001, une majorité d'hommes, avec un sexe ratio toujours de quatre hommes pour une femme. Si cette proportion peut varier (tableau 4) de 94 % d'hommes en Seine-Saint-Denis, à 70 % à Dijon, les femmes restent, quel que soit le site, toujours minoritaires.

Tableau 4: Nombre de personnes selon le sexe et le site TREND ayant participé à l'enquête « Première ligne 2002 »

Sites	Hommes n (%)	Femmes n (%)	Total
Bordeaux	54 (73 %)	20 (27 %)	74
Dijon	70 (70 %)	30 (30 %)	100
Guyane	63 (80 %)	16 (20 %)	79
Lille	66 (87 %)	10 (13 %)	76
Lyon	71 (73 %)	26 (27 %)	97
Martinique	34 (83 %)	7 (17 %)	41
Metz	84 (76 %)	26 (24 %)	110
Paris	134 (85 %)	23 (15 %)	157
Rennes	35 (78 %)	0 (22 %)	45
La Réunion	29 (85 %)	5 (15 %)	34
Seine-Saint-Denis	86 (94 %)	6 (6 %)	92
Toulouse	55 (93 %)	4 (7 %)	59
Total	781 (81 %)	183 (19 %)	964

Données et exploitation: TREND/OFDT

Il s'agit d'une population de jeunes adultes. Environ un quart (26 %) a 25 ans ou moins, un peu moins de la moitié (46 %) entre 26 et 35 ans, et un quart (28 %) plus de 36 ans. Ces proportions sont sensiblement identiques à celles observées

5. La population de l'espace festif techno se caractérise par une grande diversité et il est d'une grande complexité méthodologique d'en faire une description globale.

en 2001. L'âge moyen est de 31 ans et 2 mois, les femmes (28 ans et 8 mois) étant en moyenne plus jeunes que les hommes (31 ans et 10 mois). La proportion de femmes diminue avec l'âge. Elle passe ainsi de 28 % chez les 20 ans et moins à 9 % chez les plus de 40 ans. Ceci peut traduire une sortie plus précoce des femmes de la fréquentation des structures de première ligne ou une présence plus importante des femmes dans les jeunes générations d'usagers.

Tableau 5: Répartition selon le groupe d'âge et le sexe des participants à l'enquête « Première ligne 2002 »

	Hommes N, % en ligne	Femmes N, % en ligne	Total N, % en colonne
Jusqu'à 20 ans	51 (72 %)	19 (27 %)	70 (7 %)
21-25 ans	135 (76 %)	43 (24 %)	178 (19 %)
26-30 ans	169 (75 %)	55 (25 %)	224 (23 %)
31-35 ans	185 (83 %)	37 (17 %)	222 (23 %)
36-40 ans	139 (88 %)	19 (12 %)	158 (16 %)
Plus de 40 ans	102 (91 %)	10 (9 %)	112 (12 %)
Total	781	183	964 (100 %)

Données et exploitation: TREND/OFDT

Selon plusieurs sites, un rajeunissement de la population fréquentant les structures de « première ligne » serait observé. Celui-ci n'est pas vraiment objectivé par les données quantitatives. La répartition des groupes d'âge en 2002 est similaire à celle de 2001. Toutefois, cela pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agisse d'une évolution amorcée en 2001. Ce phénomène est non seulement lié à l'apparition d'usagers plus jeunes issus d'une immigration venant notamment d'Europe de l'Est, mais également à l'augmentation du nombre de jeunes en situation d'errance accueillis par les boutiques.

Lyon: « Pour les membres des boutiques, la population toxicomane semble avoir rajeuni dans un espace de temps très court, surtout depuis l'été 2001. [...] Un tel phénomène est ressenti comme très inquiétant par les membres de l'association Pause Diabolo. Ces professionnels ont même remarqué la présence de mineurs (souvent en fugue) à leurs permanences. »

Metz: « [...] la population marginalisée a toujours été présente dans les structures bas "seuil". Aujourd'hui on insiste davantage sur son augmentation numérique et sur son

rajeunissement. Il y a quelques années encore, il s'agissait davantage de sans domicile fixe âgés de 30 à 40 ans. Aujourd'hui, il s'agit plus souvent de jeunes de moins de 30 ans. »

Près des trois quarts (72 %) des participants à l'enquête « première ligne 2002 » se déclarent célibataires. Près d'un tiers (31 %) des femmes se déclare en union (mariée ou concubinage) contre 13 % des hommes.

Une minorité de personnes (17 %) déclare avoir des enfants à charge. Il s'agit de plus d'un quart des femmes (27 %) et d'environ un homme sur sept (14 %). Une forte minorité (40 %) de ces personnes déclare vivre avec leurs enfants. Lorsque c'est le cas, 55 % d'entre elles vivent également avec un conjoint.

Les femmes vivent moins souvent seules que les hommes: 30 % contre 53 %. Elles vivent également plus souvent avec un conjoint (31 % vs 15 %) ou avec des enfants (14 % vs 5 %).

Un tiers des personnes (33 %) déclare avoir un logement personnel et 31 % une situation d'hébergement précaire (squat, hôtel, SDF...), une minorité (17 %) vit chez ses parents, d'autres chez des amis (10 %). Enfin, 8 % des personnes bénéficient d'un hébergement institutionnel. Les hommes sont plus souvent dans une situation précaire d'hébergement que les femmes (33 % vs 24 %). Les femmes habitent plus souvent chez leurs parents (31 %) que les hommes (15 %). Ceci pourrait être lié d'une part au plus jeune âge des femmes et d'autre part au fait d'avoir des enfants à charge.

Tableau 6 : Modalités d'hébergement selon le type de protection sociale au sein des participants à l'enquête « Première ligne 2002 »

Logement	SS et mutuelle N (%)	SS seule N (%)	CMU N (%)	Aucune N (%)	Total N (%)
Personnel	87 (58 %)	74 (42 %)	147 (28 %)	2 (3 %)	310 (33 %)
Parents	42 (28 %)	34 (19 %)	72 (14 %)	10 (13 %)	158 (17 %)
Amis	9 (6 %)	22 (12 %)	53 (10 %)	10 (13 %)	94 (10 %)
Précaire	5 (3 %)	35 (20 %)	205 (38 %)	47 (64 %)	292 (32 %)
Hébergement	4 (3 %)	12 (7 %)	53 (10 %)	5 (7 %)	74 (8 %)
Total	147 (100 %)	177 (100 %)	530 (100 %)	74 (100 %)	928 (100 %)

Données et exploitation: TREND/OFDT

La CMU est la protection sociale la plus citée aussi bien chez les hommes (58 %) que chez les femmes (53 %). Près d'un cinquième (19 %) des personnes bénéficie de la Sécurité sociale sans assurance complémentaire et une sur six (16 %)

de la Sécurité sociale avec une assurance complémentaire. Enfin, près d'une personne sur dix (8 %) se déclare sans aucune protection sociale. Comme en 2001, seule une importante minorité serait correctement protégée en l'absence de dispositif de protection comme la CMU.

Du point de vue des revenus, il s'agit aussi d'une population fragile. Seuls 14 % des hommes et 9 % des femmes ont eu une activité rémunérée continue au cours des six mois précédents l'enquête. La moitié des personnes (50 %) dispose de revenus issus de l'aide sociale (RMI, AAH, ASSEDIC). Ce pourcentage est plus important chez les hommes (51 %) que chez les femmes (48 %). Ces dernières disposent d'aides de la part de la famille ou de proches pour 14 % d'entre elles contre 4 % des hommes. Une femme sur cinq (19 %) déclare avoir effectué des stages non rémunérés ou des petits boulots contre 14 % des hommes.

Le niveau d'études atteint est généralement bas. Près des deux tiers des personnes ont un niveau inférieur à la fin du secondaire. Globalement, le groupe des personnes de 25 ans et moins a plus fréquemment le niveau de fin de secondaire que les personnes plus âgées.

Quatre sites, Ile-de-France, Lyon, Marseille et Metz rapportent l'émergence d'une population d'usagers de drogues provenant d'Europe de l'Est. Il s'agit de personnes plutôt jeunes, et vivant dans des conditions extrêmement précaires. Ils fréquentent les boutiques et les programmes d'échange de seringues. Ils se distinguent de la clientèle habituelle par leur jeune âge, une méconnaissance des principes de la réduction des risques et des comportements violents favorisés, notamment, par une forte consommation d'alcool. Il est possible de distinguer deux groupes :

- des usagers ayant commencé des consommations de produits en France. En général, elles débutent par de la buprénorphine haut dosage du fait de sa facilité d'accès,
- des usagers ayant initié leur consommation dans leur pays d'origine. Ceux-ci consommeraient notamment des opiacés et des amphétamines par voie injectable.

Lyon : « D'après les professionnels travaillant dans les boutiques de première ligne, si durant l'année 2001 la population d'usagers issus de l'Europe de l'Est (surtout l'ancienne URSS et les pays baltes) était dérisoire, lors de l'année 2002 on a vu encore une augmentation du nombre de personnes en provenance de ces régions. Outre le problème de la barrière de la langue ces nouveaux arrivés cherchent surtout des services de première nécessité (bains, douches, nourriture, etc.) plutôt que du matériel de prévention. Une partie d'entre eux a commencé par une consommation de Subutex® en France, sans passer préalablement par l'héroïne. Certains ne semblent pas avoir conscience qu'il s'agit d'un produit de substitution (ce qui est le cas pour bien d'autres groupes de primo-consommateurs). Leur niveau de connaissance de la prévention des risques semble être faible. »

Metz : « Le public fréquentant les structures bas seuil a connu une modification relativement sensible en 2002. En effet, le nombre de personnes en situation de très grande précarité a progressé par rapport à l'année précédente. Il s'agit de jeunes vivant en squat, sans abri, souvent en provenance des pays de l'Est, notamment de Pologne, de Russie ou de Géorgie. [...] »

Marseille : « En 2002, dans l'espace urbain, certaines populations d'usagers ressortent plus particulièrement : une population d'usagers venant des pays de l'Est, dont les préférences iraient vers les opiacés et les amphétamines consommées par voie injectable. Cette population est certes visible, mais elle représente une minorité chez les usagers marseillais. »

Ile-de-France : « Différents observateurs franciliens du dispositif TREND ont signalé des consommations problématiques de produits psychoactifs chez des migrants récemment arrivés en France (en particulier d'Europe de l'Est et d'Afrique de l'Ouest). Ces consommations sont souvent associées à des comportements de violence, à des conditions de vie extrêmement précaires, à des statuts de séjours souvent irréguliers, à une méconnaissance de la langue française. »

LES CONSOMMATIONS DES USAGERS DE STRUCTURES DE « PREMIÈRE LIGNE »

L'alcool, le tabac et le cannabis sont les produits psychotropes les plus fréquemment consommés au cours du mois écoulé parmi les usagers rencontrés au sein de l'enquête « Première ligne 2002 ».

La presque totalité des personnes a déclaré avoir fumé du tabac au cours du dernier mois (95 %). Presque la moitié des fumeurs (42 %) déclare consommer plus d'un paquet de 20 cigarettes par jour.

Le cannabis est le deuxième produit le plus consommé, devant l'alcool et après le tabac, au sein des populations bas seuil. Plus des trois quarts des personnes (78 %) déclarent en avoir fait usage au cours du mois écoulé. Il s'agit d'un usage quotidien pour plus des deux tiers de ces personnes (69 %). La population consommatrice active de cannabis est masculine à 83 %, d'âge inférieur à 26 ans à 30 %, entre 26 et 35 ans à 46 % et supérieur à 35 ans à 24 %.

Plus des trois quarts des usagers (75 %) ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours du dernier mois. Parmi eux, 37 % (263) en ont consommé tous les jours dont 39 % (101) à raison de plus de dix verres par jour. Cette consommation d'alcool excessive quel que soit le sexe doit être prise en compte dans les stratégies de prévention à destination d'un public où les prévalences des hépatites B et C sont élevées. Il est à noter que la connaissance d'une sérologie hépatique B ou C positive n'est pas un critère de non consommation d'alcool : 78 % des usagers déclarant une sérologie de l'hépatite B positive et 73 % de ceux déclarant une sérologie de l'hépatite C positive déclarent avoir consommé de l'alcool au cours du dernier mois. Toutefois, il est vrai que nous ignorons

quelles sont, parmi ces personnes, celles qui souffrent effectivement d'une pathologie hépatique (hépatite aiguë, chronique, cirrhose).

En dehors de ces trois substances, les catégories de produits les plus utilisés restent les opiacés et les stimulants.

Parmi les opiacés, l'héroïne est le produit le plus fréquemment expérimenté au moins dix fois au cours de la vie, plus des deux tiers des personnes (71 %) sont dans ce cas. Son usage au cours du dernier mois concerne presque un tiers de la population (31 %) et est principalement épisodique (59 %). La BHD est le produit opiacé le plus utilisé au cours du mois écoulé (42 %) et le second plus expérimenté dix fois au cours de la vie (57 %). Son usage est surtout quotidien (82 %). La méthadone est utilisée par 17 % des personnes dont la majorité (80 %) quotidiennement. Les sulfates de morphine et la codéine continuent d'être utilisés par une forte minorité d'usagers. Il est à noter que parmi les personnes rencontrées certaines ont un usage thérapeutique de la BHD, de la méthadone ou des sulfates de morphine et d'autres non. Les données disponibles ne permettent de faire la distinction entre usage dans le cadre d'un protocole médical et usage hors protocole.

Tableau 7: Fréquence de la consommation de produits opiacés au cours de la vie et au cours du dernier mois parmi des usagers de structures de première ligne en 2002

	Consommation		Fréquence de consommation au cours des 30 derniers jours		
	10 fois dans la vie	dans les 30 jours	Quotidienne	Hebdomadaire	Mensuelle
Héroïne	684 (71 %)	299 (31 %)	41 %	29 %	30 %
BHD	568 (57 %)	407 (42 %)	82 %	11 %	7 %
Codéine	280 (29 %)	78 (8 %)	31 %	44 %	25 %
Méthadone	246 (25 %)	163 (17 %)	80 %	10 %	10 %
Sulfates de morphine	171 (18 %)	91 (9 %)	62 %	13 %	25 %

Données et exploitation: TREND/OFDT

Si l'on compare aux fréquences d'utilisation récentes (30 derniers jours) relevées en 2001, on note une augmentation de l'usage d'héroïne (23 % en 2001), une diminution de l'usage de BHD (47 % en 2001) et des sulfates de morphine (12 % en 2001) et une stabilité de la méthadone et de la codéine. Toutefois, ces modifications peuvent être liées à des changements de composition des populations fréquentant les structures de première ligne, leur interprétation doit rester prudente.

La cocaïne est l'un des produits les plus expérimentés au moins dix fois au cours de la vie (69 %) et figure parmi les plus utilisés au cours du dernier mois (42 %). Il s'agit, dans cette population, du produit stimulant le plus utilisé. Son usage est essentiellement occasionnel (81 %). L'utilisation de la forme base de cocaïne (dénommée crack ou free-base) au cours du dernier mois concerne 26 % des personnes enquêtées. Il s'agit du produit pour lequel un usage quotidien est le plus fréquent (39 %). L'ecstasy est le stimulant le plus expérimenté après la cocaïne (42 %) et son usage récent concerne un quart de la population.

Tableau 8: Fréquence de la consommation de produits stimulants au cours de la vie et au cours du dernier mois parmi des usagers de structures de première ligne en 2002

	Consommation		Fréquence de consommation au cours des 30 derniers jours		
	10 fois dans la vie	dans les 30 jours	Quotidienne	Hebdomadaire	Mensuelle
Cocaïne	669 (69 %)	403 (42 %)	19 %	30 %	51 %
Crack/Free-base	375 (39 %)	252 (26 %)	39 %	34 %	27 %
Ecstasy	406 (42 %)	245 (25 %)	10 %	28 %	62 %
Amphétamine	296 (31 %)	125 (13 %)	17 %	32 %	51 %

Données et exploitation: TREND/OFDT

Par rapport aux usages récents (30 derniers jours) observés en 2001, on constate une stabilité du niveau d'usage de cocaïne (39 %), d'ecstasy (24 %) et d'amphétamine (13 %). L'usage récent de forme base de cocaïne semble augmenter par rapport à 2001 (20 %). Toutefois, cette augmentation peut-être liée en partie à la meilleure connaissance par les usagers du fait que le crack et le free-base sont deux dénominations d'un même produit, ce qui amène les usagers de « free-base » à le déclarer plus en 2002 qu'en 2001.

Le flunitrazépam (Rohypnol®) et les autres benzodiazépines sont expérimentés par plus d'un tiers des usagers. L'usage récent est souvent quotidien. Si le trihexyphénidyle (Artane®) a été expérimenté par 10 % des personnes, il n'a été utilisé récemment que par une petite minorité (3 %).

La fréquence de l'usage récent du flunitrazépam (Rohypnol®) est passée de 21 % en 2001 à 14 % en 2002. Cette baisse correspond probablement à la diminution de l'accessibilité du flunitrazépam du fait des modifications des conditions de prescription depuis février 2001. On observe également une réduction de l'usage récent pour les autres benzodiazépines (32 % en 2001, 24 % en 2002). Il semble que les personnes rencontrées en 2002 aient plus fréquemment un usage quotidien de benzodiazépines qu'en 2001.

Tableau 9: Fréquence de la consommation de médicaments psychotropes au cours de la vie et au cours du dernier mois parmi des usagers de structures de première ligne en 2002

	Consommation		Fréquence de consommation au cours des 30 derniers jours		
	10 fois dans la vie	dans les 30 jours	Quotidienne	Hebdomadaire	Mensuelle
Flunitrazépam	349 (36 %)	137 (14 %)	54 %	32 %	14 %
Autres benzo	367 (38 %)	235 (24 %)	62 %	23 %	15 %
Trihexyphénidyle	92 (10 %)	24 (3 %)	54 %	?	?

Données et exploitation: TREND/OFDT

Les hallucinogènes, en général, ne concernent qu'une minorité, que ce soit en termes d'expérimentation et d'utilisation récente. Si la fréquence de l'usage récent de kétamine reste stable (7 %), on observe une légère diminution de celle du LSD (18 % en 2001, 14 % en 2002). Pour tous ces produits, il s'agit d'usages essentiellement épisodiques.

Tableau 10: Fréquence de la consommation de produits hallucinogènes au cours de la vie et au cours du dernier mois parmi des usagers de structures de première ligne en 2002

	Consommation		Fréquence de consommation au cours des 30 derniers jours		
	10 fois dans la vie	dans les 30 jours	Quotidienne	Hebdomadaire	Mensuelle
LSD	333 (34 %)	132 (14 %)	10 %	26 %	64 %
Ch hallucinogènes	227 (23 %)	68 (7 %)	9 %	12 %	79 %
Kétamine	143 (15 %)	67 (7 %)	2 %	19 %	79 %

Données et exploitation: TREND/OFDT

LES MODALITÉS D'USAGE DES PRODUITS

Selon les estimations de l'InVS issues du système d'information SIAMOIS (voir article correspondant), on observe en 2002 une poursuite de la diminution du nombre de seringues mises à disposition des usagers de drogues par voie injectable (UDI). Cette baisse serait de 42 % par rapport à 1999.

Parmi les personnes rencontrées par OPPIDUM en 2002, 11 % (386) déclarent avoir eu recours à la voie injectable au cours de la semaine écoulée. Elles étaient 12 % en 2001 et en 2000. Parmi ces personnes rencontrées principalement par des centres de soins spécialisés, la pratique très récente de l'injection semble stable.

Parmi les personnes rencontrées lors de l'enquête « Première ligne 2002 », Un peu moins d'une sur deux (44 %) déclare s'être administrée un produit par voie injectable au cours du mois écoulé. Les départements d'outre-mer se caractérisent par un très faible taux d'injecteurs récents (6 %). En métropole, ce taux varie de 25 % à Dijon à 91 % à Rennes. La proportion d'hommes s'étant injectés récemment (45 %) est un peu plus élevée que celle des femmes (41 %). La proportion de personnes s'injectant est plus basse chez les moins de 26 ans (31 %) et va croissant jusque chez les 31-35 ans (57 %) pour diminuer chez les plus âgés (45 %).

Tableau 11: Répartition selon le groupe d'âge et la pratique de l'injection au cours du mois écoulé des participants aux enquêtes « Première ligne 2001 et 2002 »

	Injecteurs récents		Non-injecteurs récents		Total (N)	
	% en ligne		% en ligne			
	2001	2002	2001	2002	2001	2002
Jusqu'à 25 ans	48 %	31 %	52 %	69 %	184	247
26-30 ans	55 %	43 %	45 %	57 %	214	225
31-35 ans	62 %	57 %	38 %	43 %	179	218
Plus de 35 ans	51 %	45 %	49 %	55 %	222	265
Total	54 %	44 %	46 %	56 %	799	955

Données et exploitation: TREND/OFDT

Le taux global d'injection récente est sensiblement plus bas en 2002 (44 %) que celui observé lors de l'enquête « Première ligne 2001 » (54 %). Lorsque l'on examine ce taux par tranche d'âge, on constate qu'il est inférieur en 2002 pour toutes les tranches d'âge. Cette diminution est toutefois nettement plus importante pour les moins de 26 ans (- 35 %) et les 26-30 ans (- 22 %) que pour les 31-35 ans (- 8 %) et les plus de 35 ans (- 12 %).

L'interprétation de ces données chiffrées est délicate. Il est possible que la modification des lieux de recrutement de l'enquête première ligne entre 2001 et 2002 influe cette évolution en contactant plus de gens ne s'injectant pas. Toutefois, la plus forte diminution chez les plus jeunes est en faveur d'un changement générationnel: les plus jeunes usagers sont de moins en moins adeptes de l'injection. Par ailleurs, certains usagers plus expérimentés pourraient abandonner l'injection du fait du développement des traitements de substitution et de l'utilisation d'autres modes d'administration.

La réduction, depuis trois ans, du nombre estimé de seringues utilisées ; les observations depuis deux ans, du réseau des sites TREND d'une diminution de la pratique de l'injection dans « l'espace urbain » ; le constat d'une baisse du taux déclaré d'injection récente par des usagers de structures de première ligne sont des éléments concordants permettant d'émettre l'hypothèse d'une moindre pratique de l'injection par les usagers problématiques de drogues en France. Les possibles éléments explicatifs de cette évolution sont :

- le développement de l'accessibilité des traitements de substitution aux opiacés ;
- l'arrivée d'une génération d'usagers problématiques « post-substitution » qui n'ont connu l'usage de produits qu'après le développement des traitements de substitution, qui sont moins souvent injecteurs et qui, lorsqu'ils le sont, s'injectent moins fréquemment et le restent moins longtemps ;
- la modification du poids relatif des produits (involution de l'héroïne, développement des stimulants) facilitant l'utilisation de voies d'administration non injectables ;
- l'influence de la culture techno promouvant une image négative de l'injection ;
- l'impact des campagnes d'information en direction des usagers.

Si cette hypothèse semble raisonnable, sa vérification implique une poursuite des observations.

Parmi les injecteurs récents (mois écoulé), les pratiques déclarées de partage subsistent. Le produit est partagé au cours du mois écoulé par 62 % des personnes, le plus souvent occasionnellement. Le matériel (seringue, cuillère, coton) l'est beaucoup moins et lorsqu'il l'est il s'agit de partages occasionnels. Toutefois, 26 % des injecteurs ont partagé leur seringue et 24 % leur eau de rinçage au cours du mois écoulé. Ce constat souligne l'importance, pour les personnes pratiquant l'injection, d'un accès à l'information sur les risques encourus et d'un accès aisé à du matériel d'injection stérile afin de diminuer la fréquence de pratiques à hauts risques de transmission de micro-organismes.

Tableau 12: Fréquence de la pratique du partage de matériel au cours du mois écoulé par les participants à l'enquête « Première ligne 2002 » s'étant injecté récemment

	Jamais	Occasionnellement	Régulièrement
Produits	156 (38 %)	181 (45 %)	68 (17 %)
Cuillère	261 (66 %)	115 (29 %)	18 (5 %)
Coton	279 (71 %)	101 (26 %)	14 (3 %)
Seringue	301 (74 %)	98 (24 %)	7 (2 %)
Eau de rinçage	296 (76 %)	73 (19 %)	18 (5 %)

Données et exploitation: TREND/OFDT

La pratique du sniff au cours du mois écoulé apparaît très fréquente, puisqu'elle concerne près de la moitié des usagers (49 %) rencontrés lors de l'enquête « Première ligne 2002 ». Cette année, elle est plus fréquente que l'injection. Il semble maintenant s'agir d'une pratique partagée par plusieurs générations puisque le taux de pratique du sniff est proche de 50 % des plus jeunes jusqu'aux 31-35 ans. Seuls les plus de 35 ans présentent un taux inférieur à la moyenne.

Tableau 13: Répartition selon le groupe d'âge et la pratique du sniff au cours du mois écoulé des participants à l'enquête « Première ligne 2002 »

	sniffeurs récents	Non sniffeurs récents	Total
	N, % en ligne	N, % en ligne	N, % en colonne
Jusqu'à 25 ans	133 (53 %)	116 (47 %)	249 (26 %)
26-30 ans	125 (56 %)	97 (44 %)	222 (24 %)
31-35 ans	103 (48 %)	112 (52 %)	215 (23 %)
Plus de 35 ans	100 (39 %)	157 (61 %)	257 (27 %)
Total	461 (49 %)	482 (51 %)	943 (100 %)

Données et exploitation: TREND/OFDT

Parmi les sniffeurs récents la pratique de partage est très répandue. Les trois quarts des personnes partagent le produit et près de la moitié (43 %) leurs pailles, pratique susceptible de contribuer à la transmission du virus de l'hépatite C.

Tableau 14: Fréquence de la pratique du partage de matériel au cours du mois écoulé par les participants à l'enquête « Première ligne 2002 » ayant sniffé récemment

	Jamais	Occasionnellement	Régulièrement
Paille	242 (57 %)	130 (31 %)	50 (12 %)
Produits	113 (25 %)	207 (47 %)	123 (28 %)

Données et exploitation: TREND/OFDT

LES CONSÉQUENCES OBSERVABLES DE L'USAGE

L'état de santé ressenti

La plupart des personnes (63 %) déclare s'être senties en bonne ou très bonne santé physique au cours du mois écoulé. Les femmes se déclarent un peu plus souvent (43 %) en mauvais ou très mauvais état de santé physique que les hommes (36 %).

Tableau 15: État de santé physique ressenti au cours du mois précédent selon le sexe au sein des participants à l'enquête « Première ligne 2002 »

	Hommes N (%)	Femmes N (%)	Total N (%)
Très bon état	71 (9 %)	24 (13 %)	95 (10 %)
Bon état	425 (55 %)	80 (44 %)	505 (53 %)
Mauvais état	251 (32 %)	68 (37 %)	319 (33 %)
Très mauvais état	29 (4 %)	11 (6 %)	40 (4 %)

Données et exploitation: TREND/OFDT

Si une majorité dit se sentir en bon état physique, seule une minorité (41 %) se dit en bonne ou excellente santé psychique. La même proportion de personnes se déclare déprimée (41 %) au cours du mois écoulé et 36 % anxieux.

Les pathologies déclarées

Un certain nombre de manifestations générales sont très fréquemment déclarées par les personnes enquêtées au sein des structures de première ligne. Plus des deux tiers (67 %) des personnes déclarent avoir souffert de fatigue au cours du mois écoulé et 45 % de maux de tête. Près de la moitié (46 %) déclare avoir eu un manque d'appétit et 42 % une perte de poids. Il s'agit de manifestations qui peuvent être non seulement en lien avec leurs consommations de produits, mais aussi avec les conditions de vie précaires de certains d'entre eux.

Nettement plus d'un tiers (39 %) des personnes déclare avoir eu des problèmes de dents au cours du mois écoulé. Le mauvais état dentaire des usagers est un problème fréquemment souligné par les professionnels des structures de première

ligne. Il semble pouvoir être lié à l'usage de produits, à des conditions de vie précaires et à l'absence de soins réguliers. Même si une autodéclaration n'a pas la finesse d'un diagnostic clinique, il semble que plus d'une personne sur trois souffre de sa dentition, objectivant le besoin d'un accès facilité à des soins dentaires de ces populations.

Plus d'une personne sur dix (11 %) aurait eu de la fièvre au cours du mois écoulé. Toutefois, il n'était pas précisé de durée minimale et cela peut correspondre à des tableaux cliniques très variés.

Un petit groupe (4 %) déclare avoir souffert d'au moins une surdose au cours du mois écoulé. Cela signifie donc qu'une personne sur vingt, parmi celles contactées par cette enquête, s'est possiblement retrouvée dans une situation aiguë de détresse vitale.

Une vingtaine de personnes (2 %) déclarent avoir souffert de « jaunisse » au cours du mois écoulé, ce qui est un indicateur de survenue d'hépatites aiguës ou de poussées d'hépatites chroniques. Comme nous le verrons plus loin, les hépatites restent un problème majeur au sein de cette population.

Sur le plan cardio-respiratoire, près de la moitié (50 %) des personnes déclare avoir souffert de toux grasse et 4 % de toux sanglante. La forte fréquence de manifestations de toux productive est à relier avec le fort taux de consommation de produits par voie fumée, que ce soit le tabac et le cannabis ou d'autres produits. La toux sanglante peut correspondre à des étiologies variées. Il peut s'agir d'un saignement d'origine pulmonaire ou d'un saignement des voies aérodigestives supérieures. Du fait de leurs conditions de vie parfois précaires et de possibles immunodépresseurs, ces personnes sont susceptibles de se contaminer par le bacille de la tuberculose qui implique un traitement long et une prise en charge de l'entourage proche. En tout état de cause, il pourrait être intéressant d'offrir aux personnes présentant ce type de symptômes un accès à une consultation médicale d'orientation.

Près d'une personne sur dix (8 %) déclare avoir souffert de saignements de nez au cours du mois écoulé. Parmi celles-ci, plus des deux tiers (73 %) sont des sniffeurs actifs. La fréquence est de 12 % chez les sniffeurs actifs et de 4 % chez les non sniffeurs. Un saignement nasal, même peu important, associé à un partage de paille, est un facteur de risque de transmission du virus de l'hépatite C.

Les pathologies en lien avec l'injection

Parmi les personnes s'étant injectées au cours du dernier mois, les manifestations morbides, très probablement liées à l'injection, s'avèrent fréquemment mentionnées. Près de quatre sur dix (39 %, 169/429) déclarent avoir eu des difficultés à s'injecter au cours du mois écoulé. Ils sont plus d'un quart à déclarer avoir eu des hématomes (29 %, 124/429), un sur six (17 %, 71/429) a déclaré des thromboses et des abcès (16 %, 67/429) et un sur dix à avoir eu « des poussières » (10 %, 44/429).

Parmi les usagers des structures de première ligne, la plupart des personnes déclarent avoir réalisé un test pour le VIH (81 %), pour le VHC (72 %) et pour le VHB (63 %). Ces proportions sont proches de celles observées en 2001. Si l'on s'intéresse au taux de dépistage par âge, on constate une augmentation avec l'âge (tableau 16). Cela peut-être lié au fait que plus on est âgé, plus grande est la probabilité d'avoir réalisé des tests de dépistage. Toutefois, cela objective, pour le moins, un défaut de dépistage chez les plus jeunes, à l'heure où l'on dispose de protocoles thérapeutiques efficaces pour ces pathologies. Il pourrait être intéressant de disposer de protocoles de dépistage allégés (prélèvement sanguin au doigt) réalisables dans des structures proches des usagers qui permettent de le rendre plus accessible à des populations pour lesquelles la réalisation d'une procédure classique de dépistage peut-être complexe. Ce type de procédure permettrait le dépistage et faciliterait le cas échéant l'accès à une prise en charge.

Tableau 16: Taux de dépistage au cours de la vie pour le VIH, l'hépatite C (VHC), l'hépatite B (VHB), selon l'âge au sein des participants à l'enquête première ligne 2002

	= < 25 ans N (%)	26-35 ans N (%)	> 35 ans N (%)	Ensemble N (%)
Dépistage VIH	154 (61 %)	391 (87 %)	244 (90 %)	789 (81 %)
Dépistage VHC	130 (52 %)	344 (77 %)	222 (82 %)	696 (72 %)
Dépistage VHB	106 (42 %)	304 (68 %)	199 (74 %)	609 (63 %)

Données et exploitation: TREND/OFDT

Les taux de positivité parmi les personnes déclarant connaître le résultat de leurs sérologies montrent un taux global de 10 % pour le VIH, de 49 % pour le VHC et de 14 % pour le VHB. Comme en 2001, les personnes les plus jeunes sont moins infectées, tout en gardant un taux de contamination déclaré relativement élevée par le VHC (19 %).

Alors que pour le VHC, le taux de positivité déclaré est inchangé par rapport à 2001 pour les 26-35 ans et les plus de 35 ans, on observe une diminution du taux déclarée de positivité (30 % en 2001 vs 19 % en 2002) chez les plus jeunes. L'interprétation de cette moindre contamination reste complexe. Deux facteurs peuvent influencer: le moindre taux de pratique de l'injection dans ce groupe d'âge en 2002 et une connaissance imparfaite de leur statut sérologique.

Tableau 17: Taux de positivité déclarée de la dernière sérologie connue pour le VIH, l'hépatite C (VHC), l'hépatite B (VHB), selon l'âge au sein des participants à l'enquête « Première ligne 2002 »

	= < 25 ans N (%)	26-35 ans N (%)	> 35 ans N (%)	Ensemble N (%)
Positivité VIH	2 (2 %)	27 (7 %)	48 (20 %)	77 (10 %)
Positivité VHC	22 (19 %)	163 (50 %)	136 (63 %)	321 (49 %)
Positivité VHB	8 (9 %)	31 (11 %)	36 (14 %)	75 (14 %)

Données et exploitation: TREND/OFDT

Les injecteurs au cours de la vie et les injecteurs au cours du mois écoulé présentent des taux déclarés de prévalence de positivité au VIH, à l'hépatite C et à l'hépatite B supérieurs à ceux de l'ensemble de la population. Ainsi, parmi les injecteurs récents, le VIH toucherait encore une personne sur huit (14 %) et l'hépatite C un peu moins de deux personnes sur trois (62 %).

Tableau 18: Taux de positivité déclarée de la dernière sérologie connue pour le VIH, l'hépatite C (VHC), l'hépatite B (VHB), selon les modes de consommation au sein des participants à l'enquête « Première ligne 2002 »

	Injecteurs au cours de la vie		Injecteurs au cours du mois		Sniffeurs au cours du mois		Sniffeurs exclusifs*	
	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%
Positivité VIH	71/510	14	49/358	14	36/352	10	3/88	3
Positivité VHC	302/484	62	211/342	62	152/315	48	8/67	12
Positivité VHB	65/408	16	49/290	17	33/261	13	3/48	6

* sniffeurs exclusifs: personnes ne s'étant jamais injectées et pratiquant le sniff

Données et exploitation: TREND/OFDT

Parmi les sniffeurs exclusifs (personnes ne s'étant jamais injectées et pratiquant le sniff) on constate que 8 personnes (12 % du sous groupe) se déclarent positives pour le virus de l'hépatite C. En dehors de la pratique de l'injection, il existe d'autres facteurs de risque de contamination par le VHC (tatouage, transmission nosocomiale, transfusion, partage d'instruments de toilette) qui peuvent avoir contri-

bué à ces contaminations. Toutefois, ce taux non négligeable, probablement sous-estimé, pose les problèmes d'une évaluation précise du taux de prévalence du VHC chez les sniffeurs exclusifs, de l'identification des facteurs de risque de contamination, et des stratégies de prévention pertinentes. Selon les éléments présentés plus haut, les personnes ne pratiquant pas l'injection, et utilisant la voie nasale semblent devoir prendre une part croissante dans la population des personnes ayant un usage problématique de drogues. L'élaboration et le développement de stratégies de prévention adaptées pourraient permettre un meilleur contrôle de l'épidémie de VHC.

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE SUR LES ESPACES ÉTUDIÉS ET LES USAGERS

Le changement du contexte légal encadrant l'organisation des événements festifs technos a entraîné, d'une part le développement d'événements dans un contexte réglementé et, d'autre part, le retour à des free-party de taille et d'accessibilité réduites et un déplacement de l'organisation des fêtes au-delà des frontières (Belgique, Allemagne, Italie, Espagne). Ces modifications de la structuration de l'espace festif ont entraîné une mise en contact de certains usagers avec des produits moins accessibles auparavant, une diminution de l'accessibilité des événements festifs illégaux aux interventions sanitaires, une réorganisation du petit trafic qui devient moins visible sur les petits événements et plus mobile entre l'espace festif et l'espace urbain.

Le profil des usagers des structures de première ligne, tel qu'il apparaît à la lumière de l'enquête quantitative TREND, reste celui d'un jeune adulte (âge moyen 31 ans), le plus souvent de sexe masculin et célibataire, vivant dans des conditions de logement et de revenus assez souvent précaires. Quatre sites du dispositif rapportent l'accroissement numérique d'une population marginalisée issue de l'immigration d'Europe orientale.

Au sein de ces populations, les consommations quotidiennes de tabac, d'alcool et de cannabis concernent une part importante des usagers. Les opiacés et les stimulants constituent, ensuite, les deux catégories de produits les plus consommés. Selon l'enquête TREND, l'héroïne demeure la substance illicite la plus expérimentée (au moins dix fois), au cours de la vie. Mais, la cocaïne et la buprénorphine haut dosage sont les molécules les plus utilisées au cours du mois écoulé. Les consommations récentes de drogues de synthèse semblent stables par rapport à 2001. Celle de flunitrazépam (Rohypnol®) serait en diminution, probablement du fait des conditions plus restrictives de prescription mises en place en février 2001.

La part d'usagers problématiques ayant recours à la voie injectable reste importante. Toutefois, les données récentes disponibles vont dans le sens d'une poursuite de la diminution du recours à la voie injectable, notamment chez les usagers les plus jeunes. Cette année, selon l'enquête TREND, la pratique récente (au cours du mois écoulé) du sniff (49 %) apparaît comme plus fréquente que celle de l'injection (44 %). Parmi les injecteurs récents, la fréquence du partage de matériel ou de produit reste élevée et près d'un quart des personnes (26 %) déclare avoir partagé ses seringues au cours du mois écoulé. Parmi les sniffeurs récents, le partage de la paille concerne près d'une personne sur deux (43 %).

Une majorité de personnes (63 %) rencontrées en 2002 au sein des structures de première ligne se déclare en bon état de santé physique. Toutefois, plus d'un tiers (39 %) dit souffrir de problèmes dentaires et près d'une sur vingt a présenté une surdose au cours du mois écoulé. En 2002, les taux de positivité parmi les personnes déclarant connaître le résultat de leurs sérologies sont de 10 % pour le VIH, de 49 % pour le VHC et de 14 % pour le VHB. Les taux de positivité sont moindres chez les plus jeunes et chez les non-injecteurs. Il existe un défaut de dépistage important chez les personnes de moins de 26 ans.

L'USAGE D'OPIACÉS

L'USAGE EN POPULATION GÉNÉRALE

Le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois dans la vie) de l'héroïne en population générale en 2002 reste faible. Il ne dépasse pas les dix pour mille, que ce soit chez les 15-34 ans (5 pour mille) ou les 35-75 ans (9 pour mille) (a).

Parmi les jeunes âgés de 17 ans participant à la Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD), l'expérimentation de l'héroïne s'élève, en 2002, à six pour mille chez les filles et à 14 pour mille chez les garçons (b). Chez ces derniers, elle a augmenté significativement par rapport aux résultats d'ESCAPAD 2000 (9 pour mille) (b)

LES USAGERS PRIS EN CHARGE PAR LE SYSTÈME SANITAIRE

Entre 1998 et 2001, la part des opiacés comme produits à l'origine de la prise en charge d'un nouveau patient dans les CSST (Centres de soins spécialisés pour toxicomanes) est passée de 53 % à 45 %. Pour l'héroïne, elle est passée de 41 % à 36 % ; pour la buprénorphine et la méthadone de 9 % à 8 % ; et pour la codéine de 3 % à 2 % (c). Si la fréquence de l'héroïne comme motif de prise en charge involue, elle n'en reste pas moins le produit le plus fréquemment mentionné.

De 1998 à 2002, selon le système SIAMOIS de l'InVS, le nombre estimé de personnes de patients bénéficiant d'un traitement de substitution par buprénorphine haut dosage est passé de 59 238 à 80 173. Celui des personnes sous traitement de substitution par la méthadone de 6 749 à 15 532. Depuis la mise en place d'une politique d'accès à la substitution, le nombre estimé de personnes sous traitement de substitution aux opiacés en France croît chaque année. Il y aurait donc au total, en 2002, 95 705 personnes traitées soit par méthadone soit par BHD.

Parmi les personnes pharmacodépendantes enquêtées auprès de structures de prise en charge sanitaires et sociales (enquête OPPIDUM) en 2002, on constate que 41 % (1 391) suivent un protocole de substitution par BHD et 34 % (1 158) par méthadone. Il s'agit de niveaux similaires à ceux observés en 2001 (d).

MORTALITÉ

En 2002, les services de police ont constaté 36 décès qui ont été rattachés à un usage d'héroïne. Parmi ces décès, 30 sont uniquement dus à l'héroïne et 6 à des associations avec d'autres substances. On constate une diminution du nombre de décès par rapport à 2001 (62) et une diminution de la part de l'héroïne dans l'ensemble des décès que les services de police rattachent à un usage de produit (58 % en 2001, 37 % en 2002). Cinq décès ont été rattachés à l'usage de buprénorphine haut dosage, un décès à l'usage d'opium, un à l'usage de codéine et un à l'usage de sulfate de morphine (e).

SAISIES ET ARRESTATIONS POUR USAGE SIMPLE

Entre 1998 et 2002, les interpellations pour usage simple d'héroïne ont régulièrement diminué, passant de 6 019 en 1998 à 3 449 en 2002 (- 43 %). Elles représentent 4 % du total des interpellations pour usage simple.

En 2002, les saisies d'héroïne en France se sont élevées à 476 kg 149 g. Il s'agit d'une valeur en augmentation de 36 % par rapport à l'année 2001 (351 kg) et la plus élevée depuis 1998 (e).

(a) BECK (F.), LEGLEYE (S.) et PERETTI-WATEL (P.), *Penser les drogues : perception des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP)*, 2002, Paris, OFDT, 228 p.

(b) BECK (F.), LEGLEYE (S.), *Usages de drogues et contextes d'usage à la fin de l'adolescence, évolutions récentes : ESCAPAD 2002*, Paris, OFDT, (à paraître en 2003).

(c) Analyse des rapports d'activité types des CSST, DGS/OFD, 2002.

(d) OPPIDUM, *Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse*, Résultats de l'enquête I4 (octobre 2002), AFSSAPS, Centre associé du CEIP de Marseille, Laboratoire de santé publique, Faculté de médecine, Marseille.

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

HÉROÏNE

LES USAGERS D'HÉROÏNE EN 2002

Les usagers

De 1995 à 1999, le pourcentage de consommateurs d'héroïne au cours de la semaine écoulée au sein de l'enquête OPPIDUM⁶ (usagers de structures de soins) a connu une diminution importante, passant de 53 % à 13 %. Après une réduction de l'usage observable d'héroïne, probablement en lien avec le développement des prises en charges à l'aide de produits de substitution, on assiste depuis deux ans à une relative stabilisation de la fréquence, observable, de son usage.

En 2002, à partir des observations issues de TREND on distingue deux groupes, un relevant de l'espace urbain, l'autre de l'espace festif, chacun constituant des « noyaux durs » au sein desquels la consommation se stabilise ou à partir desquels elle se relance. Par ailleurs, les sites francilien et marseillais rapportent l'apparition de nouveaux groupes constitués de ressortissants étrangers usagers d'héroïne, originaires de Russie et des pays de l'Est pour Marseille et de Chine, du Congo et de Sierra Léone pour l'Île-de-France. Outre les groupes de consommateurs susmentionnés, les observateurs rapportent, dans l'espace urbain, l'existence de jeunes usagers d'héroïne bien insérés, plutôt branchés. Ces personnes ont en général une consommation plutôt maîtrisée et ont recours à d'autres modes d'administration que la voie intraveineuse.

Au sein de l'espace urbain, la fréquence de l'usage d'héroïne chez les usagers rencontrés par des structures de prise en charge en 2002 reste du même ordre de grandeur qu'en 2001, tant dans OPPIDUM (12 % d'usagers au cours de la semaine écoulée contre 14 % en 2001) que dans l'enquête première ligne TREND (31 % d'usagers au cours du mois écoulé en 2002 contre 33 % en 2001). Plus des deux tiers (71 %, 684) des usagers de structures de première ligne déclarent avoir utilisé de l'héroïne au moins dix fois dans leur vie.

6. OPPIDUM : enquête annuelle auprès d'usagers de drogues pris en charge essentiellement par des structures de soins sanitaires et sociales (CSST) réalisée par le réseau des CEIP et coordonnée par le centre associé de Marseille.

Au sein des structures de première ligne, les usagers récents sont essentiellement des hommes (84 %) dont plus des trois quarts (78 %) ont moins de 35 ans. La fréquence de l'usage récent d'héroïne est très basse dans les trois départements d'outre-mer et va de 16 % (Lyon) à 57 % (Seine-Saint-Denis) en métropole. L'âge moyen du début de la consommation d'héroïne est de 20 ans. Un quart des personnes a commencé sa consommation avant 17 ans et les trois quarts avant 22 ans. La durée moyenne de consommation est de 9 ans et 2 mois. Les produits les plus consommés au cours du mois écoulé sont : le cannabis (81 %), la cocaïne (75 %) et le crack (27 %), la BHD (53 %), l'ecstasy (35 %) et la méthadone (28 %).

Selon les sites TREND, les usagers d'héroïne sont principalement des personnes substituées à l'aide de méthadone ou de buprénorphine haut dosage (Subutex®), qui, pour des raisons diverses, continuent une consommation d'héroïne. De fait, parmi les 299 personnes utilisatrices récentes d'héroïne, 53 % déclarent avoir consommé de la BHD et 28 % de la méthadone au cours du mois écoulé. Seuls 50 personnes (17 %) parmi les usagers d'héroïne n'ont consommé aucun autre opiacé au cours du mois écoulé. Les personnes substituées et consommatrices d'héroïne ont un usage plutôt épisodique, alternant des périodes de prise régulière des traitements de substitution avec de courtes périodes d'usage d'héroïne. Celles-ci sont considérées comme des « extras », exprimant une lassitude ponctuelle par rapport au traitement. De fait, au sein de l'ensemble des usagers récents d'héroïne, 59 % n'en consomment pas quotidiennement.

Marseille : « En 2002, il semblerait que se dessine un retour des anciens héroïnomanes vers ce produit, l'héroïne n'étant plus le produit principalement consommé, mais en tant qu' "extras" dans le cadre d'un traitement de substitution » ; « Des usagers substitués qui font des "fenêtres thérapeutiques" avec l'héroïne, l'héroïne est alors le moyen d'égayé un quotidien un peu monotone scandé par le traitement de substitution. »

Rennes : « Les usagers "compulsifs" dont le mode d'administration semble être principalement par voie intraveineuse. [...] Cela paraît être plutôt une "monoconsommation" avec une toxicomanie plutôt ancienne. La consommation serait individuelle » ; « Les survivants ont vieilli (entre 40 et 60 ans) ils continuent et gèrent cela relativement bien. Ils semblent insérés avec un travail, un logement. »

Toulouse : « Comme l'an passé, les anciens héroïnomanes sous substitution restent des consommateurs épisodiques. Les consommateurs d'héroïne semblent, depuis la substitution, avoir un rapport plus périodique avec ce produit. Par ailleurs, lorsque la cocaïne prend une place trop importante, l'héroïne sert parfois à sortir d'un épisode de consommation intense. Les consommations d'héroïne les plus visibles en 2002 concernent principalement les jeunes usagers de 16-25 ans pratiquant un nomadisme urbain. Chez les jeunes usagers polyconsommateurs, le Subutex® peut constituer parfois une voie d'accès à la consommation d'héroïne. »

Dans l'espace festif techno, le groupe principal d'usagers d'héroïne est constitué, essentiellement, de nomades urbains, « *travellers* », marginalisés, qui se sont initiés à l'usage d'héroïne afin de réguler leurs consommations de produits stimulants et sont devenus, par la suite, dépendants de ce produit.

Au sein de ce même espace, les autres groupes identifiés sont constitués des personnes qui font usage de l'héroïne de manière ponctuelle, sans devenir dépendantes pour autant, pour faire face à la phase difficile, dite de « descente », consécutive à la prise de stimulants et d'hallucinogènes. Trois types d'usagers peuvent être distingués :

- des personnes plutôt jeunes dont la fréquentation du milieu techno est relativement récente (1 ou 2 ans) ;
- des personnes bien insérées (étudiants, salariés), faisant preuve d'une certaine connaissance des risques liés à la consommation d'héroïne et gérant plus ou moins bien le produit ;
- et enfin des personnes plus expérimentées qui fréquentent la scène techno depuis 5 à 10 ans et dont la consommation d'héroïne est ancienne. Il s'agit le plus souvent d'une consommation auto contrôlée.

Ile-de-France : « [Il y a] De plus en plus de jeunes (18 à 25 ans) qui utilisent l'héro pour les descentes suite à des prises importantes de stimulants (ecstasy, cocaïne et speed), jeunes issus du milieu festif. »

La population qui fréquente la scène techno et qui consomme des produits psychoactifs n'a que très peu recours en général aux centres de soins pour toxicomanes ou aux structures bas seuil. Cependant, trois sites TREND (Metz, Ile-de-France et Rennes) évoquent depuis cette année l'émergence d'une population qui connaîtrait des problèmes de dépendance à l'héroïne et qui commencerait à fréquenter les deux types de structures précitées.

Metz : « Depuis quelques mois, ASUD accueille une dizaine de filles (16-20 ans) d'origine européenne pour la plupart. Elles sont très marginalisées, issues de milieux aisés pour certaines, ayant fréquenté le milieu "Techno-Travellers" qui ont commencé une consommation [d'héroïne (ndlr)] en descente d'ecstasy et de LSD. »

Rennes : « Depuis quelques années, le CSST note de plus en plus de demandes de substitution chez ces nouveaux usagers. Ils consultent avec une durée d'usage plus courte que les usagers traditionnels du centre (3-4 ans d'usage contre 8-15 ans d'usage chez les premiers demandeurs de substitution). Le CSST note un rajeunissement des consultants par rapport à l'année dernière (de plus en plus de mineurs) et un profil social plus élevé (étudiants...). Il semblerait que des usagers initiés dans un cadre festif passent à une consommation individuelle en semaine. »

Ile-de-France : « Une plus grande visibilité d'un public jeune qui sont soit des consommateurs de drogues de synthèse qui progressivement tombent dans l'usage par voie

intraveineuse d'autres produits (Skenan®, héroïne, etc.) ou soit initient leur consommation de drogues à travers les médicaments et les produits de substitution (Subutex®). Depuis quelques mois, trois cas ont été rencontrés de jeunes consommateurs de "nouvelles drogues" (kétamine, etc.) dans le milieu de la "route" (raves) cherchant à décrocher de l'héroïne qu'ils ne maîtrisent pas, contrairement aux autres produits. »

Les modalités d'usage

L'observation des modalités d'usage de l'héroïne montre une variabilité selon les sources d'informations et les espaces observés. Parmi les usagers d'héroïne vus en structures de soins sanitaires ou sociales (OPPIDUM) en 2002 (n = 427), la fréquence de l'usage est quotidienne pour 47 % des personnes. La voie d'administration prédominante est le sniff: 62 % utilisent la voie nasale, 31 % la voie injectable et 15 % la voie inhalée. Par contre, au sein des usagers de structures de première ligne, la voie injectable reste prédominante : 61 % déclarent s'injecter, 52 % sniffer et 24 % fumer (tableau 19). Si ces proportions sont stables pour OPPIDUM par rapport à 2001, elles montrent une augmentation de la pratique du sniff (34 % en 2001) et de l'inhalation (18 % en 2001) pour les personnes rencontrées lors de l'enquête première ligne. Par ailleurs, on observe toujours la séparation entre espace urbain, où l'utilisation de la voie injectable reste majoritaire, et l'espace festif techno ou les modalités d'utilisation non injectables continuent de dominer.

En 2001, les observations du réseau des sites constataient, notamment dans l'espace urbain, une diminution du recours à l'injection et un développement du sniff et de l'inhalation. Celles réalisées au cours de l'année 2002 confirment cette tendance, même si l'injection demeure encore une pratique dominante. Il a été constaté un développement conséquent du recours à la voie fumable et particulièrement par le biais de la technique de la « chasse au dragon⁷ ». Cette tendance se retrouve dans les deux espaces investigués.

Dans l'espace urbain, selon le réseau des sites, le recours à la « chasse au dragon » serait plutôt le fait, soit de primo-usagers d'héroïne considérant l'injection comme un mode d'administration dégradant, soit d'usagers injecteurs de longue date dont la détérioration du capital veineux les incite à changer de mode d'administration. Les données « Première ligne 2002 » objectivent un usage plus fréquent du sniff et de l'inhalation parmi les usagers les plus récents d'héroïne que chez les plus anciens. Plus de la moitié des personnes (54 %) utilisant de l'héroïne depuis moins de cinq ans n'ont pas eu recours à l'injection au cours du mois écoulé contre seulement un quart (26 %) des personnes avec quinze ans ou plus d'utilisation.

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

Tableau 19: Modes d'usages de l'héroïne au cours du mois écoulé selon l'ancienneté d'utilisation de ce produit parmi les participants à l'enquête « Première ligne 2002 »

Mode d'usage	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15 ans et plus	Total
Injection	39 (46 %)	60 (64 %)	38 (64 %)	45 (74 %)	182 (61 %)
Sniff	54 (64 %)	52 (55 %)	27 (46 %)	23 (38 %)	156 (52 %)
Inhalation	27 (32 %)	22 (23 %)	11 (19 %)	13 (21 %)	73 (24 %)
Total	84 (100 %)	94 (100 %)	59 (100 %)	61 (100 %)	298 (100 %)

Données et exploitation: TREND/OFDT

Dans l'espace festif, si le sniff demeure le mode d'administration dominant, certains sites notent toutefois un développement de la technique de la « chasse au dragon »⁸. L'injection, quant à elle, étant en général toujours associée à la déchéance du « junkie », reste rarement observée dans l'espace festif.

Ile-de-France: « S'il n'y a pas d'apparition de nouveaux modes d'administration, se développe l'inhalation des vapeurs d'héroïne chauffée. »

Lille: « On note un regain de la pratique de "chasse au dragon". »

Rennes: « Beaucoup de fumette. Comme elle [l'héroïne] est moins chère, ils shootent moins car ils n'ont pas peur de gâcher. »

Toulouse: « Le mode d'administration le plus répandu est le sniff, mais les consommateurs "chassent le dragon" de plus en plus souvent. »; « Pour la plupart des clients des établissements de nuit, l'injection a une image très négative. Elle est assimilée à la "grande toxicomanie", ces pratiques restant réservées dans leur esprit "aux toxicomanes de rue et de squat". »

Que ce soit dans l'un ou l'autre espace, le choix d'un mode d'administration donné n'est pas immuable. L'usage « alterné » ou « concomitant » de deux voire trois modes d'administration en fonction de la qualité du produit et/ou du contexte, est observé assez fréquemment. De fait, parmi les usagers récents d'héroïne de l'enquête « Première ligne 2002 », 36 % déclarent avoir utilisé deux ou trois modes d'administration au cours du mois écoulé.

L'initiation à l'héroïne se fait aujourd'hui rarement par l'injection et plus par la voie nasale ou pulmonaire. La transition vers la voie intraveineuse, si elle se produit, semble se faire sur une période plus longue qu'au cours la décennie précédente où l'injection intraveineuse était plus dominante.

8. C. Reynaud, C. Verchère, Les nouveaux usagers d'héroïne, 2003, GRVS/OFDT, 117 p.

Marseille : « *L'injection, chez ces primo-consommateurs [d'héroïne en milieu techno] peut être considérée comme inexistante.* »

L'investigation spécifique menée en 2002 par le GRVS⁸ auprès de quarante « nouveaux usagers » d'héroïne met en évidence une initiation à ce produit qui se réalise en moyenne vers l'âge de 20 ans, chez des personnes ayant utilisé de nombreux autres produits. Cette première fois se déroule plutôt dans une ambiance festive et le mode d'administration est généralement la voie nasale.

Les conséquences observables

Dans l'enquête « première ligne » le test VIH a été pratiqué par 85 % des usagers et 83 % d'entre eux déclarent un résultat. Moins d'une personne sur 10 (9 %, 22/233) déclare un résultat positif. En 2001, le taux de positivité était de 14 % (339/273). Un test sérologique VHC a été pratiqué par 74 % des personnes et 73 % déclarent un résultat. Plus d'une personne sur deux (55 %, 113/206) déclare un résultat positif. En 2001, le taux de positivité était de 49 % (122/249). Toutefois, il est probable que ces taux soient une sous-estimation de la réalité du fait de la méconnaissance de nombreux usagers de leur positivité, soit du fait de l'absence de dépistage, soit du fait d'un test relativement ancien. Un test sérologique VHB a été pratiqué par 63 % des personnes et 61 % déclarent un résultat. Près d'une personne sur sept (14 %, 23/167) déclare un résultat positif.

Tableau 20: Statut sérologique déclaré pour le VIH, le VHC et le VHB selon l'ancienneté d'utilisation de l'héroïne parmi les participants à l'enquête « Première ligne 2002 »

Mode d'usage	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15 ans et plus	Total
VIH	0/44 (0 %)	4/83 (5 %)	10/52 (19 %)	8/54 (15 %)	22/233 (9 %)
VHC	12/33 (39 %)	31/72 (43 %)	30/51 (59 %)	40/50 (80 %)	113/206 (55 %)
VHB	3/23 (17 %)	8/61 (13 %)	3/45 (7 %)	9/38 (24 %)	23/167 (14 %)

Données et exploitation: TREND/OFDT

Le travail mené par le GRVS⁹ met en évidence la réduction importante du délai d'accès aux traitements de substitution chez les usagers ayant commencé l'héroïne après 1996. Ainsi, « l'ensemble des personnes substituées a effectivement bénéficié

9. C. Reynaud, C. Verchère, *op. cit.*

cié d'un traitement médical de substitution après une consommation d'héroïne d'une durée comprise entre un mois et deux ans. La majorité a été substituée après six mois de consommation d'héroïne. Le bénéfice de ces traitements administrés rapidement semble important pour plus de la moitié des personnes substituées, qui opèrent une sortie de la toxicomanie qui peut être qualifiée de « précoce », au regard de leurs pairs des générations précédentes qui connaissaient en moyenne une durée de la toxicomanie d'une dizaine d'années. Dans d'autres cas, certaines prescriptions semblent s'écarter de l'indication thérapeutique de pharmacodépendance majeure aux opiacés. »

Les perceptions de l'héroïne en 2002

Depuis deux ans environ, les observations du réseau des sites TREND mettent en évidence une relative amélioration de l'image de l'héroïne parmi les usagers et ce, dans l'espace urbain comme dans l'espace festif techno. Dans l'espace urbain, tous les sites, hormis Rennes, rapportent une évolution dans un sens plus positif de la perception de l'héroïne. Il semble que ce soit la résultante d'une lassitude de la part d'usagers sous Subutex® depuis plusieurs années ainsi que l'attrait pour l'héroïne ressentie par certains jeunes primo-usagers.

Bordeaux : « [...] l'héroïne apparaît à l'instar de l'année précédente comme un produit de choix et d'autant plus que d'autres substances comme le Subutex® ont perdu en popularité. Globalement, les propos recueillis la concernant traduisent une image positive d'autant plus qu'elle est consommée moins régulièrement que les autres opiacés disponibles : elle apparaît comme la "Roll's Royce du tox" ! »

Ile-de-France : « La perception des usagers a tendance à s'améliorer et elle est bonne, voire très bonne : l'héroïne représente souvent le "must". »

Marseille : « Globalement, l'héroïne semble toujours bénéficier d'une bonne image tant dans la population qui consomme ce produit, qui le considère comme un "produit pour se faire plaisir", que chez ceux qui n'en consomment pas et qui voient les usagers d'héroïne comme une population qui "a des sous" (en raison de son coût élevé), qui a "un truc en plus" (en raison de sa moindre accessibilité). »

Metz : « Il y a un changement de l'image de la prise d'héroïne qui était associée à la toxicomanie et qui devient une pratique "in" à la mode. »

Toulouse : « L'héroïne auprès des jeunes usagers à l'image d'un produit "noble", pas "triste". Elle bénéficie pour les usagers de cet espace [urbain (ndr)], jeunes et en errance d'une bonne image par opposition au Subutex® qu'ils vivent comme une drogue "domestique". »

Dans l'espace festif, la tendance, cette année, est la même que dans l'espace urbain : l'héroïne semble jouir d'une amélioration de son image, même si au sein

de la majorité des participants à cet espace, il existe toujours un refus de cette consommation. L'héroïne, dans le milieu festif, n'est pas reconnue en tant que telle, elle circule souvent sous la dénomination de « rabla ». Il n'en demeure pas moins que ses effets spécifiques sont de plus en plus recherchés par certains « teufeurs » et plus seulement en régulation de substances psychostimulantes. L'héroïne tend à devenir un produit à part entière dont la consommation n'intervient plus seulement au terme de la fête pour adoucir les descentes mais aussi au début. Un autre facteur contribuant à cette évolution est la relativisation de l'héroïne du fait de l'image très négative de la kétamine. Les effets observés de la kétamine par les usagers relativisent ceux de l'héroïne qui apparaît dès lors comme un produit moins extrême.

Marseille : *« Chez les non-consommateurs d'héroïne, l'image de la substance s'est améliorée. Les raccourcis rapides ne font plus recette (héroïne le lundi, overdose le samedi) et la présence de substances présentant des effets psychoactifs comme la kétamine et le free-base, nettement plus importants que ceux générés par l'héroïne, font que l'image de cette dernière s'en trouve pondérée et renvoyée dans la catégorie "simple drogue" et non plus celle de la drogue qui fait le plus mal. »*

Bordeaux : *« Les gens qui ont passé le cap [de la consommation (ndr)] disent que ce n'est pas si grave que, une fois qu'on en a pris, ce n'est pas si nocif que ça. »*

Lille : *« L'image s'améliore probablement du fait de l'appellation "rabla" qui minimise la répulsion provoquée par l'entourage. »*

Rennes : *« Les jeunes ont peut-être moins peur de l'héroïne. Avant, ils en avaient peur car il y avait la piqûre et le sida. Ils ont changé de mode de consommation puisque maintenant ils inhalent, le sida disparaît alors on a beaucoup moins peur de l'héroïne. »*

Ces observations sont corroborées par les constats du GRVS¹⁰ qui montre que les effets ressentis au cours des premières prises d'héroïne sont plutôt agréables et considérés comme moins « forts » qu'avec de la kétamine ou du LSD, amenant à relativiser le statut de drogue « dure » de l'héroïne.

Parmi les journaux suivis par la veille médias jeunes adultes en 2002, que ce soit dans le milieu festif ou en dehors, l'image de l'héroïne qui est véhiculée est mauvaise. Même si cette substance peut exercer une certaine fascination, surtout quand elle a été partie intégrante du parcours d'un artiste, il s'agit d'une fascination morbide. S'agissant de M. et Mme Tout le Monde, l'usage de l'héroïne appa-

raît comme incompatible avec l'univers festif et comme un facteur de désintégration de la vie personnelle et privée. Il est cependant un type d'usage de l'héroïne qui n'est pas stigmatisé à savoir la prescription médicalisée dans le cadre d'une prise en charge d'usagers dépendants à des produits opiacés.

CARACTÉRISTIQUES DE L'HÉROÏNE EN 2002

Accessibilité et disponibilité

Sur la majorité des sites, l'héroïne demeure, comme l'année précédente, peu disponible et/ou peu visible. Cette situation, qui prévaut depuis le développement des traitements de substitution lors de la seconde moitié des années 1990, est accentuée par la quasi-disparition des scènes ouvertes d'une part et la conversion des petits trafiquants vers la vente de cocaïne plus rentable d'autre part. L'accessibilité est toujours considérée comme problématique. Pour se procurer de l'héroïne, l'usager est amené à faire appel à des intermédiaires et/ou à s'adresser à des vendeurs confinés dans l'espace privé (domicile).

Bordeaux : *« [...] son accessibilité demeure toujours cantonnée à des espaces plus privatifs. »*

Toulouse : *« Les ventes se font principalement en appartement, toutes les sources confirment le fait qu'il y a très peu de vente de rue. »*

Marseille : *« C'est plus difficile de s'en procurer. Les réseaux sont fermés et discrets. »*

Toutefois, trois sites, l'Ile-de-France, Lille et Lyon rapportent une augmentation de la disponibilité de ce produit. Dans le 18^e arrondissement de Paris, le trafic de rue serait en augmentation et dans le département limitrophe de la Seine-Saint-Denis, les observateurs mettent en évidence un faisceau d'indices tels que le retour à la consommation d'anciens héroïnomanes, un approvisionnement en quantité plus grande qu'auparavant des vendeurs et une tendance des usagers, en retour, à acheter des quantités plus importantes. Le site de Lille rapporte aussi une tendance à des achats au détail plus massifs.

Ile-de-France : *« [...] Cette augmentation de la disponibilité dans le 93 est lisible au travers d'un certain nombre d'indicateurs : elle semble plus disponible, surtout du point de vue des jeunes usagers ; dans certaines communes, d'anciens usagers d'héroïne qui avaient cessé leur consommation pendant 4-5 ans recommencent à en consommer ; les usagers ont tendance à acheter de plus grandes quantités d'héroïne (au lieu de l'acheter à la dose, ils l'achètent au gramme) ; les vendeurs ont des quantités plus importantes qu'avant. »*

10. C. Reynaud, C. Verchère, Les nouveaux usagers d'héroïne, 2003, GRVS/OFDI, 117 p.

Lille: « L'héroïne (brune uniquement, la blanche est rare) en 2002 semble toujours disponible sur le marché lillois, voire même plus selon certains observateurs mais aussi selon certains faits. En effet, l'achat en plus grande quantité (par 5 g) est plus courant et la vente par "képa" ou boulette s'amointrit; les quantités servies seraient également plus généreuses. Cette légère amélioration de la disponibilité en rue serait en lien avec une baisse de la qualité: héroïne fortement coupée qui serait notamment vendue par des dealers clandestins. »

Dans l'espace festif, du fait de la raréfaction des événements festifs illégaux au cours de la seconde moitié de l'année 2002, la vente publique d'héroïne s'est réduite. Ainsi, dans la plupart de cas, l'usager désireux de consommer de l'héroïne est obligé de l'acheter à l'avance dans les lieux de vente traditionnels.

Le prix médian en France métropolitaine du gramme d'héroïne semble diminuer, mais il existe de fortes disparités locales, tant dans les prix que dans l'évolution observée au cours des trois dernières années (tableau 21).

Tableau 21: Prix moyen, en euros, du gramme des deux formes d'héroïne sur les sites TREND (espace urbain) en 2000, 2001 et 2002

SITES	Héroïne blanche (chlorydrate)				Héroïne brune (base)			
	2000	2001	2002	Évolution 01-02	2000	2001	2002	Évolution 01-02
Bordeaux	229	107	110	+ 3 %	46	65	70	+ 7 %
Dijon	114	95	-	-	53	65	-	-
Lille	-	-	-	-	43	46	40	- 13 %
Lyon	61	-	80	-	61	-	45	-
Marseille	117	107	110	+ 3 %	84	61	-	-
Metz	-	84	-	-	46	50	40	- 20 %
Paris	84	-	125	-	57	18	30	+ 67 %
Rennes	91	84	80	- 5 %	91	69	60	- 13 %
SSD	102	76	72	- 5 %	61	-	50	-
Toulouse	72	91	75	- 18 %	72	69	60	- 13 %
Médiane								
Métropole	97	95	80		59	63	53	
Guyane	-	59	100	+ 69 %	-	14	11	- 21 %
Martinique	-	46	-	-	-	-	70	-
Réunion	-	122	90		-	69	60	- 13 %

Données et exploitation: TREND/OFDT

Caractéristiques toxicologiques

En 2002, les services scientifiques des douanes ont analysé 714 échantillons d'héroïne et ceux de la police 412. On observe une augmentation de 19 % du nombre d'échantillons analysés. Globalement, entre 2001 et 2002, on constate une hausse de la proportion des échantillons les plus faiblement dosés (de 67 % à 73 %). Cette évolution est perceptible tant sur les données provenant des laboratoires des douanes que sur celles provenant des laboratoires de la police. Entre 2000 et 2002, la part des échantillons dosés à plus de 50 % est passée de 11 % à 5 %.

Les échantillons d'héroïne sont toujours essentiellement coupés avec de la caféine (92 % des échantillons de la police) et du paracétamol (84 % des échantillons de la police). La teneur en caféine est généralement conséquente, puisque 79 % des échantillons en contenant ont un taux entre 20 et 50 %. De même, 80 % des échantillons contenant du paracétamol ont un taux entre 30 et 60 %.

Tableau 22: Répartition des échantillons d'héroïne saisis en 2000, 2001 et 2002 par les services de douanes et de police selon le taux de pureté

Taux de pureté (%)	2000		2001		2002	
	N	%	N	%	N	%
Police						
0-20	142	81 %	342	70 %	318	77 %
20-50	20	11 %	125	26 %	82	20 %
50-100	13	8 %	22	4 %	12	3 %
Douanes						
0-20	299	69 %	294	65 %	505	71 %
20-50	78	18 %	126	28 %	164	23 %
50-100	56	13 %	35	7 %	45	6 %
Total général police + douanes						
0-20	441	73 %	636	67 %	823	73 %
20-50	98	16 %	251	27 %	246	22 %
50-100	69	11 %	57	6 %	57	5 %
	608	100 %	944	100 %	1 126	100 %

Sources: Laboratoire de la police scientifique de Lyon et laboratoires des douanes.
Exploitation: TREND-OFDT.

LA BUPRÉNOPHINE HAUT DOSAGE

La buprénorphine haut dosage (BHD) est une molécule agoniste/antagoniste morphinique disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. À partir des données SIAMOIS¹¹ et en faisant l'hypothèse d'une dose moyenne de BHD de 8 mg par jour, il est estimé que 80 173 personnes avaient recours à ce traitement en 2002 en France. Il s'agit du principal traitement de substitution aux opiacés. La plupart des prescriptions de BHD sont réalisées par des médecins généralistes.

LES USAGERS DE BUPRÉNOPHINE HAUT DOSAGE EN 2002

Les usagers

Parmi les personnes rencontrées par les structures de prise en charge sanitaires et sociales (OPPIDUM) en 2002, 1 485 (44 %) ont consommé de la BHD au cours de la semaine écoulée dont 94 % (1 391) dans le cadre d'un protocole médical. Sur l'ensemble des patients, 76 % (2 586) sont sous protocole de substitution dont 54 % à l'aide de BHD, 45 % de méthadone et 1 % de sulfates de morphine. Les sujets sous buprénorphine hors protocole ont un niveau d'études inférieur aux personnes sous protocole (niveau primaire 27 % vs 14 %). Ils sont plus nombreux à ne pas disposer d'un logement stable (35 % vs 20 %) et à être en situation de grande précarité (26 % vs 8 %). Ils ont plus souvent recours à la voie injectable (28 % vs 14 %), consomment plus de benzodiazépines (37 % vs 21 % dont 15 % de flunitrazépam contre 3 %), plus de cocaïne (19 % vs 6 %), et d'héroïne (27 % vs 8 %).

Parmi les personnes rencontrées par l'enquête première ligne en 2002, 69 % (642) ont expérimenté la BHD, 59 % (568) en ont consommé plus de dix fois au cours de leur vie et 42 % (407) au cours du mois écoulé. Parmi ces derniers, 48 % ne l'obtiennent que sur prescription médicale, 18 % hors prescription médicale et 34 % des deux manières.

11. Source : SIAMOIS, Institut national de veille sanitaire (InVS).

Les usagers récents de BHD rencontrés lors de l'enquête « Première ligne 2002 » sont surtout des hommes (88 %) et des 25-35 ans (53 %). L'âge moyen de début de consommation est de 27 ans et 6 mois. Un quart des personnes a commencé avant 23 ans et les trois quarts avant 32 ans. Les consommations associées au cours du mois écoulé sont : le cannabis (78 %), la cocaïne (46 %) et le crack (26 %), l'héroïne (39 %), le flunitrazépam (25 %) et les autres benzodiazépines (31 %).

En 2001, par le biais des observations du réseau des sites, quatre groupes d'usagers de buprénorphine haut dosage hors protocole médical avaient été identifiés :

- des usagers de stimulants observés dans l'espace festif qui utilisent la BHD pour la gestion de la descente ;
- des personnes très précarisées ou en errance ;
- des jeunes et des adolescents ;
- des personnes qui auraient initié leur consommation de BHD en milieu carcéral.

En 2002, outre la population classique de personnes dépendantes aux opiacés gérant le manque par un usage détourné de BHD, le réseau des sites observe à nouveau des personnes plutôt jeunes, ayant des conditions de vie précaires, qui deviennent dépendantes aux opiacés en utilisant de la BHD. Il s'agit d'une population hétérogène : errants très marginalisés ; migrants (Europe de l'Est, Maghreb) en situation très précaire ; prisonniers condamnés à de courtes peines. La consommation de BHD s'explique par sa grande disponibilité sur le marché parallèle, la modicité de son prix et ses propriétés (bien-être, analgésie). Ces dernières permettent d'affronter des conditions de vie souvent difficiles.

Parmi les 642 personnes rencontrées en 2002 dans les structures de première ligne qui ont consommé au moins une fois de la BHD au cours de leur vie, plus de neuf sur dix (92 %, 593) considèrent être ou avoir été dépendantes à au moins un produit opiacé au cours de leur vie. Parmi ces dernières, une forte minorité (16 %, 96), déclare être ou n'avoir été dépendante qu'à un seul produit opiacé au cours de sa vie. Parmi ces personnes ne déclarant une dépendance qu'à un seul produit opiacé, plus de la moitié (57 %, 55) l'impute à la buprénorphine haut dosage. La plupart (93 %, 51) le sont encore au moment de l'enquête. Parmi l'ensemble des expérimentateurs de BHD rencontrés en 2002, un peu moins d'un sur dix (9 %) déclare n'avoir été dépendant qu'à la BHD comme produit opiacé. Au cours des deux années précédentes, il avait été rapporté l'observation de personnes primo-usagers de BHD. Si les prises en charge d'usagers d'opiacés par le biais de thérapeutiques de substitution semblent bénéfiques, il existe, parmi les usagers problématiques de produits rencontrés par le biais des structures de première ligne, une sous-population de personnes uniquement dépendantes à la buprénorphine. Ce constat pose le double problème de la prévention des primo-dépendances à la BHD et de la prise en charge des personnes dans cette situation.

Dans l'espace festif techno, l'usage de BHD en descente de stimulants est observé. Il semble qu'il s'accroisse par rapport à 2001, mais demeure très minoritaire.

Ile-de-France : « *Des usages de Subutex® sont désormais observés en milieu festif, ce qui ne semblait pas exister auparavant.* »

Lille : « *Des cas de personnes issues de milieu festif consommant du Subutex® sont mis en évidence cette année. Les prises seraient plutôt ponctuelles, notamment quand il y a rien d'autre.* »

Toulouse : « *Le Subutex® semble de plus en plus évoqué par les usagers de l'espace festif techno. Bien que la consommation de BHD en free-party ou en club semble rester tout à fait marginale. Pourtant, les mélanges entre consommateurs des espaces urbains et festif techno se sont poursuivis en 2002 facilitant la diffusion du Subutex®.* »

L'observation de ces consommations de BHD dans l'espace festif semble porter essentiellement sur des personnes précarisées ou en errance. Issues de l'espace urbain, elles fréquentent les free-party ou les raves et y introduiraient leurs usages de BHD. Il s'agirait principalement de jeunes adultes de 18 à 25 ans. Dans l'espace festif, la consommation de BHD est dévalorisée du fait de son rattachement à des usagers très dépendants et plutôt marginalisés. Contrairement à l'héroïne ou au rachacha, la BHD n'est donc pas un produit spécifiquement recherché par les usagers de produits de l'espace festif techno. Sa consommation serait ainsi extrêmement minoritaire et se ferait plutôt par défaut, en cas de pénurie d'héroïne ou de rachacha. Le site de Dijon signale, toutefois, l'existence d'un petit groupe d'usagers de l'espace festif qui auraient été initiés à la BHD et en prendrait pour gérer la descente de stimulants.

Les modalités d'usage

Les sujets sous protocole buprénorphine, rencontrés dans le cadre de l'enquête OPPIDUM en 2002, consomment leur buprénorphine à 87 % par voie orale et à 7 % par voie nasale. Elle est inhalée pour 1 % d'entre eux et injectée pour 11 %. Parmi les consommateurs de buprénorphine hors protocole médical, on observe une répartition différente : voie orale (53 %), voie nasale (29 %), inhalation (6 %) et voie injectable (27 %).

Parmi les personnes enquêtées au sein des structures de première ligne, 60 % utilisent la voie orale, 48 % la voie injectable, 16 % la voie sniffée et 4 % la voie inhalée. La voie orale est plus utilisée par les personnes plus âgées et les voies injectables et sniffées par les plus jeunes (tableau 23). On peut supposer qu'un usage dans un cadre thérapeutique est plus fréquent parmi les plus âgés.

Tableau 23: Fréquence d'utilisation de voies d'administration de la BHD au cours du mois écoulé, en 2002, parmi les participants à l'enquête « première ligne 2002 », selon le groupe d'âge

	= < 25 ans	26-35	> 35	Total
Orale	56 % (43)	61 % (129)	66 % (78)	61 % (250)
Injection	53 % (41)	47 % (99)	40 % (48)	46 % (188)
Sniff	26 % (20)	18 % (38)	8 % (10)	17 % (68)
Inhalation	5 % (4)	1 % (2)	8 % (10)	4 % (16)
Total	100 % (77)	100 % (211)	100 % (119)	100 % (407)

NB: le total des pourcentages des différentes voies d'administration est supérieur à 100 car chaque personne peut utiliser plusieurs modes d'administration.

Données et exploitation: TREND/OFDT

Globalement, on observe des évolutions importantes par rapport à l'enquête bas seuil de 2001. La part de la voie orale croît de 24 points (37 % en 2001) et la voie injectable diminue de 18 points (64 % en 2001). S'il est difficile de faire la part du poids respectif de modifications des populations enquêtées et de modifications de comportement des usagers dans ces changements, ceux-ci s'intègrent dans la dynamique générale de diminution de l'injection comme voie d'administration.

Les modalités d'usage de la BHD varient selon son mode d'obtention. Le recours à la voie orale domine chez les personnes utilisant, de manière exclusive ou non, le médecin pour obtenir cette substance. Les personnes l'obtenant hors prescription s'injectent, sniffent et fument plus fréquemment la BHD que celles l'acquérant, tout ou partie, par prescription (tableau 24). Les personnes ayant un mode d'approvisionnement mixte ont des modalités d'usage peu différentes de celles n'ayant recours qu'à la prescription.

La fréquence d'utilisation de la BHD par les personnes rencontrées au sein des structures de première ligne (tableau 25) est principalement quotidienne (83 %) et l'est encore plus pour les personnes obtenant la BHD par prescription (89 %).

Dans l'espace urbain la situation est contrastée selon les sites. Certains rapportent un développement du sniff (Bordeaux, Ile-de-France); d'autres notent au contraire une augmentation de l'injection (Marseille, Metz). Toutefois, la plupart n'observent pas d'évolution notable du mode d'usage de la BHD.

L'injection reste, le mode d'utilisation de la BHD le plus rapporté par les observateurs parmi les usagers problématiques de drogues observables dans l'espace urbain. Il s'agirait essentiellement d'une population composée d'anciens héroïnomanes, qui prennent du Subutex® en injection. Quand cette population a recours au sniff, il s'agit le plus souvent d'un pis-aller, notamment pour les injecteurs dont le capital veineux est fortement détérioré. De fait, la plupart (92 %, 173) des injecteurs

Tableau 24: Fréquence d'utilisation de voies d'administration de la BHD au cours du mois écoulé, en 2002, parmi les participants à l'enquête « première ligne 2002 », selon le mode d'obtention de la BHD

	Prescription	Prescription et hors prescription	Hors prescription	Total
Orale	62 % (108)	69 % (85)	38 % (25)	60 % (218)
Injection	47 % (81)	49 % (60)	51 % (33)	48 % (174)
Sniff	10 % (18)	17 % (21)	28 % (18)	16 % (57)
Inhalation	3 % (6)	2 % (3)	9 % (6)	4 % (15)
Total	100 % (173)	100 % (123)	100 % (65)	100 % (361)

NB: le total des pourcentages des différentes voies d'administration est supérieur à 100, car chaque personne peut utiliser plusieurs modes d'administration.

Données et exploitation: TREND/OFDT

Tableau 25: Fréquence d'utilisation de la BHD au cours du mois écoulé, en 2002, parmi les participants à l'enquête « première ligne 2002 », selon le mode d'obtention de la BHD

	Prescription	Prescription et hors prescription	Hors prescription	Total
Quotidienne	89 % (154)	89 % (110)	58 % (38)	83 % (302)
Hebdomadaire	9 % (15)	8 % (10)	22 % (14)	11 % (39)
Mensuelle	2 % (4)	2 % (3)	20 % (13)	6 % (20)
Total	100 % (173)	100 % (123)	100 % (65)	100 % (361)

NB: le total des pourcentages des différentes voies d'administration est supérieur à 100, car chaque personne peut utiliser plusieurs modes d'administration.

Données et exploitation: TREND/OFDT

teurs de BHD rencontrés lors de l'enquête bas seuil 2002 ont utilisé de l'héroïne plus de dix fois dans leur vie et 85 % (160) déclarent une dépendance passée ou présente à l'héroïne.

Quant au sniff de BHD dans l'espace urbain, il semble être un mode d'administration privilégié notamment par de jeunes primo-usagers. De fait, dans l'enquête bas seuil, le sniff est plus fréquemment pratiqué par les plus jeunes (26 % des moins de 26 ans). Ce constat va dans le sens des évolutions observées en 2001: recul des pratiques d'injection lié notamment à la prise de conscience des risques attachés à ce mode d'administration. Cependant, une partie de ces personnes évoluerait vers le mode injectable du fait des effets plus intenses obtenus.

Bordeaux : « Les jeunes usagers (globalement de moins de 25 ans) qui n'ont jamais pratiqué l'injection, utilisent le sniff en alternance avec le sublingual afin de potentialiser les effets. »

Lille : « La consommation de Subutex®, sans être usagers d'opiacés, identifiée en 2001, chez les jeunes (15-20 ans) en grande difficulté reste une pratique répandue [...] Le sniff reste le mode d'usage privilégié, mais la prise en fumette et l'injection existent sans que les personnes soient passées par l'héroïne auparavant. »

Marseille : « Chez les consommateurs les plus jeunes, n'ayant pas forcément connu l'héroïne, il semble que le Subutex® soit plus sniffé et/ou fumé qu'injecté, même si certains passent à l'injection. »

Les conséquences observables

La plupart des sites rapportent, comme l'année dernière, une prédominance des problèmes de santé consécutifs à la pratique de l'injection (abcès, kystes) de la BHD. Le « syndrome de Popeye » (gonflement des avant-bras) et le phénomène des « gants de boxe » (gonflement des mains) liés aux injections à répétition, sont les deux pathologies les plus rapportées. Deux sites notent, cependant, une tendance à la diminution de ce type de pathologie. L'explication résiderait notamment dans la prise de conscience par les usagers injecteurs de la nécessité d'un meilleur filtrage du produit.

Bordeaux : « Bien qu'en terme de pratiques de consommation chez les usagers des lieux bas seuil, l'injection apparaît constante, les équipes signalent une diminution des consultations pour les problèmes d'abcès ou de manifestations septiques locales. »

Lyon : « Nos collaborateurs de Pause Diabolo [une structure bas seuil (ndr)] affirment également ne pas avoir constaté de nouvelles formes de préparation ou de nouveaux modes d'administration. Par contre, ils font état d'une légère tendance, chez leurs usagers consommant le Subutex® en mésusage, à prendre davantage de précautions au niveau du filtrage du produit. Cette possible prise de conscience minimiserait les risques de dommages veineux. En tout cas, globalement et par rapport à 2001, les membres de cette association ont vérifié une diminution du nombre d'abcès liés à l'injection de Subutex®. »

Parmi les personnes consommant de la BHD au cours du mois écoulé, 59 % se déclarent en bonne ou excellente santé physique, 36 % en mauvaise santé physique et 5 % en très mauvaise santé physique. Parmi les personnes utilisant la voie injectable pour consommer de la BHD (188), 41 % (78) ont eu des difficultés à s'injecter au cours du mois écoulé, 29 % (55) déclarent avoir souffert d'hématomes, 22 % (41) d'abcès, 18 % (33) de thromboses, 14 % (26) de « poussières ».

Les perceptions de la buprénorphine haut dosage en 2002

À l'exception des usagers qui l'utilisent dans le cadre d'un protocole médical, il semble qu'une majorité continue à avoir une perception négative du produit. Deux facteurs y concourent : d'une part, les effets de la BHD, dont beaucoup d'usagers soulignent le fort potentiel addictif et les conséquences néfastes qu'il entraîne sur la santé quand il est injecté, et, d'autre part, le profil d'une partie des consommateurs que l'on retrouve dans les milieux les plus marginalisés (errants, immigrés clandestins, prostituées). Le Subutex® apparaît comme un produit que l'on consomme par défaut pour s'« anesthésier » et ne pas souffrir du manque.

Dans l'espace festif, l'image de la BHD reste très dégradée. Sa consommation est associée à des usagers très marginalisés, fortement dépendants qui le consomment à défaut d'autres choses. En outre, son statut de médicament n'en fait pas un produit dont l'image est attachée à la fête.

Bordeaux : « Le Subutex® se démarque des autres produits en 2002 avant tout par la mauvaise image dont il est l'objet parmi les usagers et qui semble s'être confirmée depuis l'année dernière. [...] Au sein de l'espace urbain on note une modification des représentations de ce produit : le Subutex® semble avoir perdu son statut de "médicament" pour nombre d'usagers sans pour autant "compenser" cette perte en accédant au statut de "drogue". »

Ile-de-France : « Usagers comme non-usagers assimilent de plus en plus le Subutex® comme les "cachets" en général à la "drogue du pauvre" et les effets semblent peu appréciés. »

Lille : « L'image du Subutex® continue à se dégrader (l'héroïne du pauvre), notamment chez les usagers, étant donné qu'ils n'en voient pas le bout. »

Marseille : « Les représentations du Subutex® restent toujours très négatives que ce soit chez les consommateurs et les non-consommateurs de ce produit. "C'est un produit de merde" revient souvent, mais les usagers poursuivent leur consommation car son accès est facilité et son prix de revient peu élevé. »

Toulouse : « La perception du Subutex® se dégrade du fait des effets indésirables qu'il produit : forte dépendance, et problèmes veineux pour une partie des usagers de première ligne. La BHD reste "la drogue du pauvre", la drogue "payée par l'État". [...] Le Subutex® est considéré par les usagers que l'on rencontre dans la rue comme une "mauvaise drogue que l'on trouve partout et qu'il est très difficile d'arrêter". »

Lyon : « Se dégrade parmi les usagers substitués ; pas de notion de plaisir du produit, persistance de pratiques compulsives d'injection ; dégradation du capital veineux ; produit vécu comme insécurisant et non thérapeutique "mon médecin c'est mon dealer". »

Alors qu'en 2001, dans les magazines destinés aux jeunes adultes de la « veille média », aucune référence à la buprénorphine haut dosage n'avait pu être identi-

fiée, cette année, celle-ci apparaît à plusieurs reprises¹². L'image de ce médicament véhiculée par ces articles semble concordante aux représentations des usagers des espaces urbain et festif. La tonalité générale est plutôt négative. Le Subutex® apparaît comme un produit très présent sur le marché parallèle, faisant l'objet d'un détournement des modalités d'usage prévues avec notamment le recours à l'injection. Par ailleurs, le médicament est associé à l'institution médicale, souvent considérée comme synonyme d'une forme de contrôle social, renvoyant à des usagers fortement dépendants, très éloignés d'un usage « festif » de produit.

CARACTÉRISTIQUES DE LA BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE EN 2002

Accessibilité et disponibilité

Il semble aujourd'hui que la BHD ait atteint un tel niveau de diffusion que l'estimation de l'évolution de son accessibilité et de sa disponibilité d'une année sur l'autre devient relativement difficile.

La plupart des sites notent tout de même une augmentation de la présence de Subutex® sur le marché parallèle dans la continuité des années précédentes. Pour les autres, la situation est stable.

Guyane : « *Sur Cayenne, bien que l'usage soit encore marginal, la disponibilité est de plus en plus grande et on note une augmentation de la demande, aussi bien au niveau des soins qu'à l'extérieur dans les rues.* »

Ile-de-France : « *Une disponibilité plutôt en hausse. Les usagers ont toujours la même facilité pour se procurer du Subutex® dans la rue et auprès des médecins généralistes.* »

Lille : « *“Ça foisonne”, “y en a partout”, le Subutex® est ainsi très disponible sur le marché noir : les lieux de deal ou d'échanges se multiplient, les boîtes vides sont davantage visibles en extérieur, la vente se fait souvent à la plaquette et moins au cachet.* »

Marseille : « *Poursuite de la diffusion massive du Subutex® et de la cocaïne, fréquence des injections qui induisent une dégradation de l'état veineux des usagers et dévalorisation de l'image de ces deux produits.* »

La Réunion : « *Encore inconnu sur l'île il y a deux ans, le Subutex® a fait son apparition progressive sur le marché en 2001.* »

Lyon : « *Disponibilité en légère hausse. Les usagers affirment qu'il y en a partout et de plus en plus d'année en année.* »

Rennes : « *La consommation de Subutex® hors protocole médical est très présente sur le site.* »

La BHD est un produit très accessible du fait que l'on peut l'acquérir aussi bien sur prescription médicale que dans la rue, la plupart des sites rapportant l'existence de scènes ouvertes où vendeurs et usagers peuvent se rencontrer aisément. Son obtention ne nécessite donc pas le recours à des réseaux ou à des connaissances particuliers. La vitalité du marché parallèle de BHD s'explique par plusieurs facteurs.

Une demande soutenue par :

- l'existence d'une population très marginalisée, notamment les migrants, qui n'a pas ou ne souhaite pas avoir accès au système de soins,
- l'existence de personnes insatisfaites par le dosage de leur traitement, qui s'approvisionnent dans la rue pour le compléter.

Une offre développée du fait :

- du caractère souvent impécunieux de la population en traitement, laquelle a tendance à revendre une partie de son traitement soit dans le but d'améliorer l'ordinaire soit dans le but de se procurer d'autres substances,
- de la facilité d'obtenir une prescription de Subutex® par le biais de certains médecins.

Au second semestre, parmi les 550 collectes SINTES effectuées par le réseau sociosanitaire, la disponibilité de médicaments sur le lieu de collecte est signalée 49 fois. Il s'agit en tout premier lieu de Subutex®, cité 18 fois. Par ailleurs, quinze usagers déclarent consommer des médicaments en association avec le produit collecté. Le Subutex® est cité par plus des deux tiers d'entre eux soit onze usagers (les autres médicaments consommés par ces personnes étant le Valium®, le Tranxène®, le Rohypnol® et le Skenan®). En 2002, 6 échantillons recueillis par SINTES contenaient de la buprénorphine : 3 saisies des douanes et de la police réalisées au premier semestre, puis 3 collectes sociosanitaires effectuées au cours du second semestre en Aquitaine et en Ile-de-France. Les produits collectés se présentaient sous forme de poudre (2 échantillons) et d'un comprimé. Les usagers des poudres étaient deux hommes âgés de 21-25 ans qui consommaient par inhalation pour l'un et par injection pour l'autre. Un des consommateurs pensait qu'il s'agissait de poudre de MDMA. Le contenu supposé pour les deux autres usagers était inconnu.

La disponibilité croissante de la BHD se traduit par des prix du comprimé de 8 mg de Subutex® au marché noir souvent très modique. Il va de 1,5 euros (Paris et Seine-Saint-Denis) à 10 (Dijon). Le prix médian (métropole et DOM) est de 3,3 euros. L'achat par plaquette de sept comprimés permet, bien sûr, une diminution du coût unitaire.

12. Technikart, mars 2002 et Max, mai 2002.

Tableau 26: Prix moyen, en euros, d'un comprimé de 8 mg de Subutex® dans l'espace urbain en 2000, 2001 et 2002 selon les sites TREND

Sites	2000	2001	2002	Évolution 2000-2002
Bordeaux	8,4	5,3	2,5	- 70 %
Dijon	12,2	8,4	10	- 18 %
Lille	4,6	4,0	2,5	- 46 %
Lyon	6,1	3,1	5	- 18 %
Marseille	4,6	3,7	7,5	+ 63 %
Metz	7,6	4,0	3	- 61 %
Paris	2,7	1,8	1,5	- 44 %
Rennes	1,5	3,1	3	+ 50 %
Seine-Saint-Denis	7,6	3,1	1,5	- 80 %
Toulouse	6,9	3,1	3,5	- 49 %
Guyane	-	7,6	4	-
Martinique	-	-	-	-
La Réunion	-	7,6	4	-
Médiane	6,5	3,8	3,3	- 49 %

Données et exploitation: TREND/OFD

L'évolution au cours des trois dernières années varie selon les sites. Globalement, la tendance est nettement à une diminution. Entre 2000 et 2002, le prix diminue dans huit sites et augmente dans deux sites. Au cours de cette période, le prix médian en France diminue de 49 %.

LA MÉTHADONE

La méthadone est une molécule agoniste des récepteurs opiacés disposant d'une autorisation de mise sur le marché pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. À partir des données SIAMOIS et DGS on estime qu'au milieu de l'année 2002, environ 13 500 personnes étaient sous traitement substitutif par la méthadone à raison de 65 mg par jour. Cela correspondrait à une croissance du nombre de patients de près de 40 % par rapport à la mi 2001.

LES USAGERS DE MÉTHADONE EN 2002

Les usagers

Parmi les personnes rencontrées par des structures de soins sanitaires et sociales (OPPIDUM) en 2002, 1 178 (35 %) ont consommé de la méthadone au cours de la semaine écoulée dont 98 % dans le cadre d'un protocole médical. Elles représentent 45 % des personnes sous protocole médical de substitution contre 46 % en 2001. Parmi les 1 141 patients sous méthadone rencontrés en 2002 dans le cadre de l'enquête OPPIDUM, 22 % consomment des benzodiazépines, 13 % de l'héroïne, 9 % des antidépresseurs et 10 % de la cocaïne. Trois sujets utilisent la méthadone par voie intraveineuse, mais 9 % sont des usagers de drogues par voie intraveineuse.

Parmi les personnes rencontrées en 2002 au cours de l'enquête « Première ligne » de TREND, 17 % (163) ont consommé de la méthadone au cours du mois écoulé. Trois fois sur quatre ce sont des hommes. Il s'agit d'une population plus âgée que la moyenne, un tiers a plus de 35 ans et 86 % plus de 25 ans. Au cours du mois écoulé, 52 % ont utilisé de la cocaïne et 25 % du crack, 51 % de l'héroïne, 44 % des benzodiazépines, 25 % de la BHD et 18 % des sulfates de morphine.

Les modalités d'usage

Le site de Lille signale un développement du sniff de méthadone belge, prescrite sous la forme de gélules. Selon les autres sites, il ne semble pas qu'il existe de modalités d'usage autres que celles prévues par le protocole thérapeutique.

Parmi les personnes rencontrées sur les structures bas seuil en 2002, toutes, à l'exception d'une, l'ont consommé par voie orale. Une grande majorité (80 %) en a un usage quotidien.

Les perceptions de la méthadone en 2002

Les perceptions de la méthadone par les usagers sont diverses. D'un côté, les usagers hors protocole médical de BHD qui souffrent de dommages liés à son usage et qui en ressentent une certaine lassitude expriment une perception de tonalité positive. La méthadone est perçue comme une porte de sortie à la dépendance et aux dommages liés à la BHD. Par ailleurs, chez les non-usagers de BHD, la méthadone apparaît comme un produit engendrant une forte dépendance. Enfin, les protocoles associés de prises en charge sont perçus comme lourds et l'accès à la méthadone complexe, ce qui la rend réservée à des sujets très dépendants des opiacés.

Paris: « Il y a une perception négative de la méthadone chez les jeunes, du fait de la dépendance que le produit entraîne, alors que la perception est plutôt positive pour ce qui est du Subutex®. »

Marseille: « La méthadone a une mauvaise image, celle d'un produit dont on n'arrive pas à se séparer. Peu ont envie de faire la démarche pour y accéder en raison: d'un cadre de prescription trop drastique, de rentrer dans un "programme pour drogués", synonyme de stigmatisation de l'état dans lequel le produit "te met" (sudation, piquage de nez). Produit perçu comme dangereux, pouvant entraîner des surdoses. »

Bordeaux: « La méthadone accroche plus que le Subutex®. [...] Traitement quasi inaccessible, trop compliqué. »

CARACTÉRISTIQUES DE LA MÉTHADONE EN 2002

Accessibilité et disponibilité

Deux sites, Bordeaux et Metz, signalent le développement d'un usage de méthadone en dehors du protocole médical. Cependant, ce phénomène reste très marginal. Les autres sites notent dans l'ensemble un respect des règles de prescription et la quasi inexistence d'un trafic de rue. Ce constat est lié à une amélioration constante de l'accessibilité de la méthadone dans le cadre médical prévu du fait de l'augmentation des places disponibles. À Lille, où, du fait de la proximité de la Belgique, existait un trafic de méthadone sous forme de gélules, l'arrestation d'un médecin par les autorités belges qui accueillait une file active importante de patients français a tari une des sources du marché parallèle.

Bordeaux: « Bien que signalée comme anecdotique en 2001, la disponibilité de la méthadone dans la rue semble être accrue courant 2002 :

- d'une part les usagers disent pouvoir en trouver dans la rue sous l'appellation unique "métha";

- d'autre part, notons que même si la méthadone est effectivement signalée comme plus présente cette année que l'année dernière, c'est un phénomène limité: "il ne s'agit pas de flambée";

- enfin, le groupe focal répressif a indiqué pour la première fois une saisie de 50 flacons de méthadone dans le courant de l'année. »

Metz: « L'usage de méthadone en dehors d'un contexte de prise en charge semble être en légère progression en 2002 par rapport à l'année précédente sur le site de Metz. Ce jugement se fonde, en partie, sur celui de la progression du nombre de demandes de régularisation de traitement dans le cadre d'un protocole de substitution par des consommateurs du produit détourné de sa finalité médicale. »

LES SULFATES DE MORPHINE

Le sulfate de morphine est une molécule agoniste opioïde pur des récepteurs opiacés de type μ disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits analgésiques. Il est disponible sous forme à action brève et sous forme à action prolongée (Moscontin LP® et Skenan LP®). Bien que ne disposant pas d'AMM pour cette indication, les présentations d'action prolongée sont parfois utilisées comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, s'appuyant sur une note d'information de la DGS de juin 1996. On ne dispose pas d'estimation fiable du nombre de personnes ayant recours à cette molécule comme traitement de substitution en 2002.

LES USAGERS DE SULFATE DE MORPHINE EN 2002

Les usagers

Parmi les personnes rencontrées par des structures de soins sanitaires et sociales (OPPIDUM) en 2002, 69 (2 %) ont consommé des médicaments psychotropes opiacés autres que la buprénorphine, la méthadone ou la codéine au cours de la semaine écoulée. Parmi celles-ci, 33 ont pris du Moscontin® ou du Skenan® dans le cadre d'un protocole médical, soit 1 % des personnes sous protocole médical de substitution.

Parmi les personnes rencontrées au cours de l'enquête « Première ligne » de TREND, 9 % (91) ont consommé des sulfates de morphine au cours du mois écoulé. Il s'agit d'hommes dans près des trois quarts des cas (78 %). Cette population est sensiblement plus jeune que la moyenne, plus d'un quart (29 %) a moins de 25 ans et 82 % ont moins de 35 ans. Au cours du mois écoulé, 62 % ont utilisé de la cocaïne, 28 % du crack, 54 % des benzodiazépines, 41 % de l'héroïne, 40 % de la BHD et 32 % de la méthadone.

Selon le réseau des sites, on peut distinguer deux groupes de consommateurs de sulfates de morphine au sein de l'espace urbain :

- des usagers ou ex-usagers d'héroïne expérimentés qui en consomment dans le cadre d'une substitution à leur consommation d'héroïne et obtiennent leur traitement par le biais de prescriptions médicales,
- des usagers plus jeunes, marginalisés, de l'espace urbain, qui ont recours à des réseaux de deal particuliers, notamment des personnes disposant de surplus. Ce produit semble peu disponible sur le marché parallèle.

De fait, l'approvisionnement par prescription médicale uniquement semble plus fréquent chez les plus de 30 ans (59 %, n = 16) que chez les 30 ans et moins (29 %, n = 12)

Les modalités d'usage

La fréquence d'usage est essentiellement quotidienne (62 %, n = 56) parmi les usagers de structures bas seuil. L'injection est le mode d'administration le plus fréquent (80 %) et ce, quel que soit le groupe d'âge. La voie orale concerne 15 % des personnes.

Les perceptions des sulfates de morphine en 2002

L'image du Skenan LP® est ambivalente. D'un côté, certains usagers considèrent qu'il s'agit d'un bien meilleur produit que le Subutex®. Une sorte de « Rolls-Royce » de la substitution puisqu'il procure des effets agréables et soulage les douleurs de manière très efficace. Pour certains, le fait qu'il soit facilement injectable, grâce à sa présentation en gélule, et qu'il procure des effets recherchés de défonce et de flash est un attrait. Enfin, pour d'autres, le potentiel addictif et le syndrome de manque généré par ce produit les effraient.

CARACTÉRISTIQUES DES SULFATES DE MORPHINE EN 2002

Accessibilité et disponibilité

La disponibilité des sulfates de morphine est variable selon les sites et les moments. Il semble en effet que celle-ci varie en fonction de réalités locales et notamment de l'existence de médecins qui acceptent de les prescrire. Ainsi, des sites (Rennes, Bordeaux) rapportent une certaine présence des sulfates de morphine et d'autres constatent leur quasi disparition du paysage de la consommation des substances illicites.

Rennes : « La consommation de Skenan®, déjà évoquée sur le site depuis plusieurs années semble encore plus importante cette année. Les professionnels présents évoquent "un usage immodéré" voire une "institutionnalisation" de la consommation de Skenan®. Si une baisse de la consommation a été notée en période estivale, cela correspond à la période de congé des médecins prescripteurs. »

De fait, le trafic de rue de sulfates de morphine a quasiment disparu. Le seul moyen de s'en procurer est de passer par un médecin prescripteur ou de connaître une personne qui dispose de surplus.

LA CODÉINE

La codéine est un alcaloïde de l'opium et un dérivé semi-synthétique de la morphine (méthyl-morphine). En médecine, elle est utilisée comme analgésique, soit seul (Dicodin®, Codenfan®) soit combiné à d'autres molécules (par exemple : Codoliprane®) ou comme antitussif (par exemple : Néo-Codion®). La possibilité de vente de certaines de ces spécialités sans ordonnance permet un accès aisé à une molécule utilisée par certains comme substitution à l'héroïne.

LES USAGERS DE CODÉINE EN 2002

Les usagers

Dans l'enquête OPPIDUM 2002 seules 50 personnes (1 %) déclarent une consommation de codéine au cours de la semaine écoulée. Parmi les usagers rencontrés au cours de l'enquête TREND « Première ligne 2002 », ils sont 8 % (78) à reconnaître un usage de codéine au cours du mois écoulé. Près des trois quarts (73 %) sont des hommes. Ces personnes sont plutôt jeunes, près d'un quart a moins de 25 ans (26 %) et 77 % ont moins de 35 ans. L'âge moyen de début de consommation est de 20 ans et 5 mois.

En 2002, le réseau des sites n'a pas identifié de nouveaux groupes de consommateurs. Les deux principaux groupes de l'espace urbain sont soit d'anciens héroïnomanes, plutôt âgés, intégrés dans la société, qui prennent du Néo-Codion® dans le cadre d'une autosubstitution, soit des usagers très marginalisés qui l'utilisent faute d'héroïne ou de Subutex®.

Pour ce qui concerne l'espace festif, seul le site de Paris mentionne un usage de Néo-Codion®, dans l'optique de réguler la prise de stimulants.

Ile-de-France : « Comme pour d'autres opiacés, il a été rencontré dans le nord parisien un public nouveau d'usagers consommant en milieux festifs pour gérer la descente des produits stimulants. »

Par ailleurs, le magazine *Technikart* consacre un dossier au Néo-Codion® dans sa livraison de mars 2002. Il y est évoqué l'usage détourné de l'antitussif à des fins de régulation de la prise de stimulants.

Veille média : « Une nouvelle population s'est d'ailleurs réappropriée le produit. Les teufeurs, déjà rompus à la pratique du rachacha, ont très bien compris l'aide précieuse que pouvait leur fournir un opiacé en période de descente de speed ou d'ecstasy. Jean-Marc Eidel, médecin à l'association Charonne, les voit souvent débarquer : "Ce sont des cachetonneurs, des gobeurs : normal qu'ils prennent du Néo-Codion® en fin d'after ou bien qu'ils s'envoient un petit rail d'héro. Parfois, ils mélangent la codéine avec l'Artane® [...] » (Technikart, mars 2002).

Ces deux sources d'information portent sur des pratiques observées jusqu'à présent uniquement en Ile-de-France et qui semblent peu fréquentes.

Les modalités d'usage

Comme en 2001, parmi les usagers de codéine des structures de première ligne, plus de 9 sur 10 déclarent l'utiliser par voie orale. Dix pour cents (7) déclarent pratiquer l'injection et 4 % (3) le sniff. Parmi les usagers de structures de première ligne ayant consommé de la codéine au cours du dernier mois, un quart (26 %, n = 20) en a eu un usage au moins mensuel, 44 % (n = 34) au moins hebdomadaire et 31 % (n = 24) au moins quotidien.

Les perceptions de la codéine en 2002

Le constat d'une reprise, au moins sur certains sites, d'un usage détourné du Néo-Codion® ne s'accompagne pas d'une modification sensible de la perception de ce produit. Comme les années précédentes, le médicament apparaît toujours comme un produit « ringard » destiné aux « vieux » héroïnomanes en autosubstitution ou un produit de dernier recours pour usagers désargentés. Seul un site note une amélioration de l'image du Néo-Codion®, non pour ses effets intrinsèques mais pour sa plus grande facilité d'accès comparé au Subutex®.

Ile-de-France : « Il semblerait cependant que le Néo-Codion® bénéficie d'une meilleure image que le Subutex®, qui est certes moins cher acheté dans la rue mais illégal hors prescription, alors que le Néo-Codion® est en accès libre. »

Cette image transparait également dans l'enquête du magazine *Technikart* mentionnée plus haut. Le Néo-Codion® y apparaît comme un produit facile d'accès, consommé par des personnes intégrées, qui peuvent gérer leur ancienne dépendance à l'héroïne sans avoir recours à l'institution médicale. Celles-ci peuvent ainsi préserver leur anonymat et échapper à la stigmatisation qui s'attache aux « drogués ». Cependant, l'antitussif apparaît là aussi comme un produit ringard, dépassé, à l'heure où certains pays européens développent des programmes de prescription médicalisée d'héroïne.

CARACTÉRISTIQUES DE LA CODÉINE EN 2002

Accessibilité et disponibilité

Depuis la mise sur le marché du Subutex®, les ventes et l'usage détourné du Néo-Codion® sont en diminution constante. Les ventes sont ainsi passées de douze millions de boîtes en 1996 à six millions en 2001.

Cependant, il semble que, contrairement aux trois années précédentes, les évolutions perçues par les sites TREND soient moins univoques. Certains sites rapportent une poursuite du déclin de l'usage de codéine à des fins de toxicomanie, mais d'autres signalent une reprise de la consommation.

Ile-de-France : « Une disponibilité à la hausse en Seine-Saint-Denis. La consommation moyenne pour un usage psychotrope du Néo-Codion® étant d'environ cinq boîtes par jour, les indicateurs de l'augmentation de cette consommation sont d'une part les demandes plus fréquentes de prescription de Néo-Codion® auprès des médecins [...], et d'autre part le nombre de boîtes vides aux alentours des pharmacies [...]. Cette plus grande visibilité des traces de consommation de Néo-Codion® concerne également les boîtes de sirop. »

Marseille : « En 2002, peu d'informations sont disponibles autour du Néo-Codion®, les associations disent rencontrer rarement des usagers de ce produit, mais, paradoxalement, ils constatent que les boîtes vides de Néo-Codion® sont toujours aussi nombreuses dans la rue et particulièrement sur les lieux de deal. »

Toulouse : « D'ailleurs, les "fameuses" boîtes vertes que nous avons pris l'habitude de voir traîner sur le sol et qui avaient progressivement disparu du paysage urbain refont une apparition en 2002. »

Il est pour le moment difficile d'expliquer les causes de ce relatif retour du Néo-Codion® sur certains sites. Un observateur du site francilien l'expliquerait par la lassitude engendrée par l'usage de Subutex®.

LE RACHACHA

À l'instar de l'année dernière, le rachacha continue de bénéficier d'une perception plutôt positive de par son mode d'administration, du fait qu'il est naturel et que les usagers le « fabriquent » eux-mêmes.

L'opium, quant à lui, est rarissime dans les deux espaces. Une consommation existe mais elle est le fait de communautés spécifiques originaires de pays (Iran, Chine) où il existe une tradition de consommation. Quelques sites rapportent des apparitions ponctuelles de ce produit dans l'espace festif techno, notamment « Trance », mais celles-ci restent exceptionnelles.

Hormis un seul site, Bordeaux, qui signale une augmentation de sa disponibilité au sein de l'espace festif, le rachacha est un produit rare, à la disponibilité épisodique. Alors que le dispositif TREND mettait en évidence une augmentation de sa disponibilité en 2001, il semble que ce ne soit plus le cas cette année. Plusieurs sites signalent une diminution de sa disponibilité.

Ile-de-France : « *En région parisienne, depuis la fin des free-party, le rachacha est toujours rare en milieu festif quel que soit le type d'événements.* »

Marseille : « *En 2001, ce produit était principalement disponible dans les événements festifs non autorisés en été. [...] En 2002, ce produit semble moins disponible [...]. L'usage de ce produit, consommé par ailleurs, a particulièrement diminué, du moins au cours des événements et manifestations techno. Nous n'avons jamais été confrontés, au cours de nos 43 interventions en 2002, à la présence de cette substance.* »

Toulouse : « *Dans l'espace festif techno, contrairement à 2001, où sa consommation était souvent évoquée, il semble que sa disponibilité sur le site ait été moins importante, ainsi que l'a noté un observateur TREND pour la période de février à mai.* »

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE SUR LES OPIACÉS

Si l'héroïne reste un produit fréquemment expérimenté (au moins dix fois : 71 %) par les usagers des structures première ligne, elle l'est beaucoup moins (31 %) au cours du mois écoulé. Parmi ces personnes, la plupart ont également utilisé de la buprénorphine ou de la méthadone. Au sein de l'espace festif techno, l'observation de régulation d'usage de stimulants à l'aide d'opiacés existe mais reste cantonnée à une sous-population de taille restreinte. L'héroïne demeure, à l'instar des années précédentes, un produit peu disponible et peu accessible. Même si certains sites du dispositif TREND signalent une augmentation de la disponibilité de l'héroïne dans la rue, celle-ci demeure le plus souvent très sporadique. L'obtention de cette substance passe, la plupart du temps, par des intermédiaires ayant recours à la vente à domicile. En 2002, deux faits importants se confirment dans la continuité de l'année précédente. D'une part, avec le développement du sniff et de l'inhalation (chasse au dragon) dans les deux espaces ; d'autre part, l'amélioration de l'image de l'héroïne, notamment parmi certains usagers de l'espace urbain. Dans l'espace festif, la perception de l'héroïne semble aussi s'améliorer du fait du développement de modes d'usage (sniff, inhalation) moins stigmatisés que l'injection et de la présence de produits tels que la kétamine, qui apparaissent comme beaucoup plus dangereux.

La buprénorphine haut dosage est, en 2002, le traitement de substitution aux opiacés le plus utilisé en France. Il s'agit également d'une molécule ayant une disponibilité et une accessibilité très élevées sur le marché parallèle, son prix médian (3,3 euros le comprimé de 8 mg) continue de diminuer en 2002. Parmi les structures de soins enquêtées par OPPIDUM la presque totalité des personnes consommant de la BHD le font dans le cadre d'un protocole médical. Au sein des structures de première ligne coexistent différents types d'usage et différentes sous-populations d'usagers de BHD. Si la voie d'administration la plus fréquente est la voie orale (61 %), l'injection concerne près d'une personne sur deux (46 %) et le sniff près d'une sur six (17 %). On constate l'existence de populations hétérogènes (personnes précarisées, migrants, ex-prisonniers) qui recherchent cette substance du fait de sa facilité d'accès, de la modicité de son prix et de ses effets sédatifs qui permettent de supporter des conditions de vie difficiles. Il existe également des personnes n'ayant jamais été dépendantes d'autres opiacés qui se déclarent dépendantes à la BHD.

Le nombre estimé de personnes traitées par méthadone (13 500, SIAMOIS) en France aurait augmenté de 40 % entre 2001 et 2002. Parmi les personnes rencontrées par des structures de soins sanitaires et sociales (OPPIDUM) en 2002, 35 % ont consommé de la méthadone dont 98 % dans le cadre d'un protocole médical. Parmi les usagers des structures de première ligne (TREND), 17 % ont consommé de la méthadone au cours du mois écoulé dont 80 % quotidien-

nement. Le mésusage, s'il existe, apparaît marginal. Les perceptions de ce produit sont à double tonalité, d'une part il s'agit d'une porte de sortie de la dépendance à l'héroïne, d'autre part d'un produit synonyme de dépendance majeure.

Les sulfates de morphine (Skenan LP®, Moscontin LP®) sont des produits d'usage peu fréquents, tant dans OPPIDUM (2 %) que parmi les usagers de l'enquête première ligne TREND (9 %). Pour ces derniers, la fréquence d'usage est généralement quotidienne (62 %) et la voie d'administration dominante l'injection (80 %). L'image qu'ont les usagers de ce produit est plutôt bonne. L'accessibilité et la disponibilité semblent sujettes à une grande variabilité.

Les codéinés sont des produits d'usage peu fréquents, tant dans OPPIDUM (1 %) que dans l'enquête première ligne TREND (8 %). Parmi les usagers rencontrés par TREND, il s'agit soit d'anciens héroïnomanes s'autosubstituant, soit de personnes très marginales. Le mésusage de codéine semble diminuer depuis quelques années. L'image de ce produit reste celle d'un produit « ringard » destiné aux vieux toxicomanes.

L'USAGE DE STIMULANTS

L'USAGE EN POPULATION GÉNÉRALE

La cocaïne

En 2002, le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois au cours de la vie) de la cocaïne en population générale est le plus élevé parmi les produits illécites stimulants. Il s'élève à 19 pour mille chez les personnes de 15 à 75 ans. On observe une fréquence plus élevée au sein des plus jeunes générations, puisqu'elle est de 30 pour mille chez les 15-34 ans et de 13 pour mille chez les 35-75 ans. (a)

En 2002, parmi les jeunes âgés de 17 ans participant à la Journée d'appel de préparation à la défense, l'expérimentation de cocaïne concerne 22 garçons pour mille et 9 filles pour mille. Chez les garçons ce taux a augmenté significativement par rapport à ESCAPAD 2000 (13 pour mille). En 2002, l'expérimentation de forme basée de cocaïne (crack) concerne 10 garçons sur mille et 4 filles sur mille (b).

L'ecstasy

L'ecstasy est un produit globalement peu expérimenté (11 pour mille personnes de 15 à 75 ans) en 2002 en France. Le niveau d'expérimentation est nettement plus élevé chez les jeunes adultes (19 pour mille personnes de 15 à 34 ans) que chez les plus âgés (2 pour mille personnes de 35 à 75 ans) (a).

Les données issues d'ESCAPAD en 2002 montrent que parmi les jeunes âgés de 17 ans participant à la Journée d'appel à la défense, 29 filles sur mille et 50 garçons sur mille déclarent avoir consommé de l'ecstasy au moins une fois au cours de leur vie. Par rapport à l'enquête de l'année 2000 ces taux ont augmenté, tant chez les filles (14 pour mille) que chez les garçons (28 pour mille) (b).

Les amphétamines

La fréquence de l'expérimentation d'amphétamines en population générale en 2002 est faible (4 pour mille personnes de 15 à 75 ans) Elle est plus élevée chez les 35-75 ans (6 pour mille) que chez les 15-34 ans (1 pour mille) (a).

Chez les jeunes de 17 ans, l'expérimentation est de 13 pour mille chez les filles et de 26 pour mille chez les garçons. On observe une augmentation par rapport aux résultats de l'an 2000 (6 pour mille chez les filles et 14 pour mille chez les garçons) (b).

USAGERS DE STIMULANTS ET PRISE EN CHARGE POUR DES PROBLÈMES SANITAIRES

Entre 1998 et 2001, la part des stimulants comme produits à l'origine de la prise en charge d'un nouveau patient dans les CSST (Centres de soins spécialisés pour toxicomanes) est passée de 8,9 % à 10,5 %. Pour la cocaïne, elle est passée de 5,7 % à 6,6 %; pour l'amphétamine de 2,3 % à 2,5 %; et pour l'ecstasy de 0,9 % à 1,4 % (c). Si la fréquence des stimulants comme motif de prise en charge augmente, ils n'en restent pas moins des produits peu fréquents (c).

MORTALITÉ

En 2002, 12 cas de décès par cocaïne ont été enregistrés par les services de police contre 10 en 2001. Dans deux cas, la cocaïne avait été prise en association avec de la buprénorphine haut dosage (d).

En 2002, les cas de décès de surdose par amphétamines recensés par les services de police sont passés de 8 à 2 dont 1 en association avec un mélange Subutex®, Skenan®, alcool (d).

SAISIES ET ARRESTATIONS POUR USAGE SIMPLE

Entre 1998 et 2002, les interpellations pour usage simple de cocaïne ou de crack fluctuent, restant toujours au-dessus de 2 000 personnes et concernent 2 430 personnes en 2002 (3,0 % des interpellations pour usage simple) dont 1 576 usagers de cocaïne et 854 usagers de crack.

Les interpellations pour usage simple d'ecstasy passent de 766 personnes en 1998 à 1 384 en 2002 (1,7 % des interpellations pour usage simple). Depuis l'année 2000, il y a plus de 1 300 interpellations par an pour ce motif.

Les interpellations pour usage simple d'amphétamine sont peu fréquentes. Elles diminuent de 1998 (162 personnes) à 2001 (86) pour remonter légèrement en 2002 (95 personnes soit 0,1 % des interpellations pour usage simple).

En 2002, 3 650 kg de cocaïne et 7 kg de crack ont été saisis en France par les services de police. S'agissant de l'ecstasy, 2 156 937 doses de cette substance ont été saisis en 2002. Les quantités saisis sont fluctuantes au cours des dernières années (d).

(a) BECK (F.), LEGLEYE (S.) et PERETTI-WATEL (P.), *Penser les drogues : perception des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes* (EROPP), 2002, Paris, OFDT, 228 p.

(b) BECK (F.), LEGLEYE (S.), *Usages de drogues et contextes d'usage à la fin de l'adolescence, évolutions récentes : ESCAPAD 2002*, Paris, OFDT, (à paraître en 2003).

(c) Analyse des rapports d'activité types des CSST, DGS/OFD, 2002.

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

LA COCAÏNE ET LE CRACK

LES USAGERS DE COCAÏNE ET/OU DE CRACK EN 2002

Les usagers

La cocaïne sous sa forme poudre (chlorhydrate de cocaïne) et sous sa forme base (crack, free-base) est un produit de diffusion conséquente chez les usagers. Parmi les personnes rencontrées par OPPIDUM en 2002, 9 % déclarent en avoir consommé (quelle que soit sa forme) au cours de la semaine écoulée. Parmi les usagers de structures de première ligne rencontrés par TREND en 2002, 69 % (669) ont consommé de la cocaïne au moins dix fois dans leur vie et 39 % (375) du crack/free-base. Plus de la moitié des personnes (55 %) déclarent avoir utilisé de la cocaïne (42 % de la cocaïne) ou du crack (26 % du crack ou du free-base) au cours du mois écoulé. Il s'agit du produit stimulant le plus utilisé par ces personnes. Au sein de l'espace festif techno, on ne dispose pas d'estimations chiffrées, toutefois, il semble que la cocaïne soit aisément observée et souvent utilisée, mais probablement moins que l'ecstasy.

Selon le réseau des sites, la consommation de cocaïne s'étend à des réseaux sociaux diversifiés. La diffusion de l'usage de la cocaïne, déjà signalée dans les rapports TREND des années précédentes, poursuit sa progression en 2002. Elle touche des réseaux sociaux non connectés entre eux, ce qui témoigne d'un degré de diffusion important. Parmi les profils de consommateurs mis en exergue dans les rapports de site, on trouve d'anciens usagers d'héroïne, des personnes sous traitement de substitution, des participants aux événements festifs techno ou autres, des personnes bien intégrées et d'autres très marginalisées.

Ile-de-France: « Le recrutement des consommateurs de cocaïne s'étend à une nouvelle population: des jeunes (20-25 ans) socialement et économiquement insérés qui consommeraient le produit dans le cadre d'une pratique festive de fin de semaine ou d'une recherche de dopant dans l'espace professionnel. En milieu festif, les observateurs signalent aussi une plus grande visibilité qu'auparavant des femmes consommatrices de cocaïne. »

Metz: « L'échelle d'âges des consommateurs de cocaïne en milieu festif s'est élargie aux deux extrémités: forte augmentation de la consommation chez les jeunes (16-20 ans) ainsi qu'auprès des 30-40 ans. »

Rennes : « La popularité de ce produit, qui date de plusieurs années, a amené un rajeunissement des consommateurs. »

Toulouse : « C'est, après le cannabis, le produit illicite le plus consommé dans toutes les catégories d'usagers. Des publics les plus marginalisés en errance urbaine, aux plus huppés des Toulousains fréquentant les clubs les plus "select" de la ville, en passant par les ravers "tranceux fluo" ou "hardtech/hardcore", les anciens héroïnomanes aujourd'hui "substitués", les milieux sportif, artistique ou interlope. Hommes ou femmes, jeunes ou moins jeunes, étudiants ou personnes avec ou sans activité professionnelle, nomades ou sédentaires, intégrés ou à la marge, la "coke" continue de séduire très largement. »

Le site de Bordeaux signale, quant à lui, la diffusion de la cocaïne auprès des « jeunes femmes prostituées non concernées auparavant, aux travestis mais également à quelques clients ». La Guyane fait le même constat chez de très jeunes prostitués d'origine brésilienne.

Les usagers de cocaïne rencontrés au sein des structures de première ligne (42 %, n = 403) sont surtout des hommes (82 %), plutôt jeunes (26 % de moins de 25 ans et 78 % de moins de 35 ans). Plus de la moitié (55 %) a également consommé de l'héroïne et presque la moitié de la BHD (47 %).

Les usagers de crack et/ou de free-base rencontrés au sein des structures de première ligne (26 %, n = 252) sont eux aussi surtout des hommes (83 %), mais plutôt âgés (40 % de 35 ans et plus). Plus des quatre cinquièmes (83 %) des consommateurs rencontrés lors de l'enquête « Première ligne 2002 » sont originaires de l'Ile-de-France, de la Martinique ou de la Guyane, sites correspondant à l'usage « traditionnel » de crack en France depuis quelques années. Plus de la moitié (55 %) ont également consommé de l'héroïne et presque la moitié de la BHD (47 %).

Les modalités d'usage

Comme en 2001, les modes d'administration les plus observés par le réseau des sites restent le sniff dans l'espace festif et l'injection dans l'espace urbain. Dans ces deux espaces, l'inhalation de free-base (crack) est signalée comme étant en forte progression. Parmi les utilisateurs de cocaïne/crack rencontrés lors de l'enquête OPPIDUM 2002, 50 % déclarent utiliser la voie nasale, 32 % la voie injectable et 26 % l'inhalation. Il s'agit d'un usage essentiellement épisodique puisque seuls 24 % ont un usage quotidien.

Parmi les usagers de structures de première ligne utilisant de la cocaïne sous sa forme chlorhydrate, 55 % se l'injectent, 47 % la sniffent et 24 % la fument (tableau 27). Comme pour OPPIDUM, il s'agit surtout d'un usage épisodique (19 % d'utilisation quotidienne). Pour la cocaïne sous sa forme base (crack/free-base), 82 % des usagers la fument et 23 % l'injectent.

Tableau 27: Fréquence d'utilisation de différentes voies d'administration du chlorhydrate de cocaïne, en 2002, parmi les participants à l'enquête « première ligne 2002 », selon l'ancienneté d'utilisation de la cocaïne

	0 à < 5 ans	5 à < 10 ans	10 à < 15 ans	>= 15 ans	Total
Injection	36 %	59 %	72 %	65 %	55 %
Sniff	59 %	47 %	41 %	36 %	47 %
Inhalation	25 %	28 %	17 %	22 %	24 %

Données et exploitation: TREND/OFDT

Les usagers de cocaïne les plus récents s'injectent moins et sniffent plus que les consommateurs plus anciens. La pratique de fumer le crack a, quant à elle, augmenté de 14 points par rapport à l'année antérieure (70 % en 2001, 84 % en 2002). L'évolution de ces résultats par rapport à 2001 est congruente aux observations des sites puisque la pratique de fumer la cocaïne a augmenté de 8 % (17 % en 2001) et le sniff de 6 % (43 % en 2001). L'usage de l'inhalation progresse chez les consommateurs de cocaïne depuis plus de cinq ans pour se rapprocher du niveau des usagers les plus récents (25 %).

Depuis le début des années 1990, fumer la cocaïne sous sa forme base (crack) est la modalité d'usage la plus fréquemment observée tant en Martinique (59 % des usagers en 2002, n = 24) qu'en Guyane (73 % des usagers en 2002, n = 58). Au cours des années 1990 cette modalité de consommation a diffusé et s'est enracinée en France métropolitaine. Phénomène essentiellement parisien (70 % des usagers en 2002, n = 110) et lié à une communauté antillaise, jusqu'au milieu des années 1990, le mode d'administration fumable de la cocaïne est sorti, tant de sa communauté culturelle de départ, que de la capitale (7 % des usagers des sites de province en 2002, n = 38). Cinq éléments permettent de comprendre le développement de l'utilisation de la voie fumée pour s'administrer de la cocaïne :

- l'inhalation permet de ressentir les effets de la cocaïne de manière plus rapide et plus intense que le sniff. Ceci est un élément appréciable pour des usagers à la recherche de sensations fortes ;
- dans certains lieux, la forme base est la seule disponible sur le site. L'acheteur n'a donc plus d'autre choix que de la consommer en la fumant. Ainsi, à Rennes, au lieu de vendre la cocaïne en forme de poudre, certains dealers la transforment eux-mêmes en base (crack), car, estiment-ils, celle-ci serait perçue, par l'acheteur, comme un gage de qualité, ce qui facilite la vente : « Si elle est basée, elle n'est pas coupée » ;
- pour de nombreux usagers, le « basage » de la cocaïne est considéré comme un procédé de nettoyage et de purification de la cocaïne plus que comme un processus chimique indispensable à la transformation de la cocaïne en forme fumable ;

- l'utilisation de cocaïne sous forme basée (crack/free-base) permet de la fumer dans un joint, mélangée au cannabis, ou dans une cigarette mélangée au tabac et de passer inaperçu quel que soit le lieu, notamment dans les établissements de nuit ;
- contrairement au sniff ou à l'injection, l'acte de fumer est perçu comme « normal », ne provoquant pas ou peu de désapprobations sociales de l'entourage. Si fumer du crack est souvent interprété comme un synonyme de marginalité, cela, dans un certain contexte, peut s'inscrire aussi comme une recherche de normalité.

Des cas sporadiques d'injection de crack sont signalés à Toulouse, Bordeaux et en Martinique (métropolitains). Dans le site de Paris, berceau de cette pratique, depuis au moins la seconde moitié de la décennie précédente, l'injection du crack semble en régression au profit de l'inhalation. Cette évolution suit le schéma général de transition vers d'autres modalités d'usage perçues comme moins risquées et moins stigmatisantes.

Les conséquences observables

Dans l'enquête « Première ligne 2002 », le test VIH a été pratiqué par 85 % des consommateurs de cocaïne et 83 % d'entre eux déclarent un résultat. Le test est positif pour 9 % d'entre eux. Le test VHC, quant à lui, a été pratiqué par 75 % des usagers. Un résultat est déclaré par 74 % des personnes. Celui-ci est positif dans 51 % des cas. Le test VHB a été pratiqué par 63 % de l'échantillon. Un résultat est déclaré par 63 % des personnes et s'avère positif dans 13 % des cas.

Si l'on s'intéresse aux résultats des sérologies VIH et VHC selon l'ancienneté d'usage de la cocaïne (tableau 28), on observe des prévalences croissantes avec l'ancienneté jusqu'à 15 ans d'usage. Il faut toutefois noter que la proportion de personnes ayant moins de 5 ans d'usage de la cocaïne et ne donnant pas de résultats est nettement plus élevée que pour les autres groupes.

Tableau 28: Déclaration de résultats de sérologies virales, en 2002, parmi les participants à l'enquête « première ligne 2002 », selon l'ancienneté d'utilisation de la cocaïne

	0 à < 5 ans	5 à < 10 ans	10 à < 15 ans	>= 15 ans	Total
VIH	3 % (2/80)	7 % (6/91)	18 % (12/67)	11 % (8/71)	9 % (29/305)
VHC	33 % (19/58)	41 % (34/83)	68 % (45/66)	64 % (42/66)	51 % (144/280)
VHB	7 % (3/42)	19 % (13/67)	6 % (3/53)	17 % (10/59)	13 % (30/227)

Données et exploitation: TREND/OFDT

Les perceptions de la cocaïne et du crack en 2002

La cocaïne est perçue plutôt de manière positive par les jeunes consommateurs occasionnels, sniffeurs ou fumeurs, socialement bien insérés. À l'inverse, les personnes plus âgées, les fumeurs de crack ou les personnes utilisant la voie injectable en ont une perception souvent beaucoup moins enthousiaste. Certains éléments contribuent à l'évolution des perceptions de la cocaïne par les usagers.

Les usagers qui utilisent la cocaïne depuis plusieurs années ont plus souvent pris conscience d'aspects problématiques liés à l'usage tels la dépendance psychique et le caractère onéreux du produit. À l'inverse, les consommateurs récents voient en elle une substance « sans danger » et conviviale. Ainsi, l'expérience de l'usage de ce produit amène à une perception généralement moins enthousiaste que celle des néophytes.

Comme pour d'autres produits, la pratique de l'injection de cocaïne est perçue comme dégradante tant par les usagers qui n'ont pas recours à ce mode d'administration que par les injecteurs eux-mêmes. Elle contribue à altérer l'image du produit.

La présence de plus en plus fréquente de consommateurs de cocaïne en situation de précarité contribue à ternir l'image d'un produit généralement associé à une ambiance festive.

Autant l'usage occasionnel, festif est bien perçu, autant l'usage régulier, quotidien est, en revanche, synonyme de perte de maîtrise.

Lorsque la cocaïne est vendue sous les appellations « poudre » ou « free-base », elle bénéficie, généralement, d'une perception favorable. L'appellation « crack », en revanche, rime avec déchéance et dangerosité.

L'image de la cocaïne portée par les médias jeunes adultes suivis par TREND est ambivalente. Bien que de plus en plus présente dans la rue, la cocaïne reste la drogue phare des milieux branchés, la substance chic à consommer. D'un côté, cette substance fascine tant elle est associée à la fête, au sexe et à un milieu social aisé, facteurs qui peuvent rendre sa consommation désirable. D'un autre côté, l'usage de cocaïne peut s'avérer risqué. Ainsi, les dangers, non pas de la substance en soi, mais de son abus avec les problèmes de santé que celui-ci est susceptible d'entraîner, sont fréquemment mis en évidence. L'usage de crack, lui, est rarement abordé avec humour, le ton adopté est toujours grave. Les principaux lieux de consommation évoqués sont les crack-houses des ghettos noirs américains. La violence, la déchéance, la criminalité, les problèmes avec la justice y sont toujours associés. L'image du crack véhiculée dans ces articles de presse est toujours liée à la rue et à la précarité, les crack-houses new-yorkaises en sont l'emblème.

CARACTÉRISTIQUES DE LA COCAÏNE EN 2002

Accessibilité et disponibilité

Le chlorhydrate de cocaïne (forme poudre) : sa disponibilité est en hausse dans l'espace urbain de l'ensemble des sites sauf à Paris et en Guyane où elle serait plutôt stable. Ce constat est aussi valable pour l'espace festif techno où la disponibilité est signalée comme étant également en hausse ou stable dans la plupart des événements.

Deux sortes de cocaïne en poudre, dites « végétale » et « synthétique », qui renvoient à deux « qualités » différentes, se partagent le marché. La première serait meilleure, car moins coupée et ses effets dureraient plus longtemps. Comme son nom l'indique, elle est supposée provenir de la « coca ». La seconde serait d'origine chimique et, à ce titre, serait moins demandée malgré des prix inférieurs. Cette appellation désigne soit une fabrication synthétique en laboratoire soit un produit fortement adultéré (par l'ajout d'amphétamines essentiellement). Dans certains contextes, le terme synthétique serait, désormais, synonyme de « speed » (amphétamine).

Cocaïne base (crack) : bien que le crack et le free-base soient chimiquement le même produit, ceux-ci se différencient, néanmoins, à trois niveaux :

- au niveau de la préparation : le crack est majoritairement vendu sous forme pré-fabriquée conditionnée (caillou, galette, plaquette, etc.) alors que la base, même si elle peut être vendue comme telle, est plus souvent préparée par le ou les usagers au moment de la consommation ou juste avant ;
- au niveau des populations consommatrices qui sont composées plutôt de personnes marginalisées dans un cas (crack) et de personnes plutôt bien insérées dans l'autre (free-base) ;
- au niveau des représentations et des perceptions : le crack est, incontestablement, négativement perçu, synonyme de déchéance, de dépendance et de violence. À l'inverse, le free-base est positivement perçu car il est considéré comme « pur » et « pas dangereux ».

La disponibilité de la cocaïne base, vendue sous l'appellation « crack », n'a pratiquement pas changé sur l'ensemble des sites TREND. Le crack est largement disponible dans les trois sites traditionnels connus, à savoir la Guyane, la Martinique et Paris intra-muros. Dans ces trois départements, les « scènes ouvertes » de deal et de consommation, installées au cours des années 1990, sont toujours très animées. En dehors de ces trois sites, le petit trafic de crack est signalé comme étant émergent par les sites de Rennes, Bordeaux, Lille et les communes du département de Seine-Saint-Denis limitrophes de Paris.

La disponibilité de la cocaïne base sous l'appellation « base », « free-base », est, en revanche, beaucoup plus importante. Quel que soit le site TREND, cette forme, sans faire nécessairement l'objet d'un trafic, est signalée comme étant présente aussi bien dans l'espace festif que dans l'espace urbain.

Bordeaux : « *Le crack jusqu'alors absent de la scène bordelaise fait aujourd'hui une apparition discrète. [...] Cette substance se présente sous forme de caillou et se distingue pour les usagers de la forme "basée" de la cocaïne. Cette différence, outre le vocabulaire utilisé ("crack" et "base") résiderait dans les représentations qu'en ont les usagers. Le crack serait, en termes de qualité, un "sous-produit", à l'inverse de la "base", résultat d'un processus de raffinage de la cocaïne, substance de meilleure qualité.* »

Marseille : « *En 2002, le mystère autour du crack est toujours présent en milieu urbain. Les intervenants évoquent la présence de free-base, mais indiquent que le crack n'existe pas sur Marseille [...].* »

Lille : « *La pratique du free-base se banalise mais l'achat sous forme de caillou reste rare même s'il semble apparaître. Deux modalités d'achat sont observées : la vente se ferait davantage près des frontières belges et des dealers de cocaïne baseraient eux-mêmes à la demande du client (le prix serait fonction du nombre de grammes de cocaïne avant d'être basée).* »

Tableau 29 : Prix moyen en euros, du gramme de cocaïne dans l'espace urbain sur les sites TREND pour 2001 et 2002

Sites	Moyenne 2001 euros	Moyenne 2002 euros	Évolution 2001/2002
Bordeaux	53	80	+ 51 %
Dijon	72	55	- 24 %
Ile-de-France	91	91	0 %
Lille	62	52	+ 16 %
Lyon	61	65	+ 6 %
Marseille	61	73	+ 20 %
Metz	65	75	+ 15 %
Rennes	83	56	- 23 %
Toulouse	53	67	+ 26 %
Médiane métropole	63	69	+ 9 %
Guyane	24	25	+ 4 %
Martinique	122	60	- 51 %
Réunion	152	75	- 51 %

Données et exploitation : TREND/OFDT

Le prix moyen du gramme de cocaïne dans les sites TREND de métropole va de 52 à 91 euros. L'évolution 2001/2002 des prix moyens relevés est diverse selon les sites. Six des neuf sites métropolitains rapportent une augmentation et deux une diminution. La médiane en métropole est de 69 pour un gramme (tableau 29) montrant une légère augmentation de 9 % par rapport à 2001. Dans les DOM, la Guyane se caractérise par un prix extrêmement bas tandis que la Martinique et La Réunion rapportent une diminution du prix moyen par rapport à 2001.

Dans l'espace festif techno le prix moyen courant d'un gramme la cocaïne toute variété, végétale et synthétique, confondue est de 70 euros. En 2002, les prix observés vont de 60 à 84 euros montrant un resserrement de la fourchette par rapport à l'année précédente, (53 à 91 euros).

Caractéristiques de présentation et toxicologiques

Le nombre d'échantillons de cocaïne analysés par les laboratoires des forces de l'ordre a augmenté de manière importante (tableau 30). Les résultats des analyses toxicologiques des échantillons de cocaïne saisis par les services des douanes et de la police montrent globalement une stabilité du taux de pureté. Six échantillons sur dix ont un taux entre 60 et 100 %, un tiers entre 20 et 60 % et un sur 20 entre 0 et 20 %.

Les produits de coupe actifs les plus fréquemment retrouvés en 2002 dans les échantillons de cocaïne sont la lidocaïne (douanes : 19 %, police : 24 %), la phé-nacétine (douanes : 18 %, police : 11 %), la caféine (douanes : 7 %, police : 16 %), et la procaine (douanes : 2 %, police : 4 %).

Tableau 30: Répartition des échantillons de cocaïne saisis en 2000, 2001 et 2002 par les services de douanes et de police selon le taux de pureté

	2000		2001		2002	
	N	%	N	%	N	%
Police						
0-20	25	4 %	40	7 %	71	8 %
20-60	196	34 %	235	40 %	293	32 %
60-100	350	61 %	316	53 %	538	60 %
Douanes						
0-20	29	7 %	41	6 %	59	4 %
20-60	151	36 %	213	8 %	557	36 %
60-100	244	57 %	494	66 %	939	60 %
Total général						
Police + douanes						
0-20	54	5 %	81	6 %	130	5 %
20-60	347	35 %	448	33 %	850	35 %
60-100	594	60 %	810	61 %	1 477	60 %
	995	100 %	1 339	100 %	2 457	100 %

Sources : Laboratoire de la police scientifique de Lyon et laboratoires des douanes.
Exploitation : TREND-OFDT

L'ECSTASY

LES USAGERS D'ECSTASY EN 2002

Les usagers

L'ecstasy reste un produit très aisément observé au sein de l'espace festif techno tout en poursuivant son développement au sein d'autres espaces sociaux. Un quart des personnes rencontrées dans les structures de première ligne déclare en avoir consommé au cours du mois écoulé. Par contre, seuls 3 % des personnes rencontrées par des structures de prise en charge sanitaire ou sociale (OPPIDUM) en 2002 disent avoir consommé des amphétamines illicites.

Il s'agit d'une consommation plus souvent masculine que féminine. Le sexe ratio au sein des usagers de structures de première ligne comme des personnes ayant cédé des échantillons supposés contenir de la MDMA aux collecteurs de SINTES est de trois hommes pour une femme. Il s'agit de personnes jeunes. Parmi les usagers contactés par SINTES en 2002, sept sur dix ont moins de 25 ans et neuf sur dix ont moins de 30 ans. Parmi les usagers d'ecstasy contactés par les structures de première ligne, 46 % ont moins de 25 ans et 90 % moins de 35 ans.

Les données d'observation du réseau des sites TREND sur les usagers d'ecstasy mettent en évidence, outre les personnes proches du milieu festif techno, des consommations chez :

- des personnes souffrant d'une certaine précarisation sociale, tels les jeunes de quartiers difficiles, des jeunes en errance, voir des « dealers » consommateurs,
- des usagers d'autres drogues, polyconsommateurs ; des usagers injecteurs de cocaïne qui ne sont pas substitués ; anciens usagers sous substitution.

Les modalités d'usage

La fréquence d'usage de ce type de produits semble essentiellement épisodique et souvent en lien avec des temps festifs. Toutefois, il existe des sous-populations de taille réduite ayant un usage intensif et en dehors d'un contexte festif. Pour les usagers de structure de première ligne, la fréquence d'usage est essentiellement épisodique, seuls 10 % déclarent un usage quotidien d'ecstasy. Parmi les échantillons

vendus comme étant de l'ecstasy collectés par SINTES en 2002, près d'un sur cinq (16 %) l'a été hors d'un contexte festif.

Si le mode d'administration dominant de l'ecstasy reste le « gobage » de comprimés, on observe une certaine diversification en lien avec celle des présentations du produit. Au cours du second semestre 2002, alors que tous les comprimés de SINTES sont destinés à être avalés, 10 % des gélules et 50 % des échantillons de poudre sont destinés à être sniffés. L'injection n'est jamais mentionnée et ce que celle que soit la forme des échantillons. Parmi les usagers d'ecstasy des structures de première ligne, 90 % déclarent utiliser la voie orale, 13 % le sniff et 9 % la voie injectable.

Les observations du réseau des sites rapportent, en 2002, le développement du sniff comme mode d'administration et celui de la forme poudre comme présentation de la MDMA. Si la préférence de nombreux usagers des nouvelles générations pour le sniff doit contribuer à l'augmentation de l'offre de formes aisément « sniffables » (poudre, gélules), la plus grande accessibilité de ces formes semble inciter aussi certains usagers à la sniffer. Le sniff est un mode d'administration « identitaire » valorisé par les usagers de produits de la sous-culture techno. Il peut permettre à des néophytes de s'intégrer à un groupe. Par ailleurs, ce mode d'administration entraîne une survenue plus rapide des effets que par la voie orale. Toutefois, les conséquences possibles de la pratique du sniff de MDMA comme les « brûlures » des cloisons nasales et l'obstruction des voies nasales dans les jours qui suivent freinent probablement son développement à plus large échelle.

Certains usagers utilisent concomitamment les voies orale et nasale. Une petite quantité de poudre est sniffée pour « amplifier la montée », et le reste est ingurgité ou avalé pour que les effets durent le plus de temps possible. En effet, il est considéré que le sniff réduirait la durée des effets.

Rennes : « Actuellement, le sniff profite d'un certain effet de mode. L'effet du produit est ressenti plus rapidement qu'en le gobant. Au-delà de la recherche de sensations (avec le sniff les effets sont ressentis plus rapidement et de façon plus intense et le consommateur ressent moins d'effets physiques montée qui vient du ventre pour se répandre vers les jambes lorsque le produit est gobé, de plus il y a une certaine perte de la puissance psychoactive du produit à quantité égale quand on l'ingère) on peut penser que le rituel de la pratique du sniff (préparation du produit...) semble plus important que le simple gobage. »

Toulouse : « En fin d'année, le sniff marque encore sa progression, facilité par la présentation en poudre de la MDMA. Le sniff de MDMA peut se comprendre par le rapprochement qu'il opère avec les pratiques de la voie nasale très "prisées" et valorisées des consommateurs de cocaïne de cet espace [festif, ndlr]. Il accentue l'aspect attaché aux drogues illicites par opposition aux pratiques plus "lisses" du cachet que l'on gobe. De plus, le trait que l'on sniffé associe la plupart du temps d'autres usagers dans le partage d'une sociabilité ritualisée et affichée qui rompt avec l'attitude discrète du "gobeur" solitaire. »

Il a été également rapporté une pratique, non observée jusqu'à présent, qui consiste à mettre la poudre dans une feuille à rouler de cigarette « parachute » et à l'avalier en veillant à ce que la poudre ne se déverse pas dans la bouche afin d'éviter les aphtes.

Ile-de-France : « Globalement, les gélules sont ingérées. Pour réduire le temps d'attente des effets, la gélule est vidée dans une feuille de tabac à rouler. Les usagers s'exprimant sur ce sujet estiment réduire l'attente d'environ 10 minutes. [...] Lorsque la poudre se disperse dans la bouche, souvent dû au fait qu'elle a mal été enveloppée dans la feuille de tabac à rouler, de même lorsque le comprimé d'ecstasy est conservé dans la bouche avant d'être avalé, les consommateurs supposent une relation avec le fait qu'ils aient des aphtes dans la bouche la semaine suivante. »

Les conséquences observables des produits qui contiennent de la MDMA

Ces conséquences s'avèrent jusqu'à présent d'observation difficile. Celles à court terme semblent peu fréquentes et celles à moyen et long terme échappent aux dispositifs d'observation existants.

Par le biais du dispositif SINTES, il est possible de décrire quelques incidents possiblement liés à une prise de produit contenant de la MDMA. Toutefois, ces informations ne permettent en aucun cas d'estimer la fréquence des problèmes de santé parmi les usagers d'ecstasy, ni de juger formellement de l'existence d'un lien de causalité entre la MDMA et les problèmes observés.

SINTES ne permet pas de rendre compte de tous les problèmes de santé survenus sur les lieux de collecte. En effet, souvent, le produit incriminé lors d'un incident ne peut être collecté. Par ailleurs, il est difficile d'évaluer la responsabilité des produits collectés dans la survenue des problèmes de santé rapportés, les détails (description clinique, quantité prise, antécédents personnels, contexte de fatigue...) étant rarement connus. En outre, les polyconsommations de produits (en particulier alcool et cannabis) sont fréquentes et il n'est pas possible de faire la part des effets de chaque produit consommé.

Au cours du premier semestre 2002, un total de 340 produits contenant de la MDMA ont été collectés et analysés par SINTES. Parmi les 108 échantillons collectés auprès de personnes sous l'effet de ce produit ou l'ayant pris le jour de la collecte, des problèmes de santé sont rapportés pour 12 d'entre elles. Il s'agit de « nausées », « vomissements », « perte de connaissance », « descente difficile », « désorientation ».

À partir du second semestre 2002, le nouveau questionnaire de contexte mis en place permet de mieux renseigner les problèmes de santé rencontrés par les usagers. Un total de 380 produits contenant de la MDMA ont été collectés et analysés, dont 186 échantillons collectés auprès de personnes sous l'effet de ce produit ou l'ayant pris le jour de la collecte. Des problèmes de santé sont rapportés pour 25 de ces produits.

Les symptômes rapportés sont : vomissements (10), anxiété (7), paranoïa (4), palpitations (3), maux de tête (2), agressivité (2), insomnie (2), douleurs (1), hyperthermie (1).

La prise en charge de ces personnes consiste alors en l'entraide et l'écoute (pour 8 usagers), un autosupport ou *chill out* (2), une intervention des secouristes (2). Selon le collecteur, le malaise peut parfois s'expliquer en partie par des facteurs favorisants tels que le mélange de différents produits (9), une prise en trop grande quantité (4), la chaleur (1), l'épuisement (2), une hypoglycémie (2).

Les échantillons de MDMA mis en cause sont des comprimés d'ecstasy (15), des poudres (5) et des gélules (4). Ils sont pour la majorité avalés (16). Deux usagers les sniffent, 3 usagers associent le sniff et la voie orale ou le sniff et l'injection (1).

Les perceptions de l'ecstasy en 2002

En 2002, la perception de l'ecstasy par les usagers est hétérogène. Les nouveaux usagers, comme les années précédentes, perçoivent l'ecstasy comme un produit « convivial » et « branché ». Les usagers plus expérimentés, les « connaisseurs » qui ont « fait le tour » des effets et des sensations considèrent l'ecstasy comme un produit, pour ainsi dire, « démodé ». Ainsi, ceux-ci sont souvent en quête de nouveautés et de sensations différentes. L'engouement observé pour d'autres dérivés méthamphétaminiques et/ou hallucinogènes en témoigne. La forme « poudre » de l'ecstasy se distingue désormais de la forme comprimé et bénéficie d'une aura certaine. Elle est nommée « MDMA » devenant ainsi synonyme de produit de qualité. Il s'agirait d'une tentative visant à donner un second souffle à une substance dont l'image est altérée par une décennie de développement soutenu. Le terme « d'ecstasy » est désormais réservé aux comprimés, produits qui, malgré une offre certes très diversifiée dans la forme, la couleur et le logo, semble généralement perçus comme étant de mauvaise qualité.

Bordeaux : « Plutôt âgés d'une trentaine d'années, ils se décrivent comme des "blasés" de la MDMA ayant épuisés "les effets et surprises des sensations" qu'elle procure, ils se tournent tous naturellement vers d'autres déclinaisons des phénéthylamines. Revenant à leurs heures, ils communiquent un discours sur la nouveauté à l'aide d'un vocabulaire spécifique voire scientifique et de leurs propres expérimentations. »

Toulouse : « Les usagers du site préfèrent de plus en plus consommer la MDMA dans son "état naturel". L'ecstasy est connue depuis longtemps maintenant dans certains groupes de consommateurs, ce qui favorise à la fois l'attrait pour de nouvelles formes de présentation (poudre), mais aussi d'autres produits considérés "voisins", mais revêtant tout l'intérêt de la nouveauté. C'est le cas par exemple de la MDEA. Il y a eu un engouement pour tous les psychostimulants en poudre cette année sur le site, dont ont profité particulièrement MDMA et MDEA. »

Ile-de-France : « En même temps, cette banalisation fait que dans le milieu techno, l'ecstasy perd son attrait, victime aussi de l'engouement pour les produits naturels. Les gens prennent conscience des effets néfastes à long terme sur la santé. En tout cas, quand l'ecstasy se présente sous forme de cachet car il y a une recherche de la MDMA en poudre. »

Il semble que l'élargissement important des populations utilisatrices ponctuelles ou plus soutenues d'ecstasy a conduit, par réaction, ces consommateurs expérimentés à se tourner vers des présentations ou des substances moins connues et moins accessibles au consommateur « de base ».

Le consommateur régulier d'ecstasy n'apparaît pas être l'utilisateur d'un produit comme pouvait l'être l'héroïnomanie d'avant la diffusion des produits de substitution. L'ecstasy semble être, pour certains, une première étape dans une sorte de parcours initiatique. En effet, la plupart des consommateurs réguliers ne sont pas particulièrement attachés à un produit mais plutôt à des effets comprenant ceux découlant de l'usage des produits stimulants et/ou hallucinogènes. Ils sont donc ouverts à l'expérimentation de nouvelles substances ou à de nouvelles modalités d'utilisation. Cette caractéristique des consommateurs appartenant à la sous-culture festive détermine les évolutions que l'on peut observer.

Au sein de la population des usagers expérimentés, l'ecstasy se trouve concurrencée à la fois par de nouveaux produits synthétiques et par des produits naturels. Initiateurs de tendances (« *trends setters* »), l'adoption par ces usagers expérimentés d'une perception assez péjorative de l'ecstasy pourrait entraîner un réaménagement en profondeur de la place, de la perception et de l'usage de ce produit dans les années à venir.

Au sein des magazines à destination des jeunes adultes sélectionnés dans le cadre de la « Veille média », le discours est double. D'une part l'ecstasy est associée positivement à la fête, au clubbing et à des performances sexuelles, d'autre part il est fait état des dommages aigus ou chroniques associés à l'ecstasy et à l'incertitude de l'utilisateur sur le contenu exact des comprimés dits « d'ecstasy ». Le ton adopté par la presse pour parler de l'ecstasy est souvent humoristique, cynique et même si cette substance semble consommée tant par les clubbers que par la jet-set, son image est celle d'une drogue qui rend stupide, aveugle et laisse des séquelles après un usage prolongé.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ECSTASY EN 2002

Accessibilité et disponibilité

Dans l'espace festif techno, la disponibilité de l'ecstasy a été modifiée entre le premier et le second semestre. Durant le premier semestre, la situation était plus

ou moins similaire à celle de l'année précédente à savoir, une large disponibilité dans les free-party et les teknivals et une disponibilité plus restreinte dans les clubs, les discothèques et les soirées privées. Durant le second semestre, la modification du contexte légal de l'organisation des raves, semble avoir entraîné deux évolutions majeures :

- une baisse de la disponibilité de l'ecstasy dans les événements festifs illégaux (free-party et teknivals). Ces derniers sont devenus moins fréquents voire rares et donc moins accessibles aux personnes sans contact direct avec les organisateurs. Les revendeurs ont ainsi un accès moins aisé à ces fêtes. Parallèlement, on observe une augmentation de la disponibilité des drogues de synthèse dans les clubs, les discothèques et les soirées privées,
- une diffusion de l'ecstasy à des événements musicaux techno jusqu'alors peu concernés tel le courant dit « trance » et, dans une moindre mesure, à d'autres courants musicaux non techno tels que le « rock gothique ».

Ces évolutions sont liées à deux facteurs, concernant d'une part les usagers et d'autre part les petits trafiquants. La raréfaction des free-party et des teknivals a conduit une partie des usagers initialement adeptes de ces événements à s'orienter vers les clubs et les discothèques, entraînant une augmentation de la demande au sein de ces établissements. Les difficultés de pénétration des événements privés de petites tailles, de surcroît économiquement non rentables, a conduit les petits trafiquants à prospecter d'autres débouchés tels que les clubs et les discothèques et la vente en dehors de tout contexte festif.

Lyon : « *Compte tenu de la diminution des raves et des free-party (où sa disponibilité varie entre une légère hausse et une légère baisse), la consommation d'ecstasy en milieu festif s'est faite davantage lors des soirées privées ou dans des discos, des bars, des clubs et des concerts. De ce fait, la disponibilité du produit a fortement augmenté dans ces endroits.* »

Ile-de-France : « *En milieu festif, la diminution très sensible des événements festifs illégaux (en particulier les free-party) semble avoir contribué à réduire la disponibilité d'ecstasy dans ce type d'événements. [...] Une forte hausse de la disponibilité d'ecstasy est signalée par deux observateurs du milieu festif dans les clubs et discothèques ainsi que dans les soirées privées.* »

Toulouse : « *Dans l'espace festif techno, même si ce n'est plus la criée "coke, trip, ecsta", ce type de produits est très accessible. Sur des parkings environnants, certains établissements, et parfois même à l'intérieur, l'ecstasy est accessible.* »

En 2002, plusieurs collectes SINTES ont été réalisées sur des parkings de boîtes.

Dans l'espace urbain, la disponibilité de l'ecstasy préexistait, et ce, bien avant les nouvelles mesures répressives susmentionnées. Toutefois, il semble que celle-ci se soit accrue au cours de la seconde moitié de l'année 2002. Ainsi, des vendeurs « multicartes », (cannabis, cocaïne, ecstasy, etc.), ayant perdu partiellement

ou totalement les débouchés constitués par les free-party/teknivals, ont commencé à écouler leurs marchandises dans les lieux de vente traditionnels de l'espace public en ville ou dans l'espace privé à domicile, rendant ainsi l'ecstasy plus accessible à des personnes sans affinité avec le courant musical techno. À terme, si ce n'est pas déjà le cas, ce processus risquerait de donner accès à l'ecstasy à des populations consommatrices de cocaïne et/ou du cannabis, jusqu'alors peu concernées par ce produit.

Bordeaux : « *Depuis un an, le constat des forces répressives est la grande évolution de disponibilité de l'ecstasy et les arrestations se sont multipliées... De plus, le groupe focal répressif fait état d'une nouveauté : au cours des contrôles systématiques de la police en dehors des affaires de stupéfiants, des ecstasy ont été retrouvées dans les poches d'usagers interpellés dans la rue alors que jusqu'ici la seule substance récupérée était le cannabis.* »

Metz : « *L'évolution, très récente, des modes d'approvisionnement explique pour une partie cette plus grande disponibilité du produit. On signale l'apparition de jeunes revendeurs, âgés de 18 à 20 ans, qui dealent en même temps du cannabis et des cachets d'ecstasy. Le trafic, entre amis et connaissances, pour assurer financièrement sa propre consommation se développe également. La vente d'ecstasy reste toutefois moins visible dans la rue que celle de cannabis, par contre elle se fait plus ouvertement dans certains cafés ou bars de la ville.* »

Ile-de-France : « *La disponibilité de l'ecstasy hors du milieu festif a été signalée par différents observateurs, à Paris et de façon moindre en Seine-Saint-Denis. À Paris, il semblerait, selon l'équipe d'une des structures de bas seuil située dans le 18^e arrondissement, que le produit soit plus disponible dans la rue que ce n'était le cas l'année dernière sans qu'il n'y ait une plus grande visibilité du produit dans la mesure où, en général, le trafic d'ecstasy est mêlé à celui d'autres produits. L'extension des lieux de deal hors du milieu festif est perceptible par le fait qu'il y aurait une augmentation des saisies en milieu urbain.* »

Lille : « *Le constat général est que l'ecstasy se démocratise en milieu urbain et perd son statut de produit "festif". L'ecstasy est moins recherchée.* »

Marseille : « *Il y a un développement important de la consommation d'ecstasy et ce dans tous les milieux notamment parmi les usagers de rue.* » « *On trouve de l'ecstasy dans les cités. L'ecstasy n'est plus la drogue exclusive du mouvement festif techno.* »

Le prix moyen des comprimés d'ecstasy collectés par le dispositif SINTES était descendu sous la barre des 10 euros au cours du printemps 2002 (9,9 euros). Au cours du second semestre, il se situait en revanche à 11,3 euros (n = 300 comprimés). Les prix « ronds » restent la règle puisque presque la moitié des comprimés sont vendus 10 euros et un tiers est vendu 15 euros. Les prix moyens relevés pour les comprimés varient légèrement selon le lieu de collecte : de 10 euros dans les raves (n = 70), à 12,6 euros dans la rue (n = 26). Le prix moyen relevé en boîte est de 11,6 euros (n = 51).

Les gélules (n = 40) sont appelées MDMA pour la majorité. Les appellations « MDMA pure », « MDMA cristallisée », « XTC » ont été relevées une fois. Les prix se situent en moyenne à 12,2 euros au second semestre (n = 38), soit le niveau de prix enregistré au début 2002. Le tiers des gélules est vendu 15 euros. Un prix maximum de 20 euros est relevé (6 gélules). Le prix moyen des gélules collectées au cours du quatrième trimestre 2002 (n = 17) semble augmenter et atteint 13,8 euros.

Le prix moyen des échantillons de poudre vendus comme MDMA est de 41 euros au cours du second semestre 2002 (n = 12). Ils sont appelés « MDMA » ou « MDMA en cristaux » pour un des échantillons. Seules les poudres supposées être de la MDMA non mélangée ont été prises en compte dans le calcul du prix moyen (excluant les mélanges MDMA + héroïne, ou kétamine, anesthésiant, amphétamine).

Caractéristiques de présentation et toxicologiques

Parmi les 1 993 échantillons recueillis en 2002 dans le cadre du dispositif SINTES, huit comprimés recueillis sur 10 sont des ecstasy. La MDMA est également présente dans 6 gélules sur 10 et dans 3 échantillons de poudre sur 10 (tableau 31¹³). On trouve en 2002 deux fois plus souvent de la MDMA dans les gélules (27 % des gélules en 2001 contre 59 % en 2002) et deux fois plus souvent de l'amphétamine dans la poudre (17 % en 2001 contre 30 % en 2002). Par rapport à l'année passée, la part des produits contenant au moins un amphétaminique (MDMA, MDEA, MDA et amphétamine confondues) a augmenté, particulièrement pour les poudres (41 % contenaient un amphétaminique en 2001 contre 57 % en 2002) et les gélules (47 % contenaient un amphétaminique en 2001 contre 73 % en 2002).

Globalement, toutes formes confondues, des substances médicamenteuses sont décelées dans un échantillon sur 10 (11 %), de la même façon que l'année passée. C'est surtout le fait des gélules dont 4 sur 10 contiennent une molécule médicamenteuse et des poudres (plus d'un échantillon sur 5). Les gélules se distinguent néanmoins en 2002 par l'augmentation de la présence de ces molécules médicamenteuses (retrouvées dans 28 % seulement des gélules en 2001). Parmi les comprimés, les médicaments les plus fréquemment identifiées sont la chloroquine (comprimés de Nivaquine® n = 15) la bétaméthasone (comprimés de Célestène® et Célestamine® n = 11), les benzodiazépines (n = 10). Le paracétamol est largement en tête des substances médicamenteuses retrouvées dans les gélules (n = 36) et dans les poudres (n = 47).

13. La forme de l'échantillon est renseignée pour 1 960 collectes et saisies en 2002. Les produits rares (n = 35) ne figurent pas dans le tableau. Il se présentent sous forme de cailloux, capsules, champignons, micro pointes et pâtes.

Tableau 31 : Fréquence des contenus selon la forme des échantillons de la base SINTES collectés et saisis en France, en 2002

	Comprimé %	Gélule %	Poudre %	Liquide n/N	Buvard n/N	Total %
MDMA	82	59	28	1/36	7/25	70
MDEA	4	1	3	0	0	3
MDA	3	0	<1	0	0	2
Amphétamine	7	8	30	0	1/25	10
Au moins un amphétaminique*	88	73	57	1/36	8/25	78
Cocaïne	<1	3	3	0	4/25	1
Caféine	7	11	34	0	7/25	12
Anesthésiques**	0	<1	10	9/36	1/25	2
Hallucinogènes***	0	0	0	1/36	9/25	<1
Substance médicamenteuse	6	41	22	5/36	10/25	11
Absence de substance psychoactive	5	10	14	12/36	3/25	8
Nombre total d'échantillons	1452	132	280	36	25	1925

* : MDMA, MDEA, MDA, amphétamine

** : kétamine, Lidocaïne®, Gamma-OH

*** : LSD, Psilocybine

Données et exploitation: SINTES/OFDT

Lecture : parmi les 1 452 comprimés recueillis en 2002, 82 % contenaient de la MDMA. Un échantillon pouvant contenir plusieurs produits (par exemple MDMA + caféine), les totaux en colonnes sont supérieurs à 100.

Les échantillons ne contenant aucune substance active sont un peu plus rares : 8 % en 2002 contre 12 % en 2001. On retrouve alors les produits excipients et inactifs suivants : amidon, lactose, saccharose, acides gras, sorbitol...

En 2002, si les comprimés d'ecstasy restent la forme la plus présente, une demande croissante de MDMA sous forme de poudre est observée par le réseau des sites. Cette dernière est vendue le plus souvent sous l'appellation chimique de l'ecstasy « MDMA ».

Toulouse : « [...] au dernier trimestre plusieurs informations collectées dans différentes fêtes techno montraient que les poudres de MDMA et MDEA connaissent un intérêt nouveau et que leur disponibilité est bien plus grande que l'an passé. Sur certains événements, leur présence est plus importante que les comprimés de MDMA. Et même, fait rare, il pouvait ne pas y avoir du tout d'ecstasy lors d'une "teuf" (observateur TREND). »

Bordeaux : « Compte tenu de cette désaffection pour les comprimés "traditionnels", les formes poudres et gélules se sont développées, leur contenu étant dès lors plus clairement identifié (MDMA et speed). Une distinction s'est ainsi réalisée dans les discours de certains usagers, les ecstasy étant des comprimés au contenu incertain et le MDMA une poudre à forme pure dont les effets apparaissent plus spécifiques. Toutefois, ces formes apparaissent davantage destinées au public de connaisseurs qu'à de jeunes expérimentateurs ou usagers plus occasionnels. »

Ces observations sont corroborées par le dispositif SINTES qui note que des échantillons de poudre contenant de la MDMA ont été deux fois plus collectés en 2002 qu'en 2001 (51 vs 26) ainsi que près de cinq fois plus de gélules (74 vs 16). L'ecstasy (ou MDMA) demeure en tout premier lieu disponible sous forme de comprimés mais sa disponibilité sous les autres formes augmente : en 2002, les poudres et les gélules représentent chacune 6 % des produits qui contiennent de la MDMA (contre 5 % de poudres et 2 % de gélules en 2001).

Pour expliquer l'engouement de certains usagers pour la forme poudre, on peut émettre trois hypothèses :

- le peu de confiance que les usagers expérimentés accordent désormais à la forme comprimé, perçue comme masquant des contrefaçons, des « arnaques » (variabilité des dosages et des compositions) ;
- la plus grande facilité ressentie de gestion de la poudre par rapport au comprimé. Cette facilité repose sur trois éléments : la quantité de MDMA ingérée pourrait être approximativement estimée ; le dosage de MDMA serait moins aléatoire (à l'achat) en gélule qu'en comprimé ; la durée des effets serait plus longue et la descente plus douce (moindre fréquence des dépressions post-ecstasy et des crispations des mâchoires) ;
- l'adaptabilité de cette forme à des modalités de consommation actuellement en vogue, telle la dilution (poudre ou comprimé) dans un liquide, alcoolisé ou non. Cette pratique semble se développer dans les clubs et les établissements de nuit. Il s'agit d'une conséquence indirecte de l'arrivée d'une partie des amateurs d'ecstasy qui fréquentaient les free-party vers ces lieux souvent très surveillés et peu propices à une consommation visible (sniff, fumette, injection). La préparation liquide permet également de partager la boisson avec un groupe d'amis. En outre, cette modalité de consommation facilite l'étalement dans le temps de la prise de produit et donc la modulation de l'intensité et de la durée des effets.

Lyon : « Les boissons alcoolisées étant le genre de produit largement disponible et autorisé dans les établissements "fêtards" commerciaux, leur consommation est importante et le mélange en dilution avec l'ecstasy semble même être largement banalisé. Le fait que cette préparation n'ait rien de particulier et qu'elle peut être faite d'une manière assez rapide et discrète est un atout supplémentaire pour qu'elle soit l'une des plus usuelles en boîte de nuit. »

La diminution progressive du dosage moyen des comprimés d'ecstasy observée depuis la mise en place de SINTES se confirme en 2002 : 56 mg de MDMA (25 % du comprimé) en moyenne en 2002, contre 63 mg (27 %) en 2001 et 74 mg (29 %) en 2000. Au second semestre 2002, le dosage moyen des comprimés recueillis descend à 54 mg. En 2002, la moitié des comprimés présente des concentrations entre 18 % et 32 % de MDMA. En revanche, au cours du dernier trimestre 2002, à contre sens de cette diminution des doses moyennes, une dizaine de comprimés dosés à plus de 100 mg de MDMA et frappés de logos différents ont été repérés par le dispositif. Ces ecstasy ont été saisis et collectés en quelques semaines sur plusieurs régions différentes (Ile-de-France, Bretagne, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes). Le risque sanitaire lié à ces forts dosages a donné lieu à la diffusion de notes d'information en direction des partenaires du dispositif et du grand public. Les logos nouveaux en 2002 se rapportent pour certains à l'actualité : « Harry Potter », « Batman », « Ben Laden », « Star Academy ». Certains logos déjà répertoriés avant 2002 ont été diffusés en masse au niveau national cette année. C'est particulièrement le cas des Baleine/dauphin, recueillis tout au long de l'année à la fois par les services répressifs et les collecteurs socio-sanitaires dans pratiquement toute la France (Paris, Seine-et-Marne, Côte-d'Or, Doubs, Gironde, Hérault, Nord, Rhône et Pyrénées Atlantiques).

Les comprimés supposés être des ecstasy (le contenu supposé par l'utilisateur est recueilli par le collecteur SINTES) contiennent bien, dans la grande majorité des cas (83 %), de la MDMA (contre 82 % avant 2002). Ces comprimés renferment par ailleurs plus fréquemment qu'auparavant en association avec la MDMA, de l'amphétamine (retrouvée dans 9 % des comprimés supposés « ecstasy » contre 5 % avant 2002). Les comprimés collectés sont plus fréquemment qu'auparavant supposés contenir une association « MDMA et amphétamine ». Elle est évoquée pour 5 % des comprimés collectés en 2002 contre 3 % avant 2002. Si l'on considère l'ensemble amphétamine, MDMA, MDEA, MDA, méthamphétamine, ce sont 91 % des comprimés collectés supposés ecstasy qui contiennent effectivement un amphétaminique en 2002 (contre 88 % auparavant).

Les poudres sont plutôt plus concentrées en principe actif que les comprimés : 36 % de MDMA en moyenne en 2002. À l'inverse des comprimés, les poudres dosées en 2002 sont plus concentrées que celles de 2001, qui contenaient en moyenne 25 % de MDMA seulement. Les poudres supposées contenir de la MDMA (40 échantillons en 2002) contiennent bien de la MDMA pour 34 d'entre elles

(dont 5 en association avec autre amphétaminique). Les poudres présentent des concentrations de MDMA beaucoup plus variables que celles des comprimés : en 2002, la poudre la moins concentrée contient 1 % de MDMA et la poudre la plus dosée 95 % de MDMA. La « MDMA pure » ou « MDMA 100 % en poudre » telles que certains échantillons sont présentés par les usagers, n'a pas été identifiée dans le cadre de SINTES. Les échantillons très fortement concentrés sont rares : en 2002, moins d'une poudre dosée sur 20 contient plus de 85 % de MDMA (1 échantillon sur 50 en 2001). Même si les poudres très concentrées sont marginales, il faut souligner la variabilité des concentrations en principe actif qui rend la consommation (sous forme de poudre ou de gélule) très hasardeuse.

Les gélules supposées contenir de la MDMA (77 échantillons en 2002) en contiennent effectivement pour 60 d'entre elles (dont 2 en association avec un autre amphétaminique). Les échantillons sous forme de gélule présentent la même concentration moyenne en principe actif que les poudres soit 32 % en moyenne en 2002 avec les mêmes écarts de concentration que ceux mentionnés pour les poudres. La « MDMA pure » en gélule n'a pas été identifiée dans le cadre de SINTES. Les échantillons très fortement concentrés sont rares : en 2002, 1 gélule sur les 72 gélules dosées contient plus de 85 % de MDMA (1 échantillon sur 50 en 2001).

Alors que les gélules sont souvent présentées comme MDMA pure, les produits de coupe y sont fréquents, en particulier le paracétamol, substance active la plus souvent identifiée après la MDMA. Il est retrouvé dans plus du quart des échantillons en 2002 (contre 8 % des gélules seulement avant 2002). De même, la chloroquine est retrouvée dans 7 % des gélules en 2002, contre 1 % des gélules avant 2002.

Un certain nombre d'organes de la presse quotidienne et hebdomadaire (1), ainsi que deux magazines de la « Veille média jeunes », au cours de l'année 2002, se sont fait l'écho de l'apparition d'une combinaison inédite, le « sextasy » associant le Viagra® et l'ecstasy. La consommation de « sextasy » est décrite comme très présente en Amérique du Nord (États-Unis, Canada) dans les raves et les clubs, notamment fréquentés par les individus appartenant à la communauté homosexuelle. La fonction du Viagra®, médicament vendu comme traitement des troubles de l'érection, après une prise de produits stimulants, et d'ecstasy notamment, serait de pallier les effets négatifs de la prise de MDMA sur l'érection et permettrait de concilier danse prolongée et activité sexuelle. En 2002, l'usage détourné de Viagra® en association avec des stimulants et de l'alcool, tel qu'il est perçu par les observateurs de l'espace festif du dispositif TREND, semble rarissime. Néanmoins, depuis quelques mois, un usage est rapporté dans le milieu du clubbing homosexuel. Par ailleurs, en juin 2002, pour la première fois depuis l'existence de la base SINTES, une gélule contenant un mélange de MDMA et de Viagra® sous forme de poudre a été collectée dans une boîte de nuit parisienne proche du milieu « gay ».

L'AMPHÉTAMINE ET LA MÉTHAMPHÉTAMINE

LES USAGERS D'AMPHÉTAMINE EN 2002

Les usagers

L'usage récent d'amphétamine reste minoritaire parmi les personnes prises en charge dans des centres de soins ou rencontrées dans des structures de première ligne. Au sein des personnes rencontrées par des structures de prise en charge sanitaire ou sociale (OPPIDUM) en 2002, seules 2 % (90) déclarent avoir consommé des amphétamines illicites au cours de la semaine écoulée. Parmi les usagers de structures de première ligne rencontrés en 2002, 13 % disent en avoir consommé au cours du mois écoulé. Il s'agit d'hommes dans 77 % des cas. Ces consommateurs apparaissent plus jeunes que les autres personnes vues au sein des structures de première ligne. Près de la moitié (49 %) a 25 ans ou moins et presque neuf sur dix (89 %) ont 35 ans ou moins. L'âge moyen déclaré de début de consommation des amphétamines pour ces personnes est de 20 ans et 2 mois.

Selon le réseau des sites, on observe dans l'espace urbain des personnes marginalisées, en errance, essentiellement injecteurs et dans l'espace festif des personnes de profil similaire à celui des consommateurs d'ecstasy. Par ailleurs, les sites d'Ile-de-France et de Marseille signalent la présence de consommateurs originaires des pays de l'Est (Pologne), très désinsérés, essentiellement injecteurs. Le site de Lille signale, quant à lui, le repérage d'une consommation dans d'autres courants musicaux que la techno tels que le rock ainsi que chez de jeunes scolarisés : « [...] Ce phénomène nous a été confirmé par des éducateurs de rue de plusieurs petites villes du bassin minier (Pas-de-Calais) qui ont observé une forte augmentation de la consommation d'amphétamines chez des jeunes scolarisés qui consomment essentiellement le week-end, la nuit et dans la rue. L'approvisionnement se fait auprès de jeunes plus âgés (qui font parfois des allers-retours jusque sur les parkings des boîtes belges) ou auprès des habitués dealers de cannabis qui élargissent leur gamme de produits. Les motivations avancées sont nombreuses : souvent consommé simultanément avec l'alcool et le cannabis, le speed permet de gommer l'effet enivrant et assommant de ces produits tout en potentialisant les effets euphorisants et stimulants. »

Les modalités d'usage

Parmi les personnes rencontrées dans les structures de première ligne, la majorité a une consommation épisodique. Une minorité (17 %) déclare une consommation quotidienne. Le principal mode d'administration est la voie orale (50 %) suivi du sniff (42 %) et de l'injection (25 %). Ces résultats sont congruents avec les observations des sites qui rapportent que, dans l'espace urbain, injection, sniff et voie orale sont les trois modes d'administration les plus utilisés, la fumette étant signalée comme rare.

Dans l'espace festif, en revanche, le sniff et la prise orale restent, de loin, les plus utilisés. L'injection et la fumette sont très minoritaires. Certaines observations du réseau des sites laissent suggérer que la prise par voie orale serait en progression en 2002 au détriment du sniff. Au-delà de la préférence individuelle, le choix de l'un ou l'autre mode est fonction de la forme de l'amphétamine disponible et du genre du consommateur : pour la forme « pâte » c'est la voie orale qui prévaut, pour la poudre ce serait plutôt le sniff. Les garçons auraient plutôt tendance à le sniffer alors que les filles l'ingèreraient en « bombe » ou « parachute » (placer le produit dans un papier à rouler de cigarette).

Les perceptions en 2002

Malgré son statut peu flatteur de « cocaïne des pauvres », l'image de l'amphétamine, contrairement à l'année dernière, tend vers une légère amélioration. Celle-ci ne peut se comprendre que par rapport à celles des deux psychostimulants illicites majeurs en France : la cocaïne et l'ecstasy. Les amphétamines permettent d'obtenir des effets proches de la cocaïne tout en étant meilleur marché, elles bénéficient donc d'un rapport qualité/prix considéré comme intéressant. Comparés à l'ecstasy, le speed est perçu comme un produit qui ne modifie pas ou peu l'état de conscience, donc peu dangereux. Enfin, l'amphétamine est considérée comme ayant un pouvoir addictif faible voire nul. Tout ou partie de ces éléments contribue à amener des amateurs de psychostimulants à consommer des amphétamines.

Chez les non-usagers, en revanche, l'amphétamine est toujours perçue de manière plutôt négative. Il semble que ce soit lié aux manifestations d'agressivité et d'agitation dont font preuve les consommateurs.

CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT EN 2002

Accessibilité et disponibilité

La disponibilité de l'amphétamine en 2002 varie en fonction de sites et du type d'espace, urbain ou festif, observé.

Dans l'espace festif techno, le speed est en légère baisse dans les teknivals, en forte baisse dans les free à Bordeaux et Rennes (notamment lors du second semestre). Le site de Toulouse indique en revanche une très grande disponibilité et ce sous différentes formes « poudre, pâte, cailloux aux couleurs variables : blanc, jaune, rose, vert, bleu ». Par ailleurs, ce dernier site ainsi que celui de Marseille notent même un développement de l'usage de l'amphétamine pour leurs effets propres et non plus en régulation de la prise d'ecstasy.

Marseille : « *Le développement de l'usage d'amphétamines/speed qui devient un produit à part entière, recherché pour ses propres effets et non comme une forme de substitution en cas de pénurie de MDMA. [...] il serait même plutôt en hausse.* »

Toulouse festif : « *Phénomène nouveau, un autre observateur pense que la consommation de speed a dépassé celle de l'ecstasy dans certaines "teufs" cette année (2^e semestre). Le speed était assez disponible dans un rassemblement trance cet été. [...] Dans les établissements de type "select", les amphétamines semblent avoir fait leur apparition en fin d'année. Au dernier trimestre 2002 d'autres types de structures festives commerciales ont été concernés. Il est probable que les amphétamines se diffusent de façon significative dans les établissements de nuit de Toulouse en fin d'année 2002. Différents réseaux intégrés dans le monde de la nuit toulousaine font ce même constat.* »

Lille note une diffusion s'exerçant à la fois dans et hors les événements techno notamment dans la scène musicale rock : « *Il est toujours très présent en milieu festif techno et la consommation en méga-dancings serait moins cachée [...] Il se diffuse plus largement au sein de tous les courants musicaux, notamment en milieu rock (l'une des appellations du speed est d'ailleurs Motorhead, groupe de rock renommé). [...] Le speed est toujours essentiellement disponible en milieu festif : soirées privées, clubs et méga-dancings sont des lieux où le speed est très accessible.* »

En Ile-de-France, les constats contradictoires des observateurs n'ont pas permis de dégager une tendance franche. Dans l'espace urbain des sites métropolitains, le constat général est que l'amphétamine en forme poudre « speed » est peu ou pas vendue en dehors des événements festifs. Dans les sites domiens, la réunion indique une quasi absence et la Martinique et la Guyane font état de rumeurs concernant une circulation de l'« Ice ».

Le prix de l'amphétamine dans l'espace urbain est peu renseigné. Selon cinq sites métropolitains, le prix d'une dose de poudre irait de 20 à 30 euros.

On dispose de plus de renseignements pour les prix de l'amphétamine au sein de l'espace festif. Le prix moyen du comprimé selon les sites métropolitains, va de 6 à Lyon à 20 euros à Toulouse, trois sites signalent un prix de 10 euros. Selon SINTES, il va de 3 à 10 euros au cours du premier semestre (n = 4) et de 6 à 15 euros (n = 12) au cours du second semestre 2002. Le prix de la dose de poudre va de 10 euros à Lille à 30 euros à Rennes, 4 sites signalent un prix de 20 euros. Selon SINTES, il va de 5 à 25 euros au cours du premier semestre (n = 19) et de 8 à 40

euros (n = 28) au cours du second semestre 2002. Le prix de la pâte d'amphétamine n'est estimé que par cinq sites métropolitains, il varie de 20 à 25 euros. Le prix moyen des gélules supposées contenir de l'amphétamine collectées par SINTES en 2002 est de 12 (n = 11).

CARACTÉRISTIQUES DE PRÉSENTATION ET TOXICOLOGIQUES

L'amphétamine est, après la MDMA (molécule de l'ecstasy), la molécule psychoactive amphétaminique la plus fréquemment identifiée parmi les produits analysés dans le cadre du dispositif SINTES. En 2002, on la retrouve dans 9 % des comprimés collectés (n = 66), 42 % des échantillons de poudre (n = 59) et 6 % des gélules (n = 6). La part de cette molécule au cours de la période 1999-2001 était moins importante, tant pour les poudres (23 %) que pour les comprimés (5 %). Parmi les produits saisis par les services de la police, des douanes et de la gendarmerie, la fréquence de la présence d'amphétamine est stable dans le temps, que ce soit pour les comprimés (4 % en 2002, 6 % avant) ou les échantillons de poudre (19 % en 2002, 18 % avant).

Les comprimés d'amphétamine collectés en 2002 contiennent en moyenne 26 mg (min : 1 ; max : 74). Ils sont plutôt moins dosés qu'au cours de la période 1999-2001 : 37 mg en moyenne. Les poudres, pour leur part, sont en moyenne dosées à 16 % d'amphétamine en 2002 avec une variabilité considérable (moins de 1 % à 100 %). Toutefois, les dosages sont fréquemment bas puisque la moitié des poudres d'amphétamine collectées en 2002 contenait moins de 6 % de principe actif (8 % avant 2002).

En 2002, dans SINTES, 87 échantillons sont supposés contenir de l'amphétamine seule et 43 un mélange à base d'amphétamine. Le produit supposé associé est le plus souvent de la MDMA (37 échantillons). Des mélanges supposés contenir de la cocaïne (4 échantillons), du cannabis (1) ou de la buprénorphine haut dosage (Subutex®, 1) sont mentionnés.

Parmi les échantillons supposés « amphétamine seule », les deux tiers (n = 58) contiennent effectivement de l'amphétamine et un tiers (n = 30) de la MDMA. En revanche, les échantillons supposés contenir un « mélange à base d'amphétamine » ne renferment que rarement de l'amphétamine (5 échantillons) et le plus souvent de la MDMA (32).

LA MÉTHAMPHÉTAMINE (YABA ET ICE)

En 2001, quelques indices laissaient supposer une apparition d'ice et de yaba sur certains sites. En 2002, les informations disponibles restent éparpillées et ne sont pas en faveur d'un développement de la consommation de méthamphétamine sous ces dénominations en France.

L'obtention d'informations sur des produits dénommés yaba est rapportée par deux sites.

Rennes : « *Le Yaba est aussi signalé par les usagers du squat. Il ne semble pas disponible dans les milieux festifs.* »

Bordeaux : « *Produit que l'on ne trouve pas partout et pas tout le temps.* »

Quatre sites fournissent des informations fragmentaires concernant des produits vendus sous l'appellation « ice ».

Paris : « *On a vu apparaître un produit dénommé "nouveau caillou". C'est un produit dont les gens disaient qu'il tapait fort sur le plan sexuel. Il y aurait dedans de l'ice.* »

Guyane : « *Ce produit psychoactif de synthèse, assez récent, était proposé depuis peu sur Kourou (mi mai 2001). Un seul vendeur... était spécialisé sur ce produit considéré comme "haut de gamme", proposé sur deux points de vente. [...] Ice se négociait, à cette époque, autour de 1 200 à 1 400 F le gramme. Depuis quelques mois, ce produit pénètre divers milieux et il a beaucoup diminué en prix (de l'ordre de 35 à 50 euros).* »

Rennes : « *Un peu de circulation sur le site. C'est essentiellement du speed allemand qui cartonne "vient du côté de l'Est". Comme il y en a très peu, on les trouve dans les milieux avertis, ceux où il y a une habitude de consommation d'opiacé. Il y a une association ice + Skenan® pour redescendre. D'après "A", cet ice correspond à une quinzaine d'heures de speed. « A » pense que cela va très bien marcher. Le produit n'est pas encore arrivé en teuf mais sera très prisé s'il arrive.* »

Toulouse : « *De l'ice semble circuler mais en cercle d'initiés et dans des cadres plutôt privés. Présentation en poudre.* »

La méthamphétamine est rarement retrouvée dans les produits recueillis par SINTES : elle est identifiée dans 1 % des poudres en 2002 et dans 3 % des comprimés soit 38 échantillons (1 % seulement au cours de la période précédente soit 20 comprimés recueillis avant 2002). La méthamphétamine est associée 9 fois sur 10 à de la MDMA en 2002. On trouvait aussi de la caféine (un quart des échantillons) et de l'amphétamine (un quart des échantillons). Le dosage moyen des comprimés en méthamphétamine en 2002 est de 51 mg [3 ; 85] ce qui correspond à 23 % de principe actif en moyenne. Ces valeurs sont du même ordre qu'au cours de la période précédente. En 2002, la méthamphétamine n'est pratiquement pas citée par les usagers rencontrés : deux échantillons de poudres seulement sont supposés contenir de la méthamphétamine. Ils ont été collectés auprès d'un usager âgé de moins de 20 ans et d'un usager de plus de 40 ans. Les poudres étaient appelées ice (poudre blanche à sniffer vendue 15 euros) et méthamphétamine (poudre beige à avaler vendue 25 euros).

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE SUR LES STIMULANTS

La cocaïne sous sa forme chlorhydrate (poudre destinée surtout au sniff) ou base (crack/free-base destiné surtout à être fumé) est un produit stimulant très utilisé parmi les usagers de l'espace festif techno et de l'espace urbain. L'image de la forme poudre est souvent positive chez les usagers récents, mais la tonalité des appréciations est nettement moins enthousiaste chez les personnes plus expérimentées. L'image de la forme base est très négative quand elle apparaît sous la dénomination « crack ». En revanche, celle-ci peut s'avérer positive sous l'appellation « free-base » car elle est alors souvent considérée comme un produit « pur ». La disponibilité de la forme poudre continue d'augmenter dans l'espace urbain et dans l'espace festif. Celle de la forme « base » reste essentiellement centrée sur Paris et les Antilles, le plus souvent sous la dénomination « crack ». Sur d'autres sites métropolitains, elle semble augmenter, souvent sous l'appellation « free-base ». Parmi les usagers problématiques de l'espace urbain, plus des deux tiers (69 %) ont expérimenté plus de dix fois la cocaïne et plus de la moitié (55 %) en ont utilisé au cours du mois écoulé. La fréquence d'usage est le plus souvent épisodique. Les usagers de cocaïne les plus récents (moins de cinq ans) s'injectent moins (36 %) et sniffent plus (59 %) que les consommateurs les plus anciens. Au sein de l'espace festif, les usagers de cocaïne présentent une grande diversité de profils sociaux traduisant une diffusion importante. Les modes d'administrations dominants restent le sniff et la fumette. Parmi les usagers problématiques de l'espace urbain, si l'injection concerne encore plus de la moitié des personnes, le sniff et l'inhalation continuent de progresser.

L'ecstasy demeure un produit très aisément observé au sein de l'espace festif techno tout en poursuivant son développement au sein d'autres espaces sociaux. La forme la plus fréquente reste le comprimé dont la voie d'administration principale est la voie orale. Toutefois, les échantillons d'ecstasy sous forme de poudre ou de gélules sont plus fréquemment observés qu'auparavant. Ils sont généralement perçus comme étant de meilleure qualité que les échantillons sous forme de comprimés. Ces formes sont plus souvent associées que les comprimés à une utilisation par voie nasale. Les usagers les plus expérimentés semblent avoir une perception plutôt péjorative de l'ecstasy ce qui pourrait être un facteur favorable à une diminution de la fréquence de l'usage de ce produit au cours des années à venir.

La dose moyenne de MDMA contenue dans les comprimés d'ecstasy SINTES continue de diminuer en 2002 pour atteindre 56 mg. Au cours de la seconde moitié de l'année, des échantillons dosés à plus de 100 mg ont été identifiés amenant à la diffusion de notes d'information rapides. Les comprimés intégrés à SINTES en 2002 contiennent de la MDMA dans 82 % des cas et des substances médicamenteuses dans 6 %. Les poudres présentent des concentra-

tions de MDMA très variées, allant de 2 % à 95 %. Dans les poudres analysées par SINTES, les produits fréquemment retrouvés sont la caféine (34 %), l'amphétamine (30 %) et la MDMA (28 %). Le prix du comprimé d'ecstasy a pour suivi sa baisse au début 2002, puis s'est stabilisé au second semestre 2002 pour se situer généralement entre 10 et 15 euros.

L'amphétamine est encore consommée par une minorité de personnes. Sa disponibilité semble hétérogène selon les sites. Elle est fréquemment présente (42 %) dans les échantillons de poudre collectés par SINTES. La circulation, en France, de méthamphétamine sous les dénominations « ice » ou « yaba », d'après les informations disponibles, apparaît très rare.

L'USAGE D'HALLUCINOGENES

L'USAGE EN POPULATION GÉNÉRALE

L'expérimentation de champignons hallucinogènes et de LSD en population générale reste relativement marginal (respectivement 11 et 10 personnes pour mille parmi les 15-75 ans). Le niveau est un peu plus élevé parmi les plus jeunes (respectivement 21 et 15 pour mille chez les 15-34 ans) que chez les plus âgés (respectivement 6 et 8 pour mille chez les 35-75 ans) (a).

Parmi les jeunes de 17 ans ayant répondu à l'enquête ESCAPAD en 2002, les champignons hallucinogènes sont expérimentés par 26 filles sur mille et 57 garçons sur mille. Ces niveaux sont significativement plus élevés que ceux observés en 2000 (16 pour mille chez les filles et 45 pour mille chez les garçons). Le LSD est un produit beaucoup moins expérimenté en 2002 (8 filles sur mille et 16 garçons sur mille) (b).

La kétamine et le GHB restent des produits très marginaux en population générale. Les seules données récentes proviennent d'ESCAPAD. Parmi les personnes ayant répondu aux exercices 2001 et 2002, chaque année, moins d'une dizaine ont déclaré avoir expérimenté de la kétamine et aucun du GHB.

LES USAGERS PRIS EN CHARGE PAR LE SYSTÈME SANITAIRE

Entre 1998 et 2001, la part des hallucinogènes comme produits à l'origine de la prise en charge d'un nouveau patient dans les CSST (Centres de soins spécialisés pour toxicomanes) est restée autour de 1 % (c).

MORTALITÉ

À l'instar de l'année 2001, aucun cas de décès par surdose de LSD n'a été constaté par les services de police en 2002. Un décès rattaché à la consommation de champignons hallucinogènes est signalé (d).

SAISIES ET INTERPELLATIONS POUR USAGE SIMPLE

Entre 1998 et 2002, les interpellations pour usage simple de LSD ont régulièrement diminué, passant de 210 en 1998 à 30 en 2002 (- 86 %). Par contre, les interpellations pour usage simple de champignons hallucinogènes semblent augmenter, passant de 121 en 1998 à 182 en 2002.

En 2002, les saisies de LSD25 en France se sont élevées à 4 262 doses et celles de champignons hallucinogènes à plus de 19 kg. Les saisies de kétamine restent de volume réduit (42 g en 2002) et celles de GHB anecdotiques (0,03 litre) (d).

(a) BECK (F.), LEGLEYE (S.) et PERETTI-WATEL (P.), *Penser les drogues : perception des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP)*, 2002, Paris, OFDT, 228 p.

(b) BECK (F.), LEGLEYE (S.), *Usages de drogues et contextes d'usage à la fin de l'adolescence, évolutions récentes : ESCAPAD 2002*, Paris, OFDT, (à paraître en 2003).

(c) Analyse des rapports d'activité types des CSST, DGS/OFD, 2002.

(d) Données OCRIS (Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants).

LE LSD

LES USAGERS DE LSD EN 2002

Les usagers

Un tiers (34 %, 333) des usagers de l'enquête « première ligne 2002 » a expérimenté au moins dix fois dans sa vie le LSD. Ce produit reste l'hallucinogène le plus utilisé au cours du mois écoulé. En effet, 14 % des personnes (132) déclarent en avoir consommé. Près de quatre fois sur cinq il s'agit d'hommes (82 %). Ces personnes sont plus jeunes que la moyenne des usagers des structures de première ligne : 54 % ont 25 ans ou moins. L'âge moyen de début de consommation est précoce : 19 ans. Ils consomment fréquemment du cannabis (96 %) de l'ecstasy (74 %) de la cocaïne (67 %), des amphétamines (49 %), des champignons hallucinogènes (37 %) et de la kétamine (36 %). Ils sont plus souvent observés à Dijon (33 %), Lyon (28 %), Rennes (22 %) et Toulouse (22 %).

Les modalités d'usage

Le mode de consommation dominant parmi les usagers des structures bas seuil est la voie orale (90 %) et il s'agit principalement d'une consommation épisodique (mensuelle pour 64 % et hebdomadaire pour 27 %).

Parmi les 29 usagers ayant cédé des échantillons supposés de LSD à SINTES en 2002, la seule voie d'administration prévue est la voie orale. Les effets recherchés étaient, en tout premier lieu, « les hallucinations ». Des consommations associées sont rapportées : cannabis (18), alcool (15), amphétamine (8), ecstasy (4), médicaments psychotropes (1) et cocaïne (3).

Les perceptions du LSD en 2002

Une amélioration de l'image du LSD est rapportée en 2002, au moins sur certains sites. Elle pourrait être liée à la diminution de sa disponibilité.

Metz: « *Le LSD qu'on ne trouve pratiquement plus sur Metz depuis près d'un an reste un produit sur lequel on parle beaucoup avec nostalgie et pour lequel se racontent de nombreuses histoires, vraies, fausses ou partiellement reconstruites. ("La meilleure des drogues, c'est le LSD. Ça fait un an et demi que je n'en ai pas revu sur Metz. En tout cas, question effet, c'est cent fois mieux que l'ecstasy ou que la coke." Témoignage d'un des consommateurs rencontrés dans un des bars.) Cette sorte de "mythologie" véhiculée sur le LSD conduit les plus jeunes à en désirer, ne serait-ce que pour l'expérimenter.* »

L'image du LSD véhiculée par les magazines étudiés par la veille média est plutôt de tonalité positive. Il s'agit d'un produit qui imprègne le discours des journalistes que ce soit pour la critique d'un disque ou la description d'une ambiance. Il est associé au mysticisme et à la création. Il semble s'agir d'une drogue « historique » donc « respectable », liée à une culture, à la création artistique et aussi à « au plaisir et à la débauche ».

CARACTÉRISTIQUES DU LSD EN 2002

Accessibilité et disponibilité

En 2001, les observateurs TREND rapportaient une disponibilité certaine du LSD dans l'espace festif techno ainsi qu'une diffusion à petite échelle dans l'espace urbain au moins dans certains sites. En 2002, la disponibilité et l'accessibilité du LSD sont signalées comme étant en forte baisse sur l'ensemble des sites métropolitains et ce dans les deux espaces. Contrairement à d'autres produits, cette diminution est antérieure au changement du cadre juridique d'organisation des événements techno. Plusieurs observateurs ont pris soin de souligner qu'il ne s'agit pas d'une baisse de la demande mais bien de l'offre

Bordeaux: « *Si l'on fait exception de la période estivale, ceci ne dénote néanmoins pas un amoindrissement de la demande mais bien celui de l'offre du LSD. En témoigne l'apparition de "faux LSD", morceau de photocopie en carton sans aucune substance active.* »

Lille: « *Depuis le début de l'année 2002, le LSD a quasiment disparu sur le site. Il est pourtant recherché mais il est devenu très difficile de trouver du "véritable" LSD dans la région.* »

Metz: « *Le LSD connaît depuis un an une forte restriction de sa disponibilité. Il devient apparemment de plus en plus rare.* »

Les raisons de cette diminution de l'offre ne sont pas établies. Des rumeurs font état de l'arrestation d'un gros trafiquant et/ou de la raréfaction d'un précurseur chimique indispensable pour « fixer » le principe actif du LSD sur le buvard.

Cette baisse drastique de l'offre a entraîné trois conséquences :

- l'apparition de faux LSD sur plusieurs sites. Il s'agit de copies reproduisant des logos de buvards, jadis connus et appréciés des usagers, mais dépourvus du principe actif (arnaques) ;
- le report sur des substances voisines telles que les champignons hallucinogènes et la kétamine ;

Lille: « *Les "ex-usagers de LSD" reportent donc leur consommation sur les champignons hallucinogènes.* »

Rennes: « *Certains parlent de pénurie qui aurait conduit certains usagers à se tourner vers la kétamine ou les champignons hallucinogènes.* »

- l'augmentation du prix : le prix moyen du buvard était de 8 à 9 euros en 2000 et 2001. Selon le réseau des sites le prix d'un buvard en 2002 se situerait entre 10 et 15 euros. Les prix relevés dans SINTES en 2002 sur 29 échantillons vont de 4 à 20 euros et le prix moyen au cours du second semestre est de 10 euros.

Caractéristiques de présentation et toxicologiques

Dans SINTES, les appellations relevées pour les échantillons supposés contenir du LSD sont « LSD pur », « LSD naturel », « LSD artisanaux », « buvard artisanal », ou selon le motif: « Timothy Leary », « Trip californien Celtique » « Elvis », « Eléphant », « Ying Yang », « main verte ».

Sur les 29 échantillons plus des deux tiers ne contenaient pas de LSD lors de l'analyse toxicologique. Ceci va dans le sens des observations relevant une moindre qualité, mais peut aussi être lié à une tendance à collecter plus souvent des échantillons non standards. Toutefois, il s'agit d'une proportion stable depuis trois ans (66 % en 2000, 73 % en 2001).

LA KÉTAMINE

Le chlorhydrate de kétamine est un produit utilisé, en France, en anesthésie humaine et vétérinaire. Son utilisation permet d'obtenir une analgésie et une amnésie tout en conservant une relative autonomie ventilatoire. Parmi les personnes adultes se réveillant d'une anesthésie par kétamine, une forte proportion souffre de cauchemars ou d'hallucinations. Ceci a amené à réduire fortement son utilisation en médecine humaine. En médecine vétérinaire, il reste le produit anesthésique le plus utilisé, en particulier du fait qu'il n'impose pas d'assistance ventilatoire.

LES USAGERS DE KÉTAMINE EN 2002

Les usagers

Parmi les personnes rencontrées par des structures de prise en charge sanitaire ou sociale (OPPIDUM) en 2002, seules 7 (0,2 %) déclarent avoir consommé de la kétamine au cours de la semaine écoulée. Parmi les usagers de structures de « première ligne » rencontrés en 2002, ils sont en revanche 15 % (143) à l'avoir essayé au moins dix fois au cours de leur vie et 7 % (67) à en avoir utilisé au cours du mois écoulé. Parmi 160 personnes ayant consommé de la kétamine (voir article correspondant), rencontrées par le GRVS, 27 % déclarent en avoir consommé au cours du mois écoulé.

Les profils des usagers de kétamine observés par le réseau des sites sont divers. Outre les usagers de l'espace urbain fréquentant les structures de « première ligne » souvent marginaux, on rencontre des personnes engagées dans des études ou dans une activité professionnelle. Un dénominateur commun semble être l'appartenance à la tranche d'âge des 20-30 ans.

Une note d'observation ethnographique relative à un groupe de consommateurs de kétamine de la région parisienne donne la description suivante : le plus jeune a 19 ans, le plus âgé 35, et la moyenne d'âge s'élève à environ 25 ans. Le groupe est composé d'un mécanicien de maintenance (25 ans) ; d'un chef de rayon (26 ans), d'un rmiste (25 ans) ; d'un intérimaire (30 ans) ; d'un étudiant, et d'un, qui « se débrouille ». « Ils ont tous à peu près la même allure. Cheveux très courts ou rasés ; treillis, vêtements sombres, style “teuffeur” ».

Au sein des 160 premiers usagers de kétamine ayant répondu au questionnaire quantitatif utilisé par le GRVS (voir article correspondant), l'âge moyen est de 25 ans et 3 mois et le sexe ratio de 1,5 hommes pour une femme. On observe une hétérogénéité du niveau d'étude et de nombreuses personnes ont un revenu issu d'un emploi (42 %) et disposent d'un logement personnel (52 %). L'âge moyen de début de consommation (22 ans et 11 mois) est proche de celui des usagers des structures de première ligne (22 ans et 4 mois).

Parmi les usagers de kétamine rencontrés au sein des structures de « première ligne » on trouve trois hommes pour une femme et très souvent (63 %, 42) des personnes de 25 ans ou moins. Un quart déclare avoir commencé sa consommation de kétamine avant 19 ans et les trois quarts avant 24 ans. Presque la totalité (96 %) a consommé du cannabis au cours du mois écoulé, 87 % de l'ecstasy, 75 % de la cocaïne, 70 % du LSD, 63 % de l'amphétamine, 61 % de l'héroïne, et 43 % des champignons hallucinogènes. Il s'agit donc de personnes ayant des niveaux de consommation élevés pour toutes les familles de produits (opiacés, stimulants, hallucinogènes).

Quatre sites TREND, Marseille, Metz, Toulouse et Rennes ont observé des consommations chez des étudiants. Deux sites, Marseille et Paris, mentionnent des courants musicaux autres que la techno « hardcore » où sont observées des consommations. Il s'agit de la « house », du « reggae » et de la « trance ».

Rennes : « Il n'y a pas de profil type du consommateur de kétamine. Il semblerait que ce soit plus des personnes adeptes d'hallucinogènes et des personnes aimant "faire la fête". On retrouve des consommateurs dans le public de rue, dans le milieu festif et dans un cadre privé (jeunes insérés dans la vie active, étudiants). Les consommateurs sont plutôt jeunes et masculins. »

Toulouse : « En 2002, la kétamine était consommée en free-party, en squat et en camion, par un public nomade, errant, souvent précarisé et assez jeune, du milieu hardcore (18-25 ans). La kétamine ne se réduit pas au milieu hardcore, le monde de la trance a ses groupes de consommateurs également. Dans ce milieu, la kétamine fait parler d'elle, une observatrice de cet espace culturel remarquait que depuis quelques temps, on voyait apparaître "sur des noms de morceaux (de musique), beaucoup de références à la kétamine"... »

Marseille : « On a pu constater cet été dans les festivals rock, reggae, techno une démocratisation de la kétamine. Indirectement, on a entendu des échos relatifs à de la poudre de cocaïne coupée à la kétamine. »

Ile-de-France : « La kétamine est beaucoup plus diffusée qu'on ne l'imagine et notamment auprès des jeunes, que ce soit dans le milieu techno ou hors de lui notamment dans les clubs qui diffusent de la house music. »

La raréfaction des événements festifs de plusieurs jours en 2002 a contribué à modifier les modes de consommation de la kétamine. Les temps festifs propres à

des usages extrêmes et de longue durée étant devenus plus rares, l'usage de kétamine se fait par le biais de doses moindres, il est davantage étalé dans le temps et maîtrisé même s'il est plus fréquent.

Les « kétaminés », usagers extrêmes de kétamine, sont davantage stigmatisés en 2002 par les autres participants à des fêtes techno du fait de l'image négative qu'ils donnent du milieu. Cette mauvaise image contribue à limiter le nombre de nouveaux adeptes de ces usages extrêmes.

L'amorce de l'extension de la consommation de kétamine hors du noyau initial d'usagers marginaux, des travailleurs et des personnes errantes semble facilitée par des processus d'apprentissage collectifs de modalités d'usage de ce produit. En effet, ils permettent une meilleure maîtrise des effets collatéraux rendant ainsi sa consommation plus acceptable à des personnes souhaitant rester dans une certaine normalité.

Marseille : « La généralisation d'une culture modérée de la consommation de kétamine fait que le produit n'est plus nécessairement associé à une perte de contrôle totale de soi. En faible dose, la kétamine est de plus en plus consommée par des profils d'usagers répondant de moins en moins aux archétypes "des radicaux, des extrêmes, des sévères", enfin de tous ceux dont on sait pertinemment que leur appartenance permanente au monde des choppers n'est pas une vue de l'esprit. L'avancée hors milieu festif techno la plus notable de la kétamine est effectuée dans le milieu étudiant. Les consommations sont contrôlées. Phénomène néanmoins récent, à surveiller tout particulièrement quand on connaît l'extrême tolérance qui se développe très rapidement après les premières prises. »

Ile-de-France : « On observe moins d'accidents dus à la consommation de kétamine. Il semble que les consommateurs de kétamine ont plus de maturité et que les messages de prévention commencent à avoir des résultats de ce côté. Les associations de produits avec la kétamine persistent, mais les doses de kétamine sniffée sont moins importantes. Par contre, la consommation a tendance à se déplacer de la consommation lors des soirées vers une consommation à domicile. »

Ces observations ne doivent pas faire perdre de vue que la kétamine demeure, malgré tout, un produit dont la diffusion est très restreinte, qui reste cantonnée principalement à des sous-populations spécifiques expérimentatrices par ailleurs d'autres drogues synthétiques ou naturelles.

Les modalités d'usage

Parmi les usagers rencontrés au sein des structures de première ligne, la plupart (79 %) en ont un usage mensuel. La proportion est similaire (77 %, 34/44) dans l'enquête du GRVS. Il s'agit d'un produit d'usage essentiellement épisodique, probablement du fait de l'altération marquée de l'état de conscience qu'il peut entraîner.

Le mode d'administration de ce produit est essentiellement le sniff. La voie orale est assez fréquente chez les usagers de première ligne mais rare parmi les personnes rencontrées par le GRVS (tableau 32). La voie injectable et la fumette sont rarement pratiquées.

Tableau 32: Modes d'usage de la kétamine par des personnes ayant utilisé cette substance au cours du mois écoulé, en 2002

	Première ligne 2002 OFDT*		Investigation kétamine GRVS**	
	N	%	N	%
Sniff	49	73 %	44	100 %
Oral	15	22 %	1	2 %
injecté	4	6 %	2	5 %
Fumé	2	3 %	3	7 %
Total	67	100 %	44	100 %

* Données et exploitation: TREND/OFD; ** Données et exploitation: GRVS

Parmi les échantillons de SINTES pour lesquels on disposait d'informations sur le mode d'usage, les poudres étaient destinées à être sniffées (4), injectées/sniffées (2) et avalées (1). Les liquides étaient destinés à être sniffés ou injectés/sniffés.

Les perceptions de la kétamine en 2002

Entre 1995 et 2000, parmi les usagers de produits psychotropes, la consommation de kétamine était devenue l'un des marqueurs séparant l'usage acceptable de l'usage inacceptable. Pour les usagers, sa consommation annonçait le passage de l'usage vers l'abus. Au cours des deux dernières années, cette perception s'est modifiée et tend à devenir plus nuancée. On n'est plus dans le rejet catégorique d'autrefois. Des critères d'appréciation commencent à émerger en fonction, notamment, des modalités d'utilisation (quantités prises, moment de la prise).

En 2002, parmi les usagers ayant expérimenté la kétamine, on peut distinguer deux groupes :

- ceux qui ont eu une expérience jugée « positive » et en poursuivent l'usage,
- ceux qui ont eu une expérience jugée négative et ne souhaitent en aucune manière recommencer.

Parmi les usagers n'ayant pas expérimenté la kétamine, on peut également distinguer deux groupes :

- ceux sur lesquels la kétamine exerce une fascination,
- ceux qui en ont peur et la considèrent comme une « drogue dure ».

Lille : « Les connaisseurs attribuent à la kétamine une bonne image tout en l'utilisant avec beaucoup de pratiques de réduction des risques. »

Marseille : « La kétamine ne renvoie plus uniquement cette image de dépravation, d'un produit qui amenait tout usager à perdre le contrôle total de ses plus primitifs réflexes (sphinctériens dans le cas présent). Le savoir profane, le contrôle qu'il suppose à permis l'identification d'autres effets psychoactifs jugés plus valorisants. C'est ainsi que l'image de la kétamine se situe aujourd'hui entre le détachement cotonneux de l'héroïne et l'accompagnement vers le voyage mystico-religieux que peut proposer le LSD. C'est quelque part, l'avènement de l'héroïne psychédélique. »

Rennes : « Certains qui ont eu une première mauvaise expérience la diabolisent et ne voudront plus en reprendre. Les autres non. [...] La consommation de kétamine demeure néanmoins stigmatisée par une partie des participants aux fêtes qui l'associe à une dégradation de la convivialité. Toutefois, des nuances apparaissent dans les discours en fonctions des quantités prises et des associations éventuelles. Par exemple, certains usagers n'acceptent de consommer la kétamine qu'en "petites traces" (faible dosage) ou coupée avec de la coke ou du speed. »

En 2002, la kétamine est un thème peu abordé au sein des magazines suivis par la veille média. Le magazine *Max* a publié en mars 2002 un dossier intitulé « Spécial K, la drogue du samedi soir ». Celui-ci comprend un historique, une interview d'un spécialiste de cet anesthésiant et des témoignages d'usagers relatifs aux effets et aux risques engendrés par la consommation de la substance. En France, trois types d'usagers sont répertoriés : des amateurs d'expérience psychédélique consommant dans un contexte privé, des personnes fréquentant les free-party, des membres de la communauté homosexuelle. L'image de la kétamine qui transparaît de ce dossier est incontestablement négative, ce qui la range aux côtés du crack et de l'héroïne. Le chapeau de présentation adopte un ton à la fois grave et sensationnaliste : « Il y a quarante ans, on découvrait la kétamine, un anesthésiant ? Aujourd'hui, elle est détournée comme hallucinogène puissant. Son usage fait des ravages dans les raves et sur les dance floors. [...] » Ce rejet laisse toutefois transparaître une certaine fascination morbide, similaire à celle que l'on retrouve pour l'héroïne. Cette fascination s'explique, déclare le spécialiste interviewé, par la sensation d'accomplir un voyage qui permet de frôler la mort (*near death experience*), de « passer sous des tunnels, de vivre une expérience mystique voire de rencontrer Dieu, et même encore plus loin ».

CARACTÉRISTIQUES DE LA KÉTAMINE EN 2002

Accessibilité et disponibilité

Globalement, la disponibilité et l'accessibilité de la kétamine, tous espaces confondus, enregistre, comme l'attestent les propos des observateurs TREND, une légère, voire une forte baisse. Cette baisse porte sur la totalité de l'année pour certains sites, sur le dernier semestre pour d'autres.

Hormis le site de Metz, qui signale une légère hausse, due probablement au fait qu'elle est devenue observable pour la première fois au cours de l'année 2002, la presque totalité des sites considère la kétamine comme rare, présente plus ponctuellement qu'avant.

Ile-de-France: « Du fait du classement en 2001 de la kétamine comme appartenant à la classe des stupéfiants, la disponibilité de kétamine semble être devenue ponctuelle avec certaines périodes de pénurie. »

Lyon: « Aussi bien en milieu festif qu'en milieu bas seuil, il semble que la kétamine soit passée de mode par rapport à 2001, sauf pour certains amateurs. Mais s'il est vrai qu'on en entend moins parler actuellement, cela est peut-être du fait des nombreuses annulations de rave party. En tout cas, ce produit n'est plus consommé dans le même état d'esprit. »

Plus spécifiquement, dans l'espace festif, la situation varie d'un site à l'autre selon le type d'événement. Ainsi Bordeaux signale une forte baisse dans les free-party et une baisse plus légère dans les teknivals. À Lyon, la disponibilité serait en légère hausse dans les raves payantes, les soirées privées, les clubs et les discothèques tandis qu'elle serait stable dans les teknivals et en légère baisse dans les free-party. En Ile-de-France, la disponibilité serait en forte baisse, quel que soit le type d'événements. En tout cas, le trafic de kétamine n'est pratiquement plus visible dans les événements festifs. Enfin, Rennes, qui opère une distinction entre l'avant et l'après élection présidentielle, constate que la disponibilité de la kétamine, qui était en légère hausse dans les free-party et les teknivals avant l'élection, a connu une forte baisse après. Dans les raves payantes, également, elle serait beaucoup moins présente qu'avant.

Compte tenu de ce qui précède, il est difficile de déterminer s'il s'agit d'une réelle baisse de la disponibilité ou plutôt d'une diminution de la visibilité du petit trafic consécutive à la raréfaction des free-party et des teknivals. Il se peut que le niveau de la consommation soit plus ou moins similaire à l'année 2001, mais que l'accessibilité soit plus difficile. Elle pourrait impliquer le recours à d'autres circuits que ceux habituellement connus des observateurs TREND comme en témoignent deux structures ayant un accès privilégié à l'espace festif techno, en Ile-de-France

et en Bretagne: « Le deal de kétamine a quasiment disparu. Cela ne veut pas dire que la consommation n'existe plus, elle est juste moins visible. La consommation s'est déplacée vers les lieux privés où ont lieu des petites fêtes entre amis [...] La kétamine semblerait un peu moins visible ces derniers temps, néanmoins des usagers rapportent qu'elle demeure assez accessible (plus en poudre qu'en liquide). »

Au second semestre 2002, l'OFDT a demandé aux collecteurs SINTES de recueillir des échantillons de kétamine. Malgré cette mobilisation particulière, les acteurs de terrain ont eu des difficultés à en collecter, traduisant sa faible accessibilité.

Parmi les échantillons collectés par SINTES en 2002, la kétamine liquide était vendue 40 euros et le prix moyen des 12 échantillons de poudre était de 31 euros (de 10 à 60 euros). Les prix rapportés par les sites TREND (tableau 33) sont du même ordre de grandeur.

Tableau 33 : Prix d'une dose de kétamine, en 2002 sur les sites TREND de métropole selon la forme et l'espace

	Espace urbain		Espace festif	
	Liquide	Poudre	Liquide	Poudre
Bordeaux	-	-	-	45
Dijon	-	-	-	-
Lille	-	30	30	30
Lyon	-	46	-	30
Marseille	-	-	-	-
Metz	-	-	-	-
Ile-de-France	-	60	40	40
Rennes	-	40	-	35
Toulouse	-	20	-	20

Données et exploitation: TREND/OFDT

Caractéristiques de présentation et toxicologiques

Les appellations rapportées par SINTES en 2002 sont « ke », « keta », « kétamine », « keta pure », « kétamine non vétérinaire ». Un collecteur précise que « le consommateur avait cuisiné cette kétamine lui-même à partir de flacon vétérinaire détourné ».

Au total, 14 échantillons de kétamine ont été collectés par SINTES en 2002, soit 9 poudres, 4 liquides et un buvard présentant des traces de kétamine. À ces collectes s'ajoute la saisie réalisée par les services répressifs au cours de l'année de 2 échantillons sous forme de poudre.

Au cours du premier semestre 2002, les échantillons supposés contenir de la kétamine ont été collectés, tous en milieu festif : dans un contexte non techno (soirée privée, fête) pour la majorité (5) ou lors d'une free (2 échantillons). Ces produits ont été collectés en Ile-de-France, où, selon l'enquêteur, les échantillons de kétamine sont jugés plutôt disponibles (pour la moitié) ou plutôt rares le jour de la collecte. Cinq échantillons sur les 8 collectés contenaient effectivement de la kétamine. Un collecteur rapporte des doutes sur la composition de produits vendus comme kétamine : « Les usagers se sont plaints d'une forte coupe probablement du bicarbonate. Des rumeurs d'une adultération avec divers médicaments circulent. »

Au cours du second semestre 2002, la moitié des produits (4) est collectée hors contexte festif (rue, appartement) ; 2 produits ont été collectés en free et 1 dans un contexte festif non techno. Les produits ont été collectés en Aquitaine, Ile-de-France, Bretagne, Franche-Comté et région PACA. Selon les collecteurs, la kétamine est difficile à acheter du fait de la méfiance des consommateurs et de la rareté du produit (au 2e semestre, tous les échantillons sont qualifiés de rares ou peu disponibles sur le site de collecte). Les 2 liquides recueillis contenaient effectivement de la kétamine mais 2 poudres parmi les 6 collectées ne renfermaient pas le principe actif. Une des poudres, présentée comme mélange de kétamine + MDMA, ne contenait en réalité que de la MDMA. Le produit a la réputation d'être souvent une fausse kétamine ; un collecteur commente lors d'un festival « *beaucoup de problèmes avec la kétamine mais incertitude sur ce produit* ». Un autre rapporte au sujet d'un usager rencontré «... *lui-même utilisateur et inquiet car il trouvait que sur Paris il y a beaucoup de faux produits qui circulent. Ces usagers se méfient et sont un peu parano.* »

Parmi les échantillons supposés être de la kétamine recueillis en 2002 par SINTES, on retrouvait dans les échantillons sous forme de poudre du bromazépam (1 échantillon), de la PMA (1 échantillon) et de la MDMA (1 échantillon). Deux des échantillons liquides contenaient du chlorure de benzéthonium (antiseptique d'usage externe). Pour la plupart des échantillons, les dosages de kétamine ne sont pas disponibles.

LES CHAMPIGNONS ET AUTRES HALLUCINOGENES D'ORIGINE NATURELLE

LES CHAMPIGNONS HALLUCINOGENES EN 2002

Les champignons hallucinogènes sont traditionnellement utilisés dans le sud du Mexique dans le cadre de cérémonies sacrées. Leur principe actif a été identifié au cours de la seconde moitié du XX^e siècle, il s'agit de la psilocybine. La teneur varie selon les familles de champignons.

Les usagers

Selon le réseau des sites, l'usage de champignons hallucinogènes déborde amplement les espaces couverts par le dispositif d'observation. Lors de la saison de la cueillette des variétés françaises « psilocybes », une grande variété de personnes, sans liens systématiques avec les populations privilégiées par TREND, vont à la cueillette. Selon l'enquête ESCAPAD, les champignons sont le produit hallucinogène le plus expérimenté par les jeunes français de 17 ans (4,2 % en 2002). Cette part d'expérimentateurs augmente par rapport à 2000 (3,1 %). Cette objectivation est concordante avec les observations de TREND des trois dernières années.

Au sein de l'espace urbain, l'usage récent de champignons hallucinogènes concerne 7 % (68) des personnes rencontrées au cours de l'enquête « Première ligne 2002 ». Le plus souvent, ce sont des hommes (82 %) plus jeunes que la moyenne (62 % ont 25 ans ou moins). L'âge moyen de début de consommation est l'un des plus précoces (après les solvants, le cannabis et les poppers) : 18 ans et 10 mois. Un quart des usagers récents a expérimenté les champignons avant 17 ans et les trois quarts avant 20 ans. Presque la totalité (93 %) a consommé du cannabis au cours du mois écoulé, 78 % de la cocaïne, 72 % du LSD, 68 % de l'ecstasy, 62 % des amphétamines, 56 % de l'héroïne, et 43 % de la kétamine. Il s'agit donc de personnes ayant des niveaux de consommation élevés pour toutes les familles de produits (opiacés, stimulants, hallucinogènes).

Les modalités d'usage

Parmi les usagers récents de champignons des structures bas seuils, la plupart consomment de manière épisodique (79 % mensuel, 12 % hebdomadaire, 9 % quotidien), et par voie orale (93 % oral, 7 % fumé).

Les perceptions en 2002

Tant chez les usagers que chez les non-usagers, les champignons sont un des rares produits à bénéficier d'une perception positive. Elle semble être la résultante, entre autres, de trois facteurs : l'origine naturelle, le non recours au dealer et enfin la perception d'une prise de risques moindre que lors de la consommation de LSD ou de kétamine.

Bordeaux : « *La perception est d'autant plus positive qu'il s'agit d'un produit naturel et qu'il se trouve dans les champs : "y'a pas besoin d'aller dans le milieu des dealers pour trouver des champignons hallucinogènes".* »

Ile-de-France : « *L'image positive des champignons hallucinogènes associée au côté naturel du produit semble également assez partagée par les personnes qui n'en ont pas fait usage. Ainsi, lors de séances de prévention réalisées en milieu scolaire par des fonctionnaires de police, les intervenants parisiens ont pu noter un intérêt croissant des jeunes pour les produits "naturels". Selon eux, les lycéens (17-18 ans) posent de plus en plus de questions sur la culture du cannabis en appartement ou sur les champignons hallucinogènes où la notion de produit naturel, écologique est valorisée.* »

Lille : « *L'image des champignons s'améliore parallèlement à la dégradation de l'image du LSD. Son étiquetage de produit naturel joue dans cette opposition, de même que la puissance des effets (la gestion des champignons est perçue comme plus facile, moins risquée).* »

Rennes : *Le produit bénéficie d'une très bonne perception (chez les usagers et non-usagers) qui est liée à leur qualité d'hallucinogène et de produit naturel (il est considéré comme peu dangereux). Les effets recherchés sont les hallucinations mais également la désinhibition et la gaîté. C'est un produit convivial.* »

Metz : « *Par contre, l'intérêt pour les champignons hallucinogènes, perçus comme un produit naturel et "bio", connaît un rebond dans les différents espaces étudiés, autant pour la demande d'information auprès des structures de prévention que pour leur consommation effective, surtout pour les champignons en provenance des Pays-Bas. Ceux cueillis localement, dans les Vosges ou aux alentours de Metz, restent réservés à un milieu restreint.* »

Accessibilité et disponibilité des champignons hallucinogènes

Les trois sites d'outremer rapportent une consommation de champignons rare ou inexistante. La plupart des sites métropolitains observent une stabilité ou une augmentation de la disponibilité de cette substance. Le site de Marseille note une baisse qui, en fait, s'expliquerait par une sous-déclaration de la part de consommateurs considérant cette consommation comme anodine.

La disponibilité des champignons est difficile à estimer pour plusieurs raisons :

- sa variabilité dans l'année du fait du caractère saisonnier des champignons « psilocybes » ;
- l'existence de modes d'approvisionnement peu observables : autoproduction, commande sur Internet ;
- l'absence de circuits de trafic structurés. Les champignons sont le plus souvent offerts ou échangés et ne font pas l'objet d'achats ;
- une consommation fréquemment dans des contextes privés et plus rarement lors d'événements festifs.

Ile-de-France : « *L'ensemble de ces observations semble donc indiquer que les champignons hallucinogènes sont plutôt disponibles en milieu festif, dans le sens où un usager qui cherche à en consommer pourrait en trouver et en acheter.* »

Lyon : « *La disponibilité des champignons hallucinogènes durant l'année 2002 est restée stable dans la majorité des événements techno, à l'exception des clubs de nuit et discothèques où elle a connu une légère hausse. Ils ont été davantage disponibles via Internet, où certains sites proposaient des variétés étrangères (mexicaine, hawaïenne...) autour de 20 et 30 euros les 5 g.* »

Rennes : « *Les champignons sont disponibles ponctuellement en fonction des récoltes. Ils le sont donc massivement à l'automne et la récolte 2002 a été semble-t-il particulièrement bonne (en quantité et qualité). Mais pour les plus prévoyants, ils en cueilleront le maximum afin de les faire sécher. Une fois séchés ces champignons pourront être gardés pour un usage personnel, tout au long de l'année. À ce propos, le groupe focal répressif note régulièrement des saisies de champignons séchés dans un état de décomposition avancée.* »

Toulouse : « *Les champignons hallucinogènes, locaux ou exotiques ont été assez disponibles sur le site en 2002. En teuf, leur consommation est considérée en progression, avec, selon un observateur TREND en milieu festif techno, une "très forte disponibilité des champignons hawaïens et mexicains". Auxquels il faut ajouter "l'apparition des népalais fin 2002", dont le type d'effets serait proche des mexicains et des hawaïens. Ces produits, disponibles en Espagne et sur Internet ont été identifiés, conditionnés dans des gélules.* »

Si la disponibilité reste d'évaluation difficile, la demande, elle, est en phase ascendante. Les observateurs TREND mettent en avant l'augmentation de la

demande générale pour les produits d'origine naturelle par opposition aux produits chimiques perçus comme plus nocifs et dont la composition réelle est le plus souvent inconnue.

Dijon : « Actuellement, les champignons hallucinogènes prennent de plus en plus la place du LSD à cause de la tendance vers l'usage des produits naturels. »

Toulouse : « L'engouement pour les produits d'origine naturelle participe probablement de cette augmentation régulière des adeptes des champignons. »

Metz : « L'intérêt pour les champignons hallucinogènes apparaît également dans les publics hors milieux festifs avec l'émergence d'un groupe de consommateurs rejetant les substances de synthèse pour se tourner vers les produits "naturels". »

Le report d'une partie des consommateurs de LSD vers les champignons est le fait de la raréfaction de cette substance au cours de l'année de 2002.

Bordeaux : « Le LSD se raréfiant sur la place bordelaise, les champignons deviennent les hallucinogènes les plus consommés. »

Ile-de-France : « Les champignons sont d'ailleurs recherchés par les usagers de LSD, qui, faute de trouver du LSD actuellement (cf. partie sur le LSD), se tourneraient vers les champignons hallucinogènes, plus disponibles, et produisant des effets proches de ceux produits par le LSD. »

Enfin, les effets des champignons sont perçus comme plus « doux » et « plus agréables » que ceux du LSD ou de la kétamine.

IDF : « Attrait de plus en plus important dû au côté "naturel" : réputation d'effets plus doux, plus agréables, plus faciles à maîtriser. »

Plusieurs sites ont rapporté un développement de l'autoculture des champignons hallucinogènes, particulièrement des variétés dites « mexicaine » et « hawaïenne ». Les spores et les guides nécessaires à la culture sont en effet obtenus facilement par le biais d'Internet ou aux Pays-Bas. Outre la quête en vogue de produits « bio », « de qualité », « chez soi », la motivation des autocultivateurs est aussi de nature économique dans la mesure où l'autoproduction coûterait moins chère que l'achat de champignons prêts à la consommation. Une partie de la récolte peut aussi être écoulée auprès des amis et des connaissances. Tout indique, en tout cas, que ces variétés issues de l'autoculture ou achetées prêtes à la consommation sont plus disponibles qu'avant. Leur popularité s'expliquant par une concentration en principe actif *a priori* plus élevée que la variété française.

Au cours du second semestre 2002, parmi les 550 collectes réalisées dans le cadre de SINTES, les champignons sont cités 5 fois (1 % des collectes) comme disponibles sur le lieu de collecte. Il s'agissait de psilocybes mexicains, hawaïens et népalais (1 fois).

Souvent, troqués, échangés ou offerts, les champignons font partie des produits pour lesquels il est hasardeux de donner une fourchette de prix précise. On se contentera ici de quelques relevés de prix, donnés à titre indicatif, par des observateurs issus de TREND :

- Commande sur Internet, 280 g = 54 euros
- Variété hawaïenne achetée localement, 5 g = 20/30 euros
- Variété étrangère achetée à Amsterdam, 10 unités = 15 euros
- Variété française (psilocybes, 100 unités = 15 euros)
- Variété française (psilocybes, 10 unités = 7/8 euros)

LA SALVIA DIVINORUM

Les usagers de Salvia divinorum

L'usage de Salvia divinorum était mentionné en 2001. Il ne semblait concerner que des cercles très restreints. Au cours de 2002, cette plante a pu être mieux appréhendée. D'une part parce qu'une attention particulière lui a été portée par les observateurs et d'autre part parce qu'elle semble être un peu plus utilisée que l'année précédente.

Deux principaux groupes d'usagers ont pu être identifiés :

- des personnes bien insérées socialement, plus âgées que les usagers habituels, consommant hors cadre festif, « connaisseurs » des substances hallucinogènes naturelles. L'usage de Salvia est un moyen de réaliser une exploration intérieure dans le cadre de démarches mystiques,
- des usagers, plus jeunes que les précédents, amateurs des effets des produits hallucinogènes et tentés par l'expérimentation de toute substance nouvelle en vogue parce que « c'est à la mode ».

Dans ces deux groupes certaines personnes sont adeptes du courant musical techno dit « trance Goa ».

Toulouse : « La Salvia est très appréciée du côté du courant "Goa" et "Trance Goa" et des anciens "baba-cools". De l'Ayahuasca circule aussi dans certains petits groupes influencés par la "Trance goa". Ce phénomène n'est pas conjoncturel, en relation par exemple avec la raréfaction du LSD surtout que ce dernier sous forme de buvard revient en force. Il s'agit d'un phénomène plus profond, qui marque la volonté de certains consommateurs de rompre avec les produits de synthèse dans le cadre d'un certain mysticisme. »

Modalités d'usage et effets

Les effets de la Salvia en font un produit encore moins adapté aux événements festifs que le LSD. Les témoignages disponibles relatent des usages ayant le plus souvent lieu au sein de l'espace privé. En effet, la consommation dans un lieu calme et familier est propice à l'introspection et diminue les risques de visions effrayantes. Selon les observations disponibles, l'usage dans un cadre festif privé ou dans des établissements de nuit semble peu fréquent.

Trois manières de consommer de la Salvia ont été rapportées :

- la plus courante serait de la fumer, sans ou avec du tabac, dans un joint, un bhang, une pipe à eau ou une douille selon la modalité suivante, bien décrite par le site de Bordeaux : « *Faire un bouchon de tabac, verser la Salvia dans la douille et aspirer tout doucement mais en une fois.* »,
- elle peut être ingérée. Dans ce cas, la procédure, décrite par un observateur de Toulouse, consiste à « *effriter les feuilles de Salvia avec les doigts : "on recherche qu'il n'y ait pas de morceaux, puis, on étale la Salvia en cercle d'environ 7 cm de diamètre", pendant ce temps le consommateur mâche un chewing-gum à la menthe qu'il étalera sur la préparation. "Tu refermes le chewing-gum de manière à incorporer les petits morceaux de Salvia dedans, puis tu mâches à nouveau."* »
- elle peut-être prise en infusion.

Les effets de la Salvia sont rapportés comme étant des hallucinations, visuelles et auditives, favorisant une déconnexion d'avec la réalité matérielle de courte durée à savoir environ 10 à 15 minutes. Ils s'apparentent, comme le note un observateur de Bordeaux, à ceux du LSD mais en plus intenses même si un certain degré de conscience persiste : « *Comme un petit esprit qui vient et qui te montre ce que tu ressens dans ton corps, comme un shaman en ayant conscience des hallucinations (visuelles et auditives).* » Cette phase d'effets intenses est ensuite suivie par une phase de descente.

Perceptions des usagers sur la Salvia divinorum

La perception qu'ont les usagers de la Salvia est incontestablement bonne. Elle bénéficie, d'une part, de l'aura qui entoure actuellement les produits d'origine naturelle et, d'autre part, de l'attrait constitué par la nouveauté.

Lyon : « *Ce produit est perçu comme étant "fun et pas dangereux, c'est court donc ça se gère facilement".* »

Ile-de-France : « *L'image de la Salvia est bonne car elle jouit d'une réputation de produit naturel dans un contexte où les produits naturels ont le vent en poupe.* »

Toutefois, des opinions plus nuancées sont aussi émises. La puissance des effets combinée à sa diffusion auprès d'usagers peu expérimentés entraîne des difficultés de gestion et des expériences peu satisfaisantes qui déçoivent ou effraient ces personnes.

Bordeaux : « *Malgré la bonne réputation de la Salvia auprès de ses amateurs de part son statut de produit "venant de la nature" quelques "bad trip" sont venus assombrir le tableau. Une personne rencontrée suite à un malaise décrivait des transpirations, une "faiblesse dans la tête", un sentiment de peur; dix minutes pendant lesquelles, entourée par ses amis, elle ne pouvait ni les voir ni les entendre.* »

Un autre observateur rapporte que ceux qui « [...] associent à sa consommation une forte implication personnelle, les effets de la Salvia sont susceptibles de provoquer des remises en question psychologiques et de modifier durablement la perception du monde. Les usagers les plus expérimentés s'accordent à définir ce produit comme "potentiellement très dangereux" s'il n'est pas pris dans des conditions adéquates. Des traumatismes psychologiques importants pourraient être déclenchés... »

Disponibilité et accessibilité

En 2002, six sites de métropole sur dix rapportent la présence, à des degrés divers, de la Salvia. Il s'agit de Bordeaux, Toulouse, Rennes, Lyon, Marseille et l'Ile-de-France. Cette émergence s'inscrit dans le mouvement plus général d'intérêt envers les produits psychotropes naturels. Toutefois, quel que soit le site, la disponibilité de la Salvia semble restreinte.

Bordeaux : « *Peu disponible malgré la proximité avec l'Espagne où elle est vendue, quelques usagers ont évoqué une autoproduction en France où la Salvia serait bouturée. Elle est conditionnée en petites fioles et prend l'aspect de petites graines marron, noirâtres. Il s'agit en l'occurrence d'extraits de Salvia (distinction claire pour les usagers : il ne s'agit pas de feuilles, apparemment moins efficaces mais plus disponibles).* »

Ile-de-France : « *Le produit semble de disponibilité très restreinte. Si quelques personnes ont entendu parler du produit, très peu d'entre elles semblent l'avoir rencontré ou expérimenté. La Salvia divinorum ne semble circuler que dans des cercles fermés d'usagers qui consommeraient ce produit hors du contexte festif, dans un cadre "expérimental, mystique et spirituel".* »

Lyon : « *Forte hausse ; on en entend beaucoup parler actuellement.* »

Toulouse : « *La diffusion et la consommation de Salvia se développent : témoignage d'une expérience. Dans un réseau techno transe un usager fait pousser de la Salvia. L'heure de la récolte a sonné : "on se fera un apéro dégustation Salvia", avait-il proposé. Une usagère me raconte sa soirée dégustation. D'après elle, la Salvia reste pour l'instant cantonnée à des cercles d'initiés. "Dans l'esprit c'est pas un produit qui se vend... mais, mon pote a pas mal de pieds et ça va tourner cet été dans des teufs".* Les

pieds sont obtenus en plantations hydroponiques en se procurant les plants initiaux sur Internet. »

Marseille : « *Son usage en PACA et Languedoc demeure très peu connu et semble principalement concerner les cercles d'initiés, sa consommation se déroulant en marge des fêtes. »*

Rennes : « *[...] la Salvia est un produit nouvellement apparu en Bretagne mais de façon diffuse et sporadique. »*

Au cours du second semestre 2002, parmi les 550 collectes de produits de synthèse réalisées dans le cadre de SINTES, la Salvia est mentionnée 5 fois (1 % des collectes) comme étant disponible sur le lieu de collecte. L'ensemble de ces cinq collectes se situait en Aquitaine.

Alors que la demande de Salvia est en augmentation, l'offre est peu en adéquation Les usagers semblent en obtenir soit par achat en Espagne, ou aux Pays-Bas ; soit par autoculture, soit par achat sur Internet.

La Salvia, disponible en France, se présente soit sous forme de poudre dite « extrait », soit sous forme de feuilles, sèches ou fraîches. Dans la plupart des cas, la Salvia est partagée ou offerte. Lorsqu'elle est vendue les prix varient considérablement tel que le montre le relevé des prix de chacune des deux formes, ci-après, rapporté par les observateurs TREND dans les différents sites et selon les différents contextes de vente.

Forme poudre dite « extrait », concentré :

- une fiole = 35 à 40 euros;
- 1 g de Salvia concentrée = 50 euros;
- un quart de gramme (équivalent d'une pièce de dix cents d'euros) = 5 euros;
- une dose d'extrait « entre 0,1 g et 0,2 g » = 10 euros.

Feuilles fraîches ou sèches :

- 10 g = 80 euros (dans une fête trance à l'été 2002);
- 3 à 5 g = 15 euros;
- 1 g = 10 euros.

LE DATURA

Plusieurs sites TREND rapportent une augmentation de l'observation de l'usage et de la visibilité du Datura. C'est le cas de Bordeaux, Rennes, Toulouse, Lyon, l'Ile-de-France et Marseille. Bordeaux note un accroissement de la consommation chez des personnes marginales du fait de son coût modique. L'Ile-de-France rapporte un « retour » de cette plante du fait de l'engouement actuel pour les produits

naturels. Lille signale qu'elle est consommée principalement par des usagers « lasés par la consommation de l'ecstasy ». Marseille, Lyon et Rennes constatent une augmentation de la consommation sans, pour autant, formuler d'hypothèses sur les raisons de cette progression ni sur le groupe des usagers concernés.

Au cours du second semestre 2002, parmi les 550 collectes de produits de synthèse réalisées dans le cadre de SINTES, le Datura est mentionnée 31 fois (6 % des collectes) comme étant disponible sur le lieu de collecte. Les régions d'origine de ces observations sont l'Ile-de-France, l'Aquitaine, Rhône-Alpes, et la Bretagne.

Le Datura¹⁴, est largement disponible et accessible dans de nombreuses régions en France. Les sources d'approvisionnements seraient, surtout le ramassage de plantes poussant naturellement et, dans une moindre mesure, l'achat sur Internet.

Le datura est principalement offert ou troqué, par exemple, contre du cannabis.

Lorsqu'il est vendu les prix varient selon le degré de préparation :

- un lot de 40 graines : 10 euros,
- un litre et demi de tisane = 5 euros.

Plusieurs modalités d'usage ont été rapportées : l'infusion, l'ingestion des graines ou l'inhalation dans une cigarette avec du tabac et du cannabis. Lorsqu'elle est prise en infusion, la préparation, telle que décrite par le site de Bordeaux, est la suivante : « *Cette tisane est réalisée avec huit gobes de Datura mélangés à deux litres et demi d'eau. Coupés en quatre, ils sont bouillis puis écrasés et cuits pendant vingt minutes. Ensuite les gobes sont prélevés, les graines dans le liquide sont transférées dans une bouteille avec du sucre pour en adoucir le goût amer » ou « [...] mélanger les feuilles, les têtes, les graines et les branches, le tout chauffé dans de l'eau et inséré dans une bouteille. »*

Les usagers recherchent principalement dans la consommation de Datura des effets hallucinogènes et désinhibant. Compte tenu de la difficulté d'obtenir un dosage précis, le Datura est à l'origine d'accidents (confusion mentale, délire et malaises divers). Ainsi, en 2002, un journal suivi par la veille média rapporte le cas de deux adolescents âgés de 13 ans... qui « *ont accepté, après avoir fumé deux pétards de goûter une tisane au datura proposée par un ami. Quelques heures plus tard, un des jeunes a été pris d'hallucinations et de délire, voulant même se défenestrer. Hospitalisé d'urgence à Marseille, il est sorti récemment d'un coma profond. »*

14. Le Datura et ses préparations galéniques sont classés sur la liste I des substances vénéneuses (arrêté du 7 novembre 1975, JO. du 7 décembre 1975.

LA ROSE DES BOIS

Plusieurs sites TREND rapportent l'observation, au cours du premier semestre 2002, de l'usage d'un nouveau produit naturel appelé LSA. Le produit est acheté par le biais d'Internet et préparé par l'utilisateur lui-même comme l'indique l'observation suivante : « *Les graines doivent baigner 12 h dans l'eau. Elles sont imprégnées d'essence à Zippo puis replongées dans un bain pendant 12 h ; grâce à une centrifugeuse on peut obtenir une poudre. Le produit n'est pas classé. C'est un hallucinogène puissant et durable (8 à 12 h). Les effets sont ceux du LSD. Cinq graines prises font un trip.* » Un autre observateur rapporte qu'il s'agit de « *sortes de truffes que l'on peut, par le biais de décoction, faire mariner un certain temps pour en retirer un liquide avec lequel on imbibe des buvards ou des sucres. Le produit était vendu également sous forme de fiole.* »

Le LSA est en réalité le principe actif de la « *wood rose* » (rose des bois), dont les effets sont analogues au LSD tout en étant, semble-t-il, plus sédatifs et 10 à 30 fois moins puissants. Le site réunionnais est le premier à avoir signalé l'existence, en 2001, d'une consommation récréative de la « *rose des bois* ». Certes, on ignore néanmoins si, malgré une appellation identique, il s'agit de la même plante. En outre, le principe actif de la plante qui pousse à l'état naturel à la Réunion est encore inconnu. Dans ce site, il semble qu'elle soit moins disponible en 2002 qu'en 2001 : « *Un produit était apparu dans l'espace festif en 2000-2001 sur le site : la liane d'argent appelée localement : "la rose des bois". Cette année, ce produit a peu fait parler de lui alors qu'un marché de gélules fabriquées sur place à base de graines pilées se serait développé. Le prix de l'unité serait resté stable et serait d'environ 9 à 10 euros. La vente de ce produit, parfois offert ou échangé, se limiterait à un revendeur sur l'île s'approvisionnant dans les ravines sauvages ou à bas prix dans les jardins privés. Mais le "marché" pourrait disparaître car le revendeur a quitté l'île au cours du second semestre 2002.* »

En 2002, les laboratoires scientifiques de la police et des douanes mentionnent quelques affaires de saisies de pâte d'*Argyria nervosa* dont le principe actif est le LSA.

AUTRES PLANTES

Outre ces plantes, les observateurs rapportent la diffusion à petite échelle de l'Éphédra et de son principe actif l'éphédrine (sous forme de gélule et de comprimés), de l'Ayahuasca notamment « *dans certains petits groupes influencés par le mouvement musical techno "Trance goa"* », des cactus (Peyotl, San Pedro), de la « *gomme zironnelle* » (la bave d'hirondelle) à la Réunion et du bétal dans une petite communauté ethnique issue de sous-continent indien dans la région parisienne. Lors des collectes SINTES, le peyotl est cité une fois, l'Ayahuasca une fois.

LE GAMMA OH (GHB)

Les données relatives au GHB, collectées au cours de l'année 2002, confirment la quasi-absence d'un usage récréatif, « *intentionnel* » du GHB. En revanche, nombreux sont les sites qui font état de rumeurs, de soupçons faisant état d'un usage « *non intentionnel* » du GHB dans le cadre de viols.

Plusieurs sites rapportent une méconnaissance de ce produit en dehors du battage médiatique relatif aux aspects criminels de l'usage.

Bordeaux : « *Lorsqu'il est fait mention, dans le cadre de collecte de substances de synthèse (dispositif SINTES) du GHB, soit comme produit disponible, soit en qualité de produit consommé, les réponses faites par les usagers dénotent la méconnaissance certaine de la substance dans le cadre d'une consommation volontaire, d'autant plus que les usagers eux-mêmes semblent plutôt la connaître par les biais habituel de l'information : à savoir les médias comme étant "la drogue du violeur".* »

Metz : « *Le GHB (acide gamma-hydroxybutyrate de sodium) n'est à aucun moment cité dans les observations de consommation recueillies sur le site de Metz. Il est connu par des consommateurs de produits psychoactifs surtout en raison de sa médiatisation comme "drogue du viol", mais ils n'en parlent pas comme un produit accessible ou proposé localement. Certains l'évoquent pour l'avoir vu en vente aux Pays-Bas sous la forme d'un liquide contenu dans une petite bouteille plastique opaque.* »

Ile-de-France : « *[...] Durant le premier semestre de l'année 2002, des malaises dus à la prise de GHB (l'un début mai 2002 et deux autres, simultanées, mi-mai 2002) ont été observés chez des personnes fréquentant certaines boîtes de nuit parisiennes. Dans l'une d'elles, des panneaux informatifs sur le GHB ont été affichés, de part et d'autre de l'entrée de l'établissement, des brochures informent les clients sur les risques liés à la consommation des produits stupéfiants, notamment celle du GHB, et des téléviseurs diffusent, autour de la piste de danse, des écrans publicitaires et des écrans de prévention sur le GHB ("Le GHB c'est la mort", "GHB + Alcool = mort"). Des discothèques se sont aussi mises à vendre leurs boissons dans des verres à couvercle (du type de ceux utilisés dans la restauration rapide) pour éviter que des clients consomment de façon non intentionnelle du GHB. Néanmoins, cette plus grande "visibilité" du produit dans les discothèques pourrait n'être liée qu'à la forte médiatisation autour du GHB au début de l'année 2002 ("drogue du viol", etc.). Aucun fait relatif à la consommation de GHB n'a été signalé durant le second semestre 2002 par nos différents observateurs.* »

Martinique : « *Par contre, des rumeurs signalent l'arrivée du GHB, appelé aussi "drogue du viol". Ce produit serait utilisé dans les discothèques de Martinique, et pourrait être versé dans les boissons à l'insu des consommateurs (ou des consommatrices). À l'heure actuelle rien ne permet de confirmer cette suspicion. Il est probable que la médiatisation faite autour de ce produit ait favorisé de telles rumeurs.* »

S'agissant de l'usage intentionnel récréatif dans un cadre festif, trois sites (Lille, Ile-de-France et Toulouse) évoquent une disponibilité marginale ou aléatoire dans certains événements. En Ile-de-France, le GHB serait très rare en free-party et un peu plus disponible dans les soirées privées, les clubs ou les discothèques. À Toulouse, l'usage intentionnel, restreint aux établissements de nuit, serait peu courant et aléatoire. Le site de Lille, en revanche, rapporte une forte hausse dans les soirées privées et les clubs-discothèques en lien probablement avec des sources d'approvisionnement situées en Belgique.

Outre l'achat dans les pays frontaliers, deux autres sources d'approvisionnement sont rapportées :

- l'approvisionnement par le biais d'Internet, comme l'atteste un constat du site toulousain : « [...] un usager s'en est procuré avec une facilité d'accès assez déconcertante. Paiement par carte bleue et reçu sous 10 jours, les 25 g coûtaient 35. En fin d'année, le site web concerné était fermé »,

- l'approvisionnement auprès des fabricants, chimistes amateurs comme l'atteste ce témoignage (région PACA) : « *C'est un gars qui le fabrique lui-même, il calcule le dosage que tu dois prendre suivant ton poids, il fait un calcul très précis et puis il pèse ta dose et la dilue dans un verre d'eau* », « *on a prit ça à plusieurs dans un appart, c'était pour goûter, pour faire l'expérience* », « *t'as l'impression de flotter mais tu restes conscient [...] ça a duré deux ou trois heures [...] c'est assez proche de l'ecsta, [...] la descente je sais pas, on s'est endormis.* »

En 2002, sept produits contenant du GHB ont été recueillis dans le cadre de SINTES (sur un total de presque 2 000 échantillons saisis ou collectés au cours de l'année). Il s'agissait d'une capsule saisie par les services des douanes, d'une gélule, d'un échantillon sous forme de poudre et de quatre échantillons sous forme liquide. Aucun des échantillons analysés ne contenait d'autre substance active que le GHB. Les dosages quantitatifs ne sont pas disponibles. Avant 2002, quinze échantillons au total (liquides et poudre) avaient été recueillis.

Concernant les échantillons provenant du dispositif sociosanitaire, cinq produits supposés GHB ont été collectés auprès d'usagers en 2002 (une gélule, une poudre, trois liquides). Les personnes rencontrées étaient âgées de moins de 30 ans pour quatre d'entre elles. Elles ont été contactées dans des lieux privés (appartements ou fête privées). Deux des usagers disaient s'être procurés le produit sur Internet. Les appellations relevées étaient « GHB », « dérivé de GHB » et « ecstasy liquide » pour un échantillon supposé contenir à la fois du GHB et de la MDMA. La voie d'administration prévue pour ces produits était la voie orale. Les cinq

échantillons collectés contenaient effectivement du GHB. Les effets recherchés cités par les usagers interrogés étaient « l'expérimentation », la « stimulation », la « sensualité », la « relance de la MDMA ».

Dans le cadre d'un usage intentionnel festif, le GHB, rarement échangé sous cette appellation, du fait d'une connotation négative (« usage criminel »), est vendu sous l'appellation ludique d'« ecstasy liquide ». À ce titre, il bénéficie d'une bonne image notamment du fait des effets désinhibiteurs, sensuels et entactogènes qu'on lui prête.

Seules deux références à ce produit ont été repérées dans les huit magazines étudiés en 2002.

L'usage du GHB (aussi appelé Liquid Ecstasy) est associé aux discothèques, aux clubs. Un article de *Max* d'août 2002 présente un historique de la molécule depuis sa création par le professeur Henri Laborit jusqu'à son utilisation par les culturistes dans les années 1980. Des témoignages d'usagers mettent en avant l'ivresse et les nausées ressenties lors de la prise. Un encart présente des informations sur les risques sanitaires du produit (« Pourquoi c'est dangereux ? »), notamment lorsqu'il est associé à une consommation d'alcool. Enfin, une bande dessinée décrit les effets du produit à différents dosages : à moins de 1 g, le clubber est « euphorique ». Entre 2 et 4 g le clubber est « détendu » et peut être victime du « syndrome de la carte bleue » : plongé dans un état de béatitude, semi-comateux, il constitue une proie idéale pour des personnes mal intentionnées. À une dose dépassant 4 g ou consommé en association avec de l'alcool, le clubber est « overdosé » et termine sa nuit aux urgences.

Un article de *Technikart* de décembre 2002 présente le GHB comme la drogue des « années 2000 ». La description, brève, est peu élogieuse : « *Après l'acide, l'ecsta, la kéta, voici que le GHB fait une entrée fracassante dans le panthéon des drogues dédiées à la techno. Son effet ? une absence totale au monde digne de l'anéantissement provoqué par l'antique colle à rustine.* »

Même si le ton adopté est plutôt ironique, le GHB est présenté comme une substance dont les effets sont potentiellement dangereux, hasardeux. L'image véhiculée dans la presse est celle d'une drogue dont il faut se méfier et dont les effets sont peu intéressants, peu valorisés.

AUTRES PRODUITS HALLUCINOGENES

POPPERS

Dans les deux espaces observés par TREND, l'usage des poppers est rapporté comme étant peu fréquent ou inconnu. Bordeaux, Metz et Toulouse signalent des ventes à l'intérieur des clubs et des discothèques au prix de 15 euros la fiole. Enfin, Toulouse rapporte une consommation du produit dans les milieux rock tendance « gothique ». Par ailleurs, certains magazines de la « Veille média » évoquent une consommation de poppers ne semblant pas exclusivement réservée à un usage dans le cadre de relations sexuelles. Il existerait en effet une consommation, dans un contexte festif, parmi des adolescents ou des clubbers lors de laquelle ce produit serait utilisé comme « stimulant » à des fins récréatives.

Depuis le classement sur la liste des stupéfiants en 1990, des poppers à base de nitrites de butyle et de pentyle, se développe dans la région de Lille un petit trafic avec les pays frontaliers. Ces poppers semblent considérés comme étant de meilleure qualité que ceux encore autorisés à la vente en France.

SOLVANTS VOLATILES

Hormis le site de la Guyane, où une petite investigation de la médecine scolaire auprès de deux classes d'élèves de CM2 et de 6^e a pu mettre en évidence quelques cas d'inhalation de colle ou de « Tipex® », les observateurs TREND font état de très peu de cas de consommation de solvants volatiles. Une des explications réside dans le fait que cette pratique concerne, essentiellement, des tranches d'âge (10 à 14 ans) et des contextes de consommation non couverts par le dispositif. Toulouse rapporte deux cas de prise en charge médicale d'adultes inhalateurs d'essence ; Paris, des cas d'enfants roumains, inhalateurs de colle et enfin Lyon, d'après les informations fournies par le centre anti-poison, de quatre cas d'usage détourné de détacheur avant lavage du type « eau écarlate ».

PROTOXYDE D'AZOTE

Le processus de déclin de l'usage de protoxyde d'azote s'accroît. Les observateurs sont unanimes pour confirmer la quasi-disparition de ce produit des événements festifs techno. Ce déclin est la résultante à la fois de la régulation interne du mouvement techno, visant à interdire un produit subtilisé dans des hôpitaux et des cliniques afin de ne pas discréditer l'image du mouvement dans son ensemble, et des mesures de protection contre le vol prises dans les lieux de stockage. À cela, il faut ajouter, en 2002, la raréfaction des free-party, au cours de la seconde moitié de l'année 2002.

Bordeaux : « La disponibilité du protoxyde d'azote au sein de l'espace festif est en baisse considérable, peu évoquée au cours de l'année, il semble que sa quasi disparition soit avant tout imputable à sa mauvaise réputation auprès des organisations et des protagonistes des manifestations. L'argumentaire développé est que la substance comporte trop de danger pour un effet bref et quasiment sans intérêt. »

Ile-de-France : « La vente et la consommation de protoxyde d'azote auraient quasiment disparu des espaces festifs. Ceci semble pouvoir s'expliquer par le fait que la consommation de protoxyde d'azote se faisait essentiellement en free-party et, du fait de la loi sur la sécurité quotidienne votée en 2002 (dont l'un des décrets d'application réglemente les rassemblements festifs à caractère musical), les free-party sont devenues particulièrement rares. De plus, les principaux endroits où le protoxyde d'azote pouvait être trouvé (hôpitaux et maternité) ont souvent mis en place un système de stockage du produit permettant d'éviter les vols, ce qui en réduit l'accessibilité. »

Lille : « Le protoxyde d'azote semble avoir complètement disparu, sauf lors d'une rave en novembre où des teufeurs parisiens avaient remonté des bouteilles. »

Lyon : « Le protoxyde d'azote a pratiquement disparu des événements techno, sa disponibilité étant en forte baisse. »

Marseille : « Présenté comme un produit très disponible dans l'espace festif en 2001, le protoxyde d'azote aurait quasiment disparu en 2002. Une des explications de cette disparition serait la mauvaise réputation des vendeurs de protoxyde d'azote accusés de voler ce produit dans les hôpitaux et de laisser les cartouches vides traîner sur les sites, et donc de contribuer à la dégradation de l'image du milieu techno. Déjà, en 2001, des habitués des fêtes techno cherchaient à chasser ce type de vente hors du milieu festif techno. »

Rennes : « L'usage du protoxyde d'azote devient rare dans les fêtes. Il semble qu'il soit moins disponible du fait de l'action des établissements médicaux qui ont appris à contrôler les stocks et l'action de certains organisateurs de free qui voient d'un mauvais œil la présence de ce produit, l'impact médiatique des vols de bouteille risquant de ternir davantage l'image du mouvement. »

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE SUR LES HALLUCINOGENES

L'usage récent de LSD concerne une minorité d'utilisateurs problématiques rencontrés au sein de l'espace urbain. Il s'agit essentiellement d'usages épisodiques, par voie orale. La disponibilité et l'accessibilité de ce produit au sein des deux espaces étudiés a subi une forte baisse en 2002, vraisemblablement en lien avec une diminution importante de l'offre. Concomitamment, le prix moyen semble avoir augmenté (10 à 15 euros un buvard) et l'image du produit s'être améliorée.

La fréquence de l'usage de la kétamine ne semble pas avoir évolué entre 2001 et 2002. Ce produit concerne une petite minorité de personnes présentant des profils sociaux très variés. L'usage extrême de kétamine lors de temps festifs semble davantage stigmatisé en 2002 qu'en 2001 par les participants aux fêtes. Des consommations plus maîtrisées se développeraient, diminuant la fréquence de ces conséquences les plus visibles. La voie d'administration dominante est le sniff, il s'agit d'un usage épisodique pour la grande majorité des personnes. La kétamine semble être un produit dont l'image est celle d'une « borne » extrême dans l'échelle des produits. En 2002, sa disponibilité et son accessibilité semblent avoir diminué.

Les champignons hallucinogènes concernent une petite minorité des personnes observées par TREND, on ne note pas d'évolution récente de la fréquence de leur consommation. Toutefois, il semble que leur utilisation touche des profils sociaux très variés. La voie essentielle d'utilisation est la voie orale. Leur image de produit naturel, peu dangereux, sans lien avec le trafic concourt à une perception positive s'inscrivant dans celle dont bénéficient, depuis quelques temps, les plantes hallucinogènes. Si leur accessibilité et leur disponibilité semblent stables, elles sont d'évaluation difficile du fait des possibilités d'autoculture et de la fréquence des échanges non commerciaux (don, échange).

L'usage de *Salvia divinorum* concerne des cercles très restreints d'utilisateurs. Ses effets sont peu adaptés à un contexte festif et son utilisation se déroulerait beaucoup plus dans des contextes calmes et intimes. Sa disponibilité reste restreinte. L'utilisation de *Datura* semble être plus fréquemment observée qu'auparavant, en particulier du fait de son coût modique. En 2002, plusieurs sites TREND rapportent des observations d'usage de « rose des bois », dont le principe actif est la LSA.

Le GHB n'est quasiment pas observé dans les espaces suivis par TREND. Il continue d'être un produit présent dans les médias, essentiellement du fait de son usage comme moyen de soumission chimique.

L'observation du protoxyde d'azote devient anecdotique.

L'USAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES NON OPIACÉS

ENQUÊTES EN POPULATION GÉNÉRALE

Les dernières données à disposition s'agissant de la prévalence de l'usage de médicaments en population générale adulte remontent à 1999. Lors de la décennie 90, les indicateurs de consommation sont restés relativement stables pour les anxiolytiques et les hypnotiques. En revanche, la tendance s'agissant des antidépresseurs est à l'augmentation. En 1999, l'usage récent de médicaments psychotropes concerne 14 % des hommes et 25 % des femmes. La consommation régulière des seuls somnifères et tranquillisants est relevée pour 9 % des adultes (Baromètre Santé).

Chez les jeunes de 17 ans ayant participé en 2002 à la Journée d'appel à la défense, l'expérimentation de médicaments psychotropes concerne 123 garçons sur mille et 307 filles sur mille. L'usage régulier de médicaments psychotropes (10 fois et plus dans le mois) concerne 32 filles sur mille et 10 garçons sur mille (a).

LES USAGERS PRIS EN CHARGE PAR LE SYSTÈME SANITAIRE

Entre 1998 et 2001, la part des médicaments psychotropes non opiacés comme produits à l'origine de la prise en charge d'un nouveau patient dans les CSST (Centres de soins spécialisés pour toxicomanes) a baissé de 4,8 % à 3,2 % (b).

(a) Beck (F.), Legleye (S.), *Usages de drogues et contextes d'usage à la fin de l'adolescence, évolutions récentes: ESCAPAD 2002*, Paris, OFDT, (à paraître en 2003).

(b) Analyse des rapports d'activité types des CSST, DGS/OFDT, 2002.

LE FLUNITRAZÉPAM (ROHYPNOL®)

LES USAGERS DE FLUNITRAZÉPAM EN 2002

Les usagers

En 2002, comme en 2001, la plupart des usagers, hors protocole médical, de flunitrazépam observés par le réseau des sites, sont des marginaux en situation précaire. La consommation de ce produit vise à supporter des conditions de vie extrêmement pénibles. Les effets les plus recherchés sont toujours la « défonce », généralement avec une prise conjointe d'alcool, ou la levée des inhibitions. Cette dernière, parfois nommée effet « Hulk », facilite la réalisation d'actes tels que les vols à la tire, la prostitution, etc. Le site d'Ile-de-France rapporte une forte présence de consommateurs issus d'une immigration récente provenant d'Europe de l'Est et du Maghreb.

Parmi les personnes rencontrées par OPPIDUM en 2002, 100 (3 %) ont consommé du flunitrazépam au cours de la semaine écoulée. Ils représentent 13 % des consommateurs de benzodiazépines (n = 779). La presque totalité utilise la voie orale et 57 % en prennent tous les jours. Presque la moitié (44 %) déclare que leur mode principal d'obtention est autre que la prescription médicale.

Au sein des usagers de structures de première ligne rencontrés en 2002, 14 % (137) ont consommé du flunitrazépam au cours du mois écoulé, ils étaient 21 % en 2001. Il s'agit surtout d'hommes (88 %) et de personnes entre 26 et 35 ans (55 %). L'âge moyen de début est relativement tardif : 22 ans et 7 mois, un quart a commencé avant 18 ans, les trois quarts avant 26 ans. La grande majorité (93 %) déclare un usage par voie orale. La fréquence de la prise est quotidienne pour 54 % des personnes, hebdomadaire pour outre le cannabis (78 %), les consommations au cours du dernier mois les plus fréquemment rapportées comprennent la BHD (75 %), la cocaïne (61 %) et le crack (31 %), l'héroïne (50 %), et les autres benzodiazépines (49 %).

Les perceptions du flunitrazépam en 2002

Dans la continuité des années précédentes, la plupart des sites rapportent la poursuite de la détérioration de l'image du Rohypnol® parmi les usagers (Lille,

Toulouse, Paris, Marseille, Bordeaux). Deux facteurs expliquent ce phénomène. D'une part, le Rohypnol® est ressenti comme engendrant une pharmacodépendance très forte, d'autre part, l'usage en est associé à des milieux de consommateurs très marginalisés, qui ont recours à la benzodiazépine comme « complément de la "défonce", pour s'évader des tensions quotidiennes » (Rennes).

Le Rohypnol® fait l'objet de deux références dans la veille média. Un article évoque le détournement du médicament par les toxicomanes du fait de ses propriétés susceptibles de provoquer, à hautes doses, la défonce. Dans une sous-partie intitulée « Le détail qui tue », il est rapporté que le Rohypnol® est connu aux États-Unis pour être la drogue du viol (« date rape drug »), ce qui explique la non-commercialisation du flunitrazépam dans ce pays. Dans l'autre article, l'image du Rohypnol® n'est guère meilleure. Si le médicament est évoqué du fait de la présence d'un titre intitulé « I love Rohypnol » dans le dernier album d'un groupe coutumier des provocations « pro-drogues », l'article n'en souligne pas moins les dangers liés à son usage : « [Le Rohypnol® (ndr)], avertit le journaliste, est un tranquillisant 10 fois plus puissant que le Valium®, qui, mélangé, à de l'alcool, provoque des amnésies. Il est accusé d'être à l'origine de nombreux viols. On l'appelle aussi la "date rape drug". »

CARACTÉRISTIQUES EN 2002

Accessibilité et disponibilité

Depuis la modification des conditions de prescription du Rohypnol® (février 2001), la plupart des sites rapportent une diminution de l'accessibilité pour les usagers. Le fait de devoir prescrire selon des modalités plus strictes a entraîné une diminution du volume des prescriptions qui génère une baisse de la disponibilité du médicament sur le marché parallèle. Si en 2001, une majorité de sites faisait état d'une diminution du marché noir, une importante minorité considérait la disponibilité du flunitrazépam comme importante. En 2002, le Rohypnol® fait certes encore l'objet d'une consommation détournée dans l'espace urbain, mais la baisse de sa disponibilité s'est sensiblement accentuée.

Dijon : « Cette consommation semble très fortement en baisse et se resserre autour des anciens héroïnomanes, la modification du cadre en fait une molécule peu disponible [...] »

Lyon : « Il est globalement moins disponible, voire même inexistant (cela dépend des endroits). »

Marseille : « Une des tendances de 2002 est la forte baisse de la disponibilité du Rohypnol®. Cette diminution est en lien direct avec les modifications du cadre de prescription de ce médicament, ce qui a eu pour conséquence le report vers d'autres produits tels que l'Artane® et le Rivotril®. »

Rennes : « La disponibilité, l'offre et la demande de Rohypnol® semblent en légère baisse d'une façon générale sur Rennes. »

Réunion : « Le Rohypnol® serait nettement moins consommé et moins prescrit probablement parce qu'il est moins accessible. »

Bordeaux : « Sa disponibilité reste sporadique au sein de l'espace urbain compte tenu de son accessibilité rendue plus difficile par les mesures restrictives en matière de prescription. »

Paris : « Le Rohypnol® quant à lui est de plus en plus dur à trouver et les gens se rabattent sur une consommation de Lexomil®, de Valium®, de Tranxène® et de Tercian®. »

Sur deux sites, toutefois la situation reste plus nuancée. À Metz, il semble que l'accès de certains usagers à une couverture sociale leur ait permis un accès au médicament. À Toulouse, les observateurs notent, après une période de baisse de l'usage consécutive aux mesures de restriction de la délivrance, une légère reprise de la consommation.

Sur le site de Paris, malgré le constat d'une baisse de la disponibilité globale du médicament, les observations ethnographiques mettent en évidence une persistance importante du trafic et de l'usage à certains points de la capitale fréquentés par une population migrante, marginalisée et précarisée.

Du point de vue de la variation des prix du Rohypnol® sur le marché parallèle, la situation varie selon les sites. Certains d'entre eux (Bordeaux, La Réunion, Marseille) rapportent une hausse des prix par rapport à l'année dernière ; les autres enregistrant une stabilité voire une légère baisse (Lyon).

LE TRIHEXYPHÉNIDYLE (ARTANE®)

La trihexyphénidyle est un anticholinergique ayant une action antiparkinsonienne, essentiellement sur le tremblement. Elle dispose donc d'une AMM en France pour la maladie de Parkinson et pour le syndrome parkinsonien des neuroleptiques. On peut la trouver sous les noms de marque Artane® ou Parkinane®. Un surdosage entraîne, entre autres, une confusion mentale et des hallucinations, effets recherchés par certains usagers. Il s'agit toutefois d'usages qui semblent rester assez marginaux au sein des populations observées.

LES USAGERS

Les usagers de trihexyphénidyle

Selon le réseau des sites, le profil des usagers ne s'est pas modifié à l'exception du site de l'île de la Réunion. Les usagers appartiennent à une frange très marginalisée de la population connaissant en général des problèmes psychiatriques lourds.

Le site de la Réunion rapporte une observation d'usage chez des lycéens et des collégiens. En novembre dernier, les services de police et les pompiers sont intervenus dans un collège suite à l'intoxication de huit collégiens qui avaient consommé un mélange Artane®-Alcool [Veille média].

Au cours de l'enquête OPPIDUM 2002, 15 personnes (0,4 %) ont déclaré avoir utilisé de la trihexyphénidyle au cours de la semaine écoulée. Au cours de l'enquête « première ligne 2002 », 92 personnes (10 %) disent en avoir consommé au moins 10 fois dans leur vie et 24 personnes (2,5 %) au cours du mois écoulé. Dans 92 % des cas (22) ce sont des hommes. Il s'agit de personnes plutôt jeunes, 50 % ont 25 ans ou moins. La répartition géographique n'est pas uniforme. Presque le quart des usagers (8, 22 %) provient de la Réunion, aucun de la Guyane, de la Martinique, de Dijon et de la Seine-Saint-Denis, puis quelques personnes de chacun des autres sites.

Les perceptions par les usagers

La perception du trihexyphénidyle, généralement sous la dénomination Artane®, est mauvaise parmi les usagers. Il semblerait qu'il y ait une prise de conscience des effets néfastes, notamment en termes psychiques, de l'usage détourné du médicament : « *Globalement, ce sont les complications psychiatriques, la "dégradation mentale" et l'association à l'hôpital psychiatrique qui constituent les fondements de cette perception péjorative* » (Bordeaux).

LE PRODUIT

Disponibilité, accessibilité

En 2001, l'usage d'Artane® était observé sur de nouveaux sites, traduisant une probable extension géographique que l'on pouvait en partie expliquer par la diminution de la disponibilité du flunitrazépam. En 2002, il semblerait que cette extension soit stoppée. Sur les sites où il existait une tradition d'usage détourné de cette molécule, sa disponibilité, hormis à Marseille, serait en recul.

Bordeaux : « *Il est notable de signaler cette année la raréfaction de l'Artane®. De moins en moins d'usagers semblent en consommer de part les problèmes psychiatriques lui étant imputés. De fait, son accessibilité demeure difficile puisque "personne n'en consomme vraiment longtemps".* »

Ile-de-France : « *Peu d'informations concernant la disponibilité, l'accessibilité et le prix de l'Artane® ont pu être recueillies auprès des observateurs franciliens du dispositif TREND, sans doute parce que le produit reste consommé de façon relativement marginale.* »

Toulouse : « *Ainsi, pour les structures de première ligne, la disponibilité et la consommation de l'Artane® sont en forte baisse, "on en n'entend plus parler". Ce produit poursuivrait la baisse engagée depuis maintenant plusieurs années, au point d'avoir aujourd'hui quasiment disparu du paysage toulousain des usages de drogues.* »

Metz : « *Il n'existe pas de consommation d'Artane®. Il s'agit plutôt de Tranxène®.* »

Lille : « *Les médecins prescrivent beaucoup de Rivotril® ainsi qu'un autre médicament le Noctamide®. En revanche, l'Artane® est très peu prescrit à Lille et l'on ne voit plus d'usagers en consommer.* »

Sur le site de la Réunion, où la tradition d'usage détourné est forte, il existerait une baisse de la consommation liée à la décision du laboratoire de retirer de la vente la présentation sous forme de comprimés de 15 mg (les plus fortement dosés)

et à un report vers d'autres médicaments psychotropes tels le clonazépam (benzodiazépine anticonvulsivante, Rivotril®) ou l'Optalidon® (normadidopyrine plus caféine).

Seul le site de Marseille rapporte une augmentation de la disponibilité du médicament. Deux facteurs l'expliqueraient : un plus grand nombre de prescriptions médicales lié à une augmentation de la demande du fait du cadre plus restrictif de prescription du Rohypnol® et la présence, à Marseille, d'une importante communauté provenant d'Algérie, pays où il existe depuis plusieurs années un usage détourné de cette molécule.

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE SUR LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES NON OPIACÉS

La fréquence de l'usage de flunitrazépam (Rohypnol®) parmi les usagers problématiques de l'espace urbain continue de diminuer, probablement du fait de la modification des conditions de prescription en février 2001. Sa disponibilité et son accessibilité sur le marché parallèle sont en baisse constante. Des reports de consommation vers d'autres molécules psychotropes pourraient se faire. L'image de cette molécule auprès des usagers reste très mauvaise.

L'usage détourné de trihexyphénidyle (Artane®) semble essentiellement cantonné à la Réunion et, dans une moindre mesure, à Marseille et à Paris. Cette molécule conserve une très mauvaise image.

INVESTIGATIONS SPÉCIFIQUES

LES USAGES DÉTOURNÉS DE LA KÉTAMINE EN 2002-2003

COMPTE RENDU INTERMÉDIAIRE D'UNE INVESTIGATION SPÉCIFIQUE **TREND**

*Stéphane Akoka et Catherine Reynaud-Maurupt
(Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale)*

RÉSUMÉ

Bien que la diffusion de l'usage récréatif de la kétamine soit modérée, la consommation de ce produit apparaît de plus en plus importante. Ce constat a conduit à mettre en place une étude exploratoire sur la consommation de cette substance, dans le but de décrire et de mieux comprendre les usages de la kétamine et les caractéristiques sociologiques et sanitaires de ses consommateurs. Cette étude, actuellement en cours de réalisation, s'appuie sur des données quantitatives (questionnaires) et qualitatives (entretiens individuels et groupes focaux), recueillies sur les sites du dispositif TREND. Le critère d'inclusion à l'étude impose que les personnes rencontrées aient consommé au moins une fois de la kétamine depuis janvier 2001.

Les premiers résultats de la recherche montrent le caractère minoritaire des pratiques abusives de la kétamine au sein de la population rencontrée. La consommation de ce produit concerne principalement des polyconsommateurs réguliers et abusifs de substances psychoactives variées. L'usage de LSD, surtout lorsqu'il est chronique, et celui d'héroïne apparaissent comme des facteurs de risques de la répétition de l'usage de kétamine.

INTRODUCTION

La kétamine ou NMDA (N-méthyl-D-aspartate) est un produit d'anesthésie générale non barbiturique, ayant une structure apparentée à la phencyclidine (PCP). En fonction du dosage, les effets de la kétamine peuvent varier d'une simple action

analgésique à une anesthésie complète de type dissociatif, et produire des effets psychodysléptiques [1,2]. Les récits d'usage détourné de la kétamine relatent également des épisodes dissociatifs extrêmes comme des sensations de « sortie du corps » (flotter au-dessus de soi) ou de mort clinique temporaire – Near Death Experience – [3,4], qui seraient l'expression ultime du « K-hole », sorte de trou noir psychédélique typique de l'effet kétamine [4,5]. L'usage médical de la kétamine est considéré sans grand danger du fait du maintien d'une ventilation spontanée, mais ses effets secondaires hallucinatoires restreignent son emploi [6]. Ces derniers, considérés comme complexes car multiformes, sont décrits comme apparentés à la cocaïne et aux amphétamines, à l'acide lysergique (LSD), mais aussi aux opiacés et à l'alcool. Des pratiques chroniques ont été observées chez une partie des consommateurs de substances psychoactives qui en ont fait l'expérience, pratiques caractérisées par une appétence et une tolérance importantes [4,7]. Ces mêmes consommateurs peuvent être victimes d'effets négatifs persistants, notamment sur leur capacité de mémorisation [5].

Utilisée de manière récréative dans des cercles restreints depuis les années 1970, la kétamine n'a vu sa diffusion augmenter en Europe qu'à partir des années 1990 où elle a pénétré l'espace festif techno, soit indirectement en étant employée comme adultérant dans certains comprimés d'ecstasy, soit directement sous forme de poudre de kétamine à priser [8]. Son image « d'anesthésiant pour chevaux », issue de son emploi plus fréquent dans le cadre de la médecine vétérinaire et peu en phase avec l'idée de la fête et de la convivialité, semble avoir suscité une diffusion lente des pratiques détournées de la kétamine en France. L'usage de ce produit dans le milieu festif techno apparaissait ainsi comme ponctuel et expérimental en 1997 et aucun trafic organisé n'était connu [9]. Si à cette époque la consommation était encore marginale et peu visible, les observateurs de terrain notent aujourd'hui une évolution de la situation, caractérisée par une banalisation de l'usage de kétamine dans l'espace festif en France, ainsi qu'une disponibilité accrue de la substance : la consommation de ce produit semble être actuellement le fait de groupes plus importants et plus diversifiés, même si elle reste de diffusion modérée [10]. Le développement d'un trafic organisé de kétamine serait désormais attesté dans certains pays européens, notamment au Royaume-Uni [11]. Aujourd'hui, en France, les interrogations des acteurs professionnels du champ médical et social confrontés à ce type d'usages se portent non seulement sur les conséquences sociales des pratiques de la kétamine et les motivations effectives de ses consommateurs, mais également sur l'ampleur des consommations chroniques et des consommations associées à d'autres dépresseurs comme l'alcool, et des risques liés aux voies d'administration (infection VHC, VIH, abcès...).

Une étude exploratoire des usages détournés de la kétamine a été mise en place sur la base de cet état des lieux. L'objectif principal de cette recherche en cours est de décrire et de mieux comprendre les usages de cette substance, ainsi que les caractéristiques

sociologiques et sanitaires de ses consommateurs. La réalisation de cet objectif conduit à s'intéresser aux modalités d'usages de ce produit, ainsi qu'aux processus sociaux et aux représentations subjectives qui ont conduit à sa pratique et la font perdurer. Sur la base des connaissances produites, des stratégies spécifiques de prévention de l'usage et de l'usage nocif de kétamine, ainsi que de réduction des risques et des dommages liés à la consommation de cette substance pourraient être proposées. Cette recherche s'inscrit ainsi dans le cadre des recommandations récentes des organismes spécialisés relatives à l'usage détourné de kétamine (décrire les modèles spécifiques de l'usage de ce produit et proposer une information appropriée aux personnes vulnérables) [11]. L'objectif de cet article est de décrire les résultats préliminaires issus de cette recherche en cours de réalisation. Le rapport définitif sera publié début 2004 et devrait permettre d'estimer l'impact social et sanitaire des pratiques de la kétamine sur la vie quotidienne des consommateurs.

MÉTHODOLOGIE

Cette recherche exploratoire et multicentrique s'inscrit dans une démarche de sociologie appliquée.

Les axes de la recherche privilégient l'étude des consommateurs de kétamine (caractéristiques sociodémographiques, insertion sociale, état de santé, expérience des autres drogues), des modalités d'usage de la substance (voies d'administration, fréquences de consommation, associations avec d'autres produits, effets recherchés et ressentis, contextes de consommation) et de la fonction qui est subjectivement attribuée au produit.

Le travail de terrain a été réalisé sur les sites retenus par le dispositif TREND : Toulouse, Marseille/Nice, Rennes, Paris et Bordeaux¹.

Le critère d'inclusion dans l'étude a permis de sélectionner une population dont le point commun est d'avoir consommé au moins une fois de la kétamine hors cadre médical depuis le 1^{er} janvier 2001.

Les premières données ont été recueillies en juillet 2002. La fin du recueil de données en cours est prévue pour juin 2003. L'objectif de cet article est de rendre compte des résultats préliminaires issus des premières données analysées, qui ont été recueillies entre juillet et décembre 2002.

Le travail de terrain est considéré comme le support de la méthodologie de recherche [12, 13] et l'objet de l'étude est circonscrit par le croisement de plusieurs techniques d'enquête sur le terrain [13], grâce à la mise en œuvre d'un volet quantitatif et d'un volet qualitatif mixte.

1. Les données ont été recueillies sur ces sites respectivement par Graphitti à Toulouse, le GRVS à Marseille/Nice, le CIRDD à Rennes, la clinique Libertés et RES à Paris, et le CEID à Bordeaux.

Les données quantitatives sont recueillies grâce à un questionnaire anonyme administré en face-à-face.

Un objectif de 250 à 300 questionnaires a été fixé pour juin 2003 (60 questionnaires par site). Les résultats préliminaires de l'étude se basent sur l'analyse de 160 questionnaires.

Les données qualitatives sont recueillies grâce à deux techniques. Des entretiens semi-directifs enregistrés sur bande magnétique et réalisés en face-à-face permettent d'aborder le sujet sous l'angle biographique. Un objectif de 25 entretiens a été fixé pour juin 2003 (5 entretiens par site).

Des discussions collectives enregistrées sur minidisque numérique et réalisées en face-à-face entre les chercheurs et un groupe de consommateurs de kétamine ont pour but principal de faire émerger les pratiques ou les représentations qui font consensus ou débat parmi les personnes en présence. L'objectif de deux discussions collectives a été fixé.

Les données qualitatives qui ont pu être préanalysées regroupent 10 entretiens semi-directifs et deux discussions collectives. Cinq entretiens proviennent de la ville de Toulouse, 4 de la ville de Bordeaux et 1 de la ville de Rennes. Les discussions collectives (2 x 8 personnes) ont été réalisées à Nice et à Paris pour des raisons pratiques.

RÉSULTATS

L'approche quantitative d'une population de consommateurs de kétamine

Les voies d'accès à la population recrutée pour l'étude

Parmi les 160 questionnaires analysés, 37,5 % (60/160) proviennent du site de Toulouse, 26,9 % (43/160) du site de Marseille/Nice, 15 % (24/160) du site de Rennes, 13,8 % (22/160) du site de Paris, et 6,8 % (11/160) du site de Bordeaux.

Les personnes incluses dans l'échantillon quantitatif ont été majoritairement rencontrées lors de contacts informels dans les réseaux de consommateurs de substances psychoactives connus par les enquêteurs (51,2 % ; 82/160). Ces contacts informels ont principalement pu être pris grâce à l'insertion professionnelle ou personnelle des enquêteurs dans l'espace festif techno.

Les contacts pris directement sur les scènes festives techno (rave-party légale, free-party, teknival, after : 13,1 % ; 21/160) représentent un huitième du recueil de données.

Les autres types de contact regroupent les structures à bas seuil d'exigence (boutique, PES), les structures de prévention en milieu festif, les centres spécialisés de soins en toxicomanie, les autosupports, les clubs ou discothèques, les festivals, les campus universitaires, les fêtes privées, les bars, mais aussi la rue, les trains, ainsi que les réseaux personnels des enquêteurs investis.

Les caractéristiques démographiques et sociales de la population étudiée

Le groupe de personnes inclus dans l'étude comprend 6 hommes pour 4 femmes (hommes : 60 % ; 96/160). Ces consommateurs de kétamine ont un âge moyen de 25,23 ans [minimum : 18, maximum : 44 ; médiane : 25 ; écart-type = 4,37]. Les plus nombreux sont célibataires (79,4 % ; 127/160), mais moins d'un quart des personnes rencontrées habite réellement seule (sans conjoint, sans enfant, sans parents, sans amis : 23,8 % ; 38/160). Une minorité a des enfants à charge (8,8 % ; 14/160).

La distribution des niveaux d'études est hétérogène : un quart de l'échantillon (22,5 % ; 36/160) déclare ne pas avoir terminé le niveau secondaire, 37,5 % (60/160) détient un baccalauréat ou un niveau bac pendant que 40 % (64/160) ont un niveau d'études supérieur. Les femmes ont obtenu plus souvent que leurs pairs masculins un diplôme d'études supérieures (60,9 % ; 39/64 vs 26 % ; 25/96, $p = 0.0001$).

La majorité des personnes rencontrées dispose d'un logement personnel (51,9 % ; 83/160), ou vit chez ses parents ou un autre membre de la famille (16,8 % ; 27/160). Une partie de l'échantillon est hébergée chez des amis (15 % ; 24/160) ou dans un foyer (1,3 % ; 2/160) pendant que certains connaissent des conditions de logement précaires (squat, rue, hôtel meublé, camion : 15 % ; 24/160).

Les ressources financières des consommateurs de kétamine inclus dans l'étude sont principalement des revenus issus de l'emploi (emploi : 41,9 % ; 67/160 – allocations de chômage : 25,6 % ; 41/160). Le RMI ou les pensions d'invalidité constituent une ressource pour 13,8 % d'entre eux (22/160). D'autres types de ressources sont cités (aide de la famille : 11,9 % ; 19/160 – la « manche » : 8,8 % ; 14/160 – les bourses d'études : 5 % ; 8/160 ; les activités illégales : 8,1 % ; 13/160). Seul 1,9 % de l'échantillon (3/160) déclare ne bénéficier d'aucune ressource.

Les personnes rencontrées connaissent une insertion forte dans l'espace festif techno : 61,9 % (99/160) ont été plus de dix fois en rave-party légale au cours de leur vie, 85 % (136/160) plus de dix fois en free-party organisée sans autorisation légale, et 39,4 % (63/160) ont participé à plus de dix teknivals (festival techno sur plusieurs jours). Seule une personne n'a jamais assisté à une manifestation festive techno.

Leur couverture sociale et leur état de santé

La majorité des personnes rencontrées bénéficie d'une couverture sociale (92,5 % ; 148/160). Elles disposent d'une sécurité sociale et d'une mutuelle (47,3 % ;

70/148), d'une sécurité sociale seulement (21,6 % ; 32/148) ou de la Couverture maladie universelle (31,1 % ; 46/148). Une part minoritaire de la population ne bénéficie d'aucune couverture sociale (7,5 % ; 12/160).

Certaines des personnes interrogées considèrent avoir eu une mauvaise santé sur le plan somatique au cours du dernier mois écoulé (12,5 % ; 20/160). Une part équivalente déclare d'autre part avoir été déprimée au cours de la même période (12,5 % ; 20/160), tandis qu'un cinquième des personnes rencontrées rapporte avoir connu des symptômes d'anxiété (19,4 % ; 31/160).

D'autres symptômes sont déclarés plus fréquemment dans la population étudiée : 58,1 % (93/160) déclare avoir souffert de fatigue au cours du dernier mois écoulé, 37,5 % (60/160) de maux de tête, 33,8 % (54/160) de toux sèche, 33,1 % (53/160) de toux grasse, 33,1 % (53/160) de troubles du sommeil, 30,6 % (49/160) de problèmes dentaires, et 28,1 % (45/160) de troubles de la mémoire.

Sont également mentionnés le manque d'appétit (28,1 % - 45/160), des tremblements (20 % ; 32/160), des vertiges (18,8 % - 30/160), des douleurs dans la poitrine (18,8 % ; 30/160) et la perte de poids (15 % - 24/160). D'autre part, deux surdoses (1,3 %) sont signalées, toujours au cours du dernier mois écoulé.

La majorité des personnes rencontrées a effectué un test de dépistage du VIH au cours de sa vie (79,4 % ; 127/160), ainsi qu'un test de dépistage de l'hépatite C (69,4 % ; 111/160).

Aucune personne ne déclare de séropositivité au VIH, mais 15,3 % (17/111) des personnes dépistées pour l'hépatite C se sont révélées porteuses de ce virus. Le dépistage de l'hépatite C apparaît significativement plus fréquent chez ceux qui ont consommé au moins une fois de l'héroïne au cours de leur vie (79,6 % ; 86/108 vs 50 % ; 24/48, $p = 0,0002$), comme chez ceux qui ont injecté au moins une fois au cours de leur vie (88,4 % ; 38/43 vs 63,5 % ; 73/115, $p = 0,0023$). La séroprévalence de l'hépatite C est nettement plus importante dans cette catégorie d'injecteurs que chez les autres personnes dépistées (39,5 % ; 15/38 vs 2,8 % ; 2/71, $p = 0,0001$).

Leurs consommations de substances psychoactives au cours de la vie et des trente derniers jours

Toutes les personnes rencontrées ont consommé au moins une fois de la kétamine depuis janvier 2001. Leur première prise s'est effectuée à l'âge moyen de 22,89 ans [minimum : 15 ; maximum : 38 ; écart-type : 4,3]. La majeure partie de l'échantillon n'a pas consommé de kétamine au cours du mois écoulé (72,5 % ; 116/160). Parmi ceux qui en ont consommé au cours du dernier mois, 77,3 % (34/44) en ont pris au moins une fois, 20,5 % (9/44) en ont consommé plus d'une fois par semaine, pendant qu'une seule personne (2,3 %) déclare au moins une prise par jour. Ainsi, 6,3 % (10/160) de l'ensemble de la population connaît une

consommation pluri-hebdomadaire ou quotidienne de kétamine au jour de la rencontre. Tous les consommateurs du dernier mois ont pris ce produit par voie nasale (100 % ; 44/44) mais certains d'entre eux l'ont également inhalé/fumé (6,8 % ; 3/44), injecté (4,5 % ; 2/44), voire bu (2,3 % ; 1/44).

Presque tous ont consommé du LSD au cours de leur vie (96,9 % ; 155/160), la première fois à un âge moyen de 18,22 ans [minimum : 11, maximum : 29, écart-type : 2,97]. Parmi eux, la majorité en a consommé dix fois ou plus (84,5 % ; 131/155). Les cinq personnes qui n'ont jamais pris de LSD ont par contre toutes consommé des champignons hallucinogènes, qui ont d'ailleurs été expérimentés par 93,7 % (150/160) de l'échantillon. Plus d'un tiers des consommateurs d'hallucinogènes majeurs rapporte la consommation de LSD ou de champignons hallucinogènes au cours du mois précédant l'enquête (respectivement 38,1 % ; 59/155 et 34 % ; 51/150). Au cours de ce mois, les consommations plusieurs fois par semaine ou quotidiennes sont minoritaires (respectivement 2,6 % ; 4/155 et 6 % ; 9/150).

Consommation de substances psychoactives au moins une fois, au cours de la vie et du dernier mois (N = 160)

Produits consommés au moins une fois	Au cours de la vie	Au cours du dernier mois
Kétamine	160 100 %	44 27,5 %
LSD	155 96,9 %	59 36,8 %
Champignons hallucinogènes	149 93,1 %	51 31,8 %
Cannabis	159 99,4 %	143 89,4 %
Poppers	116 72,5 %	12 7,5 %
Héroïne	111 69,4 %	46 28,8 %
Buprénorphine	54 33,7 %	17 10,6 %
Méthadone	23 14,4 %	5 3,1 %
Sulfate de Morphine	32 20,0 %	10 6,2 %
Codéine	46 28,7 %	3 1,9 %
Cocaïne	156 97,5 %	93 58,1 %
Crack/free-base	84 52,5 %	20 12,5 %
Ecstasy	158 98,7 %	84 52,5 %
Amphétamines	142 88,7 %	57 35,6 %
Rohypnol®	27 16,9 %	1 0,6 %
Autres benzodiazépines	44 27,5 %	12 7,5 %
Artane®	12 7,5 %	1 0,6 %
Solvants	61 38,1 %	0 0

Les consommateurs de kétamine rencontrés sont nombreux à avoir expérimenté l'héroïne (69,4 % ; 111/160). Leur première consommation s'est effectuée à l'âge moyen de 20,68 ans [minimum : 15 ; maximum : 30, écart-type : 3,34], et s'est le plus souvent répétée plus de dix fois (64,8 % ; 72/111). Plus du quart d'entre eux s'est déjà administré ce produit par voie injectable (29,7 % ; 33/111). Parmi les personnes qui ont connu l'usage de l'héroïne au cours de leur vie, les plus nombreuses déclarent être abstinentes de ce produit durant le mois qui précède l'enquête (57,8 % ; 63/109). Une partie des personnes qui ont consommé de l'héroïne au cours du dernier mois déclare une fréquence d'usage plurihebdomadaire (28,3 % ; 13/46) ou quotidienne (8,7 % ; 4/46). Ces personnes ont principalement privilégié la voie nasale (82,6 % ; 38/46), mais certaines ont préféré ou alterné avec le fait de fumer (47,8 % ; 22/46) ou l'injection (13 % ; 6/46).

Les autres substances psychoactives consommées au cours de la vie et des trente derniers jours peuvent être observées dans le tableau page 191. L'ampleur des consommations de cocaïne et d'ecstasy peut particulièrement être relevée, ainsi que les taux importants de consommations de crack/free-base et d'amphétamines.

Au cours du dernier mois, la moitié des personnes rencontrées (48,1 % ; 77/160) déclare une consommation plurihebdomadaire ou quotidienne pour au moins un des produits suivants : kétamine, LSD, champignons hallucinogènes, poppers, cocaïne, crack/free-base, ecstasy, amphétamines. Néanmoins, un tiers des autres rapportent une consommation au moins une fois par mois pour au moins trois des produits suscités (28/83 ; 33,7 %).

Leurs pratiques de la kétamine

Un cinquième des personnes rencontrées n'a pris qu'une seule fois de la kétamine au cours de sa vie (21,3 % ; 34/160). Ces personnes ont significativement plus tendance à déclarer qu'elles ne reprendront jamais de kétamine, contrairement à ceux qui en ont déjà consommé plusieurs fois (47,1 % ; 16/34 vs 17,5 % ; 22/126, $p = 0,0003$). Les personnes qui déclarent être sûres de ne pas reprendre de kétamine à l'avenir invoquent majoritairement comme raisons le fait que les effets obtenus n'étaient pas ceux qu'elles attendaient (55,2 % ; 21/38), que la violence des effets du produit leur a fait peur (28,9 % ; 11/38) ou qu'elles ont eu le sentiment de perdre la maîtrise d'elles-mêmes (26,3 % ; 10/38).

Par ailleurs, les personnes qui n'ont jamais expérimenté l'héroïne dans leur vie déclarent plus fréquemment que les autres s'être limitées à une seule prise de kétamine au jour de l'enquête (37,5 % ; 18/48 vs 14,5 % ; 16/110, $p = 0,0012$). De même, ceux qui ont pris du LSD moins de 10 fois au cours de leur vie, ou n'en ont jamais pris, rapportent plus souvent n'avoir consommé qu'une seule fois de la kétamine (44,8 % ; 13/29 vs 16 % ; 21/131, $p = 0,0006$).

Une partie des personnes rencontrées rapporte avoir au moins une fois déjà consommé de la kétamine en étant seul (20 % ; 32/160). Comme précédemment, le fait d'avoir déjà consommé de l'héroïne au cours de sa vie influence la possibilité d'une prise de kétamine en solitaire (26,4 % ; 29/110 vs 6,3 % ; 3/48, $p = 0,0038$). De même, ceux qui ont pris plus de dix fois du LSD au cours de leur vie sont les seuls à déclarer avoir déjà consommé de la kétamine en solitaire (24,4 % ; 32/131 vs 0 % ; 0/29, $p = 0,0029$).

Les effets recherchés par les consommateurs sont principalement hallucinogènes (42,5 % ; 68/160), mais certains recherchent aussi une sensation de décorporation (33,1 % ; 53/160), et/ou de la stimulation (26,9 % ; 43/160). Les principaux effets ressentis sont l'anesthésie et la perte des sens (69,4 % ; 111/160), les hallucinations (61,9 % ; 99/160), ainsi que la sensation de décorporation (46,3 % ; 74/160). Les effets recherchés et ressentis sont détaillés dans le tableau ci-dessous.

Présentation des effets recherchés et des effets ressentis par les consommateurs lors de la prise de kétamine. (N = 160)

Effet(s) de la kétamine	recherché(s)	ressenti(s)
Empathie, osmose	39 24,4 %	51 31,9 %
Stimulation, excitation, euphorie, speed	43 26,9 %	56 35,0 %
Anesthésie, perte des sens	34 21,3 %	111 69,4 %
Perte de conscience, oubli	19 11,9 %	48 30,0 %
Hallucination (visuelle, sonore, trip, délire, voyage)	68 42,5 %	99 61,9 %
Sensation de décorporation (sortir de son corps)	53 33,1 %	74 46,3 %
Sentiment d'agressivité, violence	1 0,6 %	7 4,4 %
Introspection (expérience mystique/ spirituelle, découverte de soi)	36 22,5 %	52 32,5 %
Effet de régulation (faciliter la descente d'un autre produit, soulager le manque ou la douleur)	28 17,5 %	30 18,8 %
Détente, calme	8 5,0 %	9 5,6 %
Découverte nouvelle expérience	23 14,4 %	– –
Prise par erreur	4 2,5 %	– –
Oppression angoisse	– –	6 3,8 %
Problèmes de coordination motrice	– –	6 3,8 %

Un tiers de l'échantillon signale avoir fait au moins une fois un malaise lors d'une prise de kétamine (33,1 % ; 53/160), qui dans quelques cas a pu impliquer l'intervention d'un médecin (9,4 % ; 5/53).

La dernière prise de kétamine des personnes incluses dans l'échantillon s'est déroulée le plus souvent dans un logement privé (32,5 % ; 52/160). Cette dernière prise s'est néanmoins effectuée aussi souvent dans un contexte privé – logement privé, soirée privée, squat d'habitation, voiture, camion – (45,6 % ; 73/160) que sur une scène ouverte – fêtes techno, festivals, discothèques, rue, bar, train, lieux publics – (54,4 % ; 87/160).

Lors de cette dernière prise, la kétamine a pu être associée à la consommation d'autres produits : l'alcool est fréquemment consommé avant la prise de kétamine (75,6 % ; 121/160), comme le cannabis (87,5 % ; 140/160), ainsi que l'ecstasy dans une moindre mesure (33,8 % ; 54/160). Les deux premiers produits sont les plus consommés pendant l'effet de la prise de kétamine (respectivement 41,3 % ; 66/160 et 66,3 % ; 106/160), comme au moment de la descente (respectivement 37,5 % ; 60/160 et 76,3 % ; 122/160).

Les pratiques à risques d'infection (injection, inhalation)

Un quart des personnes rencontrées a déjà pratiqué au moins une fois l'injection au cours de sa vie (26,9 % ; 43/160). Une minorité a utilisé la voie injectable au cours du mois écoulé avant le recueil de données (11,3 % ; 18/160). Quelques-uns déclarent avoir partagé au moins une fois une seringue au cours de cette période (11,1 % ; 2/18), ainsi que le coton servant à l'injection (16,7 % ; 3/18) ou la cuillère (33,3 % ; 6/18). Toutes les personnes qui déclarent avoir partagé leur cuillère sont des femmes.

La voie nasale a, par contre, été fréquemment utilisée au cours du dernier mois écoulé par les personnes enquêtées (76,9 % ; 123/160). Le partage des pailles est très souvent attesté au cours de cette période de référence (occasionnellement ou régulièrement : 63,9 % ; 78/122).

Les discours des consommateurs sur la kétamine

Les personnes qui ont participé à la réalisation des entretiens ont été rencontrées par l'entremise de contacts informels dans le milieu festif techno (6/10 ; Toulouse et Rennes) ou dans une structure de prise en charge de la toxicomanie (Centre spécialisé de soins pour toxicomanes – CSST/lieu d'accueil à bas seuil d'exigence/boutique – 4/10 ; Bordeaux). Les participants à la discussion collective réalisée à Paris ont été contactés par l'entremise de l'association ASUD (Auto-support des usagers de drogues) et de l'Association française de réduction des risques (AFR), tandis que ceux réunis à Nice ont été rencontrés par l'intermédiaire

de la mission réduction des risques de la Mutualité française Alpes-Maritimes/Médecins du Monde.

Les citations de consommateurs qui suivent sont issues des discussions collectives, sauf lorsqu'elles sont associées à un prénom, qui désigne un participant aux entretiens individuels.

Caractérisation des personnes rencontrées : données sociales et consommation de substances psychoactives

La discussion collective qui s'est déroulée à Nice regroupait 6 hommes et 2 femmes, dont la moyenne d'âge est de 26 ans. Parmi eux, 6 ont un emploi (une personne bénéficie d'un chômage rémunéré, une autre dispose d'une allocation Adulte Handicapé). Une personne qui détient un emploi est étudiante par ailleurs. La seconde réunion, qui s'est déroulée à Paris, a regroupé 5 hommes et 3 femmes, dont la moyenne d'âge est de 25 ans. Trois personnes avaient un emploi au moment de la réunion. Parmi les autres, une est étudiante et quatre sont sans travail (deux au moins bénéficient d'un chômage rémunéré).

Les dix entretiens biographiques ont été réalisés avec 5 hommes et 5 femmes, âgés en moyenne de 26 ans. Deux personnes ont une vie itinérante (en camion, ou de squat en squat). Cinq personnes vivent de petits boulots (intermittent du spectacle, intérim, travail au noir), et cinq autres ne déclarent pas d'activité (deux parmi ces dernières bénéficient du RMI).

L'ensemble des personnes rencontrées pour ce volet qualitatif illustre bien le panel des profils que le portrait quantitatif qui a précédé a pu mettre en valeur. Au jour de la rencontre, ces personnes peuvent avoir expérimenté la kétamine lors d'une prise ou de quelques prises qui ne se sont pas renouvelées, être consommateur occasionnel, ou ancien consommateur. Au cours de leur vie, ces deux dernières catégories de consommateurs peuvent avoir entretenu un usage occasionnel mais régulier de kétamine ou avoir connu une période d'augmentation de leur fréquence d'usage. Ce type de période était caractérisé par des pratiques qui survenaient plusieurs fois par semaine, et quotidiennement dans de plus rares cas. L'arrêt des pratiques abusives peut être lié à la peur de la dépendance « *parce que c'est trop bon* », ou à un défaut d'approvisionnement : « *Il n'y en a pas trop en ce moment... donc on a arrêté forcément quoi* », « *Mais dès qu'il y en aura, on en reprendra.* » De façon générale, les polyusages (LSD, champignons, cocaïne, crack/free-base, amphétamines, ecstasy...) concernent toutes les personnes rencontrées, « *toute la panoplie complète du fêtard* » (Marc, 33 ans, Rennes) est progressivement expérimentée. La plupart ont connu une période d'usage chronique de LSD. Les plus nombreux ont déjà consommé de l'héroïne. Certains ne l'ont qu'expérimenté, d'autres connaissent au jour de l'entretien une phase d'augmentation de leur fréquence d'usage, pendant que d'autres encore bénéficient d'un trai-

tement de substitution aux opiacés, pour une pharmacodépendance qui peut être récente ou parfois ancienne. La consommation de médicaments psychoactifs détournés de leur usage initial (Subutex®, Artane®, Rohypnol®) est présent mais mineure, de même que l'expérience du GHB ou du datura, de la belladone, et de « toutes sortes de cactées ».

Les pratiques de la kétamine

La séquence de consommation : préparation et administration

La voie d'administration utilisée pour la kétamine est majoritairement la voie nasale. La substance peut être directement achetée en poudre prête à inhaler, en cristaux, mais est le plus souvent achetée sous forme liquide et préparée artisanalement. Le liquide est transformé en poudre en le faisant chauffer au bain-marie, au micro-onde ou en le versant directement dans une poêle. La violence des effets du produit lors de la première prise, associée à une forte tolérance si l'usage se répète, conduit à commencer par sniffer la quantité d'« une trace » pour rapidement en arriver à « une poutre ». En fonction des effets recherchés, la dose « se gère au millimètre ». La consommation régulière de kétamine est mentionnée comme pouvant être très éprouvante pour les cloisons nasales. « *C'est con que l'injection soit... si dangereux, [...] parce que ça nique le nez, c'est un produit qui brûle le nez, qui brûle les sinus, et qu'il y a un moment où presque, t'as encore envie d'en taper mais ton nez il en peut plus... ou alors il est bouché et il n'y a plus de trous pour la faire passer.* »

Les voies intramusculaire et intraveineuse ont été expérimentées par une minorité. La voie intramusculaire est souvent citée comme une expérience ponctuelle et décrite par les consommateurs comme la voie d'administration préférentielle de la kétamine en injection, « comme en Italie », où la kétamine serait principalement consommée de cette manière. Pourtant, l'usage répété de kétamine par voie intraveineuse, y compris quotidiennement, est plus souvent rapporté chez les personnes rencontrées que son usage par voie intramusculaire. L'usage de la kétamine en chassant le dragon (fumée sur de l'aluminium) est rarement mentionné, mais a été la voie d'administration privilégiée d'une personne lorsqu'elle en consommait quotidiennement.

Les consommations en mélange

La kétamine peut être consommée seule, car elle est appréciée pour ses effets propres : les consommations en mélange ne semblent pas spécialement recherchées, même si elles sont mentionnées et souvent expérimentées. « *De toute façon, si on sait qu'il y a de la ké, qu'on sait qu'on va en avoir, moi je vais être qu'à ça.* »

La kétamine est souvent mélangée avec de l'alcool, « parce que ça agit mieux ». Si l'occasion se présente, des mélanges spécifiques peuvent être effectués en fonction des effets recherchés, comme le « Calvin Klein » (mélange cocaïne/kétamine), le « Calvin Klein Spécial » (mélange cocaïne, kétamine, speed/amphétamines), mais également les mélanges kétamine et amphétamines, ou kétamine et ecstasy.

« *La kéta et le speed je trouve ça génial, parce que tu profites de l'effet de déformation et de l'euphorie tout en étant accéléré [...] t'as des trucs qui fusent dans tout le cerveau, trop rigolo* » (Sam, 21 ans, Toulouse).

Les consommations de kétamine exclusivement en mélange sont rares, mais attestées : « *Je l'ai jamais prise toute seule, sans rien, je l'ai toujours prise avec des taz* » (Éloïse, 22 ans, Bordeaux). La kétamine peut également être associée au traitement de substitution pour ceux qui en prennent de façon quotidienne, ce mélange selon eux « *ne pose pas de problème* ».

Les contextes de consommation

Les lieux de consommation diffèrent selon que l'usage est ponctuel ou régulier. Les premiers usages ou les usages ponctuels se déroulent le plus souvent dans un contexte festif, lors d'une fête techno ou d'une soirée privée. Certains, dont l'usage est devenu régulier, déclarent que la kétamine se consomme « *partout* », « *où on veut quand on veut* », « *à bloc de ké, j'allais en cours* ». La plupart estiment néanmoins que la consommation doit se cantonner à un lieu privé dans une sphère protégée, parce que « *c'est pas très joli* », « *ça fait moyen* », à moins d'être le fait d'un consommateur qui connaît bien sa tolérance au produit « *dans un endroit où tu sais qu'il va falloir tenir debout, mieux vaut y aller par petite quantité* ».

Les effets ressentis de la kétamine

La montée du produit conduit à rester statique au cours de la première demi-heure, c'est le moment de la « dispersion ». Une partie des personnes peut, si elles le veulent, se mouvoir pendant cette « dispersion ». Pour d'autres, cette phase peut se traduire par le handicap physique et moteur (tout dépend de la tolérance, de la dose, de la morphologie...) : « *Avec l'habitude, tu encaisses de mieux en mieux.* » L'effet anesthésiant peut être apprécié en tant que tel, autant par ceux qui n'ont connu que cet effet que par ceux qui sont allés plus loin dans l'expérience du produit. « *Ça rend mou* », et donne la sensation d'être « *dans du coton* », de « *flotter* ». Cette sensation est également qualifiée d'« *ivresse* ». « *Mes doigts c'est comme des cheveux, pour serrer le papier de tabac [pour rouler une cigarette], c'est pas facile.* » L'effet anesthésiant est attribué à un faible dosage. Pour un habitué, il permet d'assumer ses obligations sociales, comme d'aller travailler. Pour d'autres, cet effet peut être celui qui est principalement recherché, dans un contexte festif. « *On rigole* », « *on titube* », « *ça peut se gérer à plusieurs* ». « *À petite dose, ça peut être*

un délire collectif. » Les effets dissociatifs sont ressentis sur le plan physique avec des « *petites prises* » : les personnes disent que « *tout le schéma corporel est modifié* ». L'acte de marcher demande une concentration importante et la coordination motrice est perturbée. Est rapporté un décalage visuel, « *comme une bande vidéo déséquilibrée* ». Ces effets dissociatifs donnent « un côté Robocop pas très esthétique », mais qui est compensé par « *une fluidité au niveau du ressenti du corps* », « *la pesanteur devient une donnée un peu décalée* ». C'est un peu comme « *marcher sur la lune et pas toucher terre* » (Marc, 33 ans, Rennes).

Puis débute le passage de paliers : « *Plus ça va, plus c'est dissocié ; on perd progressivement "son centre de gravité"* » ; surviennent les effets hallucinogènes et le décalage avec le temps. Certains disent que la descente fait passer progressivement par les mêmes paliers que la montée. Il y a une légère stimulation au départ par laquelle on repasse au retour. Plus on a consommé sur une longue durée, plus la durée de chaque palier est importante. Bien que peu propice au mouvement, la redescente empêche de dormir correctement. L'effet hallucinogène conduit au repli sur soi, au « *renfermement sur son corps* » : « *C'est super solitaire comme état.* » Cette expérience solitaire est assimilée à celle de l'héroïne. Les hallucinations relatées peuvent prendre plusieurs formes. Est notamment évoqué l'accès à « *la kétosphère* ». Sont alors décrits le passage dans une autre dimension, et toujours cette sensation d'apesanteur. Quand on atteint la kétosphère, on ne peut plus ni bouger ni communiquer. C'est être « *dans une grosse bulle où l'on est tout seul* ». Les effets ressentis peuvent conduire à un état proche de « *quand tu piques du zen avec l'héro* ». C'est l'expérience d'un « *rêve* », « *tu rêves quoi, t'es plus du tout en contact avec la réalité* ».

Ce « *rêve* » fait aussi penser au voyage sous LSD. « *Je sais pas comment expliquer, ça fait comme un trip quoi, sauf que c'est pas pareil, ça fait comme un trip mais pas tout à fait* » (Éloïse, 22 ans, Bordeaux). La kétamine permet d'avoir « *le troisième œil* », comme sous LSD. « *Ça devient dur physiquement, mais spirituellement tout devient clair* ». L'hallucination sur l'environnement évoque également le caractère dissociatif de la substance : « *Et par moment quand il y a plusieurs gens qui parlent et que l'on te parle, tu as l'impression d'entrer dans différentes réalités. – Je suis d'accord le rapport entre le temps et l'espace, les messages que tu reçois sont traités de manière différente.* » « *C'est comme si moi j'étais en train de filmer la scène, mais que je me filmais moi-même dans la scène.* »

Les expériences qualifiées de « *sortie du corps* » n'ont pas été vécues par l'ensemble des personnes rencontrées. Elles semblent survenir en fonction du contexte de consommation, de la capacité de stimulation de l'environnement (un endroit où il y a du monde et du bruit serait un contexte moins propice qu'un environnement calme) et de la dose administrée. Ces expériences paraissent le plus souvent ne pas avoir généré d'inquiétude : en flottant au-dessus de son corps, on peut être « *super bien* » et « *carrément pas inquiet* ». La sortie du corps peut être vécue comme une

manifestation réelle des capacités de l'esprit, et est argumentée par des récits qui relatent la visite de lieux dont on ne pouvait avoir connaissance, pendant que le corps reste à l'endroit où s'est effectuée la prise. Deux personnes racontent la vision de l'ADN et du « *début de la vie* », le voyage astral de l'esprit, conçu comme un voyage spirituel. Elles s'expriment comme si ces visions étaient une forme d'aboutissement du voyage sous kétamine. D'autres expérimentent la sortie du corps, parfois dès la première prise, mais n'y attribuent pas de sens mystique. « *J'ai senti mon esprit se détacher de mon corps quoi, c'était quand même assez hallucinant, j'avais vraiment l'impression d'avoir mon esprit au niveau du plafond, mon corps sur le lit [...] j'avais l'impression que la pièce tournait, que mon corps tournait et cette sensation n'était pas désagréable tu vois, mais à la fois, c'est un peu la panique à bord genre ouh là là, qu'est-ce qui m'arrive, où vais-je, dans quel état j'ère* » (Sophie, 25 ans, Toulouse). Ce type de voyage sous kétamine peut être conçu sans l'aide de catégories mystiques, tout en étant apprécié pour son caractère extrême : « *La kétamine en fait, la façon dont je la prends en prenant des grosses traces, en fait on en a parlé beaucoup avec plusieurs copains, c'est un peu comme une expérience de la mort [...] c'est comme si ton corps était mort et puis toi, tu sors... D'ailleurs quand tu prends beaucoup de kétamine t'es froid après, t'es froid, plusieurs fois je me suis retrouvé j'étais froid, tu vas te réfugier dans ta douche sous l'eau chaude pour te réchauffer* » (Sam, 21 ans, Toulouse).

Les fonctions de la kétamine

La kétamine est principalement consommée pour ses effets hallucinogènes. Certains usagers disent même qu'ils considèrent les « *effets physiques* » comme des effets secondaires (d'où l'intérêt pour le mélange avec les stimulants). L'entrée dans la « *kétosphère* » ou la sortie du corps sont des fonctions spécifiques de la kétamine, mais ne sont pas forcément obtenues par ceux qui les recherchent.

La kétamine est décrite comme ayant une fonction « *ludique* » à petite dose qui est compatible avec les pratiques festives (assimilable à un voyage sous LSD). Son « *avantage* » c'est « *une grosse montée rapide* » et une descente qui est « *supportable* ».

Une fonction de la kétamine est explicitement décrite comme étant avant tout « *pratique* » parce que c'est un « *hallucinogène court* », idéal pour « *le conducteur* ». Il permet de « *se faire plaisir* » grâce à l'usage d'un hallucinogène puissant, puis d'être rapidement sur pied, pour « *ramener tout le monde* » (ce que « *ne permet pas le LSD* », dont les effets peuvent couvrir une dizaine d'heures). La kétamine « *c'est un remplaçant pratique du LSD* », « *c'est plus fort et ça dure moins longtemps* ».

La substance est aussi appréciée pour ses capacités de régénération psychologique. Ça permet de trouver des solutions, « *ça a un effet de rangement* ».

La kétamine peut également avoir une fonction de stimulation : « *Les teufeurs ce qu'on recherche c'est le côté réactif de la kéta, et les gothiques, c'est pour le côté morbide... Ils prennent de la kéta dans le noir avec trois bougies.* » Elle est aussi appréciée pour sa capacité à permettre de fusionner avec la musique, « *on devient un rythme du son* ».

La substance est également signalée comme ayant une fonction économique car elle permet « *d'en avoir pour son argent* », « *si ce que tu cherches c'est la défonce, là, tu l'as tout de suite. Une bonne fois pour toutes* ».

La kétamine est consommée pour ses effets propres mais aussi pour sa capacité à assurer les descentes d'autres produits : par exemple, décompresser après les soirées en fête techno sous amphétamines. « *3-4 fois par an on allait en teuf, on se prenait des produits, et au petit matin, hop, on se prenait un trait de kéta tous les deux, ça faisait redescendre de la nuit* » (Sophie, 25 ans, Toulouse). Elle soulage aussi les descentes de LSD ou en prolonge les effets car elle fait « *remonter les produits* » dont l'effet s'estompe. « *Une pointe de kéta* » au moment de la descente de LSD, et ça repart « *puissance 10* ». De façon générale, la kétamine est appréciée pour la descente de stimulants. Elle est citée comme produit de régulation après l'usage de crack/free-base : « *C'est le meilleur produit de descente de caillou* », car elle coupe l'envie irrépressible d'en reprendre.

Les personnes qui se sont cantonnées à des expériences rares avec la kétamine évoquent majoritairement un argument lié à la fonction du produit pour justifier l'arrêt de leur consommation, ou leur absence de désir pour renouveler l'expérience. Dans ce cas, la kétamine est conçue comme mal adaptée aux pratiques festives. Ces effets ne sont pas ceux qui sont recherchés par ces consommateurs ponctuels. « *Parce que c'est quand même un usage qui pour moi me paraît tout sauf festif, qui peut amener à tout sauf à prendre du plaisir avec tes amis, quels qu'ils soient* » (Antoine, 26 ans, Toulouse). L'incapacité à la communication apparaît ainsi comme le moteur principal du rejet des pratiques de la kétamine par certains, ou de la restriction de son usage dans l'espace festif pour d'autres. « *Donc, c'est genre le produit qui se prend bien en fin de fête, au moment où on n'a plus rien à se dire. On est tous là, on se ferait bien un petit film ou on se mettrait bien au chaud, ou quoi que ce soit. Et bien voilà, on arrête de communiquer donc fin de communication, début de la kétamine. Voilà, c'est totalement comme ça, à partir du moment où on prend la kétamine [...] Ça pousse pas du tout à la communication. Tu te tapes ton petit délire, dans ton petit nuage* » (Marc, 33 ans, Rennes).

La violence des effets du produit, dont le caractère extrême peut être recherché par d'autres, constitue un autre frein de l'usage. « *Aujourd'hui quand on me dit le mot kétamine, sans vouloir casser l'ambiance, ça me fait penser à arrêt cardiaque.* »

DISCUSSION

Les premiers résultats de cette étude en cours sur les usages détournés de kétamine en 2002-2003 fournissent des pistes de réflexion intéressantes sur les caractéristiques de la population qui utilise cette drogue et sur ses motivations à consommer ce produit. Ces données devront être validées par les résultats définitifs de la recherche, mais permettent de proposer des éléments de réponse à la volonté de favoriser la diffusion de messages de prévention et de conduites à moindre dommage chez les populations utilisatrices les plus vulnérables [11].

La population rencontrée qui connaît une pratique abusive (plurihebdomadaire ou quotidienne) de la kétamine au jour de la rencontre est marginale (6 %), cependant, les données qualitatives conduisent à modérer ce résultat, car elles mettent en scène des consommateurs occasionnels qui ont pu vivre une période d'usage abusif au cours de leur vie, qu'ils aient décidé de ne plus céder à ce comportement ou du fait d'un défaut d'approvisionnement provisoire.

L'association fréquente de la kétamine avec l'alcool montre l'existence de pratiques à risques non négligeables, car le cumul de deux dépresseurs peut conduire à des accidents mortels (dépression du système respiratoire). Ce constat mène à soutenir la diffusion des informations sur les risques induits par l'association de l'alcool avec la kétamine auprès de ses consommateurs.

La proportion d'hommes et de femmes suscite l'intérêt : en effet, la consommation de substances psychoactives a toujours été un comportement plutôt masculin [14] et le rapport de 4 femmes pour 6 hommes pourrait participer à confirmer l'augmentation de ce type de pratiques chez les femmes. Le constat d'un nombre plus important de femmes qui ont réalisé des études supérieures parmi la population étudiée peut constituer une piste pour analyser cette évolution. Néanmoins, le mode de recrutement de la population étudiée, principalement « informel », constitue peut-être un biais qui pourrait être la cause d'une surreprésentation de femmes diplômées.

Le taux de séroprévalence de l'hépatite C dans la population étudiée apparaît comme très lié à la population injectrice. Ceux qui ont pratiqué au moins une fois l'injection au cours de leur vie sont significativement plus contaminés que les autres, qui ne s'administrent les substances psychoactives que par voie nasale ou en les fumant. Cependant, le choix de constituer la catégorie des injecteurs par une pratique « au moins une fois au cours de la vie » peut biaiser l'interprétation des données. Avoir pratiqué l'injection une seule fois ou peu de fois dans sa vie pourrait être simplement le marqueur de consommations particulièrement abusives de substances psychoactives, et la contamination par l'hépatite C être en fait liée au partage de matériel d'inhalation. L'importance des consommations par voie nasale dans l'ensemble de la population conduit de toute façon à porter de l'attention au risque majeur de transmission du virus VHC dans cette population de polycon-

sommateurs de drogues, notamment celle qui se limite à un usage festif et peut être moins facilement en contact avec l'information diffusée par les structures de prévention. Chez les autres, les données recueillies attestent de l'impact important de la politique de réduction des risques qui a été menée au cours des dernières années auprès des usagers de drogues : cet impact est mis en valeur par les proportions importantes de dépistages qui ont non seulement été effectués chez les injecteurs, mais aussi chez les consommateurs d'héroïne, comparativement au reste de la population étudiée.

Les résultats obtenus mettent également en évidence des variables descriptives qui permettent de confirmer les voies d'accès principales à cette population cible, pour y diffuser des messages de prévention. Deux aspects sont particulièrement à mettre en valeur pour identifier ces voies d'accès. En premier lieu, le profil social des personnes rencontrées est caractérisé par la présence simultanée dans l'échantillon d'une majorité d'usagers de l'espace festif techno socialement insérés ou vulnérables, et de personnes qui connaissent des situations précaires ou vivent de façon itinérante ; en second lieu, le profil de consommation de substances psychoactives montre clairement l'importance des polyconsommations préalables à l'expérience de la kétamine chez les personnes rencontrées, ainsi que la part importante d'usage de LSD au cours de la vie, et l'influence de l'expérience de l'héroïne sur le comportement vis-à-vis de la kétamine. Les liens entre consommation de kétamine, d'héroïne et de LSD sont également confirmés par la description que les consommateurs font des effets ressentis.

Les actions de prévention menées dans l'espace festif techno apparaissent comme les mieux placées pour atteindre l'ensemble de la population concernée. Le travail de réduction des risques auprès des usagers de kétamine y est engagé. Certaines manifestations festives techno, notamment les teknavals, permettent de rencontrer aussi des consommateurs socialement précaires, ainsi que ceux qui mènent un mode de vie itinérant.

Les lieux d'accueil à bas seuil d'exigence comme les boutiques sont une voie d'accès vers la part minoritaire d'usagers de kétamine socialement précaires.

Les CSST (Centre de soins spécialisé en toxicomanie) qui traitent les personnes pharmacodépendantes aux opiacés grâce aux traitements de substitution apparaissent comme étant en lien avec une part de la population consommatrice de kétamine. Les données de notre étude recourent ainsi une étude précédente relative aux nouveaux usages de l'héroïne chez les plus jeunes des consommateurs de cette substance [15]. Cette étude qualitative (40 entretiens) montrait effectivement que la moitié des nouveaux consommateurs d'héroïne rencontrés (initiés à l'héroïne après 1996 et d'une moyenne d'âge de 24 ans au jour de l'entretien en 2002) avait également déjà expérimenté la kétamine.

CONCLUSION PROVISOIRE

Les résultats intermédiaires de la recherche permettent de souligner le caractère minoritaire des pratiques abusives de la kétamine dans une population de personnes qui en a consommé au moins une fois depuis 2001. Le caractère non festif du produit, la rupture de la communication et la violence des effets de cette substance sont les premières raisons mises en avant pour ne pas reprendre de la kétamine à l'avenir, ou n'en reprendre qu'occasionnellement.

Les résultats intermédiaires permettent également de cerner le profil social de cette population et son rapport à la consommation de substances psychoactives. L'usage de la kétamine concerne surtout des polyconsommateurs de substances psychoactives « chevronnés », qui ont déjà expérimenté l'ensemble ou presque des substances qui peuvent être consommées. Ces personnes fréquentent assidûment l'espace festif techno et sont amateurs de produits hallucinogènes. L'usage de LSD, particulièrement lorsqu'il est chronique, mais aussi l'usage d'héroïne, apparaissent comme des facteurs de risques de l'usage de kétamine et de sa répétition.

Les données recueillies demandent néanmoins à être confirmées par l'analyse définitive, qui permettra de fournir une estimation fondée de l'impact social et sanitaire de l'usage de la kétamine sur ces consommateurs, et de proposer des pistes pour favoriser la diffusion de l'information auprès des personnes les plus vulnérables.

BIBLIOGRAPHIE

- CURRAN (H.V.), MORGAN (C.), 2000, « Cognitive, dissociative and psychogenetic effects of Ketamine in recreational users on the night of drug use and 3 days later », *Addiction*, 95 (4), 575-590.
- HANSEN (G.), BOEL JENSEN (S.), CHANDRESH (I.), HILDEN (J.), 1988, « The psychotropic effects of ketamine », *Journal of Psychoactive Drugs*, 20, 419-427.
- JANSEN (K.L.), 2000, « A review of the non medical use of ketamine : use, users and consequences », *Journal of Psychoactive Drugs*, 32 (4), 419-433.
- JANSEN (K.L.), 2001, *Ketamine : dreams and reality*, Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS).
- CURRAN (H.V.), MONAGHAN (L.), 2001, « In and out of the K-hole : a comparison of the acute and residual effects of ketamine in frequent and infrequent ketamine users », *Addiction*, 96 (7), 1035-1047.
- DJEZZAR (S.), DALLY (S.), 1998, *Kétamine, rapport CEIP*; Hôpital Fernand-Widal, 3 Paris.

JANSEN (K.L.), DARRACOT-CANCOVIC (R.), 2001, « The nonmedical use of Ketamine, part two : a review of problem use and dependence », *Journal of psychoactive drugs*, 33 (2), 151-158.

FONTAINE (A.), FONTANA (C.), VERCHÈRE (C.), VISCHI (R.), *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogue en France*, 2001, OFDT.

TRAVERSON (M.), 1997, « La kétamine anesthésie les “raves” clandestines », *Interdépendances*, (26), 10.

BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), GIRAUDON (I.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001, rapport TREND*, tome 1, 2002, OFDT.

European Monitoring Center For Drugs and Drug addiction, *Report on the risk assessment of Ketamine in the framework of the Join Action on New Synthetic Drugs*, Lisbonne, 25 septembre 2000.

HUGUES (E.C.), 1996 (réédition 1971), *Le regard sociologique*, éd. de l'EHESS.

PASSERON (J.-C.), 1992, *Le raisonnement sociologique*, éd. Nathan.

OFDT, 2002, *Drogues et Dépendances. Indicateurs et tendances 2002*, Paris.

REYNAUD-MAURUPT (C.), VERCHÈRE (C.), *Les nouveaux usages de l'héroïne*, 2003, OFDT.

ÉLÉMENTS D'OBSERVATION DES USAGES NON SUBSTITUTIFS DE LA BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE, EN FRANCE, EN 2002¹

Serge Escots*, Georges Fahet**
(*GRAPHITI, **ORMIP)

INTRODUCTION

Cet article présente les premiers résultats d'une étude en cours dont les objectifs sont la mise en évidence et la description d'usage de Subutex® sans rapport avec une substitution d'opiacés.

Depuis sept années maintenant, la BHD² a reçu une Autorisation de mise sur le marché en France. Son indication vise au traitement des personnes présentant une pharmacodépendance majeure aux opiacés. Ainsi, dans son annexe 1, la circulaire DGS/DH n° 96/239 du 3 avril 1996, définit les indications du Subutex® comme suit : « *Pharmacodépendance majeure aux opiacés dans le cadre d'un traitement de substitution.* » L'étude s'intéresse de façon exclusive aux usages de la BHD qui ne s'inscrivent en aucune manière dans ce cadre.

La situation des problèmes de toxicomanie en France avant l'AMM³ de la BHD concernait principalement des usagers de drogues dépendants de l'héroïne. Même

1. Le traitement et l'analyse des données de l'enquête quantitative ont été réalisés par Georges Fahet, l'enquête par entretien, la coordination de l'étude et la rédaction de l'article par Serge Escots. Nous remercions Pierre-Yves Bello pour sa relecture critique et attentive et Abdallah Toufik et Isabelle Giraudon pour leurs suggestions.

Nos remerciements vont également à Nathalie Botella, Catherine Bray-Tomassi, Isabelle Desrués, Samantha Lepez, Monique Leroux, Anne-Cécile Rahis, Elisabeth Suteau, ainsi qu'aux coordinations TREND et aux équipes qui ont participé aux recueils de données et particulièrement celles de Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris-Ile-de-France, et Toulouse. Nous remercions les Dr. J. Barsony, D. Garipuy, F. Saint-Dizier, le réseau ville Hôpital Passage, l'équipe du Bus Échange de Seringues Toulouse de AIDES Midi-Pyrénées, la Boutique Intermède et l'association Clémence Isaura pour leur participation à l'enquête ethnographique préliminaire, et tous les usagers qui ont participé.

2. Buprénorphine haut dosage.

3. Autorisation de mise sur le marché.

si, parmi les personnes qui utilisaient des opiacés de façon problématique, il existait des usages de codéine ou de buprénorphine à dosage antalgique (Temgésic®). On peut dire, que dans le cadre de sa mise en place, le Subutex® était destiné aux sujets pharmacodépendants à l'héroïne. C'est ce qu'indiquait la circulaire précédemment citée, qui précisait que parmi les principaux objectifs de ce traitement de substitution, on souhaitait favoriser « une interruption de la consommation d'opiacés, notamment l'héroïne ».

LES DIFFÉRENTS USAGES DE LA BHD

Le Subutex® est aujourd'hui, le produit de substitution aux opiacés le plus utilisé en France avec près de 80 000 usagers estimés⁴. Parmi ces consommateurs de BHD, tous ne sont pas dans le cadre défini par l'AMM ou par les différentes circulaires de référence qui orientent les prises en charge des toxicomanes. Plusieurs études indiquent qu'il existe des usages de la BHD hors substitution⁵. Les investigations menées dans le cadre du programme TREND en 2001 et 2002 montrent l'existence d'usage de la BHD en dehors du cadre prévu de son indication⁶.

Il peut s'agir d'une obtention hors prescription médicale, d'une administration en dehors de la voie sublinguale (injection, sniff, inhalation), ou d'une utilisation comme opiacé hors traitements de substitution. L'enquête TREND, réalisée en 2002 auprès des usagers de structures de première ligne, montre que si l'on considère que seuls les usagers déclarant se procurer la BHD uniquement en prescription médicale sont dans un protocole, alors c'est un peu plus d'un sur deux qui seraient en dehors.

Nous aurions donc dans un premier temps deux modalités d'usage de la BHD : soit dans le cadre d'un protocole de traitement de substitution soit en dehors. En effet, que les usagers soient dans un protocole de traitement médical ou non, leurs usages de la BHD succèdent à une pharmacodépendance à l'héroïne, quelle que soit la perspective dans laquelle, ils s'inscrivent. Pour certains, il s'agit d'un traitement, pour d'autres de « dépannage », pour d'autres encore d'une maintenance, ou simplement d'une gestion de leur toxicomanie à l'héroïne. Dans tous les cas, traitement ou non, protocole plus ou moins bien respecté ou consommations franchement inscrites dans le mésusage, la BHD est pour ces usagers d'une manière ou d'une autre un produit de substitution à l'héroïne. Pour chacun d'entre eux, la substitution de l'héroïne s'inscrit dans une logique et on parlera pour ces usagers, selon leurs

4. À partir des données SIAMOIS, Institut national de veille sanitaire.

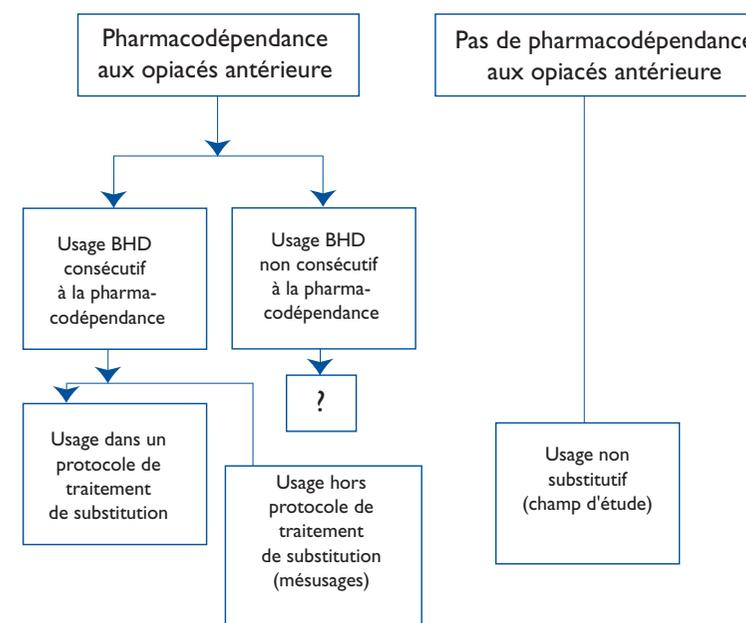
5. Vidal-Treca G. et Boissonnas A., 2000; A. Lalande et S. Grelet, 2001; Y. Obadia et al, 2001

6. P.-Y. Bello, A. Toufik, M. Gandilhon, I. Giraudon, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001, rapport TREND*, OFDT, juin 2002.

pratiques, leurs finalités et le respect qu'ils accordent au protocole médical, d'un usage dans le cadre ou en dehors du cadre d'un traitement de substitution.

Mais il existe aussi un troisième type d'usage qui se distingue des deux autres : l'usage non substitutif. L'usage de Subutex® ne fait pas toujours suite à une pharmacodépendance aux opiacés. Il ne s'inscrit pas forcément dans une logique substitutive. Pour ces consommateurs de Subutex®, s'il s'agit d'un mésusage, c'est plus d'un usage non substitutif que d'un usage hors substitution⁷.

DIFFÉRENTS TYPE D'USAGE DU SUBUTEX®



Lorsqu'une pharmacodépendance aux opiacés précède l'usage de la BHD, on parlera d'usage substitutif consécutif s'il y a continuité entre les deux pharmacodépendances et d'usage non consécutif s'il y a absence de dépendance d'opiacés

7. Le terme de substitution est entendu ici comme traitement de substitution. Voir section : les usages de buprénorphine haut dosage.

au moment de la consommation de BHD. Ce type d'usage substitutif peut correspondre à des usages dans le cadre de protocole de traitement de substitution ou à des mésusages. Lorsqu'il n'y a pas eu de pharmacodépendance aux opiacés, préalable à la consommation ou à la dépendance au Subutex®, nous utiliserons le terme d'usage non substitutif.

Aujourd'hui, il n'est pas possible d'estimer avec précision la proportion de ces différentes modalités d'usage en France. Des études récentes tendent à montrer que si l'usage hors protocole de substitution existe, il resterait minoritaire⁸. L'usage non substitutif concerne une part moindre de l'ensemble des usagers de Subutex®.

Ce travail ne porte que sur l'usage non substitutif, le plus restreint. Nous nous intéresserons ici aux usagers pour qui l'usage de la BHD ne fait pas suite à une pharmacodépendance à l'héroïne. L'objectif est donc d'identifier l'existence d'usages non substitutifs de la BHD en France et de décrire les personnes et leurs usages. Après avoir mis en évidence les usages où le Subutex® est consommé pour lui-même, avec les effets qu'il produit, déterminés par ses dynamiques neuropharmacologiques, psychosociales et économiques propres, nous décrirons les caractéristiques des usagers des structures de première ligne qui se trouvent dans ce cas-là. Enfin, à partir d'une enquête par entretiens nous esquisserons les logiques et les contextes attachés à ces usages.

MÉTHODES

Pour décrire les usagers et leurs pratiques, nous avons eu recours à des méthodes quantitatives et qualitatives. Nous présenterons de façon simplifiée et séparée les résultats issus des données quantitatives et qualitatives. Il n'est pas possible de traiter, dans le cadre de cet article, de l'ensemble des informations recueillies. Aussi, n'aborderons-nous que les points essentiels susceptibles de montrer les caractéristiques jugées principales des usagers ainsi que certains contextes et certaines logiques corrélés aux usages non substitutifs. Les autres points, et notamment les problèmes sanitaires que rencontrent ces usagers, seront abordés dans le rapport final.

Enquête quantitative

L'enquête auprès des usagers de drogues fréquentant les structures de première ligne des 13 sites TREND est une enquête transversale quantitative, où une série

8. OFDT, CNAMTS (2002), *Substitution aux opiacés dans cinq sites de France en 1999 et 2000: usagers et stratégies de traitement*, Paris, 84 p.

de questions spécifiques à l'usage de BHD avait été intégrée au questionnaire. Une exploitation spécifique a été réalisée.

Dans cette enquête, parmi les personnes ayant un usage non substitutif de la BHD, nous avons distingué plusieurs situations :

- l'usager qui consomme du Subutex® sans n'avoir jamais consommé d'autres opiacés auparavant (primo-consommateur) ;
- l'usager pour qui la BHD est à l'origine d'une première pharmacodépendance aux opiacés (primo-pharmacodépendance) ;
- l'ancien héroïnomane qui, après avoir arrêté durablement sa dépendance à l'héroïne démarre une pharmacodépendance à la BHD sans liens explicites avec sa toxicomanie antérieure (usage non consécutif), ce groupe d'usagers ne sera pas décrit dans cet article.

Enquête qualitative

L'enquête qualitative prévoit une quarantaine d'entretiens semi-directifs. C'est à partir des seize premiers entretiens disponibles que nous proposons les éléments descriptifs et d'analyse qui suivent. Il s'agit donc de résultats préliminaires.

Les critères d'inclusion dans l'enquête consistaient en deux possibilités :

- être primo-consommateur,
- être primo-pharmacodépendant.

Ces entretiens ont été collectés sur plusieurs sites TREND (Bordeaux, Marseille, Metz, Paris, Seine-Saint-Denis, Toulouse⁹). Dans cet échantillon, Paris-Ile-de-France représente un quart du corpus et Toulouse un peu plus d'un tiers. Si la diversité géographique présente un intérêt au regard des disparités des situations locales, la variété de l'échantillon vaut avant tout pour rendre compte de multiples situations d'usage et non pour coller à une représentativité proportionnelle des consommations en France.

Les contacts avec les usagers ont été réalisés à partir de plusieurs espaces. Ainsi, 7 usagers ont été rencontrés par l'intermédiaire de structures dites de première ligne¹⁰, 4 par des CSST¹¹, 2 grâce à une structure hospitalière, 1 par un médecin généraliste et 2 directement dans la rue.

9. Les entretiens ont été réalisés par Nathalie Botella, Catherine Bray-Tomassi, Monique Leroux, Anne-Cécile Rahis, Serge Escots.

10. Il s'agit de structures dites de réduction des dommages et d'accès aux structures médico-sociales de droit commun ou de soin spécialisé.

11. Centre spécialisé de soins aux toxicomanes.

RÉSULTATS

L'usage de Subutex® non substitutif: une réalité

Sur les 970 personnes interrogées lors de l'enquête auprès des usagers des structures de première ligne, 407, soit un peu moins d'un sur deux, déclarent avoir consommé de la BHD lors du dernier mois. Parmi eux, 35 personnes (9 %) ont consommé du Subutex® avant tout autre opiacé (primo-consommateur) et 20 d'entre eux ont développé une première pharmacodépendance à ce produit (primo-pharmacodépendant). À ces derniers s'ajoutent 45 personnes qui avaient déjà consommé un opiacé sans toutefois développer de dépendance et pour lesquels le Subutex® est à l'origine d'une première pharmacodépendance à un opiacé. Ce sont donc 65 personnes, soit 16 % des consommateurs actuels de Subutex® de cet échantillon pour qui cette molécule est l'occasion d'une première dépendance à un opiacé. Enfin, 56 personnes ont développé une pharmacodépendance à la BHD après avoir connu une période sans consommation d'héroïne bien qu'ayant développé une dépendance à cet opiacé antérieurement. Nous avons arbitrairement fixé cette période sans opiacés, comme supérieure à 2 ans. 14 % des consommateurs actuels de BHD de l'enquête se trouvent dans ce cas-là. Ce sont donc 33 % des consommateurs actuels de BHD dans ce type de population, pour qui l'usage de cette molécule est sans rapport factuel avec une quelconque substitution à l'héroïne.

Caractéristiques des primo-consommateurs à la BHD

Les personnes de l'enquête pour qui la BHD a été le premier opiacé consommé (29 hommes et 6 femmes) sont âgées de 19 à 48 ans avec une moyenne d'âge de 29 ans (29 ans pour les hommes contre 28 pour les femmes). 17 % ont 20 ans ou moins ; 37 % entre 20 et 25 ans ; 29 % entre 25 et 30 ; autant entre 30 et 35 ; 17 % entre 35 et 40 ; et encore 11 % pour les 40 ans¹² et plus, nous montrant que le début de consommation d'un opiacé par la BHD peut s'initialiser tardivement.

46 % de ces personnes vivent seules. 17 % ont un logement stable, 17 % sont hébergées en institution. 66 % bénéficient d'une couverture sociale et 25 % seulement jouissent d'une activité rémunérée.

En ce qui concerne leurs usages de substances psychoactives, les primo-consommateurs utilisent moins de produits que les autres usagers de BHD. Ainsi, le nombre de produits distincts consommés lors du dernier mois est de 2,6 vs 3,7 ($P < 0.01$). Ils sont également moins nombreux à déclarer une consommation

d'héroïne, de cocaïne ou d'ecstasy et même de Subutex®. Le contexte de consommation est souvent solitaire : près d'un usager sur deux déclare consommer le Subutex® seul.

L'usage sublingual de BHD est majoritaire (86 %), 31 % ont déclaré l'avoir injectée¹³. Le mode d'approvisionnement est plutôt caractéristique de l'usage hors protocole puisque parmi les répondants seulement 8 ont déclaré s'approvisionner auprès d'un médecin exclusivement, 7 hors prescription et 9 des deux façons.

Les prises de risques sont préoccupantes dans ce groupe d'usagers car, sur 33 personnes, 36 % ont pris des risques en s'injectant.

La moitié de ces consommateurs ne consomme pas tous les jours (9/35) ou 1 fois par jour (8/35). En revanche, près de 20 % prennent 3 prises ou plus par jour. Les 30 % restant déclarent 2 prises par jour. Ces primo-consommateurs associent à 97 % le Subutex® à un autre produit : principalement le cannabis (18 réponses) ; l'alcool (11 réponses) et les benzodiazépines (9 réponses).

Caractéristiques des usagers primo-pharmacodépendants à la BHD

Les usagers pour qui le Subutex® a été l'opiacé qui a généré une première pharmacodépendance à cette catégorie de substances psychoactives sont 65 (13 % des usagers des structures de première ligne enquêtés) répartis en 50 hommes (77 %) pour 15 femmes (23 %). Les hommes et les femmes sont âgés de 29 ans en moyenne, avec des extrêmes de 18 à 51 ans. La proportion de femmes dans ce groupe est plus élevée que dans l'ensemble des consommateurs de BHD.

Parmi ces usagers, 59 % bénéficient d'un logement stable et 9 % vivent en institution ; 27 % vivent dans des logements précaires. D'un point de vue social, 53 % des personnes disposent d'une couverture sociale. Les trois quarts des personnes bénéficient de ressources (revenus de l'emploi dont retraites ou ASSÉDIC ou RMI, AAH, pensions d'invalidité...).

Un usager sur deux dit consommer des produits en groupe et 41 % seuls. La répartition des modes d'administration de la BHD montre une fréquence supérieure de l'injection par rapport aux primo-consommateurs. Plus de quatre personnes sur dix s'injectent la BHD (vs 31 %), ce qui rapproche ce groupe de l'échantillon général des consommateurs de BHD (46 %¹⁴). Les prises de risques à l'injection restent importantes, car sur 64 répondants dans ce groupe, 50 % ont répondu s'être injectés au cours du mois écoulé. Parmi ces 32 personnes, 25 % ont

12. Les tranches d'âge sont calculées extrémités incluses.

13. Plusieurs réponses étaient possibles.

14. Voir tableau n°23 page 84.

répondu avoir partagé de façon occasionnelle des seringues, 59 % ont répondu avoir partagé du produit. Sur 30 personnes, 17 % ont partagé des cotons et des filtres.

L'approvisionnement en BHD se fait pour 57 % sous forme de prescription médicale exclusivement, 18 % hors prescription et pour 25 % des deux façons. 23 % de ces usagers ne consomment pas de BHD tous les jours, bien que pharmacodépendants à cette molécule, et 36 % déclarent une prise par jour. 18 % disent consommer de la BHD trois fois et plus par jour. 59 % associent au moins un produit à leur consommation de Subutex®, il s'agit comme pour les primo-consommateurs, d'abord du cannabis (34 réponses), puis de l'alcool (21 réponses), enfin des benzodiazépines (14 réponses).

Lorsque l'on compare les groupes de primo-consommateurs ou de primo-pharmacodépendants avec le reste de l'échantillon de consommateurs de BHD, on ne constate pas de différences statistiquement significatives en ce qui concerne, l'âge, le sexe et la précarité.

Enquête par entretiens

Profil sociodémographique des usagers de l'échantillon

Les personnes rencontrées sont âgées de 15 à 39 ans avec un âge moyen de 28 ans, répartis entre un peu plus de deux tiers d'hommes pour un peu moins d'un tiers de femmes. 11 d'entre eux sont célibataires, 4 vivent en couple et 1 chez ses parents. Sur les 16 personnes, 5 ont au moins 1 enfant. Ils sont 8 à bénéficier d'allocations compensatrices et 5 sont sans ressources. 3 jouissent de la rémunération de leurs activités professionnelles, alors que 12 se déclarent sans activité. 1 parmi les 16 est étudiant. 6 ont un niveau d'étude équivalent au baccalauréat ou supérieur, 7 ont une formation professionnelle.

Consommation de BHD et pharmacodépendance

Consommation et pharmacodépendance parmi les personnes rencontrées¹⁵

Consommation actuelle de BHD	12
Pas de consommation	4
Dépendance actuelle à la BHD	12
Dépendance à un autre opiacé	3
Pas de dépendance actuelle à un opiacé	1

15. Échantillon de 16 entretiens de l'enquête qualitative.

Pour une personne sur deux, le Subutex® a été le premier opiacé consommé. Les trois quarts sont consommateurs de BHD au moment de l'enquête et en sont pharmacodépendants. La consommation actuelle de BHD est concomitante à la pharmacodépendance. Sur les 4 non-consommateurs au moment de l'enquête 1 seul déclarait n'avoir aucune dépendance, les 3 autres présentaient une dépendance à un opiacé, il s'agit en l'occurrence de méthadone.

Mode d'administration

Dans ce groupe de 16 usagers, l'utilisation de la voie intraveineuse est majoritaire, 10 d'entre eux y ont recours, alors que 5 utilisent principalement la voie nasale et 1 seul s'administre la BHD par voie sublinguale. L'inhalation à chaud (fumette) a été ou est ponctuellement utilisée, elle reste très minoritaire parmi ces personnes. L'utilisation de la seringue est associée quasi systématiquement à la représentation du toxicomane, à l'exception d'une jeune femme injectrice qui ne se considère pas comme telle. Les non-injecteurs considèrent aussi ceux qui utilisent la voie intraveineuse comme des toxicomanes.

Le sniff a été essayé par la plupart des personnes de l'échantillon, mais ne constitue le mode principal d'administration que pour moins d'un tiers d'entre eux.

Dans l'enquête de première ligne, les modalités d'administration de la BHD pour les primo-pharmacodépendants le mois précédent indiquent un usage sublingual majoritaire avec un pourcentage d'injection inférieur à la moitié. Nous n'avons pas, dans l'état actuel d'avancement du travail, d'hypothèse sur ces différences entre les deux enquêtes.

Mode d'administration de la BHD le mois précédent parmi les personnes rencontrées¹⁶

Modalités	%	R
Sublingual	68 %	(34)
Fumé/inhalé	4 %	(2)
Sniffé	12 %	(6)
Injecté	42 %	(21)

Plusieurs réponses étaient possibles

16. Enquête TREND usagers des structures de première ligne, 2002.

Le choix de l'injection comme mode d'administration de drogues rend compte d'un type de rapport singulier à l'usage de drogues, qui engage les sphères corporelle, psychique et sociale du sujet. Ce n'est pas un choix neutre. Certains éléments explicatifs de ce choix semblent se dégager :

- les effets ressentis lors de l'injection ;
- le goût de la BHD lors de prises par voie sublinguale ;
- la sensation désagréable lors de prises par voie nasale.

Les injecteurs se plaignent du goût « amer » du Subutex® lors des prises sublinguales et des sensations désagréables du sniff : « Ça t'explose le nez. » Le tiers d'usagers qui utilise principalement cette voie n'en fait pas état.

Jean (n° 4) est un expérimentateur de substances psychoactives « rigoureux » qui n'a qu'une « ligne directrice : la défonce ». Ainsi, il a expérimenté les trois principales façons de consommer de la BHD : « Au début [...] j'ai essayé sous la langue... ça me défonçait, mais je ne trouvais pas ça fameux... en sniff, ça m'explorait le nez, je trouvais ça naze... par contre, moi, je voulais essayer les trois façons, quand j'ai essayé la façon en shoot, putain, je vois le truc qui te monte direct et tout ! Je me suis dit : c'est excellent ! Je continue comme ça. »

Le goût du Subutex® dans son utilisation sublinguale est considéré comme très désagréable par un nombre important de personnes au sein de cet échantillon : 10 sur les 16 répondants en ont spontanément parlé au cours de l'entretien.

« Je l'ai pas mis souvent sous la langue... de toutes façons, tout le monde sait que le Sub, personne le met sous la langue parce que c'est dégueulasse. Après... quand on le prend en rail et ben... c'est pareil, c'est dégueulasse, ça prend tout le nez et puis... ça fait mal quoi... donc de toutes façons, le Sub, ben la meilleure façon, c'est de... l'injecter » Élise (n°6). Discours autojustificateur certainement, car si la voie orale et nasale présentent des désagréments, l'injection ne va pas non plus sans poser problème. Un répondant qui, après avoir fumé le Subutex®, actuellement le sniffe, se plaint du fait que l'usage sublingual lui cause des nausées : « J'arrive pas... Dès que je le mets, je vomis » Kamel (n° 16).

Et, parfois, la situation déplorable de l'état veineux due aux injections répétées rend difficile le recours à la voie injectable et incite à recourir temporairement à d'autres voies : «... C'est que moi comme ça fait un petit moment que j'en prends, ben ça a commencé à bien boucher mes veines et ben, y'a des jours où je galère bien pour l'injecter » Élise (n° 6).

Si la voie injectable est répandue dans l'échantillon de l'enquête par entretiens, elle n'est pas valorisée partout et peu repousser des usagers pour qui l'injection représente la toxicomanie. C'est le cas pour des usagers de l'espace festif techno. La seringue inspire une crainte qui s'érige en barrière pour certains usagers. En effet, l'injection identifie à la figure du toxicomane, image dans laquelle certains ne peuvent accepter de se reconnaître. Le seul usager, dont le mode d'administra-

tion est principalement sublingual, a un parcours de consommateur festif techno de type psychostimulant (ecstasy, cocaïne). C'est d'ailleurs dans une perspective de régulation de ces consommations qu'il a débuté son usage de BHD. Utilisateur de la voie orale et nasale dans ses consommations antérieures, il reste sur le sublingual après avoir également utilisé le sniff pour la BHD. Notons que dans l'espace festif techno, dont il est issu, voie orale et voie nasale sont plus répandues que l'injection qui y est peut valorisée : « Je la mets sous la langue, c'est simple. (...) Je me la lance pas (...) Tu peux te l'injecter, tu peux... (...) La piqûre, j'aime pas trop... puis il peut y avoir de la merde. (...) la piqûre (...) ça fait vraiment drogué là. Vraiment toxico... Non, moi, non... (silence) » (entretien n°7).

Il semble que ce ne soit pas tant la peur des seringues qui arrête, que l'identification au toxicomane. Ainsi, Léo 22 ans qui se fait shooter depuis deux mois explique qu'une fois la représentation de l'injection et des injecteurs banalisée, on peut composer avec la peur de l'aiguille. « (l'injection)... Aaah, j'aimais pas ça. (...) C'est-à-dire qu'au bout d'un moment on ne le voit plus pareil (...) moi la seringue, je la voyais... c'était vraiment les gens... à part quoi... C'étaient les toxicomanes, c'étaient les rebus quoi... (...) C'est qu'à force de le voir tous les jours, ça devient banal ! » Pourtant l'aiguille reste encore sujet à appréhension, mais ça n'empêche pas de franchir le pas : « Ah, je ferme les yeux à chaque fois qu'on me plante l'aiguille (rire)... » Léo (n° 2). Cet exemple de début d'injection par la BHD montre clairement que ce qui fonctionne actuellement comme représentation principale de la toxicomanie, c'est l'injection par-delà la substance.

Modalités d'approvisionnement pour les usages de BHD non substitutifs

Les médecins sont présents dans l'approvisionnement puisque 12 usagers sur les 16 y ont recours : 6 exclusivement et 6 utilisant également la vente dans la rue pour compléter la prescription. 4 sur les 16 usagers rencontrés ne s'approvisionnent que clandestinement.

Un marché clandestin du Subutex® existe sur tous les sites rencontrés, et s'il est possible de se procurer de la BHD à peu près partout, chaque site ne semble pas proposer un même niveau de disponibilité de produit. Phil (n° 5), qui a circulé dans l'est et le sud de la France, n'a guère eu de problème pour s'approvisionner : « J'ai pu en trouver à Toulouse, j'ai pu en trouver à Metz, j'ai pu en trouver dans les Vosges... (...) et dans toutes les villes de France où on pourra aller, c'est sûr qu'on trouvera. » Mais tous les usagers ne souhaitent pas se fournir dans la rue, car cette modalité est source de problèmes et suppose une certaine habileté sociale : «... Je n'ai aucune idée. Je ne sais pas si ça se vend en comprimé, à la boîte, je ne sais pas combien ça se vend... (...) parce que je veux avoir la dose tranquillement, je ne veux pas galérer » (entretien n° 13).

Car, quoi qu'il en soit de la disponibilité importante de la BHD¹⁷, se fournir dans la rue représente une difficulté par l'inconnu, les aléas et les risques que cela suppose. Mais, il serait erroné de penser que l'utilisateur non substitutif se fournit uniquement sur le marché parallèle. Les prescriptions médicales jouent un rôle important dans l'approvisionnement de ce type d'usages parmi les personnes rencontrées.

Les usagers de l'échantillon ne rencontrent pas de difficultés pour s'approvisionner par prescription médicale. Tant lors de l'initialisation du « traitement » que dans sa poursuite. La première prescription ne s'accompagne que rarement d'exams (1 cas). Dans bien des cas, il suffit de se déclarer héroïnomanie pour que la prescription s'amorce. Pour Phil (n° 5) qui connaissait le Subutex® qu'il se procurait dans la rue, et qui sortait d'un bref mais intense épisode de consommation de cocaïne au moment de la première prescription, le « jeu » ne fut pas très difficile. Car l'examen consiste souvent à demander les consommations antérieures et à s'assurer de quelques signes de pharmacodépendance. Il n'hésita pas à se présenter comme polytoxicomane dépendant à l'héroïne, en s'appuyant sur son expérience toute récente de consommation de cocaïne : « *J'en prenais un gramme (cocaïne) par jour quoi, pendant... deux, trois fois quoi, (...) Ben, il pose pas trop de questions à part savoir les douleurs physiques... que je connaissais et puis que j'ai répondu malgré que je ne les avais pas...* » D'autant que le « rôle » est travaillé avant avec des usagers déjà passés par-là : « *Si je me rappelle bien je crois même que c'est mon copain de l'époque, qui m'avait donné du Subutex®, qui m'avait dit... : "tu fais comme ça, comme ça, comme ça"...* » Phil (n° 5). Marlène (n° 3) savait aussi ce qu'elle devait dire pour obtenir sa prescription : 20 ans, enceinte, elle tente sa chance après avoir assisté à une consultation où son ami se fait prescrire auprès d'un autre praticien. « *Je suis pas allée voir le même médecin, mais j'ai raconté la même bourde quoi... Le médecin me l'a prescrit sans aucun problème... Avec obligation que je ne devais pas me piquer...* » Une obligation qui ne sera pas vérifiée ultérieurement, dira-t-elle. Il semble que la question de l'injection reste pour bon nombre de médecins une limite à leur engagement dans la substitution à la BHD. Pris entre plusieurs impératifs contradictoires, (accès aux soins, réductions des risques, arrêt des drogues illicites), l'injection est difficile à accepter par le praticien. Un malaise s'installe entre le patient coupable qui ne peut parler de l'injection et le praticien gêné qui n'ose vérifier ce qu'il redoute. Cette culpabilité réciproque est peut-être à la base de ces faux-semblants entre médecin et patient autour de l'injection qui expliquerait certaines impasses et ruptures de la prise en charge médicale. Cette situation ne concerne pas tous les médecins, des usagers peuvent parler librement de l'injection de BHD avec d'autres praticiens.

17. Voir Rapport TREND 2001 et 2002.

Pour une partie des médecins rencontrés par les usagers, il semble que l'absence de pharmacodépendance à l'héroïne ne soit pas un problème pour initialiser une prescription de Subutex®. De l'avis de tous les usagers rencontrés, la première prescription est facile à obtenir. Un des répondants avait tout juste 17 ans lors de sa première prescription : « *Je lui ai raconté que je prenais de l'héroïne, que je tapais 2-3 g/jour... et il m'a prescrit du 16 mg... D'entrée...* ».

D'une part, certains médecins, en l'absence de problème de toxicomanie, semblent « suivre » le choix de leur patient de l'automédication par le Subutex® en le confirmant par une prescription. Et, d'autre part, la régulation d'une dépendance à la BHD initiée hors champ médical, peut suffire à engager la prescription. La dépendance à la BHD et les motifs de cette automédication suffisent pour initialiser un traitement médical. Comme l'expliquent certains médecins, la substitution ne consiste pas seulement à remplacer un produit par un autre, mais à proposer un médicament efficace à un patient. En situant la prescription de BHD en dehors de la démarche substitutive, l'absence de pharmacodépendance aux opiacés n'est plus un problème pour prescrire du Subutex®. D'autant plus que la capacité de la BHD à générer une dépendance vient renforcer la justification à prescrire. En effet, lorsque le patient rencontre le praticien, il peut arriver qu'il soit déjà dépendant au Subutex® après une initialisation hors champ médical. Dès lors, ce n'est pas une molécule que l'on substitue à une autre, mais un mode d'approvisionnement illégal par une délivrance médicalisée. C'est ainsi qu'Élise (n° 6) a joué « franc jeu » mettant en avant sa réalité sociale de consommatrice pharmacodépendante à la BHD : « *Ben, je lui ai dit que j'avais besoin de Subutex® parce que j'en consommais tous les jours. Je lui ai dit que je l'achetais dans la rue (...) et je lui ai dit voilà j'en ai marre de payer, de toute façon, j'ai pas d'argent (...) c'est illégal donc à la place de donner des sous à des dealers, je préfère venir chez vous prendre mon truc... En fin de compte, c'est tout simple hein ! (elle rit) Je me suis pas cassé la tête...* »

Ensuite, la première prescription fonctionne comme un précédent qui n'est pas simple à remettre en cause. L'utilisateur arguant de son droit légitime à bénéficier d'un « traitement qu'il a déjà eu ailleurs » et le médecin ne déjouant pas facilement un confrère.

Deux types de stratégies sont envisagés par les usagers pour obtenir une prescription médicale de BHD :

- le mensonge sur une dépendance ou une consommation d'opiacés associés ou non à d'autres produits,
- la présentation d'une « réalité » médicale, psychologique et/ou sociale qui justifierait un « traitement » de Subutex®. Une dépendance initialisée hors cadre médical et notamment « dans la rue » fonctionne pour certains praticiens comme un argument recevable.

Mais, paradoxalement, la facilité d'approvisionnement que procure les prescriptions médicales peut pousser des usagers engagés dans des logiques toxico-

maniaques avec lesquels ils souhaitent prendre une distance, à retourner dans la rue car s'y fournir reste plus difficile, plus risqué et plus aléatoire. En effet, certains injecteurs multiplient les prises quotidiennes et notamment lorsqu'ils vont mal. Ils sont alors dans des logiques où « plus ils en ont, plus ils injectent ». Dans les moments où ils souhaitent baisser leur consommation, la rue peut alors devenir « un garde-fou ». On peut le penser particulièrement pour certaines femmes pour qui le deal de rue est plus insécurisant. Dans cette logique, même la CMU peut devenir « une facilité » : « *On va les acheter dehors quoi... Mais en même temps c'est un mieux, parce que plus vous avez la CMU et plus vous allez chez le médecin qui va vous le prescrire... Tandis que là, je suis obligée de modérer ma consommation sur le fait que je l'achète* » Marlène (n° 3).

Dans la rue, ou sur prescription médicale, quelle que soit sa source, l'approvisionnement en BHD ne semble pas poser de difficultés aux usagers non substitutifs. Loin de s'opposer, approvisionnements clandestin et médical se complètent et s'articulent : les limites de l'un justifiant la place de l'autre. Face au médecin qui ne prescrit pas assez ou trop, la rue apporte à l'utilisateur une régulation. De son côté, la rue et son mode d'approvisionnement illégal, amoral et dangereux, donne une légitimité à la prescription médicale.

Contexte de l'initialisation

Les contextes d'entrée dans une consommation de Subutex®, en dehors d'une logique substitutive sont variés. Parmi les personnes rencontrées, plusieurs contextes ont été identifiés. Huit usagers ont rencontré la BHD dans un contexte de grande précarité sociale (« rue », squat), 2 au sein de réseaux amicaux de personnes intégrées socialement (étudiants, activités professionnelles), 2 à l'intérieur d'une relation de couple (« l'initialisateur » étant consommateur de BHD), 2 dans l'espace festif dans le cadre de régulation d'utilisation de psychostimulants), 1 durant une incarcération (son codétenu était consommateur), 1 à l'occasion d'un séjour dans un service de soins pour toxicomanes avec hébergement. Ces contextes correspondent bien à ce qu'un travail ethnographique préliminaire nous avait indiqué. La précarité, l'incarcération, une relation de couple, un réseau amical, l'espace festif étaient des contextes qui revenaient fréquemment dans le discours tant des usagers que des professionnels. Ici, lorsque le médecin intervient dans le circuit des usages non substitutifs, l'utilisateur connaissait déjà l'existence de la molécule et l'avait expérimentée. Si notre échantillon partiel couvre une partie réelle des contextes d'initialisation de l'usage de BHD non substitutif, leur répartition témoigne de notre mode de recrutement et non de leur poids respectif.

Plusieurs aspects de l'initialisation présentent un intérêt pour comprendre l'entrée dans la consommation de BHD, chez des usagers non héroïnomanes. Dans cet article, nous nous intéresserons essentiellement à deux d'entre eux : les effets res-

sentis et le niveau d'information sur le produit avant l'expérience. La motivation initiale reste peu explicite et, la plupart du temps, le sujet présente cette première consommation comme une expérience. Le scénario est le suivant : la connaissance d'une personne qui consomme du Subutex® et fournit une occasion d'expérimentation. Bien souvent, il s'agit d'un ancien héroïnomanes en substitution. C'est le cas de Léo (n° 2) : « *Le Subutex®, je l'ai rencontré parce que j'ai un copain à moi qui touchait à l'héro et qui voulait arrêter il a eu un traitement et il m'a dit un jour : "goûte ça". (...) Et je l'ai pris.* »

L'espace festif techno est aussi un contexte d'initialisation d'une consommation de BHD dans le cadre d'une régulation des psychostimulants (entretien n° 7).

Mais, parfois, le sujet débute sa consommation en sachant qu'il va s'engager dans une pratique qui aura une fonction dans sa vie. C'est le cas des situations de couple où le sujet va s'engager dans une consommation pour renforcer son lien à l'autre : « *... mon ami (...) il prenait de l'héroïne et de la cocaïne régulièrement, et (...), un de ses amis (...) et il lui a proposé de prendre du Subutex®, que c'était gratuit, (...) (il) a accepté tout de suite, mais il ne m'en a pas parlé sur le moment. Au bout de deux mois, je m'apercevais qu'il s'enfermait de plus en plus régulièrement dans la salle de bain, qu'il changeait de comportement, mais... c'était pas... palpable... Et je me suis aperçue qu'il avait ces comprimés-là. Je me suis aperçue aussi qu'il avait des seringues à la maison et c'est comme ça que j'ai su qu'il se piquait. Pour la petite anecdote, il m'a piquée pour pas que j'aie répéter à ma mère. Il s'est dit que, en me piquant, je le répèterai pas à ma mère. C'est comme ça que j'ai connu le Subutex®... (...) C'est lui qui m'a fait toutes les premières injections... » Marlène (n° 3).*

Où encore dans le cas de jeunes en errance pour qui l'injection symbolise la drogue et par métonymie le toxicomane. C'est ce qui s'est passé pour Élise (n° 6) chez qui l'injection passait avant le produit que contenait la seringue : « *... Je sais que j'étais attirée... pas par le produit hein, j'étais juste attirée par la drogue quoi. (...) Je ne sais pas pourquoi (...) mais je sais que j'en étais attirée déjà avant hein par ça de toute façon, je ne sais pas mais je pense qu'à 14 ans, je savais déjà (...) Mais bon je me suis jamais dit dans ma tête : tiens un jour je vais faire ça hein !... Quand même (elle rit).* » Dans ce cas, Élise fait fonctionner le Subutex® en place de drogue. En effet, si la drogue en tant que symbole est un déterminant pour le sujet, pas besoin d'aller chercher très loin pour remplir cette fonction dans la réalité, le Subutex® fait très bien l'affaire.

Si l'on considère que le contexte de l'initialisation d'une consommation de drogues peut influencer la carrière de l'utilisateur, deux aspects sont à prendre en compte : les personnes qui participent et l'environnement. La personne peut être l'autre du couple, mais la première fois peut aussi être le fait d'un proche dans le cadre d'une relation amicale. Dans ce cadre, au départ, l'usage est de type expérimental et récréatif. « *C'était avec Paul, un ami ex-toxicomane... mais lui en shoot... Mais c'était*

récréatif quoi. Il m'en donnait de temps en temps un peu, on se faisait une ligne ensemble... » (entretien n° 13).

Dans le cadre du couple ou de la relation amicale, c'est effectivement la relation à la personne qui prime sur l'environnement, en situation d'incarcération, dans bien des cas, c'est l'inverse. Une incarcération, en soi, peut constituer un contexte de stress susceptible de favoriser une demande de psychotropes. « *Dix mecs en prison, voilà, on prend, on s'dit voilà, c'était un truc... qui fait foncé¹⁸, tu vois, d'oubli et tout, tu vois... »* (entretien n° 16). Parfois, le contexte et l'environnement peuvent se combiner comme lorsque l'incarcération réunit des personnes qui se connaissent, créant une relation de confiance et des occasions de consommer. La difficulté psychologique de l'incarcération favorisera ensuite le recours plus régulier à la substance. « *... À la prison, j'ai commencé le Subutex®... j'étais en cellule avec un gars de mon quartier que lui, touchait dehors à l'héro et il faisait rentrer du Subutex®. (...) je m'en rappellerai toute ma vie, c'était en 1998, pendant le mondial, (...) c'était l'ouverture de la coupe du monde, je crois... Et un peu avant ça, je le voyais. Bon, il se faisait des sniff... je le voyais, il dormait. (...) et... une fois, j'ai essayé. C'était pendant un match... »* (entretien n° 8).

Premier contact avec la BHD

La première fois reste souvent un souvenir peu agréable et presque tous les sujets racontent qu'ils ont été malades. Les usagers non substitutifs rencontrent le Subutex® alors qu'ils ne sont pas dépendants aux opiacés. Le système nerveux central n'étant pas sensibilisé aux opiacés, l'effet lors du premier contact est différent de celui produit chez un sujet déjà pharmacodépendant. « *La première fois que j'en ai consommé, j'ai vomi. J'étais malade »* (entretien n° 7). Parfois, la nausée est violente et persistante comme pour Kamel (n° 16) : « *... j'ai pris... un 8¹⁹... J'suis KO... foncé (rire)... KO! (..) J'ai fait quatre jours en train d'vomir, (...) Quatre jours hein, je mange rien et je bois rien, et je suis mal, et dès que je fume, dès que je mange quelque chose, je bois quelque chose (...), je vomis... »* Expérience identique pour cet homme de 31 ans : « *Dès que je fumais une clope, j'avais envie de gerber, dès que j'avalais un truc, j'avais envie de gerber, pff, (...), (il rit) c'était une horreur, une horreur (il rit)... ah, ouais... je pensais pas moi, que c'était comme ça ! »* (entretien n° 14).

L'expérience n'est pas d'emblée enthousiasmante : « *Quel effet? Quel effet? Moi, j'ai rien senti parce que j'ai commencé à vomir... J'ai rien senti hein!... »*, confiera un autre sujet masculin (entretien n° 15). La nausée est très fréquente lors de la première expérience pour les usagers de cet échantillon.

18. Défoncé, en verlan.

19. 8 mg.

Phil (n° 5) nuancera en ajoutant à l'expérience une dimension agréable : « *Un gros truc bizarre dans le ventre... (...) ça fait une sensation de bien-être jusqu'au moment où on part aux toilettes en courant pour vomir quoi ! »*

Et puis l'expérience induit une somnolence typique des opiacés, la plupart l'évoqueront quel que soit le mode d'administration. Phil (n° 5) poursuivra : « *Puis après, on pique du nez, c'est-à-dire : la fatigue, la tête qui tombe toute seule, les yeux qui se ferment, tous seuls... Et là, c'est quand même une sensation de bien-être aussi... De plus penser à rien... Dès qu'on sort n'importe quoi, une petite connerie pour rigoler; une petite vanne, tout le monde rigole, (...). »*

Cette dimension du plaisir est aussi évoquée par Élise (n° 6) : « *Ah, ben, franchement, (elle rit), ben, bien hein (elle rit) au niveau euh... Ah, non, non, c'était excellent. Ça c'est clair. Au début quand même on prend du Sub, je m'étais jamais shootée, donc, euh, ça me fait comme une drogue. Ça me fait comme si c'était vraiment une drogue très forte quoi. (...) Ah, ben, c'est bon, je dormais pendant une heure, j'étais ailleurs pendant une heure, quoi, c'était du style bon, je piquais vraiment du nez... »*

Ainsi, malgré les nausées, le Subutex® induit un effet qui les a poussé à renouveler l'expérience. Somme toute, comme le résume cet homme de 34 ans qui s'initia durant son incarcération : « *Pour moi, si j'ai repris, c'est que c'était bon »* (entretien n° 8).

Connaissance préalable sur la buprénorphine haut dosage

Il est légitime de s'interroger sur le niveau de connaissance dont disposaient les personnes avant leur première consommation. Que savaient-ils du Subutex® avant ce premier usage ? En général, les usagers non héroïnomanes savent peu de choses sur le Subutex® avant d'en consommer. On retrouve globalement dans toutes les présentations du produit qui leur sont faites l'idée d'un médicament pour les toxicomanes, apparenté à l'héroïne.

« *On m'a dit : c'est un médicament qui s'appelle Subutex® et le gouvernement, ils ont fait ça pour les camés, pour ceux qui veulent arrêter, ceux qui arrivent pas à se débarrasser de l'héro, de la coke et tout... »* (entretien n° 15). C'est ce que Léo (n° 2) sait en d'autres termes : « *Je savais rien du Subutex®... (...) il (un copain) m'avait dit que c'était un produit de substitution, sinon, je ne savais que ça. »*

Le peu d'information est source parfois de confusion, et certains usagers ne font pas le lien entre produit de substitution et produit susceptible de générer une dépendance. En effet, à son insu, d'une certaine manière, le statut de médicament de substitution « brouille les pistes ». Pour un grand nombre de personnes, l'idée de drogue est souvent assimilée à celle de dépendance. Cette représentation est très générale, elle ne concerne pas uniquement les usagers de drogues. Dans le langage courant, dire de quelque chose que c'est une drogue renvoie à l'idée que l'on

ne peut pas s'en passer. C'est si vrai, que précurseur du concept d'addiction, le langage populaire avait attribué la qualification de drogue à des catégories qui ne relèvent pas des substances physico-chimique. Ainsi, le sport, le travail, le sexe, le jeu ou le téléphone portable entre autres, peuvent être considérés comme des « drogues ». De ce fait, le Subutex®, représenté comme un médicament pour arrêter la drogue – donc la dépendance dans cette logique de représentation –, est difficilement pensé comme susceptible lui-même de générer une dépendance à son tour. Il faut déjà avoir accès à une représentation savante des principes de base de la neuropharmacologie des opiacés pour distinguer entre sevrage et substitution du point de vue neurophysiologique. Marlène (n° 3) a du mal en effet à construire cette relation. « *C'est logique pour moi... Si on vous donne ça pour décrocher, je me suis dit qu'on ne pouvait pas tomber accro au Sub si c'est un médicament pour arrêter...* » Léo (n° 2) n'est pas arrivé non plus à faire ce lien au début de sa consommation : « *... C'était pour décrocher alors je me suis dit qu'on ne peut pas tomber accro si c'est un truc pour décrocher !* »

Effets recherchés dans la consommation de BHD non substitutive

Les effets principalement recherchés lors de consommation de BHD non substitutive d'opiacés, mis en avant au travers des entretiens sont multiples. Ils peuvent varier pour un même sujet au cours de l'interview, mais aussi au fil de sa consommation ou selon les contextes où il consomme. Ainsi, il serait réducteur de fixer les usagers dans une catégorisation à partir de ce qui pourrait apparaître comme leur motivation principale à consommer. Un sujet peut tout au long de son histoire de consommateur modifier son rapport aux effets recherchés par sa consommation. Ces derniers sont de nature hétérogène et font référence à des expériences subjectives qui se construisent à partir de représentations qui recouvrent des réalités variées. L'analyse des entretiens permet d'identifier trois types d'effets recherchés :

- « être défoncé » ;
- « pouvoir assurer » ;
- « être calme, réduire l'anxiété ».

Trois catégories d'effets qui correspondent à ce que l'on attend des psychotropes en général et de quelques-uns qui réussissent plus particulièrement à réunir cet ensemble d'effets dans un même produit. C'est le cas des opiacés.

Notre point de vue s'inscrit ici dans une perspective anthropologique où les effets d'une substance psychoactive sont le résultat de l'interaction de ses propriétés pharmacologiques et de la trame culturelle²⁰ où le sujet construit le sens de son expérience et de son histoire singulière. Pour le Subutex®, ses propriétés

pharmacologiques d'agoniste partiel²¹ des récepteurs opiacés sont à prendre en compte autant que le cadre social et culturel dans lequel cette molécule a vu le jour, en déterminant les différents discours qui structurent les expériences de consommation.

Le Subutex®, substitut de l'héroïne: un produit de défonce

Il n'est pas indifférent que, dans la représentation sociale, le Subutex® soit apparenté à l'héroïne et soit proposé comme son substitut. Tantôt perçu comme un produit aussi puissant puisque qu'il le remplace ou comme un médicament « qui ne fait rien » puisque c'est un traitement. Nous retrouvons, avec le Subutex®, chez les usagers non substitutifs, une recherche d'effets que l'on observait chez les anciens héroïnomanes avec l'héroïne. Ainsi, cet homme de 36 ans qui découvrit la BHD à l'âge de 30 ans en parle avec un lyrisme qui rappelle les « anges déchus » des années 1970 : « *Ouais, le Subutex®, ça a été une révélation : je me regardais dans une glace et je me trouvais pur euh... Je me trouvais comme un adulte avec un corps d'adulte mais un visage d'enfant. Je me trouvais... Je... Enfin c'était... le narcissisme poussé à son extrême...* » (entretien n° 13). Les descriptions de consommation rappellent celles des anciens héroïnomanes avec des termes tels que « montée », « chaleur », « bien-être » et « piquer du nez ». Douze sujets sur les 16 utilisent une terminologie déclinée à partir du mot défonce pour qualifier l'effet que peut produire le Subutex® et 11 d'entre eux se l'appliquent à eux-mêmes à un moment ou à un autre de leur consommation.

Mathieu (n° 1) raconte sa rencontre avec le Subutex®, et l'on perçoit nettement qu'il positionne la BHD sur le versant d'une drogue puissante : « *À l'époque là, ça se limitait au cannabis et à l'alcool et donc c'est après que j'ai un peu tout essayé aussi bien les défonces médicamenteuses que le reste et quand j'ai essayé le Subutex® par curiosité, parce que ça avait l'air costaud et puis bon je savais d'entrée de jeu que c'était un produit de substitution à l'héroïne etc., et c'est vrai que les premières fois que j'ai essayé, donc c'était vraiment des gros délires étant donné que je n'avais aucune dépendance à l'héroïne, et ben donc il suffisait que j'en prenne un tout petit trait, que je m'en mette un tout petit morceau sous la langue et puis bon, on peut dire que j'avais quasiment une montée, j'étais euphorique, avec en fin de soirée, plus des endormissements avec des hallucinations etc.* »

L'expression « *piquer du nez* » qui sert à décrire l'état de défonce caractéristique de l'héroïne, directement empruntée au langage des héroïnomanes, est utilisée par 6 des usagers de l'échantillon pour décrire l'équivalent sous Subutex®.

20. Lévi-Strauss, « Des champignons dans la culture », in *Anthropologie structurale* deux, éd. Plon, 1973.

21. Agoniste pour certains récepteurs et antagoniste pour d'autres.

Le registre de « être défoncé » concerne l'être ailleurs, hors de soi, hors du monde, il indique que la conscience du sujet est « éclatée », « fragmentée », modifiée par l'effraction de l'effet du psychotrope. Dans cet échantillon, la moitié des usagers s'inscrit dans un usage où la recherche de « être défoncé » est au premier plan de leur discours.

Pour les sujets qui utilisent la BHD comme produit de défonce, les schémas de consommations sont tout à fait superposables à ceux des toxicomanies à l'héroïne. Recherche d'état intense, multiplication des prises, retrait des interactions sociales et de pôles d'intérêt pour progressivement se limiter à un environnement de consommateurs et à la consommation elle-même et ce qui tourne autour. Ainsi, la BHD se substitue à l'héroïne de deux manières : comme médicament pour certains ou comme drogue pour d'autres. Si certains toxicomanes l'utilisent dans une perspective de traitement de substitution, d'autres qui n'avaient pas d'héroïne à substituer l'ont directement mis à sa place comme produit de défonce.

Le Subutex® : un produit pour « assurer »

« Pouvoir assurer » est le deuxième registre d'effets que les usagers non substitutifs attendent du Subutex®. À première vue contradictoire par rapport au premier type d'effet puisque par définition un sujet défoncé réduit sa capacité à pouvoir assurer, cette possibilité d'obtention d'états radicalement différents s'explique d'une part, par la sensibilisation à la BHD²², et d'autre part par les doses utilisées. Comme pour la plupart des substances psychoactives la relation effet/dose est primordiale. L'effet obtenu varie selon la dose utilisée. Dans le cadre de protocole de substitution, par exemple, le médecin recherche le dosage adapté au patient, c'est-à-dire la dose où il sera « correctement équilibré ». Dans ces cas-là, la consommation passe totalement inaperçue. En revanche, à dose plus importante, les sujets manifestent des signes ostensibles d'état de « défonce ». Ainsi, la rencontre avec des usagers nous a permis d'observer : des sujets visiblement défoncés et d'autres pour lesquels la consommation était imperceptible.

Ainsi, le sujet peut trouver un état où il jouit pleinement de ses capacités tout en bénéficiant d'une levée des inhibitions et d'un certain affranchissement de sa sensibilité émotionnelle. Plusieurs d'entre eux expliquent que si au début ils étaient défoncés avec le Subutex®, ce n'est plus le cas aujourd'hui. Élise (n° 6) qui avait démarré dans une recherche de défonce ne l'envisage plus dans cette perspective aujourd'hui, nous indiquant ainsi qu'un même produit avec la même personne peut, au cours du temps, générer des effets différents. « (...) maintenant ça me défonce pas hein, enfin je pense... (rire) je me sens pas défoncée en tout cas. » L'évolution

est tout à fait comparable à celle que les usagers décrivaient pour l'héroïne où, au début, le sujet consomme dans une perspective de défonce qui disparaît ensuite, laissant la place à la recherche d'un état « normal » pour pouvoir fonctionner. C'est ainsi que le vit Phil (n° 5) : « ... parce que ça ne me défonce plus maintenant le Subutex®... ça doit faire euh, quelques années que ça me défonce plus, ça me fait plus aucun effet... Le seul truc que ça fait, c'est qu'on vit. On vit et on n'est pas malade. Si on prend pas de Subutex®, on est malade à crever, on peut pas travailler, on peut rien faire. C'est un quotidien de vie, le Subutex®. Quand on est dedans, c'est un quotidien de vie. C'est plus une défonce, c'est... Si t'en prends, tu vis normalement, si tu n'en prends pas, t'es malade à crever... »

Pour les sujets présentant des inhibitions relationnelles ou de l'action (timidité, dépendance aliénante au jugement d'autrui, etc.), la BHD semble permettre à certains de retrouver une capacité d'action. Le Subutex® fonctionne alors comme un « antidépresseur ». C'est le cas pour cet homme de 28 ans originaire d'Afrique du Nord qui sniffe le Subutex® : « J'travaille, j'fais les marchés depuis toujours moi, mais c'est mon traitement là (le Subutex®), (...) c'est pas un traitement qu'il faut que tu travailles pas, que tu fais rien... C'est un traitement comme... une cigarette... (...) Ça me fait plaisir, il faut que je tchatte avec les clients et tout, j'suis un vendeur (...) Si je fais pas, j'suis naze, j'arrive pas et j'ai honte du client... (...) Avec le Subutex®, j'suis speed quoi, il faut que je le vends, il faut qu't'achètes, c'est obligé, c'est ça le travail, tu vois... » (entretien n° 16). Le Subutex® lui permet de faire son travail à moindre coût psychologique et d'être plus performant. Il génère chez certains une levée de l'inhibition dans la parole : « C'est le danger du Subutex® aussi, ça crée une diarrhée verbale » (entretien n° 13).

Dans ce registre, un autre exemple de fonctionnement « antidépresseur », s'illustre avec cette étudiante de 26 ans qui était « psychiquement paralysée », parasitée, par « ses idées noires » qui la conduisaient régulièrement « à péter les plombs », aujourd'hui elle injecte quotidiennement de la BHD pour lutter contre cette déprime. « Bon et maintenant, ça va bien, ça va bien tout le temps. C'est vrai que (...) Y'a des fois, j'arrive à gérer, des fois je subis, mais ça dure pas longtemps. (...) Donc j'ai peur d'arrêter le Sub (...) enfin j'ai peur de redevenir comme avant complètement déprimée. Mais en même temps, voilà, je vais à l'école et tout, j'ai envie de ne pas avoir cette contrainte, parce que maintenant, c'est une contrainte, en fait. » (entretien n° 11). Cette jeune femme est aujourd'hui partagée entre le constat de ce que la BHD lui permet de faire et la contrainte que l'injection représente.

Cette recherche d'une consommation pour « pouvoir assurer » met le Subutex® dans le rôle d'un « produit utile ». Dans ces cas, l'usage de la BHD est associé à une action, une activité à l'intérieur de laquelle le Subutex® va prendre progressivement une place. Ainsi Élise (n° 6) après avoir eu un rapport de type défonce, entretiendra par la suite avec la BHD un rapport utilitaire. Lorsque que l'on regarde les moments de la journée où elle prend du Subutex®, elle le met systématiquement

22. Exposition répétée à un type de molécule.

en lien avec une activité : « *Il faut que ça serve. Si je me levais à neuf heures et que je prenais mon premier Sub à deux heures, je prendrais le deuxième à six heures, mais j'en prendrais pas un troisième parce que après ça serait le soir et ça me servirait à rien.* » Ce rapport utilitaire avec le Subutex® s'est construit au cours du temps et visait à assurer les activités auxquelles sa journée la confrontait : « *Si je passais ma matinée au squat, j'allais pas prendre du Sub, parce que ça me servait à rien mais par exemple l'après-midi, je sais pas, si j'allais à la manche ou si je sortais en ville et ben je prenais mon Sub* », comme si le Subutex® permettait l'action.

Enfin, « pouvoir assurer » rappelle également que la consommation de drogues s'inscrit dans une recherche de performance²³. Au-delà de la performance professionnelle du vendeur ou du simple « pouvoir faire » du sujet inhibé ou dépressif, la BHD trouve également une application dans le domaine sexuel comme retardateur de l'éjaculation chez l'homme, car son effet anesthésique modifie le rapport à la sensation et à l'émotion. C'est l'avis de Phil (n° 5) « *On perd beaucoup de sensation aussi... Si par exemple euh, tu as ta petite amie qui vient pour te faire des chatouilles ou un massage, tu le sentiras pas. (...) ça me donne plus envie, je sens plus rien. Je dirais même pour les rapports sexuels, ça change beaucoup quoi (...) Ah énormément... ça j'en suis écœuré quoi. Bon déjà, ça dure beaucoup plus longtemps, mais des fois trop longtemps, des fois, il faut une heure et demi avant de pouvoir aller jusqu'au bout quoi... (...) ça retarde énormément l'éjaculation.* »

En ce sens, un homme de 39 ans a fait du Subutex® le traitement de son problème sexuel. En effet, cet homme n'avait jamais pu avoir de relations sexuelles, « *parce que moi, j'ai un problème, c'est que je suis... euuuuh (...) d'éjaculation précoce.* » Marié, il vivait séparé de sa femme avec qui il ne partageait pas de sexualité. Il a découvert fortuitement cette « indication thérapeutique » de la BHD sur le conseil indirect d'un ami qui ignorait son problème : « *C'est mon copain qui m'a dit : (...) moi, avec ma copine, (...) On fait l'amour jusqu'au matin. (...) Mais, tu ne sais pas !... Il m'a dit : Subutex®... (...) Essaye ! Essaye, tu vas aller voir ta copine, couche avec elle et tu verras...* » Bien qu'il pense que son problème n'est pas une maladie, c'est quand même sur prescription médicale qu'il obtiendra son « traitement ». En toute clarté patient-médecin puisque le traitement de Subutex® sera prescrit « dans l'objectif (...) de (son) problème... » (entretien n° 15).

De tout temps, les hommes ont demandé aux drogues d'améliorer leurs performances. La modernité a particulièrement développé ce registre d'action des substances psychoactives²⁴. La BHD n'échappe pas à cela, bien au contraire. De ce point de vue, le Subutex® s'inscrit bien dans la mythologie moderne du produit « pour assurer ».

23. A. Erhenberg, *Le culte de la performance*, Calmann-Lévy, Paris, 1991.

24. A. Erhenberg, *La fatigue d'être soi : dépression et société*, éd. Odile Jacob, Paris, 1998.

Le Subutex® pris comme un « tranquillisant »

Lors des explorations préliminaires à l'étude, des médecins psychiatres travaillant en milieu carcéral ou en centre spécialisé de soins avaient évoqué l'utilisation du Subutex® dans une finalité clairement anxiolytique chez des patients primo-pharmacodépendants qui avaient rencontré la BHD hors prescription. Plusieurs usagers de l'échantillon mentionnent l'effet tranquillisant ou anxiolytique de la BHD. Pour 3 d'entre eux sur 16 on peut considérer qu'il s'agit de l'effet principalement recherché.

Le Subutex® fonctionne pour certains usagers non substitutif comme un tranquillisant. Le sujet apprécie la mise à distance émotionnelle, il se sent plus calme, moins enclin à l'énerverment, au stress. « *Je suis détendu... Je suis vachement moins agressif maintenant qu'avant. (...) Envers les gens, envers tout le monde. Je suis calme, je suis... bon, je suis timide quand même. Mais (...), je suis vachement moins speed euh... Je prends tout au troisième degré, c'est pas pareil. Je m'embrouille moins.* » (entretien n° 7).

Les effets de type anxiolytique ne font aucun doute pour cet homme de 28 ans qui a rencontré la BHD lors d'une incarcération. On retrouve avec lui une définition qui évoque sans ambiguïté ce que l'on attend communément d'un tranquillisant : « *C'est lui, le Subutex®, il me rend calme. Je suis calme sous Subutex®. (...) je m'énerve pas.* » Et lorsqu'en fin d'entretien l'enquêtrice lui posera directement la question des effets recherchés, la réponse prolongera ce versant du psychotrope anxiolytique et tranquillisant : « *Ouais ça m'apaise ça me... fait oublier, ce que je cherche à oublier...* » (entretien n° 8).

Le Subutex® s'avère être un produit « efficace » dans ce registre anxiolytique, si l'on en croit certains usagers pour qui la BHD a produit un effet quasi « magique ». « *... C'est surtout ça, pour moi, (...) : le fait que ça me calmait. Je suis hyper nerveuse naturellement. Je m'angoisse très vite et ça avait le don... Je me faisais ma dose et j'étais contente parce que je me sentais tout de suite plus calme. C'était incroyable !* » Pour Marlène (n° 3), cette fonction tranquillisante de la BHD est centrale, car finalement que cherche-t-elle ? « *Simplement le calme... Je crois que ça a toujours été l'effet recherché, que ça ait un effet calmant sur moi, un effet anti-stress.* »

C'est aussi, aujourd'hui la recherche d'une autre femme en grande précarité pour qui le Subutex® rentre désormais dans une démarche de « traitement » de son état anxieux. Mais elle mesure que si la BHD a une certaine efficacité sur la manifestation de son état anxieux, elle reste impuissante à l'aider à régler le problème de son anxiété : « *Je prends pas du Sub spécialement pour ça (régulation de psychostimulant), j'en prends... plus pour des raisons médicales, parce que moi je suis quelqu'un qui est toujours un petit peu stressé tout ça, moi je me lève, tous les jours je suis stressée, tous les jours j'ai mal au ventre, donc je prends du Sub pour*

m'enlever ce stress et voilà le Sub m'enlève le stress... donc voilà, mais... ça fait longtemps que je suis comme ça et maintenant j'en ai un petit peu marre d'être tout le temps un peu stressée... » Élise (n° 6).

La BHD est utilisée par certains usagers non substitutifs pour ses effets de type tranquilisant mineur. De fait, on relève dans les entretiens que des usagers disent ressentir avec le Subutex® des effets sédatif, anxiolytique, relaxant et hypnotique.

Subutex® et psychostimulants: une dynamique complexe

Le Subutex® peut aussi répondre au stress lié à une surstimulation du système nerveux lors de consommations de psychostimulants. La BHD s'inscrit alors dans l'utilisation d'opiacé « pour redescendre », « pour se poser » comme le rachacha, l'opium, l'héroïne ou les sulfates de morphine. Ces usages sont connus²⁵. «... beaucoup de gens (...) quand ils sont en descente de quelque chose, ils se prennent un petit Sub parce qu'ils savent qu'ils vont être un petit peu mieux quoi » Élise (n° 6).

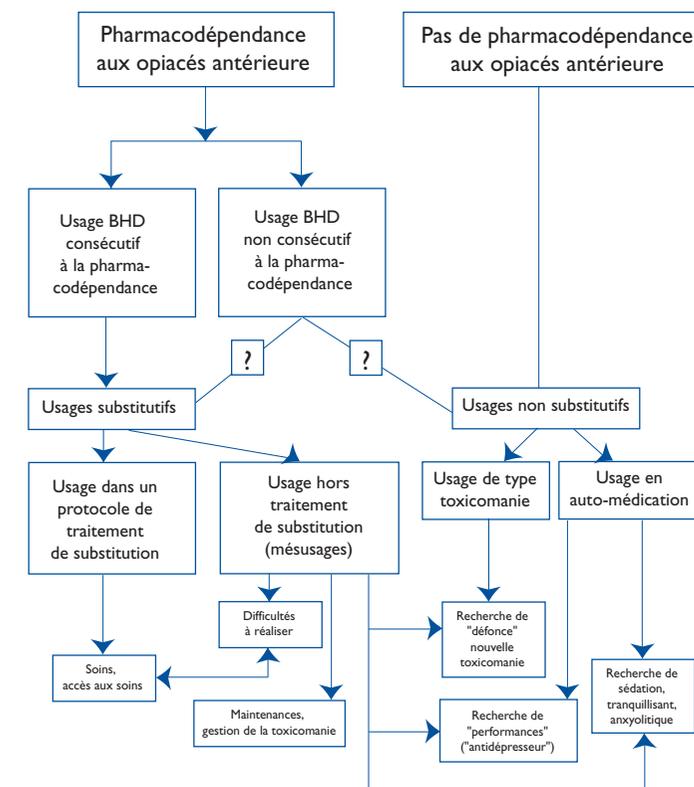
L'usage comme tranquilisant en régulation de psychostimulants peut être ponctuel ou pour sortir d'une consommation jugée trop intensive. Dans ce cas, la BHD permet de rompre avec les stimulants. L'usage intensif de cocaïne d'amphétamine ou de métamphétamine (MDMA, ecstasy) conduit certains usagers de l'espace festif, et notamment techno, à vouloir temporiser leurs consommations. L'héroïne est un produit utilisé à cette fin par des usagers parfois « fatigués » de cette surstimulation, et qui trouvent dans cet opiacé une réponse apaisante. Progressivement, la connaissance du Subutex® s'exporte des usagers de l'espace urbain vers les milieux festifs proposant ainsi à ces usagers en demande d'opiacé une alternative moins coûteuse à tout point de vue. «... Une amie (...) elle osait pas trop le dire parce que je le savais pas trop moi non plus que, quand on prenait ces produits-là, la CC²⁶ et tout ça ; en fait c'est elle qui m'a dit : "tu devrais rompre un peu avec les taz"²⁷... Moi je parle des taz dans mon cas. J'étais en manque de taz... speed quoi... Bon, tu verras avec ça (le Subutex®) c'est pas mal, alors c'était la première, j'ai goûté. J'ai jamais depuis quatre ans pris autre chose... » (entretien n° 7).

Mais, la sortie des stimulants par le Subutex® peut aussi fonctionner comme un nouveau piège en relançant à nouveau, après une période d'accalmie de nouvelle demande de stimulant. Un couple infernal cocaïne-Subutex® se met en place chez certains usagers où chaque produit est à la fois « solution » et « activation » de l'autre. Phil (n° 5) décrit l'engrenage qui a démarré par une consommation de BHD à des fins de régulation d'un épisode de consommation de cocaïne, somme toute

bref, pour le mener à une pharmacodépendance au Subutex®, puis le relancer ensuite sur la cocaïne : « Déjà, on pète les plombs avec... (...) le Subutex®, quand on surdose, on n'est plus soi-même. Puis en plus, comme le Subutex® ça coupe sur beaucoup de choses... Bon, la défonce, on a envie de trouver autre chose ce qui fait qu'après, on prend de la cocaïne. C'est ça qui coûte très cher par contre. Le mélange Subutex®-cocaïne, ça fait un effet assez spécial (...) ».

Ainsi, au fil des années, progressivement, s'installe pour certains une dynamique opiacé-stimulants où la cocaïne et la BHD développent de nouvelles formes d'interaction. Subutex® pour réguler ou sortir des stimulants, stimulants pour retrouver des sensations que la tolérance progressive à la BHD a émoussé, voire, passage par la cocaïne pour sortir du Subutex®.

Types d'usage de la BHD



25. Cf. Rapports TREND 2001, 2002 et 2003.

26. Cocaïne.

27. Ecstasy.

DISCUSSION

La buprénorphine haut dosage est un médicament utilisé par plusieurs dizaines de milliers de personnes en France en 2002. Plusieurs logiques d'utilisation coexistent. Si l'usage dans un cadre médical semble majoritaire, il existe des utilisations hors de ce cadre dont on ignore l'importance quantitative globale, mais qui semblent assez fréquentes au sein des populations rencontrées par les structures bas seuil. Les premiers résultats obtenus permettent de disposer d'éléments descriptifs de ces populations et explicatifs de leurs usages de BHD.

L'accessibilité et la disponibilité importantes de la BHD, combinées à son faible prix²⁸ facilitent sa diffusion, particulièrement dans des milieux précaires. L'attrait exercé par une « drogue » qui ne coûte pas grand-chose est indéniable et contribue sans nul doute à son succès.

Cependant, l'enquête montre que le Subutex® n'a pas que des adeptes parmi les populations fortement précarisées et à faible pouvoir d'achat. Des personnes ayant une activité et des ressources peuvent aussi trouver dans le Subutex® un produit psychotrope procurant des effets intéressants.

Le discours sur la BHD comme substitut de l'héroïne contribue à renforcer la dualité de son image auprès du public qui en fait soit un médicament à faible potentialité psychoactive (« *c'est naze ça fait rien* ») soit à l'inverse une substance puissante qui remplace l'héroïne, cette drogue qui sert si longtemps de modèle et d'emblème métonymique du toxicomane et de la toxicomanie. Aujourd'hui, pour certains usagers, le Subutex® occupe une place de drogue avec laquelle ils entretiennent un rapport de toxicomanes.

Pour certains usagers, dont la recherche se situe dans le registre de la défonce, au fil de leur consommation, les propriétés pharmacologiques de la BHD, les conduisent à ne plus ressentir d'effets marqués, si ce n'est les soustraire à un état de manque redouté. Dans ce cas, le sujet peut éprouver une frustration importante car les efforts consentis au produit (injection, dépendance, approvisionnement, honte, etc.) ne sont plus payés en retour par des sensations suffisantes. Il peut alors se tourner vers d'autres produits afin d'obtenir ce que la BHD désormais lui refuse. Les parcours évoluent parfois vers des polyconsommations ou polytoxicomanies, en ayant recours à d'autres opiacés ou à des psychostimulants, notamment la cocaïne. Cette « balance » déficitaire entre satisfactions procurées et problèmes induits par un usage chronique est probablement en jeu dans les phénomènes « dépressifs » que décrivent les usagers. En effet, l'image de soi comme usager

non ancien héroïnomanie dépendant du Subutex® n'est guère valorisante pour un sujet qui ne trouve même plus dans le produit les satisfactions compensatrices. Ceux-là sont aux prises avec l'impasse de la pharmacodépendance.

Une pharmacodépendance sévère puisque l'on observe des durées de sevrage de plus en plus longues, les usagers se plaignant de difficultés importantes lorsqu'ils ont essayé d'arrêter. Ce phénomène est probablement resté partiellement masqué par le fait que dans un premier temps peu d'usagers demandaient à arrêter la BHD et que les médecins étaient peu nombreux à les y encourager. Les problèmes liés à l'injection poussent certains usagers à souhaiter mettre un terme à cet usage et les sevrages se multipliant, on commence à percevoir des phénomènes qui n'étaient pas connus jusqu'à présent. Nous reprendrons ce point dans le rapport final ainsi que l'ensemble des problèmes sanitaires et sociaux rencontrés par les usagers de l'enquête qui ne pouvaient faire l'objet d'un traitement dans cet article. D'ores et déjà on peut noter, à partir de l'analyse de l'enquête structures de première ligne, que pour cette population les conséquences sanitaires chez les usagers non substitutifs pharmacodépendants à la BHD se distinguent peu de l'ensemble des autres consommateurs dépendants de BHD.

Pour d'autres usagers encore, la BHD procure un « équilibrage » fonctionnel qui les satisfait leur rendant plus supportable la dépendance. Pour certains, enfin, l'usage du Subutex® semble fonctionner comme une limitation de leurs comportements de défonce à partir de produits variés (psychostimulants, alcool), ils utilisent alors le Subutex® en produit principal et parfois de façon unique. Le problème se pose alors pour les injecteurs pour qui parfois le tribut à payer sur le plan du capital veineux peut s'avérer très lourd.

Jusqu'à présent, la réalité des usages non substitutifs de Subutex® n'était pas clairement distinguée de l'ensemble des mésusages, et, de ce fait, il était difficile d'estimer son importance. Si notre approche quantitative reste limitée aux personnes rencontrées par les structures de première ligne, elle permet néanmoins d'avoir un premier ordre d'idée. Dans cette enquête, 20 % des usages de Subutex® sont sans rapport avec une pharmacodépendance aux opiacés antérieure, et 16 % parmi eux sont actuellement dépendants à la BHD. Si l'on y ajoute les 14 % d'anciens héroïnomanes qui avaient réussi à faire rupture avec les opiacés et qui sont actuellement pharmacodépendants au Subutex®, ce sont 30 % des usagers de Subutex® des structures de première ligne qui se trouvent en situation de dépendance à la BHD sans que cet usage soit consécutif à une pharmacodépendance aux opiacés.

En complétant et en diversifiant l'échantillon actuel d'entretiens semi-directifs et en multipliant les croisements avec l'analyse quantitative, nous devrions rendre plus lisibles les usagers et leurs pratiques.

28. Pour les prix de la BHD hors prescription, se rapporter à la section concernant la buprénorphine haut dosage du présent rapport.

CONCLUSION

Si la primo-consommation reste limitée (9 % chez les usagers de BHD des services de première ligne) ce sont 57 % d'entre eux qui ont développé une pharmacodépendance au Subutex®.

L'étude de l'échantillon qualitatif montre que la consommation de BHD non substitutive peut s'étaler sur des périodes assez longues, puisque certains usagers ont débuté leur consommation au moment de l'AMM et sont toujours dépendants à ce jour. De plus, l'usage non substitutif continue de se développer puisque l'enquête montre des débuts de consommation récents. Les modes d'entrée dans une consommation non substitutive de BHD, mis en évidence au cours de ce travail, sont divers. Les usagers représentant différents types d'usages ne sont pas forcément en contacts entre eux. Enfin, les effets recherchés couvrent une gamme très large en matière d'usage de substances psychoactives²⁹. Les principales tranches d'âge des consommateurs de drogues sont concernées. Il est frappant de voir que ces usages de BHD non substitutifs concernent des tranches d'âge assez larges (ici, de 15 à 51 ans) et des profils sociodémographiques variés. On ne retrouve pas de variables sociodémographiques qui indiqueraient que l'usage de la BHD non substitutif concerne un groupe homogène ou une recherche d'effet particulier. Au contraire, le Subutex® non substitutif concerne de très jeunes usagers (parfois mineurs) au début de leur « carrière » ; des consommateurs plus âgés qui n'avaient pas développé de pharmacodépendance à un opiacé ; des sujets parfois très éloignés des usages de drogues ; des usagers de l'espace festif qui régulent leurs consommations de psychostimulants ; des délinquants non toxicomanes à l'occasion d'une incarcération ; des personnes très précarisées, vivant dans la rue, en squat ou en institution, parmi lesquelles se retrouvent, entre autres, des personnes issues de l'immigration précaire ou clandestine.

Dans l'enquête auprès des usagers fréquentant les structures de première ligne, les femmes pharmacodépendantes à la BHD sont concernées dans une proportion supérieure aux autres groupes de consommatrices.

L'usage de BHD non substitutif semble présent dans la plupart des régions de France suivies par le réseau des sites TREND. L'ensemble de ces éléments amène à poser deux hypothèses. D'une part, l'usage de BHD dans une optique non substitutive est une réalité en France métropolitaine³⁰, d'autre part, de nombreux éléments favorisant l'extension de ce phénomène sont réunis. Ces hypothèses devront être retravaillées à la lumière des collectes et des analyses complémentaires à venir.

29. Seule la recherche d'hallucinations n'est pas mentionnée.

30. Quelques cas isolés ont été rapportés dans les DOM-TOM par les coordonneurs TREND.

LA CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHOACTIFS CHEZ LES FEMMES PROSTITUÉES

*Suzanne Cagliero, Hugues Lagrange
(ALRS - Association pour la recherche en sciences sociales)*

La prévalence de la consommation de produits psychotropes chez les femmes prostituées est malaisée à connaître car il est difficile d'évaluer l'importance numérique de la prostitution et plus encore de construire une étude représentative de femmes qui s'y livrent plus ou moins régulièrement. Les services de police disposent de statistiques qui résultent de l'enregistrement des personnes prostituées qui ont été contrôlées. En effet, en 1960, la France a adhéré à la convention des Nations unies pour la « répression et l'abolition de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui ». C'est en principe la fin du réglementarisme, c'est-à-dire du contrôle direct de la prostitution par les autorités puisque la prostitution est alors une activité relevant de la liberté individuelle et ne constitue plus un délit depuis 1946¹ (même si le racolage actif en reste un). L'afflux de femmes et d'hommes venus de l'étranger qui se prostituent depuis quelques années a modifié la donne, les réalités humaines, sanitaires et sociales changent rapidement. À partir de janvier 2003, la mise en application de la loi sur la sécurité intérieure votée par l'Assemblée nationale qui fait du racolage, même passif, un délit passible de prison, va redécouper les frontières du visible et du caché. Nous avons quelque peine à en prendre la mesure.

Si la prostitution a intéressé des romanciers, des hygiénistes comme Parent-Duchâtelet, des médecins et des historiens, de la seconde guerre mondiale aux années 1990 il y a eu peu d'études d'envergure si l'on excepte les travaux d'A. Corbin. La plupart des recherches récentes sur la prostitution ont été réalisées au début des années 1990, en rapport avec la progression de la contamination par le VIH. Ces recherches ont surtout évalué les risques de contamination mais elles apportent également des données plus globales sur les prostituées en tant que groupe. Selon Lilian Mathieu, dans tous les pays développés les mêmes tendances

1. La loi 46-985 du 13 avril 1946 tend à la fermeture des maisons de tolérance et supprime le fichier de la police, les prostituées restent contrôlées non plus par le ministère de l'Intérieur mais par celui de la Santé.

apparaissent : les taux de contamination les plus importants sont en étroite corrélation avec le mode de vie de ces personnes. Plus elles sont soumises à des conditions d'existence difficiles et à des modes d'exercice de la sexualité vénale précaires plus la prévalence est élevée. Une corrélation forte existe aussi entre toxicomanie (incluant la consommation d'alcool) et exposition au VIH².

En France, les études réalisées sur des échantillons parisiens³, confirment la corrélation entre l'usage de drogues par voie veineuse et le taux de contamination par le VIH des personnes qui se prostituent. Les résultats d'une enquête européenne transversale réalisée dans neuf villes (Amsterdam, Anvers, Athènes, Copenhague, Madrid, Lisbonne, Londres, Paris et Vienne) vont dans le même sens, elles montrent que le principal facteur de risque chez ces femmes reste l'usage de drogues par voie veineuse⁴. Les faibles taux de contamination chez les non-injecteurs (2,1 % à Paris et 1,5 % dans l'ensemble des villes) tendent à confirmer l'hypothèse selon laquelle la progression du VIH dans ce groupe est modérée dans les pays où les conditions de vie sont dans l'ensemble les plus favorables, même lorsque les personnes se prostituent dans la rue et sont le plus souvent en situation précaire, victimes de la stigmatisation et de la répression. En Europe occidentale, les prostituées migrantes et celles qui consomment des drogues par voie veineuse sont les plus exposées aux risques. La dernière et seule recherche quantitative, réalisée dans l'ensemble de la France et concernant cette population, date de 1995⁵. Selon cette étude, 16 % des personnes interrogées sont usagers d'héroïne et/ou de cocaïne, 15 % boivent de l'alcool de façon excessive et 11 % consomment d'autres produits illicites ou détournés de leur usage – cannabis, ecstasy, acides, amphétamines, anxiolytiques, etc. En somme, 37 % des personnes interrogées peuvent être considérées comme dépendantes au moins d'un produit. Aucune autre étude n'a été réalisée depuis, alors que le paysage de la prostitution a considérablement changé. Phénomène mouvant en soi, l'arrivée de nouveaux migrants et les actions de réduction des risques dont bénéficient les personnes dépendantes d'opiacés ont vraisemblablement modifié les territoires de la prostitution de rue la plus précaire, c'est-à-dire celle pratiquée dans les lieux où le contrôle des pairs est plus diffus et donc plus ouvert aux nouveaux venants. En ce qui concerne les prostituées nouvellement arrivées en France, un article du journal *Le Monde* cite les statistiques

2 L. Mathieu, *Prostitution et sida*, éd. l'Harmattan, Paris, 2000, p. 25. Dans le premier chapitre il analyse les résultats des recherches réalisées dans le monde et en France.

3 Voir : A. Coppel et al., *Recherche-action prostitution et santé publique*, Centre collaborateur OMS, 1990 ; I. De Vincenzi et al., « Infection par le VIH dans une population de prostituées à Paris », in *BEH*, n° 47, 1992, p. 223-224 ; R. Ingold, M. Toussirt, *Le travail sexuel, la consommation des drogues et le VIH*, Paris, IREP, 1993.

4. European Working Group on HIV Female Prostitutes, « HIV infection in European Female sex workers : epidemiological link with use of petroleum-based lubricants », in *AIDS*, 1993, vol. 7, n° 3, p. 401-408, cité par S. Pryn, « Le monde social de la prostitution de rue : repenser l'approche par le risque », in *CLES*, n° 28, 2^e semestre 1996, p. 93-94.

5. A. Serre et al., « Conditions de vie des personnes prostituées : conséquences sur la prévention de l'infection à VIH », in *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 44, 1996, p. 407-416.

de l'OCRTEH de l'an 2000, et selon lequel 37 % des prostituées qui exercent en France proviennent des pays de l'est de l'Europe⁶. Selon les témoignages des responsables du secteur associatif il y aurait autant de jeunes femmes venues des pays de l'Afrique anglophone, sinon plus.

En ce qui concerne l'usage de drogues, le point d'inflexion se situe dans les années 1995-1996 : c'est-à-dire après le développement du dispositif d'accueil de proximité et d'échange de seringues pour les usagers de drogues (1994-1995⁷) et, plus précisément, après l'autorisation de mise sur le marché de la buprénorphine adaptée aux traitements de substitution pour les usagers dépendants d'opiacés (1996). Les décès par surdose enregistrés par les services de police sont en baisse depuis 1995 et les interpellations pour usage d'héroïne le sont également depuis 1996, ainsi que les interpellations pour trafic. Le rapport 2002 de l'OFDT signale une « mutation profonde du paysage de la consommation d'opiacés⁸ », qui ne serait pas sans incidence sur la réduction du nombre de femmes dépendantes dans les sites de prostitution les plus ouverts, mais parallèlement il y a une recomposition des pratiques. Dans les structures qui prennent en charge les prostituées, le personnel dit ne plus recevoir des femmes qui se prostituent pour acheter de l'héroïne, sauf en Lorraine. Les associations qui interviennent à Metz et à Nancy ont signalé la présence sur le trottoir de jeunes femmes, consommant de l'héroïne, alors qu'en 1995 Metz était la ville la moins touchée par la prostitution des usagers de drogues selon l'enquête multicentrique de l'IREP⁹.

Ces phénomènes nouveaux impliquent de vérifier la validité des résultats des recherches effectuées il y a quelques années, notamment en ce qui concerne l'usage de drogues et les conséquences sanitaires ou sociales.

MÉTHODE

La présente étude s'inscrit dans le cadre de recherche du dispositif TREND de l'OFDT dont l'objet est de détecter les nouvelles tendances dans l'usage de produits psychoactifs et d'évaluer leurs conséquences sanitaires. Il s'agissait, en l'occurrence, de réaliser un travail exploratoire sur les fréquences et les caractéristiques des usages de produits psychoactifs au sein de l'espace prostitutionnel.

6. *Le Monde*, 11 octobre 2001, Nos lettres à l'OCRTEH et au ministère de l'Intérieur sont restées sans réponse.

7. CEESCAT, *Les programmes d'échange de seringues pour la prévention du VIH dans les pays du sud de l'Europe*, rapport à la CCE, avril 1998.

8. OFDT, *Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002*, p. 159.

9. Cinq pour cent des usagers de drogues interrogés se prostituaient régulièrement ou occasionnellement, tandis que ce pourcentage était de 17 %, 16 % et 14 % respectivement à Paris, Marseille et Lille. IREP, *Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite*, rapport de recherche, décembre 1996. Rapport des sites.

L'échantillon quantitatif, non probabiliste, que nous avons obtenu comprend 173 personnes¹⁰. Le recueil de données a été réalisé à Lille (21), Marseille (48) et Paris (104) entre les mois de mai et de décembre 2002. À Paris, les lieux d'interview ont conduit à différencier les contextes. L'échantillon comprend des prostituées rencontrées sur les boulevards des maréchaux de la porte de Vincennes à la porte Dauphine, dans le centre de Paris près de la rue Saint-Denis et de la rue de Mogador. À Marseille, les questionnaires ont été remplis au centre-ville et boulevard Michelet (au sud), à Lille, l'essentiel des questionnaires concerne des femmes qui travaillent entre le Pont-Neuf et la gare.

Le questionnaire a été divisé en trois parties : la première destinée au recueil des informations sociodémographiques et sanitaires, la deuxième documente l'exercice de la prostitution et la dernière, la consommation de produits. Une analyse descriptive a été faite à partir de ces données, les corrélations ont été établies en utilisant le test du chi². Vingt entretiens semi-directifs avec des personnes qui se prostituent et qui consomment des produits psychoactifs ont été réalisés et enregistrés. Ils ont permis de décrire plus spécifiquement ce groupe et de chercher les liens entre l'une et l'autre pratique.

À Paris et à Marseille le recueil des données a été réalisé par des enquêteurs. En raison du nombre de sites et des délais de réalisation de l'étude, un travail préalable de mise en confiance avec la population n'a pu être fait. Il est difficile d'évaluer la portée des déclarations : à Lille, la moitié des femmes interrogées décrit un usage d'opiacés mais cette déclaration fréquente d'une consommation peut être due au fait que les nouvelles migrantes n'ont pas été interrogées. D'ailleurs, aucune femme lilloise ne déclare faire ses passes dans un appartement réservé à la pratique de la prostitution, comme c'est le cas à Marseille et à Paris où les sites traditionnels de prostitution sont bien identifiés. À Marseille, une seule femme déclare une consommation ancienne d'opium, les femmes qui travaillent dans des studios et depuis plus de dix ans déclarent plus facilement un usage passé de cocaïne. Au total, il est difficile d'apprécier dans la résultante les effets de sélection des répondantes et ceux des éventuels biais déclaratifs.

RÉSULTATS

Quarante-sept pour cent des femmes qui ont répondu au questionnaire sont originaires des pays de l'Union européenne¹¹, 23 % d'Europe de l'Est, 19 % d'Afrique sub-saharienne et 9 % du Maghreb. L'âge moyen est de 33 ans et l'âge

médian de 30, l'écart s'explique par la présence des nouvelles migrantes¹². La moitié de ces femmes a au moins un enfant. Les nouvelles migrantes déclarent très majoritairement (plus de 70 %) ne pas avoir d'enfant. Un gros tiers (36 %) d'entre elles n'a aucune couverture sociale ; cette situation correspond essentiellement à celle des nouvelles migrantes : c'est le cas de 78 % des femmes d'Europe de l'Est et de 52 % des Africaines. Ces deux groupes correspondent également à la plupart des situations de logement précaire : sur 70 personnes habitant un logement précaire 31 viennent d'Europe de l'Est et 23 d'Afrique sub-saharienne. Très peu de ces personnes déclarent avoir été contaminées par les maladies transmissibles et toutes celles qui ont admis être positives aux dépistages du VIH ou des hépatites ont déclaré avoir fait usage de produits psychoactifs par voie veineuse. Cependant, 10 % d'entre elles ne connaissent pas leur sérologie VIH (17 % des femmes d'Europe de l'Est et 15 % des Africaines), pour les hépatites, ces pourcentages sont plus élevés : 14 % des femmes ne connaissent pas leur sérologie pour le VHC et le VHB (27 % des femmes d'Europe de l'Est et 21 % des Africaines). Il ressort que les sérologies positives ou inconnues sont plus fréquentes chez les femmes entrées récemment dans la prostitution.

Les femmes interviewées se prostituent depuis huit ans en moyenne, la médiane est de quatre ans, l'écart s'explique encore une fois par la présence des nouvelles migrantes, l'âge du début de la prostitution ne variant guère selon le lieu de naissance. En raison de la nature de notre échantillon, la quasi-totalité des femmes rencontrent leurs clients dans la rue (95 %), toujours dans le même endroit (90 %). Selon les sites de passation du questionnaire, les passes se font soit dans la voiture du client (63 %) ou à l'hôtel (51 %), soit dans des studios ou des appartements des prostituées et réservés à la pratique de la prostitution (32 %). Quasiment la moitié des femmes (46 %) se prostitue entre trois et cinq jours par semaine, ce qui veut dire qu'elles travaillent les jours ouvrables ou un peu moins. La plus forte proportion (50 %) de celles qui disent travailler tous les jours se trouve parmi les femmes d'Europe de l'Est.

Moins de la moitié des femmes interrogées déclarent avoir consommé de l'alcool pendant le mois précédant la passation du questionnaire (42 %). Ce pourcentage augmente avec l'âge. Elles le font surtout pour la convivialité ou le plaisir et lors de sorties ou de repas ; elles en consommaient avant de se prostituer et ne voient pas de lien entre cette consommation et l'exercice de la prostitution. Seules quatre femmes disent en consommer pour se prostituer et huit pour se donner du courage. Très peu de cas d'alcoolisme ou de consommation excessive ont été décelés : quatre femmes se considèrent dépendantes de l'alcool et trois cas de

10. Quatre questionnaires ne comportent que les données personnelles.

11. Très majoritairement (83 %) françaises.

12. Pour les femmes françaises, la moyenne d'âge est de 39 ans et pour celles provenant des pays d'Europe de l'Est de 24 ans.

consommation excessive ont été aussi détectés parmi celles qui ne se considèrent pas comme alcooliques. Si l'on exclut les usagers dépendants d'opiacés, seulement quatre femmes déclarent une consommation d'alcool difficile à maîtriser¹³.

Les femmes qui ont fumé du tabac durant les trente jours précédant la passation du questionnaire sont en revanche majoritaires (64 %¹⁴); les fumeuses ne sont minoritaires que dans le groupe de femmes venues d'Afrique (13 %). Les trois quarts de celles qui fument se considèrent dépendantes du tabac et le pourcentage de celles qui ont déclaré avoir fumé plus de vingt cigarettes par jour pendant le mois précédant la passation du questionnaire n'est pas négligeable (40 %).

Les fumeuses de cannabis sont minoritaires (16 % des femmes ont consommé du cannabis les trente derniers jours avant la passation du questionnaire), aucune femme d'Europe de l'Est n'en a consommé et seulement deux des Africaines. Les fumeuses de cannabis ne sont majoritaires que parmi les femmes dépendantes d'opiacés (73 %). Cela signifie que si l'on exclut les usagères de drogues dépendantes, les femmes qui ont fumé du cannabis dans le mois qui a précédé la passation du questionnaire ne sont que dix¹⁵, une seule se considère dépendante, une deuxième hésite.

Quasiment un tiers de ces femmes a pris des médicaments psychoactifs au cours de sa vie, 20 % en ont consommé au cours des trente derniers jours qui ont précédé la passation du questionnaire. Si l'on exclut les femmes dépendantes d'opiacés qui ont tendance à en consommer en association avec des produits illicites ou pour pallier les symptômes du syndrome de sevrage, ces pourcentages se réduisent à 25 % et 16 % respectivement¹⁶. Lorsqu'il s'agit de consommations actuelles chez les sujets non dépendants d'opiacés, la plupart de ces médicaments sont pris tous les jours selon la prescription médicale, sauf pour les somnifères qui peuvent être pris en fonction des besoins. Le pourcentage de femmes qui consomment ces médicaments augmente avec l'âge. La moyenne d'âge lors de la première prise est de

13. Ce qui ferait un pourcentage de femmes présentant des signes de dépendance à l'alcool de 2,7 %. La proportion de femmes présentant de signes de dépendance et d'usage problématique en population générale est de 4,1 % selon les données du Baromètre Santé 2000 exploitées par l'OFDT. Cependant, ces indicateurs sont difficilement comparables vu que dans cette enquête on s'est contenté des quantités consommées au cours du dernier mois et de l'évaluation de la dépendance par les personnes interrogées elles-mêmes, tandis que le test DETA du Baromètre Santé est plus complexe. Cf. OFDT, *Indicateurs et tendances 2002*, p. 78.

14. C'est-à-dire le double qu'en population générale (30,3 % des femmes) selon le Baromètre Santé 2000. Cf. OFDT, *Indicateurs et tendances 2002*, p. 230.

15. Bien que difficilement comparable aux indicateurs du Baromètre Santé 2000 exploité par l'OFDT selon lequel, en population générale, 3,6 % des individus de 18-75 ans ont fait un usage répété de cannabis (au moins dix fois dans l'année) et 1,4 % un usage régulier (dix fois par mois et plus), ce pourcentage est nettement supérieur, notamment si l'on tient compte du fait que les femmes en consomment moins que les hommes. Cf. OFDT, *Indicateurs et tendances 2002*, p. 98.

16. Encore une fois, les indicateurs du Baromètre Santé 2000 sont difficilement comparables, toutefois, le pourcentage de femmes ayant fait un usage récent (dans l'année) en population générale adulte (18-75) est de 25,3 %. Cf. OFDT, *Indicateurs et tendances 2002*, p. 198.

33 ans. Elles les prennent à la maison avant ou après le travail, pour calmer leur anxiété et ne voient pas de lien entre cette consommation et la pratique de la prostitution. Cependant, deux femmes ont dit avoir commencé à les prendre par crainte d'une agression ou à sa suite.

Trente femmes interviewées ont consommé de la cocaïne ou du crack au cours de leur vie, deux tiers sont des usagères d'opiacés dépendantes. La consommation de crack est nulle pour les femmes non-usagères d'opiacés, qui sont d'ailleurs les seules à déclarer une consommation actuelle de cocaïne (base ou chlorhydrate). Dans le temps, la première prise de cocaïne peut se situer aussi bien avant qu'après la prostitution : lorsqu'elle se situe avant, notamment pour le crack, elle agit en tant qu'élément déclenchant cette pratique, mais les femmes qui ont commencé à se prostituer pour payer l'héroïne et qui, dans les lieux de prostitution, ont connu le crack ne sont pas exceptionnelles. Dans ce cas, la consommation de crack accélère les cadences sans appeler pour autant une continuité comme celle imposée par l'héroïne : on peut se « défoncer au caillou¹⁷ » deux ou trois jours de suite et rester au chaud, méthadone ou buprénorphine aidant, le reste du mois. La dynamique engendrée par le besoin quotidien d'héroïne qui amène ces femmes sur le trottoir tous les jours pour ne pas être « malades¹⁸ » et qui restent ensuite toute la nuit pour fumer du crack, est rompue par l'accessibilité des produits de substitution. En ce qui concerne les autres stimulants, cinq personnes seulement ont consommé des amphétamines, le nombre de celles ayant consommé de l'ecstasy au cours de leur vie est également de cinq. La consommation d'ecstasy et d'amphétamines est nulle pour les femmes qui ne sont consommatrices de cocaïne. Les neuf femmes non dépendantes des opiacés ne déclarent qu'une consommation passée de stimulants mais certains témoignages indiquent que ces produits, notamment la cocaïne, ne sont pas absents dans les lieux traditionnels de prostitution. La cocaïne, sans entraîner une dépendance physique, apporte une sensation de bien-être qui rend plus supportable l'attente, le froid et le client. Le crack, s'il peut être une motivation pour se prostituer, n'aide pas en général dans les rapports avec les autres.

Très peu de ces femmes ont consommé du LSD et des poppers. Le LSD a été consommé par quatre femmes dont deux dépendantes des opiacés et deux qui ont consommé aussi des stimulants. Les poppers ont été consommés par huit femmes, aussi dépendantes aux opiacés. Aucune d'entre elles ne déclare une consommation actuelle de ces produits. En ce qui concerne les produits à inhaler, seulement trois personnes en ont fait usage au cours de leur vie mais non pendant le mois précédant la passation du questionnaire ; toutes les trois sont dépendantes aux opiacés.

17. Cocaïne base ou crack.

18. C'est-à-dire pour éviter les symptômes du syndrome de sevrage.

Vingt-trois femmes interrogées ont consommé de l'héroïne au cours de leur vie, une seule d'entre elle ne l'a consommé qu'occasionnellement. Seulement neuf d'entre elles ont consommé de l'héroïne pendant les trente jours précédant la passation du questionnaire. Les produits de substitution consommés sont, par ordre décroissant, la méthadone (10 personnes), la buprénorphine haut dosage (5) et le sulfate de morphine (4). Quatre personnes seulement maintiennent la pratique de l'injection, une consommatrice d'héroïne et trois consommatrices de sulfate de morphine¹⁹. Seulement deux de ces femmes disent n'avoir pas consommé de la cocaïne (chlorhydrate ou base) au cours de leur vie.

INTERPRÉTATION ET ENJEUX

S'agissant du lien entre l'usage d'opiacés et la prostitution, les réponses consignées dans le questionnaire donnent quelques éléments d'appréciation confirmés par les entretiens qualitatifs : ou bien l'usage d'héroïne précède la pratique de la prostitution et quelquefois de longues années se passent avant que ces femmes y recourent ou bien un enchaînement des deux pratiques s'installe dès le début. Dans ce cas, les prostituées ne peuvent pas établir des liens de causalité. L'héroïne, comme la cocaïne, ou mieux encore, aide à supporter le froid, la fatigue et même les violences mais, associée à la seringue et à la maladie, elle est bien plus mal perçue que la cocaïne. Il semble d'ailleurs difficile de cacher longtemps cette consommation dans un milieu aussi vulnérable. La moyenne d'âge lors des premières prises d'héroïne est d'un peu plus de 19 ans, l'âge moyen du début de la pratique de la prostitution pour les personnes dépendantes des opiacés est de 22 ans, c'est-à-dire trois ans plus tard. L'âge moyen lors de la première prise de cocaïne en poudre est, pour les usagères dépendantes d'opiacés, de 20 et lors de la première prise de crack de 23 ans. La consommation de cocaïne et de crack est fortement liée à la recherche de plaisir, tandis que la consommation d'opiacés véhicule l'idée de « soins », la quête de détente et d'apaisement. Cinq femmes disent qu'elles en consomment aussi pour avoir le courage de se prostituer. L'hypothèse que le produit a été ressenti comme un besoin pour travailler est difficile à vérifier parce que ces femmes se sont quasiment toujours prostituées sous l'effet du produit. Ces femmes dépendantes sont plus nombreuses à avoir consommé de l'alcool (57 %) et fumé du cannabis (74 %), elles sont aussi plus nombreuses à fumer plus de vingt cigarettes par jour (57 %). Presque la moitié d'entre elles (45 %) déclare une consommation

19. Le sulfate de morphine n'est pas vraiment perçu comme un produit de substitution, dans le sens thérapeutique, mais comme un produit qui « défonce » et remplace une héroïne de rue de mauvaise qualité – le maintien de la pratique de l'injection confirme cette hypothèse ainsi que le mode d'acquisition, car le Skenan® est acheté dans les lieux de vente de rue plutôt que prescrit. En ce qui concerne le Subutex®, elles déclarent le mettre sous la langue.

actuelle de psychotropes et elles sont très majoritaires à en avoir consommé au cours de leur vie (78 %). La fragilité de leur état de santé est-elle mieux perçue que chez les autres femmes ou parlent-elles plus librement ? Si, pour la plupart de ces femmes, les tests de dépistage des maladies transmissibles sont anciens, faits en prison ou lors d'une hospitalisation, ce sont les seules à déclarer leur sérologie positive : trois ont été contaminées par l'hépatite C, une par l'hépatite C et le HIV, une par les deux virus des hépatites et une par le HIV. Elles reconnaissent aussi plus facilement que les autres prostituées la transgression des règles de « bonne pratique » : un quart d'entre elles parfois ou rarement la pénétration anale passive et déclare dans la même proportion qu'elles n'utilisent le préservatif pour la fellation que parfois ou rarement. La question est de savoir si en réalité elles le font plus souvent ou si elles le reconnaissent plus facilement parce qu'elles se savent stigmatisées et qu'ayant déclaré la consommation de produits illicites elles peuvent parler librement du reste : « Puisque je t'ai tout dit... »

Cette étude fait émerger deux types de prostitution définis par trois caractéristiques. Les prostituées en moyennes les plus âgées (44 ans) travaillent dans les rues traditionnelles, avec leurs studios à elles. Elles sont entrées dans la prostitution depuis une bonne quinzaine d'années et ont un nombre important de clients habituels (37). Les prostituées les plus jeunes, âgées en moyenne de 27 à 30 ans, font des passes le plus souvent à l'hôtel ou dans la voiture du client. Elles ont commencé à travailler il y a deux à sept ans en moyenne et elles ont beaucoup moins de clients habituels que les premières (19). La précarité de la couverture sociale est étroitement corrélée au lieu habituel des passes mais aussi au pays d'origine : les nouvelles migrantes constituent la majeure partie du groupe des femmes jeunes qui se prostituent depuis peu de temps et qui font leurs passes dans la voiture des clients ou à l'hôtel, elles sont majoritaires à loger dans des conditions précaires et c'est encore dans ce groupe que les sérologies inconnues sont plus fréquentes. En revanche, les jeunes femmes étrangères ne déclarent aucune consommation de produits psychoactif à part le cannabis et quelques consommations occasionnelles

Âge, couverture sociale, consommation de drogues et abus d'alcool dans deux enquêtes

	Serre et al. 1995* (N = 137)	Trend-2002 (N = 173)
Âge médian	36 ans	30 ans
Couverture sociale	54 %	74 %
Abus d'alcool	10 %	4 %
Usage de cocaïne et/ou d'héroïne	16 %	18 %

* cf. références

d'alcool. Fort probablement la présence de ces jeunes femmes réduit considérablement le pourcentage de femmes prostituées consommatrices de drogues. Si l'héroïne apparaît en général avant les débuts de la prostitution, la consommation de cocaïne s'avère souvent être postérieure.

Il faut user de prudence pour comparer les pourcentages de 2002 avec ceux de la précédente étude réalisée en France (A. Serre et al, 1995), toutefois les résultats des deux études ne paraissent pas très discordants. Le rajeunissement s'explique par le poids plus important dans l'enquête 2002 des jeunes migrantes, cela peut aussi expliquer la réduction des abus d'alcool. L'extension de la couverture sociale est liée à la généralisation de la CMU. Quant à l'usage de cocaïne et d'héroïne, qui n'a guère varié, A. Serre considère qu'il était sous-déclaré en 1995. Nous n'avons pas d'indice d'un telle sous-déclaration en 2002, le pourcentage légèrement plus grand dans la présente étude intègre les pratiques des prostituées lilloises, or Lille est une des villes où les consommations de drogues illicites sont les plus élevées (50 % localement). La prescription de produits de substitution et l'effet de génération peuvent aussi expliquer le faible nombre d'usagers de produits illicites.

CONCLUSION

L'usage de drogues, comme les conditions de vie précaire et la violence, constitue un obstacle majeur à l'adoption de comportements réduisant les risques de transmission des maladies transmissibles (MST, hépatites, VIH). La réduction de ces risques est un des objectifs essentiels des associations qui interviennent sur le terrain pour informer, distribuer du matériel de prévention et fournir un soutien aux prostituées. En dépit de la qualité de leur travail elles parviennent difficilement à mettre en place des actions tendant à améliorer les conditions de vie et de travail, surtout pour les celles en situation irrégulière.

RÉFÉRENCES

- BARRÉ (M.-D.), « Les liaisons statistiques entre infractions à la législation sur les stupéfiants et délinquances », in *Les drogues en France. Politiques, marchés, usagers*, Paris, 1999, p. 117-128.
- BELLO (P.-Y.) *et al.*, *Tendances récentes. Rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001.
- BELLO (P.-Y.) *et al.*, *Phénomènes émergents liés aux drogues. Rapport TREND*, Paris, OFDT, 2002.
- BOUHNİK (P.), « Consommation d'héroïne en milieu urbain défavorisé », in *Communications*, n° 62, Paris, éditions du Seuil, 1996, p. 241-257.
- CEESCAT, *Les programmes d'échange de seringues pour la prévention du VIH dans les pays du sud de l'Europe*, rapport remis à la Commission des communautés européennes, avril 1998.
- COPPEL (A.), BRAGGIOTTI (L.), DE VINCENZI (I.), BESSON (S.), ANCELLE (R.), BRUNET (J.-B.), *Recherche-action prostitution et santé publique*, Centre collaborateur OMS, 1990.
- COPPEL (A.), « Toxicomanie, sida et réduction des risques en France », in *Communications*, n° 62, Paris, éditions du Seuil, 1996, p. 75-108.
- COPPEL (A.), *Peut-t-on civiliser les drogues ?*, Paris, éd. La Découverte, 2002.
- CORBIN (A.) *Les filles de noce*, Paris, éd. Flammarion, 1982.
- DERYCKE (D.), *Rapport d'activité : Les politiques publiques et la prostitution*, rapport de la Délégation du Sénat aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, Paris, 2000.
- DE VINCENZI (I.), BRAGGIOTTI (L.), LE-AMRI (M.), ANCELLE (R.), BRUNET (J.-B.), « Infection par le VIH dans une population de prostituées à Paris », in *BEH*, n° 47, 1992, p. 223-224.
- EMMANUELI (J.), LERT (F.), VALENCIANO (M.), *Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*, rapport pour l'OFDT, juillet 1999.
- INGOLD (R.) et TOUSSIRT (M.), *Le travail sexuel, la consommation des drogues et le VIH*, Paris, IREP, 1993.
- INGOLD (R.) *et al.*, *Les travailleurs sexuels et la consommation de crack*, Paris, IREP, 1994.

IREP, *Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite*, rapport de recherche, décembre 1996.

LAURINDO DA SILVA (L.), BILAL (S.), « Recherche-action : prostitution masculine et prévention du VIH à Paris », ANRS, 1992.

LOWENSTEIN (W.) *et al.*, *La méthadone et les traitements de substitution*, Paris, Doin Éditeurs, 1995.

MATHIEU (L.), « L'espace de la prostitution », in *Sociétés Contemporaines*, n° 38, 2000, p. 99-116.

MATHIEU (L.), *Prostitution et sida*, Paris, éd. l'Harmattan, 2000.

OFDT, *Drogues et dépendances, indicateurs et tendances 2002*.

PRYEN (S.), « Le monde social de la prostitution de rue : repenser l'approche par le risque », in *Cahier lillois d'économie et de sociologie*, n° 28, 2^e semestre 1996, p. 87-106.

PRYEN (S.), « Usage de drogues et prostitution de rue », in *Sociétés Contemporaines*, n° 36, 1999, p. 33-51.

RENN (S.) et LANGE (K.H.), *Quartiers urbains et milieu de la drogue*, rapport à la Commission européenne, Hambourg, 1995.

ROQUES (B.), *Problèmes posés par la dangerosité des « drogues »*, rapport au secrétariat d'État à la Santé, mai 1998.

SERRE (A.), SCHUTZ-SAMSON (M.), CABRAL (M.), MARTIN (F.), HARDY (R.), DE AQUINO (O.), VINSONNEAU (Ph.), ARNAUDIES (M.), FIERRO (F.), MATHIEU (L.), PRYEN (S.), WELZER-LANG (D.), DE VINCENZI (I.), « Conditions de vie des personnes prostituées : conséquences sur la prévention de l'infection à VIH », in *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 44, 1996, p. 407-416.

WELZER LANG (D.), BARBOSA (O.), MATHIEU (L.), *Les uns, les unes et les autres*, Paris, éd. Métailié, 1994.

WINICK (Ch.), « Guérison spontanée de la toxicomanie par processus de maturation », in *Bulletin des stupéfiants*, n° 14, 1962, p. 1-8.

L'USAGE DE DROGUES CHEZ LES PROSTITUÉS MASCULINS

Lindinalva Laurindo da Silva
(ADRESSE - Association pour le développement
des recherches sociologiques, statistiques et économiques)

INTRODUCTION

Cet article présente les résultats d'une enquête menée dans les milieux parisien et marseillais de la prostitution masculine, afin d'identifier les modalités de consommation de produits licites et illicites. Deux groupes sont investigués : les garçons et les transgenres¹ dont la caractéristique réside dans la vente de leur prestation presque exclusivement à d'autres hommes.

MÉTHODE

L'étude a été réalisée entre février et décembre 2002 à Marseille et à Paris : 252 questionnaires² ont été répondus par 128 garçons et 124 transgenres. Parmi les garçons, 118 ont été rencontrés à Paris, dont 81 dans le secteur de la Porte Dauphine et 37 dans celui des gares du Nord et de l'Est. Les 7 autres ont été rencontrés à Marseille, dont 4 dans les environs de la gare Saint-Charles, 2 au Parc Borély et 1 par petites annonces. Parmi les transgenres, 98 ont été rencontrés à Paris : 64 au Bois de Boulogne, 31 sur les Boulevards Extérieurs et 3 par le biais de l'association PASTT (Prévention action santé travestis transsexuels). Ces derniers faisaient partie d'un groupe d'usagers de drogues membres de cette association. À Marseille, 26 transgenres ont été rencontrés : 24 dans le quartier des Réformés et de la gare Saint-Charles et 2 par petites annonces.

1. Le terme transgenre désigne une personne dont l'identité de genre ne correspond pas à son sexe de naissance. Dans cet article, ce terme désigne les personnes de sexe masculin qui s'habillent en femme pour pratiquer la prostitution, soient opérées ou non, hormonées ou non.

2. Le questionnaire était divisé en 4 parties : a) Sociodémographique (caractéristiques sociales, familiales et économiques), b) Rapport à la prostitution (histoire de l'entrée et maintien dans le milieu), c) Rapport à la drogue (histoire personnelle et liée au milieu de la prostitution masculine), d) Rapport aux services médicaux et aux systèmes de couverture sociale et médicale.

Parmi ceux qui ont répondu aux questionnaires, 30 ont accordé des entretiens approfondis³, 15 garçons (dont 2 à Marseille) et 15 transgenres (dont 6 à Marseille). Ces personnes ont été choisies en raison de leur consommation de produits licites ou illicites. Seuls 1 garçon et 1 transgenre participant à l'entretien n'utilisaient aucune substance, mais ils avaient un regard particulier sur la consommation dans le milieu et sur son encre dans la prostitution.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ENQUÊTÉE

L'âge des garçons varie entre 18 et 35 ans. 12 % ont moins de 20 ans, 48 %, entre 20 et 24 ans, 27 % entre 25 et 29, 10 % entre 30 et 34 et un est âgé de 35 ans. Celui des transgenres varie entre 20 et 59 ans. 15 % ont entre 20 et 24 ans, 36 % entre 25 et 29 ans, 29 % entre 30 et 34 ans, 11 % entre 35 et 39 ans et 7 % plus de 40 ans.

La majorité des garçons sont originaires d'Europe : 37,5 % de l'Europe de l'Ouest et 20 % de l'Europe de l'Est. Les pays du Maghreb représentent 25 % du total, l'Afrique 5,5 % suivi des Antilles 5 %, du Moyen-Orient et de l'Asie 3 % ensemble et de l'Amérique latine 2 %. Concernant les transgenres, 39 % étaient originaires du Maghreb, 23 % de l'Europe de l'Ouest, 22 % de l'Amérique latine. Les autres régions sont le Moyen-Orient (4 %), les pays de l'Est (3 %) et les Antilles (2 %).

S'agissant du niveau d'étude, 53,5 % des garçons et 56 % de transgenres ont un niveau correspondant au collège, 27 % des garçons et 21 % des transgenres sont issus du secondaire, et 10 % de chacune des deux catégories n'ont pas dépassé le primaire tandis que 10 % des garçons et des transgenres ont atteint le niveau du bac. Seuls 5 garçons et 2 transgenres signalent un niveau d'étude supérieur.

La grande majorité des informateurs sont célibataires (98 %), 1 % vivait en union et 1 % était séparé ou divorcé. Ils sont 13,5 % à affirmer avoir des enfants (15 garçons et 19 transgenres), pour 81 % il s'agit d'un enfant qui n'est pas à leur charge. La moitié des garçons vivent avec un membre de leur famille, dont 33 % chez les parents, 21 % habitent chez un ami et 15 % vivent dans des logements précaires (hôtel, hébergement sociaux, etc.). Les transgenres semblent, quant à

3. Les entretiens portaient sur les thèmes suivants : la biographie de la personne, l'entrée et le maintien dans la prostitution (rapport avec le client, avec les autres prostitués, définition de territoire), le rapport avec les drogues : quel type de drogues, l'usage dans le milieu de la prostitution, la connaissance des personnes qui se droguent ou qui « dealent », l'usage personnel des drogues dans le passé et aujourd'hui, modalités de consommation individuelle ou dans le milieu (fumer, sniffer, injecter, avaler, etc.). L'usage de médicaments avec ou sans prescription médicale. Représentation sur les drogues (plaisir, danger, moyen de vivre, de supporter la prostitution, etc.) Perception des risques liés à la drogue. Perception de ce qui signifie partager les objets pour les drogues injectables. Rapport avec les services médicaux, couverture médicale ou non.

eux, mieux organisés puisqu'ils sont 63 % à avoir leur propre logement, 23 % à habiter avec des amis et 6 % à vivre dans des logements précaires. Seuls 4 % (n = 5) affirment vivre avec la famille, dont un avec les parents.

La plupart des garçons et des transgenres commencent à se prostituer entre 21 et 25 ans (48 % et 50 % respectivement). Seuls 6 % de garçons et 11 % des transgenres commencent à se prostituer au-delà de 25 ans. La plupart indiquent la prostitution comme étant leur occupation professionnelle (42 % des garçons et 82 % des transgenres). Parmi les garçons, 16 % sont titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée, 11 % sont au chômage ou déclarent être étudiant tandis qu'un nombre moins important fait état d'autres professions ou d'une inactivité. Parmi les transgenres, 12 % sont au chômage, les autres indications n'étant pas importantes. Sur le total, 85% (215) des personnes interrogées rapportent la prostitution comme étant la principale ressource économique⁴. Pour 54 % (85 garçons et 108 transgenres), la prostitution était le principal moyen de subsistance et pour 27,5 % (57 garçons et 41 transgenres), celle-ci représentait un moyen d'arrondir les fins de mois, tandis que 8 % (24 garçons et 6 transgenres) considèrent cette pratique comme un moyen de rencontre et 5 % (12 garçons et 6 transgenres) la pratique par plaisir. Douze garçons et 2 transsexuels la pratiquent pour se faire un petit extra. Une partie importante des garçons disposent de la sécurité sociale (67,5 %) tandis que 25 % n'ont aucune couverture sociale. 4 % disposent d'une aide médicale et 2 % sont affiliés à la CMU. Les transgenres, quant à eux, sont 33 % à posséder une couverture sociale tandis que 26 % n'en ont aucune. 24 % sont affiliés à la CMU et 15 % reçoivent l'aide médicale.

Le contexte de la prostitution masculine

La prostitution masculine recouvre deux types de pratiques bien distinctes entre elles. Pour les garçons, la prostitution représente un passage de leur vie, un moyen d'obtenir de l'argent facile, lorsqu'il n'existe guère d'autres solutions. De fait, ils nient tout lien entre cette pratique et une possible homosexualité et affirment pratiquer la prostitution pour des raisons purement financières. Au contraire, la plupart des transgenres reconnaissent avoir éprouvé très tôt l'attrait pour un autre homme et lorsqu'ils optent pour le travestissement en femme, il n'existe que peu d'alternative pour gagner sa vie en dehors de la prostitution. C'est pourquoi, la plupart (82 %) évoquent la prostitution comme principale activité professionnelle contre 42 % des garçons. Les transgenres se définissent davantage comme prostituées, alors que les garçons se désignent principalement comme « gigolo » ou « garçons de passe », un flou est alors maintenu sur une possible identité sexuelle

4. Les autres sources de revenus citées sont : autres prestations (N = 38), salaires (N = 27), revenu venant d'un tiers (N = 34), le RMI (N = 12), les allocations chômage (N = 11) et le travail au noir (N = 5).

et professionnelle⁵. Sur le terrain, les garçons doivent afficher une apparence masculine et jeune pour réussir sur le marché du sexe. Les transgenres, quant à eux, doivent mettre en avant leur féminité pour s'affirmer sur ce même marché et, comme les femmes, ils peuvent pratiquer la prostitution au-delà de 50 ans. Ces deux catégories se distinguant dans la pratique prostitutionnelle, comme on vient de le voir, par rapport à la masculinité et à la féminité, les lieux de prostitution et les rapports à la clientèle ne sont pas les mêmes. Sur les modes de règlement de l'échange sexuel, les transgenres suivent des modalités plus définies, dont l'argent est l'élément principal. Chez les garçons, en revanche, d'autres formes de règlement sont observées, tels les invitations dans des boîtes et restaurants, les voyages, les nuits à l'hôtel ou même, parfois, l'hébergement temporaire chez un client devenu ami ou même amant. C'est pourquoi les attitudes et les pratiques des garçons rendent difficiles la délimitation entre ce qui relève de la prostitution⁶ ou non.

Ce qu'il y a de commun entre les garçons et les transgenres est l'extrême précarité de leurs conditions de vie. Un nombre important de garçons a grandi en foyer, souvent à la suite de la disparition d'un parent. Ils n'ont plus de contact avec leur famille, ne disposent d'aucune formation professionnelle et peinent à trouver un travail. Beaucoup sont aussi des immigrés en situation irrégulière. Quant aux transgenres, une partie considérable aussi n'a pas de permis de séjour et vit en situation d'extrême précarité sociale. Leurs récits font état des humiliations et des violences qu'ils subissent de la part de certains délinquants, parfois de policiers, et plus largement de l'ensemble de la société, victimes qu'ils sont des préjugés et de l'exclusion sociale.

USAGE DES DROGUES ET PROSTITUTION

Les seules données disponibles, en France, sur l'usage des drogues dans le milieu de la prostitution remontent à 1955, celles-ci abordent la prostitution des femmes et des transgenres mais sont très discrètes sur la prostitution des garçons⁷.

5. Les transgenres sont 48,8 % à se définir comme prostitué, 25,2 % comme pute, 15,4 % comme professionnel du sexe et 1,6 % comme travailleur du sexe. Les garçons sont 39,7 % à se définir comme gigolo, 18,3 % comme garçons de passe, 14,3 % tapin, 4,8 % professionnel du sexe, 4, % prostitué et 19,0 % refusent ces définitions.

6. Cf. L. Laurindo da Silva « Travestis and Gigolos: Male Prostitution and HIV Prevention », in: P. Aggleton (editor), *Men Who Sell Sex - International Perspectives on Male Sex Work and HIV/AIDS*. Taylor & Francis, London, 1999. Voir aussi: L. Laurindo da Silva, S. Bilal, « Recherche – action: Prostitution masculine et prévention du HIV à Paris », ANRS, 1992.

7. Parmi 355 prostitués (39 % femmes, 54 % transgenres et 7 % garçons), 37 % ont été considérées comme dépendant d'au moins un produit et 16 % (14 femmes et 28 transgenres) utilisaient l'héroïne, l'usage de produits par voie intraveineuse n'étant pas important. Cf. A. Serre, « Prévention de l'infection par le VIH auprès des personnes prostituées en France: faisabilité, mise en place et évaluation d'actions de proximité ». Thèse de doctorat en épidémiologie et intervention en santé Publique, Université de Bordeaux 2, 1998.

Cependant, le contexte de la prostitution masculine et féminine a considérablement changé ces dernières années avec l'arrivée des hommes et des femmes venant de différentes régions, notamment l'Europe de l'Est et l'Afrique subsaharienne. Par ailleurs, la configuration du paysage de la consommation s'est considérablement transformée et notamment depuis ces dernières années. Ainsi, l'usage de l'héroïne a significativement baissé laissant la place à la consommation de cocaïne, d'ecstasy et d'autres produits de synthèse⁸.

La perspective adoptée dans cet article considère que ce sont les expériences des individus avec chaque substance qui conditionnent les circonstances dans lesquelles se développent les modèles de consommation. L'idée est qu'il existe différentes modalités d'usage et différentes significations attribuées à chaque substance, selon le rapport que chacun développe avec les produits. Il faut donc essayer de saisir les logiques capables d'expliquer l'usage de chaque produit pris individuellement, afin de percevoir si celles-ci peuvent ou non être reliées à la pratique prostitutionnelle.

L'USAGE DE SUBSTANCES LICITES ET ILLICITES DANS LE MILIEU DE LA PROSTITUTION MASCULINE

Au total 15 produits sont cités comme étant consommés les 30 derniers jours avant l'enquête, le maximum est de 3 produits par personne. Les produits ont été classifiés en deux groupes: les drogues les plus consommées (ou consommées de manière compulsive) et les drogues les moins consommées (ou consommées de manière contrôlée). Chacun des ces groupes se divise en deux sous-groupes. Dans le premier se retrouvent les drogues (alcool et cannabis) et les médicaments (somnifères et calmants) qui sont perçus comme susceptible de « calmer ». Dans le second se situent les drogues considérées comme « récréatives » (cocaïne, poppers, ecstasy) et celles qui sont jugées comme dangereuses (héroïne, crack).

Les substances les plus consommées ou: les drogues qui apaisent

L'alcool, le tabac, le cannabis, les somnifères sont les drogues les plus utilisées par les garçons et les transgenres. Ces drogues prodiguent selon eux des effets « apaisant », mais peuvent être prises pour des motifs différents et être perçues de façons différentes les unes des autres.

8. Bello (P.-Y.), Toufik (A.), Gandilhon (M.), Giraudon (I.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001, rapport TREND, tome 1*, 2002, OFDT.

L'alcool et le cannabis: les drogues auxquelles on s'accroche

Certains produits, comme l'alcool, le cannabis et le tabac⁹ ont été fortement utilisés les trente derniers jours précédant notre enquête. Selon le produit et le consommateur, les fréquences de consommation de ces substances diffèrent ainsi que les perceptions en matière de dépendance. Ainsi, l'alcool (bière, vin, spiritueux) est la substance la plus citée : 74 % des garçons et 84 % des transgenres en font usage. Au total, 10 % se considèrent comme dépendants (17 % de garçons et 4,8 % des transgenres¹⁰). On note un lien entre consommation d'alcool et ancienneté dans la profession, les personnes qui ont moins de temps dans la prostitution ont tendance à consommer plus d'alcool : 49,5 % pour ceux qui exercent depuis moins de 4 ans, contre 27 % pour ceux qui exercent depuis 5 à 9 ans. Cette donnée est confirmée lors des entretiens où il s'avère qu'avec l'âge les personnes consomment moins d'alcool, souvent du fait d'un problème de santé.

La consommation acquiert une signification différente selon les garçons et les transgenres. Pour ces derniers, l'usage d'alcool fait partie intégrante de leur métier, même si chacun avance sa propre justification à cette consommation. La plupart des transgenres disent prendre de l'alcool pour se réchauffer pendant le travail lorsqu'il fait froid : « *Moi toujours avant de travailler je prends une bouteille de vin, tous les jours, pour que j'ai chaud pendant le temps que je travaille, c'est pour le travail.* » Selon une transgenre qui ne prenait aucune substance, l'importance de l'alcool parmi elles s'expliquait par une levée des inhibitions nécessaires à la pratique d'un métier jugé pénible : « *Je crois qu'il y a énormément de solitude, je souffre énormément de la solitude, du regard et de la discrimination. L'alcool par exemple, quand tu vois les filles du Bois de Boulogne qui disent "si je bois c'est pour me tenir chaud". Ce n'est pas vrai c'est faux, mais c'est une manière d'être sans inhibition... il n'y a que ce moyen-là d'y aller vers la prostitution, d'y aller vers le client, d'accepter une passe quoi. Non, on ne peut pas dire que ça vient sur une étoile. C'est une violence qu'on se fait, quoi, tout au début, après il y a une autre routine qui s'installe, mais au début on y va vraiment en reculant on a tous plus au moins des a priori sur la prostitution.* »

9. La consommation du tabac ne sera pas traitée dans le cadre de cet article. Elle est reconnue par 75,3 % des 252 interviewés : 74,8 % garçons et 76,4 % transgenres.

10. La fréquence de consommation se concentre sur 1 à 3 verres par semaine pour les spiritueux (75 %), suivi par le vin (69,2), la bière (59,3 %) et par d'autres types d'alcool (45,9 %). Sur la fréquence de consommation de 1 à 3 verres par jours, la bière arrive en premier avec 22,8 % de citation, suivi des spiritueux 15,5 % et du vin 13,5 %. La consommation occasionnelle d'autres alcools est citée par 45,9 % des personnes interrogées, dont on observe une forte consommation de champagne par les transgenres.

En fait, d'après nos entretiens, certains transgenres sont devenus lourdement dépendants de la boisson. S'ils l'ont arrêté, c'est à l'occasion d'un diagnostic de VHC ou de VIH, mais l'abstinence à l'alcool semblait toujours difficile¹¹.

Chez les garçons, l'alcool de prédilection est la bière, et son usage peut devenir incontrôlable, comme l'attestent les 17 % qui se considèrent comme dépendants. La plupart des garçons évoquent des consommations de bière tous les soirs, avant ou après le travail. Comme pour les transgenres, l'alcool ici contribue à la détente. Toutefois, tous les garçons ne se disent pas « accro » ; pour certains, cette consommation fait partie de leur métier et la rencontre avec le client est une occasion pour consommer des différents types d'alcools : « *Je bois presque tous les jours : Whisky, vodka, bière, vin blanc, champagne, kir. Plutôt pour accompagner le client parce que moi personnellement, je bois un petit peu aussi, mais bon, un petit apéritif au repas, comme ça, mais je bois plus d'alcool quand je travaille.* » Un autre garçon nous parle encore de cette consommation lorsqu'il est avec un client : « *Avant de passer à l'acte on discute beaucoup. On va boire un verre on discute un peu de sa vie privée, et donc il veut savoir aussi un peu de ma vie, et on raconte un peu de tout quoi. On boit un petit verre et tout et puis après on passe à l'acte.* »

D'après les données quantitatives, sur 252 personnes interrogées, 50 prenaient de l'alcool pour répondre à la demande du client, 29 pour avoir le courage de pratiquer la prostitution et 46 pour apaiser l'anxiété. Bien que les chiffres indiquent un certain lien entre usage d'alcool et pratique prostitutionnelle, on constate que l'alcool est consommé d'abord par plaisir et pour la détente : 176 et 166 réponses respectivement. Ce plaisir annoncé ne cache pas l'usage compulsif pour certains garçons ou l'effort d'abstinence de certains transgenres qui ont été lourdement dépendants.

Après l'alcool, le cannabis est la substance la plus consommée dans le milieu de la prostitution : 51 % des garçons et 62 % des transgenres reconnaissent son usage dans les trente derniers jours. Sur le total des 252 informateurs, 56 % rapportent fumer un ou plusieurs joints par jour et 39 % un ou plusieurs joints par semaine. L'usage du cannabis apparaît plus important chez ceux qui se prostituent depuis moins longtemps¹². Ici encore on note un lien entre usage du cannabis et l'âge des prostituées : plus ils ont un âge avancé, moins ils consomment du cannabis. Les chiffres révèlent que la consommation de cannabis est pratiquée par des personnes de toutes les origines, même si certaines sont plus fortement marquées, comme

11. Le taux d'infection par le VIH déclaré a été de 7/252 (1 garçon et 6 transgenres) pour le VHC 2 transgenres se déclarent positifs et pour le VHB 1 garçon et 2 transgenres.

12. Pour ceux qui ont entre 0 et 4 ans de métier, la consommation du cannabis est de 45,8 %. Elle est de 31 %, pour ceux qui ont entre 5 et 9 ans de métier et de 14,8 % pour ceux qui ont entre 10 et 14 ans. Ainsi, plus ils sont anciens dans la prostitution moins ils consomment du cannabis.

celles de l'Europe d'Ouest et du Maghreb¹³. Cependant, il est probable que la consommation de cannabis soit davantage en rapport avec un phénomène générationnel qu'à l'exercice de la prostitution proprement dit.

Cela étant, la consommation de cannabis apparaît plus compulsive chez les garçons que chez les transgenres. La dépendance à l'égard du shit est reconnue par 45,5 % des garçons et 65 % rapportent fumer un ou plusieurs joints par jour contre 32 % un ou plusieurs joints par semaine. Pour faire face à cette consommation compulsive, certains (4/15), lors des entretiens, reconnaissent se prostituer pour acheter du shit : « Une fois j'ai vu un reportage il parlait des problèmes de prostitution, mais c'était sur les femmes, ça revient à la même chose, il y en a qui font ça pour la drogue, moi je fais ça un peu pour la drogue. Parce que moi je consomme un peu le cannabis. Je ne prends pas de médicaments, je ne me pique pas je ne prends pas de drogues dures, quoi, mais il y en a que si, il y a d'autres c'est un autre problème. » D'autres reconnaissent que la plupart de l'argent de la prostitution est destinée à l'achat du shit. « Tout y va presque pour l'hôtel et pour ça. Et pour manger aussi. Le shit oui parce que pour aller là-bas (sur le trottoir) il faut être bien, il faut se sentir bien dans sa peau et moi je ne me sens pas bien... les joints j'en fume trois, quatre (par jour)... Mais ça c'est seulement pour me calmer, c'est un calmant. »

La plupart des garçons considèrent qu'ils fument beaucoup. Ils reconnaissent qu'il s'agit d'une drogue légère, qui apaise et ne fait pas de mal, mais à laquelle ont s'accroche et qui peut se révéler très onéreuse. Pour certains, cette habitude devient un problème sur lequel ils peuvent perdre le contrôle, l'usage devient alors compulsif. Il est nécessaire alors de trouver de l'argent pour financer une consommation lourde et la prostitution occasionnelle devient le moyen de se procurer les ressources nécessaires. Pour beaucoup d'entre eux, le shit représente la drogue dont on ne peut se passer. Mais cela ne constitue pas toujours un problème : « J'aime toutes les drogues. Moi j'ai des petites préférences selon mes humeurs. Mais je peux bien m'en passer ; je peux me passer de drogues sauf le haschisch : je le prends quand même de manière régulière comme calmant. Je le prends tous les jours, cela me permet de reculer ma consommation des cigarettes, le haschisch et l'herbe, je les consomme tout le temps. »

Chez les transgenres, l'usage de cannabis n'apparaît pas comme problématique bien que 48 % rapportent fumer un ou plusieurs joints par jour et 45,5 % un ou plusieurs joints par semaine. Seuls 8 % reconnaissent une dépendance vis-à-vis de cette substance. La plupart des transgenres ne considèrent pas le cannabis comme

une drogue du fait de son caractère naturel et répandu dans la population, y compris chez les clients. L'obtention du shit ne semble pas représenter de problèmes : les cadeaux d'une barrette par une copine et aussi par les clients sont souvent cités.

Les récits relatifs à un passé de toxicomane ou de dépendance à une drogue dite dure sont nombreux chez les transgenres. Le shit y apparaît comme un point d'appui pour supporter le décrochage. « Je vais te dire, j'étais toujours dans l'underground, là-bas en Belgique déjà je faisais des chutes comme ça, et je prenais et snifais la coke. C'était la totale quoi, et la je veux dire, à dures peines, j'ai réussi... avec le Néocodion, avec le shit, parce que je fume pas mal, je fume pas mal de shit et donc j'ai réussi à arrêter l'héroïne quoi. C'est vrai que je fume pas mal de shit au moins ça m'aide à être moins angoissée et de ne pas utiliser d'autres trucs. »

Pour d'autres le cannabis vient remplacer le manque d'alcool. « La première fois ça ne m'a pas accroché du tout. Je fume comme ça depuis que j'ai réduit ma consommation d'alcool, tu vois après que j'ai eu l'hépatite. Avant je prenais 4 ou 5 whiskies par jour, c'était ma boisson. Pour compenser ce manque peu à peu je me suis mis à fumer, que le soir pour dormir ça me relaxe, comme ça je n'ai pas besoin de somnifères et tous ces trucs. » D'autres affirment encore : « À l'époque du crack je suis tombé dans cette marmite là... et à la fin, j'ai pu m'en sortir avec l'appui de ma famille, de ma mère... et de l'herbe que je fumais quand même et jusqu'aujourd'hui je fume parce que c'est une des choses qui m'ont aidé à laisser tomber le crack. »

Le cannabis apparaît ainsi comme une drogue pouvant substituer toutes les autres. Contrairement aux garçons, aucun transgenre ne se réfère à l'argent dépensé pour l'achat du cannabis. Ils parlent plus des cadeaux qu'ils reçoivent sous forme de barrette. Est-ce alors le coût du cannabis qui rend sa dépendance difficile à supporter par les garçons ? La comparaison des conditions de vie des garçons et des transgenres fait apparaître pour les premiers des conditions beaucoup plus précaires et beaucoup moins organisées. Ils vivent au jour le jour, dorment la plupart de temps dans des hôtels, chez des amis ou chez des clients. Dans ces conditions, le shit finit par acquérir une dimension existentielle et économique importante, ce qui semble ne pas être le cas pour la plupart des transgenres.

Cela étant, comme pour l'alcool, la plupart de garçons et transgenres justifient leur consommation de cannabis par le plaisir (125/252 réponses), ensuite la détente (122/252) ou l'apaisement de l'anxiété 44/252. Comme l'alcool, le cannabis est consommé à n'importe quel moment, mais la plupart le consomment principalement avant d'aller au travail, 59 garçons et 61 transgenres l'utilisent à ce moment. Ils sont 28 de chaque groupe à le consommer après le travail¹⁴.

13. Par ordre d'importance de consommation de cannabis, il se trouve les originaires de l'Europe d'Ouest : 66,2 % (51/77), du Maghreb : 58,8 % (47/80), de l'Afrique : 57 % (4/7) et de l'Amérique latine : 48,3 % (14/29). Les personnes des pays du Moyen-Orient et d'Asie sont celles qui consomment le moins de cannabis : 33,3 % (3/9), ensuite se situent celles des Pays de l'Est : 36,7 % (11/30).

14. 18 garçons et 5 transgenres consomment du cannabis après les passes et 17 garçons et 8 transgenres avant les passes. Seuls 2 garçons et 1 transgenre affirment fumer du cannabis durant les passes.

La plupart de nos informateurs, 53,8 % (dont 88 garçons et 94 transgenres) rapportent une consommation d'alcool antérieure à la prostitution. Il en va de même pour 38,5 % (64 garçons et 66 transgenres) s'agissant du cannabis. Il apparaît donc que, pour la plupart des prostitués, les justifications complémentaires à la prise de ces deux substances, à savoir le plaisir et la détente, ne permettent pas de ramener les usages d'alcool et de cannabis à un moyen de supporter l'activité que constitue la prostitution. Toutefois, il est indéniable que les conditions de vie de la plupart des prostitués favorisent la rencontre avec les drogues et la consommation de certaines substances.

Les médicaments: somnifères, calmant et antidépresseurs

En dehors des alcools et du cannabis, les somnifères sont les substances les plus consommées, les 30 derniers jours, par l'ensemble de la population interrogée. Les somnifères sont consommés principalement par les transgenres, 22 % (27/124) en rapportent l'usage contre 4 % des garçons (9/128). Les calmants et les antidépresseurs sont cités par 10 % des transgenres et 5 % des garçons. Pour la plupart, la prise de somnifère ou de calmant n'est pas continue ou régulière. Les utilisateurs peuvent les prendre et les arrêter en fonction des nécessités, sans devenir dépendants. En revanche, pour d'autres, cette prise peut devenir une habitude à laquelle on ne peut plus renoncer. Cette habitude apparaît plus importante chez les transgenres où la forte consommation des somnifères peut s'expliquer par les exigences de leur mode de vie essentiellement nocturne. « Parfois j'ai besoin de somnifère pour dormir parce que ce métier on reste réveillé jusque tard et je fais appel à des somnifères. » Un autre transgenre évoque ainsi la prise de somnifère : « Les somnifères j'en prends un peu pour dormir... je prenais un témesta tout simplement que mon médecin me prescrivait pour les nerfs parce que je suis très nerveux, très nerveuse comme vous voulez c'est pareil et si je ne prends pas ma pilule je dors pas. Des fois je l'oublie puis au bout d'un moment je me dis pas possible je l'ai oublié. Ce n'est quand même pas une drogue de prendre un témesta, je ne prends pas la cocaïne ni de l'héroïne. »

Plusieurs travaux ont abordé le transgenre comme une figure de la nuit¹⁵. Ils se lèvent tard et ils commencent leur vie le soir pour la vivre entièrement la nuit où ils sont mieux tolérés et où les barrières sociales semblent plus facilement s'effacer. Plusieurs transgenres parlent de cette vie décalée et du besoin de prendre des médicaments pour dormir lorsque le bruit de ville annonce la levée du jour et l'heure du coucher.

15. Voir principalement: A. Garnier-Muller, « Du Rosé dans un verre à thé: transgenres algériens avec un contrepoint », in *Désir d'ivresse Alcools, rites et dérives*, dirigé par Carmen Bernard, Paris, éd. Autrement, coll. Mutation n° 191, 2000, p. 139-154; E. MacRae, « A construção da Igualdade: Identidade sexual et politica no Brasil da abertura », éd. Unicamp, Campinas, 1990; L. Laurindo da Silva, « Etre un homme et une femme: ou la permanence de la personne dans l'exemple du travesti », 1995, *Journal du Sida*, 79, p. 30-33.

Les drogues les moins consommées: ou les drogues à usage contrôlé

Les drogues récréatives

Les réponses s'agissant de la consommation de drogues lors des trente derniers jours précédant l'enquête n'évoquent pas forcément les consommations occasionnelles qui peuvent avoir lieu. Elles montrent, néanmoins, qu'en dehors du cannabis les drogues illicites les plus présentes dans le milieu sont celles considérées comme récréatives. Dans cette catégorie se trouvent le poppers, l'ecstasy et la cocaïne.

Le poppers

Le poppers apparaît comme la substance la plus consommée parmi les drogues dites récréatives: 16/128 garçons (12,5 %) et 17/124 transgenres (14 %) l'ont consommé les trente derniers jours. Lorsqu'il s'agit de la consommation au cours de la vie, 38,5 % du total y font référence. Cet usage est souvent très occasionnel et la plupart en prennent une ou plusieurs fois par mois. C'est une drogue jugée inoffensive, qui ne fait aucun mal au corps, qui donne l'envie de faire l'amour et dont l'effet ne dure pas longtemps.

Le poppers est souvent utilisé lors de l'acte sexuel et il est offert par le client : « Le poppers, de temps en temps les clients en prennent pour être excités. Et moi aussi je prends ça dans ce but-là, j'en profite pour prendre un petit peu et ça me procure une sensation... c'est vrai que dans le moment ça excite, mais ce n'est pas du tout mon truc. »

Dans ce sens, on ne note pas de différence d'usage entre les garçons et les transgenres. La notion de consommation occasionnelle revient dans le récit d'une transgenre : « Certains clients, quand ils viennent avec la petite bouteille de poppers, je ne dis pas non parce que moi je connais bien, je sais ce que ça peut me faire, ça me fait oublier le monde pendant quelques secondes, PLUF, c'est bien ça et à part ça, c'est rien ça. »

Connu pour ses effets aphrodisiaques, le poppers semble être le produit le plus consommé pendant les passes. Les 33 personnes qui le prennent affirment le faire pour répondre à la demande du client, parmi elles, 24 le font également pour le plaisir. Le poppers apparaît, sans doute, comme une drogue pouvant être associée à la prostitution masculine, et, plus précisément, au rapport avec le client.

L'ecstasy et la cocaïne

L'ecstasy et la cocaïne sont des drogues récréatives assez citées par nos informateurs. Mais l'usage de ces deux substances se distribue différemment selon les garçons et les transgenres. L'ecstasy est consommé principalement par les garçons: 15/128 garçons contre 3/124 transgenres. Lorsqu'il s'agit de l'usage au cours

de la vie, l'ecstasy est reconnue par 58 (45 %) garçons et par 44 (35,5 %) transgenres¹⁶. Son utilisation étant plutôt occasionnelle, la plupart affirment l'utiliser une à plusieurs fois par mois.

Si de nombreux transgenres et garçons ont déjà essayé l'ecstasy à un moment de leur vie, il semblerait que l'ecstasy fasse partie principalement de l'univers des garçons. Lors des entretiens, ils sont plus nombreux à faire référence à cet usage. L'ecstasy apparaît, la plupart du temps, comme une drogue récréative, associées à l'univers techno, aux plus jeunes. Elle est consommée plutôt lors de sorties ou avant d'aller travailler et non dans le milieu de la prostitution en tant que tel comme le poppers.

La cocaïne, quant à elle, est citée par 20/252 personnes. À l'exclusion du cannabis, la cocaïne est le produit illicite le plus consommé au cours de la vie : 107/252 personnes l'ont déjà utilisée, 42 % des garçons et 58 % des transgenres. Souvent sniffée, plus rarement fumée, mais jamais injectée, la cocaïne est la drogue « classe » dont l'usage peut rester sous contrôle. Là encore, la distribution entre garçons et transgenres apparaît inégale, la consommation est plus importante chez ces derniers : 15/124 réfèrent une consommation les trente derniers jours contre 5/128 garçons.

La faible consommation de cocaïne chez les garçons peut masquer un usage contrôlé et sporadique. Les analyses qualitatives montrent qu'une personne peut prendre de la cocaïne trois fois par an, par exemple lorsqu'un client « présente une ligne ». Dans ce cas, la consommation peut ne pas apparaître dans les données de l'enquête, mais cela ne signifie bien sûr pas que l'usage est inexistant. Lors de la passation du questionnaire, plusieurs garçons ont répondu n'avoir pris aucune drogue en dehors du shit, mais pendant l'entretien ils rapportaient qu'« *une petite ligne c'est jamais refusée* » lorsqu'une opportunité s'offre. Selon les questionnés, cela se passe deux ou trois fois par an. Dans cette configuration, la cocaïne apparaît comme une drogue du client, mais du client « classe » de la Porte Dauphine. D'ailleurs, les garçons la consomment souvent avec les clients : « *En général, quand les clients arrivent, ils l'ont déjà prise avant. Et après bon, on me propose une petite ligne, les clients m'en donnent au lieu de me donner un peu d'argent supplémentaire. Moi aussi, parfois on me laisse un peu à vendre, et parfois je garde un peu pour proposer à certains clients.* »

Chez les transgenres, l'usage de la cocaïne est plus important et plus fréquent, mais reste contrôlé : « *Moi je suis une consommatrice de cocaïne. À mon temps, à mes heures... que je maîtrise très très bien. C'est quand je vais sortir en boîte de nuit ou je vais faire une virée avec des copines... mais jamais pendant le travail.*

16. D'autres produits considérés récréatifs ont été utilisés au cours de la vie : le LSD, cité par 5 garçons et 5 transgenres ; l'amphétamine, 6 garçons et 8 transgenres ; le GHB, 5 garçons et 7 transgenres ; les champignons, 1 garçon et 2 transgenres ; la kétamine, 5 transgenres.

Ce n'est pas quelque chose qui me coûte cher par ce qu'en fait... j'en prends que quand j'en ai envie, on va dire... c'est ma petite sucrerie. »

Il apparaît dans les entretiens que rares sont les transgenres qui ne font pas un usage de cocaïne. Cette substance semble appartenir à la dimension festive de leur vie (sorties, boîtes) et l'usage le plus souvent s'estompe avec l'âge.

La cocaïne comme l'ecstasy sont des drogues festives, que l'on consomme avec certains clients et entre copines et copains, pour le plaisir. Mais alors que l'usage d'ecstasy ne nécessite aucun contrôle spécifique, parce que trop sporadique et circonstanciel, celui de la cocaïne exige vigilance pour ne pas devenir dépendant.

Les drogues qu'il faut éviter parce que trop dangereuses

L'enquête met en évidence que certaines drogues sont considérées, par les prostituées, comme trop nocives pour la santé, notamment en termes de dépendance. Dans cette catégorie se classent l'héroïne et le crack. Sur un total de 252 personnes ayant répondu à l'enquête, 3 garçons et 1 transgenre ont déclaré faire un usage d'héroïne les trente derniers jours et 2 autres garçons ont consommé crack. La consommation de l'héroïne au cours de la vie est reconnue par 18 garçons (14 %) et 22 transgenres (18 %). S'agissant du crack, l'usage au cours de la vie est reconnu par 8 garçons (6 %) et 12 transgenres (10 %¹⁷).

Les données qualitatives montrent que nombre de transgenres (5/15) et aussi de garçons (5/15) ont été consommateurs compulsifs d'héroïne. Un des ces garçons l'est toujours, malgré maintes cures et prises des différents produits de substitution. Ce garçon était le seul à utiliser un produit par voie injectable. Pour une majorité d'enquêtés, l'injection semble être la transgression qu'il ne faut pas franchir afin de ne pas perdre la maîtrise. L'héroïne est perçue comme une drogue qui calme, mais qui conduit à une léthargie peu propice à l'exercice de la prostitution. On note, dans l'ensemble, un refus de se laisser aller à la prise d'héroïne. Les garçons portent même des jugements très sévères sur ceux qui en prennent. L'héroïne apparaît pour beaucoup comme la drogue de la déchéance physique et morale. Chez les transgenres, les récits sur les copines qui s'injectaient de l'héroïne et qui sont tombées dans la décadence et la maladie abondent. Certains ont été dépendants et sont aujourd'hui en traitement de substitution (3/15). Pour la plupart, l'héroïne apparaît comme une drogue du passé.

Les représentations que certains garçons et transgenres ont de l'héroïne est qu'il s'agit d'une drogue de toxicomane. Nous sommes ici dans un autre registre que celui de la cocaïne qui bénéficie d'une image plutôt « classe » : « *L'héroïne j'en n'ai*

17. Les autres produits consommés au cours de la vie sont chez les garçons : les colles 8, les solvants 2, la codéine 1, le Subutex® 1 ; chez les transgenres : l'amphétamine 8, le GHB 7, le LSD 5, les colles 2, les solvants 1, le Subutex® 3, la méthadone 1.

jamais pris. L'héroïne c'est de la merde... moi c'est pour les toxicos... on m'a dit qu'on ne maîtrisait pas l'héroïne, bon je n'ai jamais goûté, ça ne m'intéresse absolument pas, mais il me semble qu'il y a une dépendance dans l'héroïne. »

Le crack est l'autre produit qui apparaît comme la drogue à éviter pour ne pas sombrer dans une consommation incontrôlée. Lors des entretiens, 2 garçons ont rapporté un usage de crack. Celui-ci, à l'instar de l'usage d'héroïne est décrit comme incompatible avec l'exercice de la prostitution : « *On allait acheter du haschich un jour ils m'ont demandé si je ne voulais pas goûter le crack, ça me plaît bien... c'est fort, c'est fort, j'aime bien pour ça, mais je fais comme ça de temps en temps, je n'aime pas aller travailler, quand je fume je ne veux plus rien faire, plus voir la rue, plus voir les gens dehors, j'ai envie de plus rien faire, j'aime rester tranquille dans la maison. »*

Parmi les transgenres, aucun ne prenait de crack, mais deux avaient été dépendants et avaient réussi à arrêter.

L'héroïne et le crack apparaissent au cours de cette enquête comme des substances peu compatibles avec la prostitution et susceptibles d'entraîner une dépendance lourde. La consommation de l'héroïne et du crack se fait plutôt une à plusieurs fois par semaine, aucune personne ne déclarant faire un usage quotidien de ces produits.

Le milieu de la prostitution masculine apparaît comme propice à l'usage de toutes sortes de produits. L'enquête met en évidence que les substances qui seraient les plus utilisées sont celles qui sont perçues comme des drogues aux effets « calmants » (alcool, cannabis, somnifères). Les produits les moins consommés sont les drogues « festives » ou « récréatives », considérées comme inoffensives et dont l'usage est susceptible d'être maîtrisé (poppers, cocaïne et ecstasy), et les drogues perçues comme possédant un potentiel addictogène pouvant entraîner une déchéance physique et morale (l'héroïne et le crack).

CONCLUSION

Dans le milieu de la prostitution masculine existe une large place pour l'usage de toute sorte de produits. Mais tous les prostitués ne les utilisent pas, pour en faire usage il est nécessaire d'apprécier les substances et ses effets. Tout le monde n'apprécie pas les mêmes effets et pour plusieurs la drogue ne les intéresse pas. Il peut y avoir un taux d'omission important sur cette consommation, mais l'enquête met en évidence une claire classification de drogues et des attitudes bien définies face à la consommation de chacune. Les substances qui seraient les plus utilisées sont celles qui sont perçues comme des drogues aux effets " calmants " (alcool, cannabis, somnifères). Les produits les moins consommés sont les drogues " festives " ou " récréatives ", considérées comme inoffensives et dont l'usage est susceptible d'être maîtrisé (poppers, cocaïne et ecstasy), et les drogues perçues comme possédant un potentiel addictogène pouvant entraîner une déchéance physique et morale (l'héroïne et le crack).

Lorsque, garçons et transgenres, cherchent dans la consommation de ces différents produits un moyen de se détendre ou de se calmer, il faut prendre en compte l'extrême précarité de vie à laquelle ils sont livrés. Plusieurs sont d'origine étrangère, n'ont pas de permis de séjours et vivent dans l'irrégularité sans aucune couverture sociale. Les garçons sont encore trop jeunes et déjà fatigués de leur vie. Certains ont fait l'expérience de la prison. Leur mode de vie semble être construit plus dans l'imminence d'un monde marginal que sur la prostitution proprement dite. Quant aux transgenres, leur vie est ponctuée de violence et de discrimination et pour la plupart leur mode de vie est construit autour de la prostitution. Dans un tel contexte il n'est pas étonnant que les drogues les plus consommées soient celles qui sont perçues comme de substances qui apaisent.

SYSTÈMES PARTENAIRES

SIAMOIS : TENDANCES EN MATIÈRE DE RÉDUCTION DES RISQUES CHEZ LES USAGERS DE DROGUES PAR VOIE IV AU 30/12/2002

Julien Emmanuelli
(InVS)

MÉTHODE

La présentation des tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues intraveineux (UDIV) s'appuie sur le croisement des données issues :

- d'un système d'information SIAMOIS¹ basé à l'Institut de veille sanitaire (InVS), renseignant sur les ventes en pharmacies de seringues et de produits de substitution ;
- du fichier FNAILS² de l'Office centrale de répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS) ;
- et d'études disponibles auprès des UDIV.

RÉSULTATS

Accès aux seringues

De 1995 à 1999, l'accessibilité globale (ventes en pharmacie et distribution par les associations) des usagers de drogues aux seringues ne cesse de croître (+ 15 %) passant de 15 à 18 millions. À partir de l'année 2000, on constate une baisse de plus d'un tiers des ventes officinales de seringues stériles aux UDIV (- 37 % entre 1999 et 2001) sans que cette baisse ne soit compensée par la distribution de seringues dans les programmes d'échanges de seringues (tableau page suivante). Cette tendance se poursuit en 2002 (- 8 %).

1. Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution.

2. Fichier national des auteurs d'infraction à la législation sur les stupéfiants.

Accès aux seringues stériles et aux médicaments de substitution entre 1996 et 2002

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
STERIBOX (en seringues)	3 832 654	4 614 806	5 440 032	5 759 374	5 262 384	5 304 214	5 206 788
BD 1 ml en lots de 30 (volume total)	6 479 966	6 433 436	6 076 369	7 379 847	5 154 324	2 807 952	2 147 067
BD 2 ml en lots de 20 (volume total)	965 306	921 072	869 466	933 984	151 284	0	0
BD 1ml à l'unité	167 790	122 823	206 009	312 996	160 444	0	0
Autres marques	1 901 765	1 869 333	1 787 961	2 156 707	1 366 513	701 988	536 767
BD 0,5 ml	-	-	-	-	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Total seringues pharmacie	13 349 477	13 963 467	14 381 835	16 544 907	13 096 949	9 816 155	8 892 624
Seringues PES	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000
Total seringues UDIV	14 849 477	15 463 467	15 881 835	18 044 907	14 596 949	11 316 155	10 392 624
Nb théorique à 8mg/j de Subutex® VILLE d'UDIV/mois	20 156	40 357	59 238	66 244	69 837	75 620	80 173
Nb théorique d'UDIV/mois à 60 mg/j de méthadone VILLE	1 332	2 013	2 532	3 502	4 366	5 846	7 439
Nb théorique d'UDIV/mois à 60 mg/j de méthadone CSST	2620	3473	4217	4971	5 351	6151	8093
Total UDIV sous substitution	24 108	45 843	65 987	74 717	79 553	87 617	95 705

Données : InVS-SIAMOIS

*: Depuis l'année 2000, la firme Becton-Dickinson (BD) observe un accroissement notable de la consommation des seringues 0,5ml. Sur les deux millions de seringues de ce type annuellement vendues depuis 2000, la moitié le serait à des usagers de drogues.

** : Dans un souci d'exhaustivité, nous avons complété l'information issue de SIAMOIS par les volumes de seringues distribuées parallèlement par le circuit associatif (estimation de 1996 réalisée pour la constitution d'une base de sondage dans le cadre de l'enquête PES « Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogue fréquentant les PES en France », rapport InVS-INSERM, J. Emmanuelli, F. Lert). Faute de données actualisées précises, on considère globalement que le niveau de l'offre associative est resté constant depuis 1996. D'après la DGS, ce chiffre pourrait cependant avoir doublé entre 2000 et 2001. En tout état de cause, la baisse observée sur ces deux dernières années en matière d'accès aux seringues demeure très importante et mérite d'être documentée.

Accès aux traitements de substitution

Les ventes de Subutex® ont connu une très forte croissance depuis son Autorisation de mise sur le marché en 1996. En 2002, les volumes vendus équivalent à la consommation de 80 000 personnes sous 8 mg/j un mois donné. Les prescriptions de méthadone continuent également d'augmenter (15 000 usagers/mois sous 60 mg/j), le nombre d'UD suivis en ville étant presque aussi important que ceux pris en charge dans les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST). Au total, 95 000 personnes consommeraient des produits de substitution en 2002 (tableau ci-contre).

Évolution des principaux indicateurs de risques liés à l'usage

Depuis plusieurs années, les différentes études consacrées à l'usage de drogues montrent une diminution constante des pratiques de partage et de réutilisation de la seringue, une baisse suivie d'une stabilisation de la prévalence déclarée du VIH entre 15 et 20 % et le maintien d'une prévalence déclarée du VHC élevée (autour de 60 %). Dans une étude récemment menée auprès d'usagers de drogues marseillais (étude Coquelicot, InVS, 2002³), ces prévalences, estimées à partir d'un test sanguin, sont respectivement de 22 % pour le VIH et de 73 % pour le VHC (43 % chez les moins de 30 ans).

Observée depuis 1995, la baisse des Infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) pour usage et usage-revente d'héroïne s'accroît à partir de 1996 (tableau ci-dessous) et se poursuit nettement en 2001. Pour l'OCRTIS, cette tendance est à mettre en parallèle avec l'extension importante des traitements de substitution.

Après une croissance importante entre 1995 et 1999, les ILS pour usage de cocaïne ont diminué de - 32 % les deux années suivantes (tableau 2).

Enfin, la baisse des décès par surdoses, initiée depuis 1995, se poursuit à bas bruit en 2001. Pour 2002, il semble que leur nombre devrait continuer à baisser pour se situer entre 90 et 100 (tableau ci-dessous).

Évolution des ILS et des décès par surdoses de 1994 à 2001

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
ILS héroïne	17 145	17 328	14 596	11 877	7 453	6 141	5 823	4 438	?
ILS cocaïne	1 156	1 184	1 388	1 785	2 850	3 397	2 787	2 312	?
DC par OD	564	465	385	227	143	118	120	107	< 100?

Données : OCRTIS

3. J. Emmanuelli, M. Jauffret-Roustide, F. Barin, « Épidémiologie du VHC chez les usagers de drogues », France, 1993-2002, in BEH, numéro thématique, « Épidémiologie de l'Hépatite C : État des lieux », n° 16-17/2003.

CONCLUSION

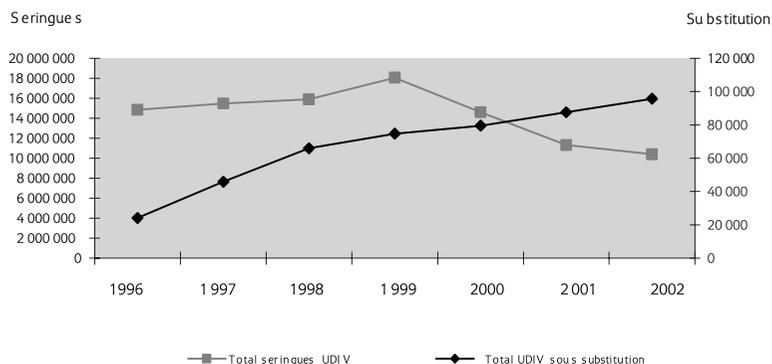
Jusqu'en 1999, l'accessibilité aux seringues stériles n'a cessé de croître. Cette action de réduction des risques paraît globalement efficace sur la transmission du VIH par voie intraveineuse, mais ne semble pas avoir d'effet sur la prévalence du VHC.

Depuis 2000, on observe une baisse très importante (- 42 %) du recours aux seringues stériles habituellement vendues aux UDIV. Cette baisse témoigne très probablement d'une diminution du nombre d'injections du fait de l'utilisation de mode de consommation alternatif (sniff, fumée) chez les nouveaux usagers de drogues et/ou du recours à la substitution. Mais elle peut également traduire une reprise de comportements de partage et de réutilisation de la seringue chez certains usagers de drogues.

Depuis 1996, la consommation de produits de substitution augmente sans discontinuer (figure 1) tandis que les ILS à l'héroïne et les surdoses mortelles ont fortement chuté (respectivement - 70 % et - 73 % en six ans, figures 2 et 3). Dans le même temps, les ILS à la cocaïne ont globalement augmenté (+ 39 % en six ans), même si la phase de forte progression enregistrée entre 1996 et 1999 (+ 100 %) a été suivie d'une phase de décroissance sur 200 et 2001 (- 30 %).

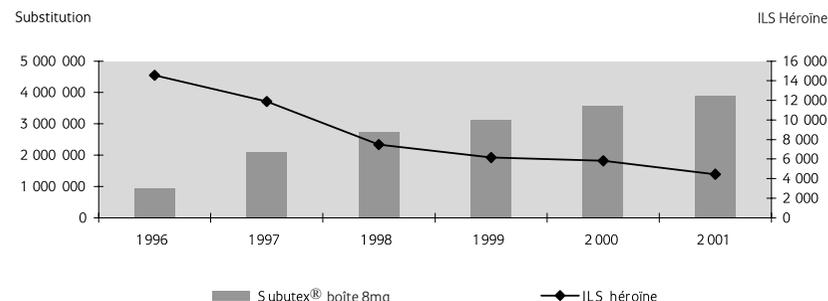
L'offre de seringues et de traitements de substitution a contribué à faire baisser la mortalité liée à l'usage de drogues et à diminuer la transmission du VIH par voie intraveineuse sans avoir les effets escomptés sur la prévalence du VHC. Dans ce contexte, la baisse de l'accès aux seringues peut être interprétée comme un indicateur d'efficacité des traitements de substitution, elle peut aussi traduire une reprise de comportements à risques que l'InVS envisage de documenter prochainement.

Évolution de l'accès aux seringues et du nombre d'UD sous substitution de 1995 à 2002



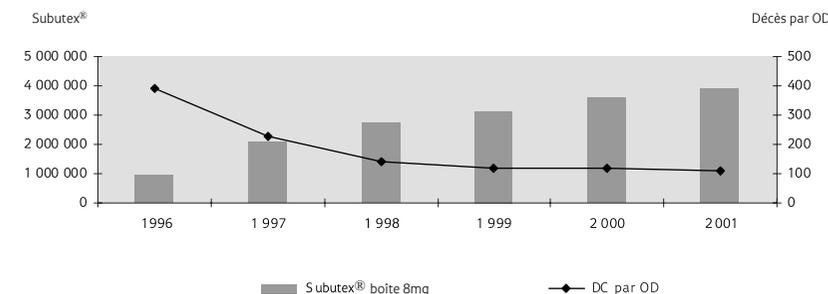
Siamois/inVs/2002

Évolution des ventes de Subutex® et des ILS héroïne entre 1996 et 2001



InVs/Siamois/OCRTIS

Évolution des ventes de Subutex® et des décès par surdoses entre 1996 et 2001



InVs/Siamois/OCRTIS

OPPIDUM: OBSERVATION DES PRODUITS PSYCHOTROPES ILLICITES OU DÉTOURNÉS DE LEUR UTILISATION NOUVELLES TENDANCES 2002

*Xavier Thirion et Carine Saillard
(CEIP Marseille)*

RAPPEL MÉTHODOLOGIQUE

OPPIDUM est une enquête d'observation et de surveillance multicentrique, réalisée par les Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) en relation avec l'Unité des stupéfiants et psychotropes de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Le recueil des données est effectué annuellement au mois d'octobre, sur une durée de quatre semaines.

Depuis 1995, le programme OPPIDUM fonctionne en réseau en collaboration avec l'ensemble des CEIP :

- de Toulouse, Montpellier, Bordeaux ;
- de Caen, Nantes ;
- de Grenoble, Lyon ;
- de Marseille ;
- de Nancy ;
- de Paris.

qui travaillent eux-mêmes en réseau avec les centres d'enquête de leur région respective.

L'objectif de l'enquête est de surveiller l'évolution de la consommation des substances psychoactives consommées par les sujets présentant une pharmacodépendance et d'évaluer le potentiel d'abus et de dépendance des médicaments. L'observation porte sur les produits illicites, les médicaments détournés de leur usage, mais aussi sur les produits de substitution.

Les centres d'enquête faisant partie du programme OPPIDUM peuvent être :

- des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) en ambulatoire ;
- des CSST en milieu pénitentiaire ;

- des Centres antipoison ;
- des unités d'hospitalisation pour toxicomanes ;
- des unités de psychiatrie ;
- des Services d'accueil des urgences ;
- des équipes de liaison ;
- des structures à bas seuil (boutiques) ;
- ou des médecins libéraux.

L'amélioration constante de la représentativité du programme est de la compétence du comité des CEIP, chargé de l'inclusion des nouveaux centres d'enquête. Cette amélioration porte sur la représentation régionale du programme et des différents types de centres d'enquête.

En 2002, cette représentativité peut être considérée comme :

- bonne en ce qui concerne les centres spécialisés et les structures hospitalières de prise en charge des usagers ;
- insuffisante en ce qui concerne les structures bas seuil et les services d'accueil des urgences ;
- enfin, les différentes expériences menées ont montré qu'une participation importante des médecins libéraux ne peut se concevoir que dans le cadre d'un protocole spécifique.

Lors d'un entretien avec le sujet, les enquêteurs recueillent les informations à l'aide d'un questionnaire composé de deux parties, une fiche « patient » et autant de fiches « produits » que de substances consommées lors de la semaine précédant l'entretien.

La fiche « patient » comprend des informations sociodémographiques, des informations concernant les conduites addictives associées et sa participation éventuelle à un programme de substitution.

Les fiches « produit » comprennent des informations concernant la substance psychoactive, ses modes d'obtention et de consommation, l'effet recherché et les signes de dépendance.

La fiche de recueil des informations OPPIDUM a été modifiée cette année. En outre, les changements de fond apportés ont été peu nombreux et, parmi les évolutions notables, on peut souligner l'introduction d'un nouvel item concernant la stabilité du logement des sujets interrogés.

DONNÉES ANALYSÉES

Pour répondre aux objectifs du programme TREND, cette analyse porte sur les résultats préliminaires de la dernière enquête OPPIDUM (octobre 2002). Habituellement, les premiers résultats annuels du programme sont validés par le

comité des CEIP du mois de mai. Il ne s'agit donc que d'une présentation des principales tendances observées au cours de cette enquête, en les comparant aux résultats obtenus lors des deux enquêtes précédentes (octobre 2000 et octobre 2001).

Pour être retenus comme « tendance », les résultats des trois dernières enquêtes devaient avoir une évolution cohérente sur les trois années (diminution, augmentation ou stabilité). Les chiffres présentés font état le plus souvent, du pourcentage observé en 2000 et en 2002.

L'enquête 14 s'est déroulée du 30 septembre 2002 au 26 octobre. 96 centres d'enquête ont participé cette année et ont inclus 3 422 sujets, soit une augmentation de 19 % par rapport à l'enquête précédente. Au total, 6 877 substances psychoactives ont été décrites.

La proportion d'usagers rencontrés pour la première fois par le centre d'enquête diminue (de 21 % en 2000 à 18 % en 2002).

PRINCIPALES TENDANCES OBSERVÉES

Les caractéristiques des sujets inclus dans l'enquête

Les résultats de l'enquête 14 montre une stabilité du sexe ratio (1/3) et une augmentation sensible de l'âge (32,1 ans +/- 7,9 en 2002 contre 31,2 ans +/- 7,2 en 2001). Cette augmentation de l'âge moyen pourrait être en relation avec la diminution du nombre de patients rencontrés pour la première fois par les centres d'enquête.

La proportion de sujets disposant de revenus réguliers passe de 46 % en 2000 à 50 % en 2002, mais le pourcentage d'activité professionnelle reste stable (42 %). À noter que 79 % des sujets interrogés déclarent disposer d'un logement stable en 2002 ; cet item n'était pas recueilli lors des précédentes enquête OPPIDUM.

Les comportements globaux de consommation

La proportion de fumeurs reste stable à 95 %.

Le signalement de la dépendance à l'alcool continue à augmenter ; il passe progressivement de 16 % à 20 %.

Le nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse continue à diminuer (de 13 % à 11 %).

Les traitements de substitution (usage de buprénorphine ou de méthadone dans le cadre d'un traitement prescrit de substitution)

La proportion de sujets sous protocole de substitution se stabilise autour de 76 % des personnes interrogées. La répartition de ces traitements de substitution

est stable : buprénorphine haut dosage = 54 %, méthadone = 45 %. Le sulfate de morphine (Skenan®) est très rarement signalé comme traitement de substitution (1 % des cas).

Les doses moyennes de buprénorphine dans le cadre d'un traitement de substitution sont de 8 mg/j avec une médiane à 6 mg/j et seulement 6 % de ces sujets ont une consommation journalière supérieure à l'AMM (16 mg/j).

La dose moyenne de méthadone est de 60,8 mg/j avec une médiane à 60mg/j.

Les médicaments psychotropes

À noter la nette apparition des génériques parmi les médicaments cités cette année.

Les benzodiazépines

La proportion d'usagers de benzodiazépines est en légère baisse (27 % en 2000, 23 % en 2002).

■ Nombre de signalements

Cette enquête confirme la baisse du flunitrazépam (Rohypnol®) qui, avec 100 signalements en 2002, représente 2 % des médicaments psychotropes enregistrés contre 6 % en 1999 et 2000.

Les déclarations de :

- clorazépate dipotassique (Tranxène® ou Noctran®) : 174 signalements ;
 - bromazépam (Lexomil® ou générique) : 161 signalements ;
 - diazépam (Valium® ou Novazam® ou générique) : 85 signalements ;
 - alprazolam (Xanax® ou générique) : 83 signalements ;
- sont stables.

L'augmentation des signalements du clonazépam (Rivotril®) est confirmée : 27 en 1999, 32 en 2000, 59 en 2001 et 78 en 2002 (2 % des médicaments psychotropes).

■ Indicateurs en rapport avec un détournement d'usage

La benzodiazépine la plus détournée reste le flunitrazépam (Rohypnol®), bien que le nombre de signalement ait beaucoup baissé. La proportion de sujets consommant une dose journalière de flunitrazépam supérieure à la dose maximale autorisée selon l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) reste égale à 73 %. Enfin, son mode d'obtention principal par « deal » a augmenté par rapport à l'année précédente (40 % contre 26 % en 2001).

Le clonazépam (Rivotril®) est devenu cette année une des benzodiazépines dont le détournement d'usage a été le plus signalé dans l'enquête OPPIDUM 2002. Cette benzodiazépine arrive en deuxième position pour le deal (15 %) et est consommé dans 44 % des cas à des doses supérieures à l'AMM (6 mg/jour). Il y a prise concomitante d'alcool dans 36 % des cas.

Le clorazépate dipotassique (Tranxène® ou Noctran®) est plus souvent consommé à la recherche d'un « effet positif » (de 57 % à 68 %) et plus souvent associé à une prise d'alcool (de 26 % à 35 %). À noter, que cette benzodiazépine, avec le flunitrazépam entraîne une souffrance à l'arrêt dans 63 % des cas. Elle arrive en deuxième position sur ce critère (flunitrazépam : 69 % des cas). Le clorazépate dipotassique est parfois l'objet d'un deal (7 % des cas).

Par ailleurs, d'autres benzodiazépines sont obtenues en mode principal par « deal », mais de manière beaucoup moins fréquente :

- le diazépam (Valium® ou Novazam®) ;
- l'alprazolam (Xanax®) ;
- le bromazépam (Lexomil®) ;
- le lorazépam (Témesta®) ;
- l'oxazépam (Séresta®).

La consommation des apparentés aux benzodiazépines (zolpidem et zopiclone) est stable par rapport à l'enquête précédente. Ils sont consommés une fois sur trois à une dose supérieure à l'AMM. Ils semblent faire peu l'objet d'un détournement d'usage par deal.

Les antidépresseurs

La consommation d'antidépresseurs concerne environ 8 % des sujets, avec peu de signes de détournement d'usage. Ils sont prescrits et consommés le plus souvent à des doses conformes à l'AMM et ne sont jamais l'objet d'un « deal ».

Les antipsychotiques

Ils concernent également environ 8 % des sujets interrogés et ne font presque jamais l'objet d'abus.

Les opiacés

La proportion de sujets consommateurs de buprénorphine haut dosage (Subutex®) est stable : 44 % des sujets inclus dans l'enquête OPPIDUM 14 avec 1 494 signalements dont 1 394 dans le cadre d'un traitement de substitution. Son usage par voie intraveineuse continue de diminuer (de 17 % en 1999 à 12 % en 2002). Son obtention par d'autres moyens que la prescription médicale reste importante (238 signalements).

Lorsque la buprénorphine est consommée en dehors d'un traitement de substitution, la dose moyenne est de 17,2 mg/j pour une médiane à 8 mg/j.

La méthadone est consommée par 1 186 sujets. Elle est rarement détournée de son usage comme traitement de substitution. Trois cas de consommation par voie

intraveineuse sont signalés. Elle est obtenue en dehors d'une prescription médicale dans 108 observations dont 30 par deal.

En ce qui concerne le sulfate de morphine, le Moscontin® n'est presque plus signalé (3 observations) alors que le Skenan® est en légère augmentation (57 observations). Le Skenan® est injecté dans la moitié des cas et est souvent obtenu par deal (un tiers des cas).

Enfin, la consommation de codéine devient de plus en plus faible : 50 signalements.

Les autres psychotropes

Une trentaine d'autres psychotropes ont été enregistrés dans OPPIDUM au cours de cette enquête d'octobre 2002. Pour la plupart, il s'agit de médicaments cités très peu de fois ou paraissant s'inscrire dans le cadre d'une prescription habituelle.

La kétamine reste peu documentée (2 cas en 2000, 7 cas en 2001 et 2002). Très peu de cas de trihexyphénidyle (surtout Artane® ou Parkinane®) ont été rapportés : 9 cas en 1999, 5 cas en 2000, 13 cas en 2001 et 15 cas en 2002.

Les substances illicites

L'héroïne

Le programme OPPIDUM avait montré la diminution progressive de l'héroïne depuis 1995 (de 74 % des sujets inclus en 1995 à 12 % en 2000). En 2001, pour la première fois, une augmentation de l'héroïne (14 % des sujets inclus pour 414 observations). Cette remontée n'est pas confirmée cette année puisque le taux de consommateurs d'héroïne est de 12 % en 2002.

Son mode de consommation n'a pas varié depuis la dernière enquête (31 % en intraveineuse, 62 % en voie nasale et 15 % inhalé); (le total peut dépasser 100 % car plusieurs voies d'administration peuvent être utilisées).

La cocaïne

La proportion de sujets consommateurs de cocaïne est stable (8 % en 2000 et 2001, 9 % en 2002). Elle est de moins en moins consommée en voie intraveineuse (49 % en 2000 contre 34 % en 2002), au profit de la voie nasale (57 % des cas) ou de l'inhalation (18 %). Ce dernier mode d'utilisation est en augmentation (11 % en 2000). Pour la plupart, il s'agit de consommateurs anciens de cocaïne, c'est-à-dire depuis plusieurs années.

Les amphétamines illicites

La proportion de consommateurs d'amphétamine illicites n'a pas sensiblement évolué (3 % des sujets).

Les autres substances psychoactives

Ce groupe de substances est très hétérogène (solvants, champignons, plantes...), regroupe très peu d'observations (16 au total en 2002) et est représentée presque exclusivement par les « champignons hallucinogènes » (12 cas contre 5 cas lors de la précédente enquête).

EN RÉSUMÉ

Certaines tendances observées sont des « tendances lourdes » car sont l'objet d'une évolution régulière Il est ainsi possible de citer :

- la diminution de la proportion des sujets dont c'est le premier contact avec le centre (de 29 % à 18 %);
- l'augmentation de l'activité professionnelle de 31 % en 1997 à 42 % en 2002;
- l'augmentation des sujets disposant de revenus réguliers (de 39 % à 50 %);
- la diminution de la proportion des sujets en grande précarité (de 11 % à 7 %);
- la diminution de la proportion de sujets usagers de drogues par voie intraveineuse (de 22 % à 11 %).

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier :

Les 95 centres d'enquête ayant participé à l'enquête de 2002. À noter que certains d'entre eux contribuent au programme chaque année depuis 1990 !

Les Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, coordinateurs de l'enquête :

- CEIP de Toulouse, Montpellier, Bordeaux ;
- CEIP de Caen, Nantes ;
- CEIP de Grenoble, Lyon ;
- CEIP de Marseille ;
- CEIP de Nancy ;
- CEIP de Paris.

ANNEXES

GLOSSAIRE	279
LISTES DES SIGLES	283
LISTES DES TABLEAUX ET DES FIGURES	285

GLOSSAIRE

SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Amphétaminiques : ancêtre et précurseur commun l'éphédrine utilisée pour ses propriétés stimulantes. Présentent simultanément trois propriétés, plus ou moins marquées en fonction des molécules : excitant/stimulant physique et psychique : amphétamine (speed), métamphétamine (ice, chrystal-meth, yabba...); euphorisant : MDMA (dit ecstasy ou XTC), MDEA, MDA, MDE...; hallucinogène : PMA, 2C-B, TMA-2, DOB, 2C-T7, 2C-T2, 4-MTA, DOM ou STP (Serenity Tranquility Peace). Ils possèdent un effet anorexigène.

L'amphétamine se présente le plus souvent sous forme de poudre (sniffée) tandis que les autres produits se retrouvent généralement sous forme de comprimés. L'intoxication aiguë est caractérisée par un « coup de chaleur », une hyperactivité, un état confusionnel, une angoisse, des hallucinations, une agressivité. L'amphétamine et la métamphétamine ont un potentiel neurotoxique à long terme et induisent une dépendance psychique et une tolérance.

Caféine : produit d'origine naturelle. Effet psychostimulant, stimulant cardiaque et respiratoire, vasodilatateur.

Cocaïne/crack/free base : obtenus à partir de la feuille de coca, tous classés comme stupéfiants, Ils induisent une dépendance psychique importante et sont neurotoxiques. Leur consommation chronique peut induire des troubles particuliers : accidents vasculaires cérébraux, infarctus, troubles psychiatriques. La cocaïne (blanche) correspond au sel acide (chlorhydrate) tandis que le crack (ou free-base) correspond au sel basique, obtenu après adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque à la cocaïne. Il se présente généralement sous forme de petits « cailloux » ou de « galettes » qui se consomment le plus souvent fumés (voie pulmonaire), tandis que la cocaïne est généralement vendue sous forme de poudre et se consomme le plus souvent en sniff (voie nasale). La consommation de crack ou free-base induit une dépendance et une neuro-toxicité plus rapide que celle de cocaïne. Remarque : leur association à l'alcool entraîne la formation par l'organisme de coca éthylène, produit neurotoxique et hépatotoxique.

Gamma-OH : anesthésique. Détourné de son emploi pour ses propriétés anabolisantes, euphorisantes, dissociatives, aphrodisiaques et amnésiques (but criminel). Risque de coma majoré si absorption avec de l'alcool.

Héroïne : opiacé classé comme stupéfiant. Se présente sous forme de poudre blanche (sel acide) ou marron (sel basique). Peut être injectée en intraveineuse, fumée ou sniffée. Risque majeur de dépendance et de surdose. Risque d'infection (en particulier SIDA et hépatites) en cas de partage du matériel.

Ice (Dexméthamphétamine) : forme fumable de la méthamphétamine. Elle se présente en général sous forme de cristaux transparents d'où elle tire son nom. Ces effets seraient plus puissants que ceux habituellement reconnus aux amphétamines et engendreraient un comportement agressif et paranoïaque ainsi que des hallucinations auditives. Ses effets dureraient de 8 à 24 heures.

LSD : classé comme stupéfiant. Hallucinogène d'origine naturelle, obtenu à partir de l'ergot de seigle (parasite du seigle). Se présente le plus souvent sous forme de papiers buvards destinés à être avalés (voie orale). Risque de crises de panique, angoisse, paranoïa et autres troubles psychiatriques plus ou moins durables.

MDMA (3,4-méthylènedioxyméthamphétamine) : substance appartenant à la famille des amphétaminiques. Sa durée d'action est de 4 à 6 heures. La MDMA procure de nombreux effets excitants : augmentation de la fréquence cardiaque, accélération de la respiration, débordement d'énergie et hyper-activité. Ce produit est inscrit au tableau des stupéfiants depuis l'arrêt du 9 juillet 1986. La MDA et la MDEA sont également obtenues par modification de la molécule d'amphétamine.

Opiacés (morphine, héroïne, codéine, etc.) : obtenus à partir de l'opium (produit d'origine naturelle issu du pavot). Propriétés pharmacologiques communes pouvant être utilisées en thérapeutique : antalgique, anesthésique, antitussif (dépresseur respiratoire), ralentisseur du transit intestinal. Propriétés pharmacologiques communes recherchées dans un but récréatif : euphorisant, relaxant, « planant ». Leur utilisation induit une très forte dépendance physique et psychique avec état de manque. Risque majoré de coma voir de mort par arrêt cardio-respiratoire en cas d'association avec de l'alcool ou des benzodiazépines.

Protoxyde d'azote : gaz découvert en 1772, utilisé comme anesthésique en médecine et propulseur dans les bombes aérosols. Cette substance est connue depuis le XIX^e siècle, pour ses effets euphorisants. Après 8 à 10 secondes d'inhalation, ce gaz produit des étourdissements et une excitation. Sa durée d'action est très courte : 2 à 3 minutes.

Poppers : préparation contenant des nitrites aliphatiques (nitrites d'amyloxyde, de butyle, de propyle). Les poppers induisent une légère euphorie et une vasodilatation intense, avec accélération du rythme cardiaque. Ils favoriseraient l'activité sexuelle

(augmentation de la durée de l'érection, amplification des sensations orgasmiques, retard à l'éjaculation). Les effets débutent au bout de 7 à 10 secondes et durent environ 30 à 60 secondes.

Psilocybine : produit hallucinogène classé comme stupéfiant, d'origine naturelle, issu des champignons de type psilocybe. Utilisé par ingestion des champignons crus ou après « préparation » (voie orale).

Rachacha : classé comme stupéfiant. Résidu d'opium de fabrication artisanale. Se présente sous forme de pâte molle de couleur marron rouge. Peut être fumé (voie pulmonaire) ou ingéré en décoction (voie orale).

Salvia divinorum : principe actif Salvalorin A. Essentiellement fumées, les feuilles de *Salvia divinorum* peuvent aussi être ingérées ou inhalées après vaporisation. Herbe qualifiée de « magique » ou « divinatoire », aux effets psychoactifs plus méditatifs et mystiques que récréatifs, utilisée traditionnellement en shamanisme et médecine sacrée (Mexique). Selon les quantités fumées sont décrites des sensations ébrieuses, hallucinations visuelles, jusqu'à dépersonnalisation et amnésie. Consommation licite partout sauf en Australie. Pas de données pharmacologiques ou toxicologiques disponibles.

YABA : dérivé amphétaminique (méthamphétamines essentiellement). Connue depuis plus de 30 ans en Thaïlande, le YABA a été interdit en 1970. Très facile à fabriquer, encore rare en Europe. Se présente sous forme de comprimés ; produit des effets hallucinogènes intenses et maintient éveillé pendant des heures. Risques importants d'hallucinations avec paranoïa ; secondairement risque de dépression grave.

MÉDICAMENTS

Artane® : Trihexyphenidyle chlorhydrate médicament anticholinergique de synthèse prescrit essentiellement aux malades atteints de la maladie de Parkinson, détourné et utilisé pour ses effets hallucinogènes.

Analgsiques morphiniques majeurs (de niveau III) : traitement des douleurs intenses et ou rebelles aux autres produits,

- sulfates de morphine à usage prolongé ; antalgiques majeurs par voie orale utilisés essentiellement en cancérologie (dont Skenan® et Moscontin®). Prescrits parfois dans le cadre d'une substitution. Peuvent être utilisés de façon détournée.

- agonistes-antagonistes morphiniques : buprénorphine (Temgesic®). Présentation sous forme de comprimés sublinguaux. Peuvent être détournés de leur usage.

Analgsiques morphiniques mineurs (de niveau II) : traitement des douleurs modérées à intenses. Codéine (dont Dafalgan codéiné®), dextropropoxyphène (dont Di-Antalvic®).

Analgésiques périphériques : paracétamol (dont Doliprane®, Efferalgan®), Aspirine® et salicylés (dont Aspegic®, Catalgine®), Noramydopyrine (dont Avafor-tan®)

Anti-inflammatoires non stéroïdiens : (par opposition aux anti-inflammatoires stéroïdiens ou corticoïdes). Très nombreuses spécialités médicamenteuses normalement prescrites pour leurs propriétés analgésiques comme l'ibuprofène (Advil®) ou leurs propriétés anti-inflammatoires comme le kétoprofène (Profenid®) et le Diclofénac (Voltarène®) particulièrement indiqué en rhumatologie.

Benzodiazépines : molécules à propriétés anxiolytiques, myorelaxantes et hypnotiques. Usage détourné par les usagers de drogues en automédication. Nombreuses spécialités médicamenteuses comme le Rohypnol® (flunitrazépam), le Valium® (diazépam), etc.

Buprénorphine haut dosage (Subutex®) : classé comme stupéfiant. Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. Comprimés sublinguaux en une prise quotidienne. Il supprime le syndrome de manque sans effet euphorisant ni sensation de « flash ». Délivré sur ordonnance sécurisée avec prescription limitée à 28 jours. Pratique en réseau recommandée (Centres de soins spécialisés aux toxicomanes - CSST, médecins généralistes et pharmaciens d'officine). Le Subutex® peut être détourné de son usage et utilisé par voie injectable.

Chloroquine : Nivaquine®. Traitement préventif/curatif du paludisme. Effets secondaires fréquents rapportés : vision floue, étourdissements.

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

Chlorhydrate de méthadone (méthadone) : classé comme stupéfiant. Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. Disponible sous forme de sirop et délivré sur ordonnance sécurisée avec prescription limitée à 7 jours. Soumis à une prescription initiale par un médecin exerçant dans un CSST. La toxicité aiguë de la méthadone est supérieure à celle de la buprénorphine.

Tilétamine (2-éthylamino-2-thien-2-cyclohexanone) : anesthésique vétérinaire de structure chimique semblable au PCP et à la kétamine. Dans le commerce, il est associé à une benzodiazépine pour contrôler les troubles neurologiques induits chez l'animal (hypertonie et convulsions).

LISTE DES SIGLES

2C-B	4-bromo-2,5-diméthoxyphénéthylamine
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (ex-Agence du médicament)
CAP	Centre antipoison
CEID	Comité d'étude et d'information sur la drogue
CEIP	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CIRDD	Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CSST	Centre de soins spécialisé pour toxicomanes
DATIS	Drogues alcool tabac info service (ex-DIS)
DCPJ	Direction centrale de la police judiciaire
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects
DGGN	Direction générale de la gendarmerie nationale
DGLDT	Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (cf. MILDT)
DGS	Direction générale de la santé
DGS-SD6A	Direction générale de la santé - Sous direction santé et société - Lutte contre le VIH (ex-SP2)
DGS-SD6B	Direction générale de la santé - Sous direction santé et société - Pratiques addictives (ex-SP3)
DMT	Diméthyltryptamine
DOB	2,5-diméthoxy-amphétamine
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (OEDT)

EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
ESPAD	European School survey Project on Alcohol and other Drugs
FNAILS	Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants
GHB	Gamma hydro butyrique
InVS	Institut de veille sanitaire (ex-RNSP)
IREP	Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance
LSA	Amide de l'acide D-lysergique
LSD	Acide lysergique diéthylamide
MDA	Méthylènedioxyamphétamine
MDEA	3,4-méthylène dioxy-éthyl-amphétamine
MdM	Médecins du monde
MDMA	Méthylène-dioxy-3,4-métamphétamine
MILAD	Mission de lutte antidrogue
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OICS	Organe international de contrôle des stupéfiants
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUCDPC	Office des Nations unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime
OPPIDUM	Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse
ORS	Observatoire régional de santé
SEDAP	Société d'entraide et d'action psychologique (Dijon)
SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances
THC	Tétrahydrocannabinol
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Fréquence, en 2002, de l'usage de certaines substances illicites au cours de la vie, pour mille personnes chez les 15-34 ans, les 35-75 ans et les 15-75 ans	17
Tableau 2 : Fréquence, en pourcentage, de la consommation de certains produits psychoactifs au cours de la vie et au cours du dernier mois parmi des usagers de structures de première ligne en 2002 (N = 964)	19
Tableau 3 : Forme et contenu des échantillons de la base SINTES collectés et saisis en France, en 2002	25
Schéma 1 : Dispositif TREND	34
Carte géographique du réseau TREND	35
Tableau 4 : Nombre de personnes selon le sexe et le site TREND ayant participé à l'enquête « Première ligne 2002 »	49
Tableau 5 : Répartition selon le groupe d'âge et le sexe des participants à l'enquête « Première ligne 2002 »	50
Tableau 6 : Modalités d'hébergement selon le type de protection sociale au sein des participants à l'enquête « Première ligne 2002 »	51
Tableau 7 : Fréquence de la consommation de produits opiacés au cours de la vie et au cours du dernier mois parmi des usagers de structures de première ligne en 2002	54
Tableau 8 : Fréquence de la consommation de produits stimulants au cours de la vie et au cours du dernier mois parmi des usagers de structures de première ligne en 2002	55
Tableau 9 : Fréquence de la consommation de médicaments psychotropes au cours de la vie et au cours du dernier mois parmi des usagers de structures de première ligne en 2002	56
Tableau 10 : Fréquence de la consommation de produits hallucinogènes au cours de la vie et au cours du dernier mois parmi des usagers de structures de première ligne en 2002	56
Tableau 11 : Répartition selon le groupe d'âge et la pratique de l'injection au cours du mois écoulé des participants aux enquêtes « Première ligne 2001 et 2002 »	57

Tableau 12: Fréquence de la pratique du partage de matériel au cours du mois écoulé par les participants à l'enquête « Première ligne 2002 » s'étant injecté récemment	58	Tableau 27: Fréquence d'utilisation de différentes voies d'administration de la cocaïne, en 2002, parmi les participants à l'enquête « première ligne 2002 », selon l'ancienneté d'utilisation de la cocaïne	113
Tableau 14: Fréquence de la pratique du partage de matériel au cours du mois écoulé par les participants à l'enquête « Première ligne 2002 » ayant sniffé récemment	59	Tableau 28: Déclaration de résultats de sérologies virales, en 2002, parmi les participants à l'enquête « première ligne 2002 », selon l'ancienneté d'utilisation de la cocaïne	114
Tableau 13: Répartition selon le groupe d'âge et la pratique du sniff au cours du mois écoulé des participants à l'enquête « Première ligne 2002 »	59	Tableau 29: Prix moyen en euros, du gramme de cocaïne dans l'espace urbain sur les sites TREND pour 2001 et 2002	117
Tableau 15: État de santé physique ressenti au cours du mois précédent selon le sexe au sein des participants à l'enquête « Première ligne 2002 »	60	Tableau 30: Répartition des échantillons de cocaïne saisis en 2000, 2001 et 2002 par les services de douanes et de police selon le taux de pureté	119
Tableau 16: Taux de dépistage au cours de la vie pour le VIH, l'hépatite C (VHC), l'hépatite B (VHB), selon l'âge au sein des participants à l'enquête première ligne 2002	62	Tableau 31: Forme et contenu des échantillons de la base SINTES collectés et saisis en France, en 2002	129
Tableau 18: Taux de positivité déclarée de la dernière sérologie connue pour le VIH, l'hépatite C (VHC), l'hépatite B (VHB), selon les modes de consommation au sein des participants à l'enquête « Première ligne 2002 »	63	Tableau 32: Modes d'usage de la kétamine par des personnes ayant utilisé cette substance au cours du mois écoulé, en 2002	150
Tableau 17: Taux de positivité déclarée de la dernière sérologie connue pour le VIH, l'hépatite C (VHC), l'hépatite B (VHB), selon l'âge au sein des participants à l'enquête « Première ligne 2002 »	63	Tableau 33: Prix d'une dose de kétamine, en 2002 sur les sites TREND de métropole selon la forme et l'espace	153
Tableau 19: Modes d'usages de l'héroïne au cours du mois écoulé selon l'ancienneté d'utilisation parmi les participants à l'enquête « Première ligne 2002 »	73	TABLEAUX ET GRAPHIQUES DES PARTIES « INVESTIGATIONS SPÉCIFIQUES » ET « SYSTÈMES PARTENAIRES »	
Tableau 20: Statut sérologique déclaré pour le VIH, le VHC et le VHB selon l'ancienneté d'utilisation de l'héroïne parmi les participants à l'enquête « Première ligne 2002 »	74	Consommation de substances psychoactives au moins une fois, au cours de la vie et du dernier mois	191
Tableau 21: Prix moyen, en euros, du gramme des deux formes d'héroïne sur les sites TREND (espace urbain) en 2000, 2001 et 2002	78	Présentation des effets recherchés et des effets ressentis par les consommateurs lors de la prise de kétamine	193
Tableau 22: Répartition des échantillons d'héroïne saisis en 2000, 2001 et 2002 par les services de douanes et de police selon le taux de pureté	79	Différents types d'usage du Subutex®	207
Tableau 23: Fréquence d'utilisation de voies d'administration de la BHD au cours du mois écoulé, en 2002, parmi les participants à l'enquête « première ligne 2002 », selon le groupe d'âge	84	Consommation et pharmacodépendance parmi les personnes rencontrées	212
Tableau 25: Fréquence d'utilisation de la BHD au cours du mois écoulé, parmi les participants à l'enquête « première ligne 2002 », en 2002, selon le mode d'obtention de la BHD	85	Mode d'administration de la BHD le mois précédent parmi les personnes rencontrées	213
Tableau 24: Fréquence d'utilisation de voies d'administration de la BHD au cours du mois écoulé, en 2002, parmi les participants à l'enquête « première ligne 2002 », selon le mode d'obtention de la BHD	85	Types d'usage de la BHD	229
Tableau 26: Prix moyen, en euros, d'un comprimé de 8 mg de Subutex® dans l'espace urbain en 2001 et 2002 selon les sites TREND	90	Âge, couverture sociale, consommation de drogues et abus d'alcool dans deux enquêtes	241
		Accès aux seringues stériles et aux médicaments de substitution entre 1996 et 2002	264
		Évolution des ILS et des décès par surdoses de 1994 à 2001	265
		Évolution de l'accès aux seringues et du nombre d'UD sous substitution de 1995 à 2002	266
		Évolution des ventes de Subutex® et des ILS héroïne entre 1996 et 2001	267
		Évolution des ventes de Subutex® et des décès par surdoses entre 1996 et 2001	267

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue La Fayette
75010 Paris
Tél : 33 (0)1 53 20 16 16
Fax : 33 (0)1 53 20 16 00
courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

Citation recommandée

*BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), GIRAUDON (I.), BONNET (N.),
Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national
du dispositif TREND, Paris, OFDT, 2003, 288 p.*

**Maquette et mise en page : Frédérique Million / Adaptation : Sylvie Allouche
Photographie en couverture : Isabelle Rozenbaum (Photo Alto)
Impression : Imprimerie Pairault-Cassegrain - 18 rue Blaise Pascal - 79 003 NIORT**
